

对疼痛耐受力,以有效减轻或者消除婴儿疼痛的感觉。在不断提高实践操作能力的同时保持稳定的心态,做到动作准确、轻、快,力求一次穿刺成功,避免反复穿刺,减少疼痛刺激,从而避免生命早期阶段反复致痛性刺激,导致的急性、应急、中枢神经系统的永久损伤和情感紊乱等^[9]。由于婴儿疼痛的表达受许多因素影响,本研究未对护士在婴儿头皮静脉穿刺过程中进行最佳干预措施的分析,这仍有待进一步的研究。

参考文献

- 1 黄玉如. 系统培训在急诊科新护士小儿头皮静脉穿刺中的运用[J]. 护理实践与研究,2010,7(11):92-94.
- 2 朱洁,吴月凤,郭成莉,等. 临床疼痛护理管理效果评价[J]. 解放军医院管理杂志,2012,19(7):645-646,651.
- 3 Merboth MK, Barnason S. Managing pain: the fifth vital sign[J]. Nurs Clin North Am, 2000, 35(2): 375-383.
- 4 董加萍. 成人疼痛评估方法与疼痛护理新进展[J]. 中国现代医生, 2008, 46(19): 42-43.
- 5 刘明, 陈利琴, 郑佳丽. 儿童疼痛行为量表在唇腭裂患儿术后疼痛评估中的应用及其信效度[J]. 解放军护理杂志, 2012, 29(13): 20-22, 26.
- 6 李玉乐, 吴欣娟, 谢瑶洁, 等. 国内外疼痛的管理现状[J]. 护理管理杂志, 2008, 8(4): 20-22.
- 7 詹雪, 杜杏利, 方汉萍, 等. 系统化疼痛管理模式在关节置换术病人中的应用[J]. 护理研究, 2013, 27(33): 3767-3768.
- 8 赵继军, 崔静. 护士在疼痛管理中的作用[J]. 中华护理杂志, 2009, 44(4): 383-384.
- 9 陈凯, 于哈澍. 口服葡萄糖水对新生儿足跟采血的镇痛作用[J]. 中国新生儿科杂志, 2009, 24(1): 47-48.

[收稿日期 2015-07-17][本文编辑 杨光 and]

护理研讨

电视纵隔镜检查术的手术护理配合

李雪琴, 高华, 张吉蓉, 马惠娟, 张琨, 李云

作者单位: 733299 甘肃, 天祝县人民医院手术室(李雪琴); 730030 甘肃, 兰州大学第二医院门诊部(高华), 手术室(张吉蓉, 马惠娟, 张琨, 李云)

作者简介: 李雪琴(1970-), 女, 大学本科, 主管护师, 研究方向: 手术室护理。E-mail: 1726732050@qq.com

通讯作者: 高华(1979-), 女, 大学本科, 管理学硕士, 主管护师, 研究方向: 手术室护理。E-mail: gao.hua@outlook.com

[摘要] 目的 探讨运用 Storz 电视纵隔镜和自组配电视纵隔镜系统行纵隔镜检查术的术中护理配合要点, 为纵隔镜设备缺少的情况下, 集合现有微创资源, 顺利开展纵隔镜手术提供借鉴。方法 总结分析 2007-11~2015-01 151 例纵隔镜检查术的手术护理配合情况及体会, 其中运用自组配电视纵隔镜系统完成 69 例, Storz 电视纵隔镜完成 82 例。结果 全组无围手术期死亡病例, 并发喉返神经损伤 2 例, 出血 3 例(填塞压迫止血 1 例, 开胸止血 2 例), 并发症发生率为 3.3%。获得明确病理诊断 150 例, 确诊率 99.3%。结论 电视纵隔镜手术微创、安全, 可获得明确的病理诊断, 是纵隔疑难疾病诊断和肺癌分期的可靠方法。运用现有的设备和器械自行组配的电视纵隔镜系统安全可靠, 在手术室护理人员充分的术前准备、专业的术中配合、严格的无菌操作和术后精心养护器械的前提下, 自组配电视纵隔镜系统可用于纵隔疑难疾病的诊断。

