

由于本组病例是仪器刚开始使用,且医生和护士都处于磨合的磨合期,医生和护士都存在学习曲线问题,故有些病例手术时间较长。相信随着医生和护士熟练程度不断加深后,手术时间应该明显缩短。

3.3 特殊情况应对 术前除了准备 TEM 器械外,还应准备开腹器械及一些特殊用物。本文选的 8 例手术中其中 1 例因肿瘤位置原因致使使用 TEM 器械操作有困难,医生根据悬吊式腹腔镜手术的原理,采取去掉操作面板,直视下用普通开腹器械进行缝合。由于肿瘤位于直肠镜深部,无法用手直接打结,所以除了准备较长的止血钳和针持剪刀之外,还需准备深部打结器。TEM 没有专用的打结器,本文借用了悬吊式腹腔镜的打结器,使用起来很方便。另外,操作面板去掉后,没有光线来源。近 20 cm 的直肠镜,加之手术医生头部的遮挡,无影灯或地灯很难照到操作部位。本文使用了一个约 20 cm 长中间有个 90 度弯曲的硬质冷光源头接于冷光源线,助手直接放于直肠镜内照明,完全能满足手术需要。其中一例切穿肠壁,医生及时发现及时修补,避免了气体进入腹腔内。如穿孔较大需要开腹时,要及时配合医生改变术式,准备开腹器械及改变体位。

3.4 器械清洗灭菌 手术器械 TEM 器械精密昂贵,洗手巡回工作需经过专门培训的对器械及手术较为熟悉的护士担任。器械清洗时特别注意操作面板与操作筒接口的凹槽内的封气圈,避免遗失。金属冲洗器需拆开清洗,防止内部盐水腐蚀生锈,清洗时注意里面的 3 根弹簧,避免遗失。视镜使用和清洗后,及时放回专用的不锈钢网状置镜箱内储存及灭菌,避免损坏。合理选择器械的灭菌方式,本文使用的是 storz 的器械,根据厂家提供的使用说明,编号以 8 开头的器械采用高温高压灭菌,其余不耐高温的配件及摄像镜可采用低温灭菌法灭菌。器械定期保养,特别是 U 型臂各关节部分。

TEM 与传统手术相比,创伤小,出血量少,术后康复快,复

发率低,是相对较新的外科技术^[3]。通过 20 多年的临床运用证明,TEM 已经发展成熟并被大家认可,它治疗广基直肠绒毛状腺瘤和早期直肠癌有较大的优势,将成为治疗广基直肠绒毛状腺瘤和早期直肠癌的“金标准”手术^[4]。

医疗技术的日益更新和以患者为中心的护理模式对手术室护士提出了更高的要求,不再是简单传统的传递器械,更要求手术室护士掌握更多的仪器设备的使用操作,具有先进的外科微创新理念,关注医学前沿技术及对手术