[关键词] 纵隔镜; 纵隔肿瘤; 并发症; 诊断; 手术配合

[中图分类号] R 473.6 **[文献标识码]** B **[文章编号]** 1674-3806(2016)01-0072-04

doi:10.3969/j.issn.1674-3806.2016.01.25

瑞典医师 Carlens^[1] 运用特殊定制的纵隔镜开展直视下纵隔组织活检术, 奠定了纵隔镜检查术的基础, 电视纵隔镜系统的应用使得这一技术更趋于安全, 已成为肺癌临床分期和纵隔疑难病诊断的金标准^[2], 但是, 纵隔镜设备的缺少限制了这项诊疗技术的广泛应用。在购入 Storz 电视纵隔镜系统前,

我院胸外科利用手术室现有设备和器械自行组配电视纵隔镜系统, 开展电视纵隔镜检查术并取得了较好的效果^[3], 现将护理配合体会总结如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 2007-11~2015-01 完成纵隔镜检查术 151 例, 其中运用自组配电视纵隔镜系统完成

69例,Storz电视纵隔镜完成82例;男92例,女59例,年龄34~72(51.2 ± 16.9)岁。151例中11例合并上腔静脉梗阻综合征(SVCS)。所有患者纵隔镜检查术前行其他检查,包括经皮针吸活检、纤维支气管镜检查检查和痰脱落细胞学检查均未获得明确病理诊断。

1.2 方法

1.2.1 器械和设备 运用德国史托斯10 mm 0°胸腔镜、杭州桐庐医疗器械有限公司五官科直达喉镜和德国史托斯组织活检钳,以直达喉镜为手术通道,将胸腔镜和活检钳置入直达喉镜通道,构成自行组配的电视纵隔镜系统。

1.2.2 手术方法 运用自组配电视纵隔镜系统进行手术69例。方法:患者仰卧,肩背部体位垫高,使患者颈部充分伸展以显露,采用弹簧气管插管进行全身麻醉。手术方式:(1)标准颈部纵隔镜检查术(SCM)。于颈静脉切迹上方2 cm处取皮纹横切口长约2 cm,依次切开皮肤、皮下组织,将颈前肌群在正中线上分开,暴露并打开气管前筋膜,并沿此间隙钝性向下分离至隆突水平,形成一隧道,然后置入直达喉镜和自组配纵隔镜(胸腔镜),以气管软骨环为解剖标记,监视器监视下用活检钳或吸引器分离显露肿大淋巴结或肿物,钳取活检。(2)扩大颈部纵隔镜检查术(ECM)。在无名动脉与主动脉夹角处,向左前下方钝性分离至主动脉弓上方和主肺动脉窗,形成一隧道,置入自组配纵隔镜,钳取标本送检。(3)胸骨旁纵隔镜检查术(PM):于第3肋间胸骨旁做横切口长约3 cm,推开胸膜经胸膜外进入前纵隔,显露钳取肿物送检。本组62例行SCM,4例行ECM,2例行PM,1例行SCM加PM。钳取足量组织标本送快速冰冻和石蜡切片病理检查,当冰冻病理报告为阴性时,可反复多点获取纵隔病变组织多次送检,手术结束前明确病理诊断。

1.3 护理

1.3.1 术前准备 (1)术前患者访视:患者因患肿瘤性疾病且对纵隔镜检查术缺乏了解,易产生紧张、焦虑情绪。手术室护士于术前一天到病房访视患者,向患者介绍围手术期的注意事项、手术室环境及手术室工作流程,并介绍参与手术的人员情况,使患者对纵隔镜检查术有一定了解,减轻患者心理负担,取得患者积极配合,保证手术顺利进行。(2)手术物品、器械和设备的准备:①无菌开胸手术敷料包、开胸手术普通器械包、高频电刀、电动胸骨锯、各类缝线和钢丝、止血骨蜡等;②五官科直达喉镜、史托斯组织活检钳;③10 mm 0°电视胸腔镜一套;④Storz

电视纵隔镜系统。

1.3.2 术中配合 (1)巡回护士配合关键点:①手术前充分检查各种设备、仪器及物品的性能,确保在完好备用状态。②热情接待患者入手术间,介绍手术间环境,严格执行核对制度,建立通畅的静脉通道。③协助器械护士准备开台,提供手术台所需物品,由双人共同清点手术器械、缝针等用物并做好清单记录。④体位垫置于患者肩背部下,使患者颈部过伸而充分显露颈部,头部用头圈固定稳妥。患者双上肢置于身体两侧并妥善固定,根据术中需要随时调整患者体位。⑤手术开始后密切观察手术进程及患者病情变化,积极作好中转开胸手术准备,并监督手术人员的无菌操作。⑥手术结束清点器械物品。(2)器械护士配合关键点:①熟悉手术方式和手术流程,根据术式准备手术物品,提前15 min刷手上台整理手术器械和无菌物品,检查各类器械物品的齐全度和功能状态良好度,与巡回护士共同清点器械物品数量,及时补漏。②严格无菌操作,保持手术区及无菌台清洁、干燥、整齐。③术者建立气管前间隙隧道后,迅速将直达喉镜递给术者。④术中准备碘伏棉球或碘伏纱布,随时擦拭沾有血渍的镜头,保证镜头干净,术野清晰。⑤明确需活检的组织后,快速利用活检钳钳取标本,并妥善保存病理组织,快速冰冻标本要及时送检并确认送达。⑥标本取出后协助术者给创面止血。

1.3.3 术后护理 手术结束后,护士在整理手术设备和器械时防止精密物品不被掉落和磕碰。巡回护士协助麻醉医师做好麻醉后复苏,专人守护,待患者自主呼吸恢复、肌力正常、生命体征平稳后拔除麻醉气管插管,由麻醉、手术医师和巡回护士共同护送回病房,并与病房护士做详细交接。组织标本存放在小玻璃药瓶中,以防标本组织结构破坏或丢失。

1.4 观察指标 手术视野(显露气管软骨环、纵隔肿物和淋巴结),手术时间,手术并发症,明确病理诊断率,护理不良事件。

2 结果

所有患者术野暴露良好,能清晰显露气管软骨环、淋巴结以及纵隔肿物。无围手术期死亡病例,发生并发症5例,包括声音嘶哑2例、出血3例(填塞压迫止血1例,开胸止血2例),并发症发生率为3.3%。纵隔镜检查获得明确病理诊断150例,确诊率为99.3%,另外1例因纵隔镜检查术中出血未得到足量组织标本,中转开胸止血,病理诊断为胸腺癌。

3 讨论

3.1 医学影像技术的进步明显提高了纵隔肿物的检出率,但由于纵隔组织来源多样、器官结构复杂,单纯依靠影像学资料难以得到明确的病理诊断,致使纵隔病变成为临床诊疗中的难题。纵隔镜检查术是解决这一难题的很好选择。我院在配备 Storz 电视纵隔镜系统前,整合利用原有的微创手术设备和器械,自行组配电视纵隔镜系统开展纵隔镜检查术^[3],结果表明自行组配的系统与 Storz 系统在病理诊断明确方面没有明显的差异,确诊率与文献报道相近^[4-6]。SVCS 是不是纵隔镜检查术检查的禁忌症长久以来存在争论,纵隔肿瘤合并 SVCS 的患者恶性病变占 90% 以上^[7],小细胞肺癌和淋巴瘤占合并 SVCS 的纵隔肿瘤的 74.2%^[8],若没有病理学诊断将有约 20% 的患者接受不恰当的治疗^[9]。而纵隔镜的应用提高了此类患者病理诊断的准确率。本研组合并 SVCS 的 11 例患者都获得了明确的病理诊断,1 例并发出血,止血纱布填塞压迫后止血,无手术死亡者,和文献^[8,10]报道结果相近。我们体会围术期严禁上肢输液,术前扩血管利尿治疗,术中精细操作、彻底止血,此类患者用自组配电视纵隔镜系统施行纵隔镜检查术是安全有效的。

3.2 关于纵隔镜检查术的并发症, Lemaire 等^[4]总结了 2 145 例纵隔镜检查术,发生并发症 23 例(1.1%),其中 7 例血管损伤(5 例开胸止血),2 例气管损伤,12 例声音嘶哑和 2 例气胸。谢博雄等^[5]回顾了 262 例纵隔镜检查术,发生并发症 12 例(4.6%),包括 1 例无名动脉出血(经扩大颈部切口纱布填塞压迫后止血),2 例声音嘶哑,2 例气胸,5 例切口感染和 2 例心电图异常。本研组合用自行组配的系统开展纵隔镜检查术并发 2 例声音嘶哑,3 例出血(1 例止血纱布填塞压迫止血,2 例开胸止血),并发症发生率为 3.3%,与文献报道相近。由此可见,运用自组配电视纵隔镜系统开展纵隔镜检查术是安全可行的。

3.3 护理配合在纵隔镜检查术中非常重要,团队配合是手术成功的重要因素^[11,12]。手术护理工作的科学合理对手术成功具有重要意义。而术前访视对一台手术的顺利进行具有不容忽视的奠基作用。巡回护士应术前一天到病房访视患者,以良好的服务态度、高度的责任心做好患者的心理护理。由于病因不明确,此类患者常紧张、焦虑,情绪低落,所以需对患者进行心理护理,用亲切易懂的语言鼓励患者,消除其恐惧心理,增强患者战胜病痛的信心,使其积极配合手术,使手术顺利完成。在手术中垫高患者的

肩背部以充分显露颈部;患者双下肢伸直处于功能体位,避免触碰到金属物而造成灼伤。手术中巡回护士和器械护士的默契配合很大程度上影响了手术的操作质量和进展速度。纵隔镜检查术操作空间比较狭小,手术通道内仅能容纳单只器械进行操作,稍有出血便使得手术野模糊不清,因此,术者术中要精准操作,如有意外情况,应快速反应,护士准确传递手术器械。常规准备电动胸骨锯和开胸包,如需中转开胸,快速进行开胸手术的准备,此时巡回护士要立即打开无影手术灯,调整患者手术体位。要严格整个手术过程中的无菌操作,避免感染发生。活检钳取得组织标本后,要妥善存放,防止丢失。标本不能揉搓,以防破坏组织结构,在手术中由器械护士用盛有无菌生理盐水的小药杯或湿盐水纱布接取病理标本,勿用手直接接触标本。胸腔镜器械精密度高,价格昂贵,所以清洗时必须严格按照内镜清洗消毒技术规范,轻拿轻放,利用低温等离子进行灭菌,妥善放置、定期检修和专人负责管理,这也是保证手术高效和成功的重要因素。

3.4 获取病理组织标本是进行纵隔肿瘤的病理诊断以及分型分期的关键诊疗步骤,电视纵隔镜检查术迄今仍是纵隔疾病病理诊断的可靠方法,但由于缺少纵隔镜设备而限制了纵隔镜技术的广泛应用。我们的经验显示,利用现有设备和器械自组配的电视纵隔镜系统,安全可靠,可用于纵隔疑难疾病的诊断,这为医疗设备投入普遍不足的基层医疗单位,积极整合现有微创资源来推动纵隔镜检查术的开展,提供了一定的借鉴。手术室护士术前充分的准备、术中默契的配合、严格的无菌技术、术后精心的器械养护,是确保纵隔镜检查术顺利实施的重要环节。

参考文献

- 1 Carless E. Mediastinoscopy: a method for inspection and tissue biopsy in the superior mediastinum[J]. Dis Chest, 1959, 36: 343 - 352.
- 2 Sivriköz CM, Ak I, Simsek FS, et al. Is mediastinoscopy still the gold standard to evaluate mediastinal lymph nodes in patients with non-small cell lung carcinoma? [J]. Thorac Cardiovasc Surg, 2012, 60(2): 116 - 121.
- 3 李斌,张建华,苟云久,等.自行组配电视纵隔镜诊断纵隔疑难病灶的临床价值[J].中国微创外科杂志,2013,13(11): 969 - 973.
- 4 Lemaire A, Nikolic I, Petersen T, et al. Nine-year single center experience with cervical mediastinoscopy: complications and false negative rate[J]. Ann Thorac Surg, 2006, 82(4): 1185 - 1190.
- 5 谢博雄,丁嘉安,姜格宁,等.纵隔镜检查术并发症 12 例报告[J].中国微创外科杂志,2007,7(5): 426 - 427.

- 6 Cho JH, Kim J, Kim K, et al. A comparative analysis of video-assisted mediastinoscopy and conventional mediastinoscopy[J]. Ann Thorac Surg, 2011, 92(3): 1007-1011.
- 7 Wan JF, Bezjak A. Superior vena cava syndrome[J]. Hematol Oncol Clin North Am, 2010, 24(3): 501-513.
- 8 Pop D, Venissac N, Nadeemy AS, et al. Video-assisted mediastinoscopy in superior vena cava obstruction: to fear or not to fear? [J]. J Thorac Oncol, 2012, 7(2): 386-389.
- 9 Jahangiri M, Taggart DP, Goldstraw P. Role of mediastinoscopy in superior vena cava obstruction[J]. Cancer, 1993, 71(10): 3006-3008.
- 10 李剑锋, 王俊, 赵辉, 等. 纵隔镜在上腔静脉阻塞综合征诊断中的应用[J]. 中华胸心血管外科杂志, 2005, 21(4): 236-237.
- 11 张龙秋, 高春霞, 涂超群, 等. 电视纵隔镜下胸部疾病诊断 63 例护理配合[J]. 齐鲁护理杂志, 2010, 16(10): 12-13.
- 12 万凤, 吴荷玉. 电视纵隔镜下纵隔肿瘤活检术的手术配合[J]. 护理学杂志, 2010, 25(10): 51-52.
- [收稿日期 2015-02-10][本文编辑 吕文娟]

护理研讨

剖宫产术后再次妊娠经阴道分娩的观察及护理

覃明慧

作者单位: 547199 广西, 环江毛南族自治县妇幼保健院妇产科

作者简介: 覃明慧(1969-), 女, 大学专科, 主管护师, 研究方向: 妇产科护理。E-mail: qinmhhj@163.com

【摘要】 目的 探讨剖宫产术后再次妊娠经阴道分娩的可行性及护理措施。方法 对 2013-01~2014-12 收治的 58 例剖宫产术后再次妊娠并同意阴道试产者的产程和护理措施进行回顾性分析。结果 阴道试产成功者 45 例, 占 77.59% (45/58), 再次剖宫产者 13 例, 占 22.41% (13/58); 经阴道分娩产妇住院时间、住院费用、产后出血量均明显少于剖宫产产妇 ($P < 0.05$), 两组新生儿窒息、Apgar 评分比较差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。结论 对于具有阴道试产条件的剖宫产术后再次妊娠者, 可在严密监护下进行阴道试产, 有利于降低剖宫产率。

【关键词】 剖宫产; 再次妊娠; 阴道分娩; 观察; 护理

【中图分类号】 R 47 **【文献标识码】** B **【文章编号】** 1674-3806(2016)01-0075-04

doi:10.3969/j.issn.1674-3806.2016.01.26

剖宫产是解决难产及挽救高危孕产妇和围生儿的重要手段, 但近年来居高不下的剖宫产率受到人们广泛关注, 资料报道国内剖宫产率多在 40% 以上, 部分地区甚至高达 70%~80%^[1]。剖宫产术后再次妊娠分娩方式有经阴道分娩和选择性再次剖宫产, 而后者是导致总体剖宫产率增高的重要原因, 造成家庭、社会负担不断加重。剖宫产术后再次妊娠经阴道分娩的可行性已引起产科医学界高度重视, 而加强围产期观察、评估和护理是保证剖宫产术后再次妊娠经阴道分娩成功的关键。我院 2013-01~2014-12 共收治有剖宫产史再次妊娠并进行阴道试产的孕妇 58 例, 加强了围产期观察及护理干预, 效果令人满意, 现报告如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料 2013-01~2014-12 我院收治的剖

宫产术后再次妊娠者 145 例, 有 1~2 次剖宫产经历者, 孕妇年龄 24~41 (27.15 ± 3.06) 岁; 孕周 35~40 (39.04 ± 0.72) 周; 孕次 2~5 次, 产次 1~4 次。本次妊娠距离上次剖宫产时间为 2~12 (3.96 ± 1.14) 年。经过正确评估, 综合分析后符合阴道试产条件的有 85 例, 其中孕妇及其家属签字同意阴道试产的有 58 例, 试产条件: (1) 骨盆测量各径线均正常, 单胎, 头先露, 胎头已入盆; (2) 有一次剖宫产史, 上次剖宫产术式为子宫下段横切口, 且术后无感染发生, 切口愈合良好; (3) 产前经 B 超常规检查显示子宫下段瘢痕厚度 ≥ 3 mm, 瘢痕肌层连续、无缺陷; (4) 年龄 24~35 岁, 孕周 35~40 周, 距离上次剖宫产时间 ≥ 4 年; (5) 无合并内、外科疾病及妊娠并发症; (6) 根据宫高、腹围计算及结合 B 超估计胎儿体重在 3 000 g 左右。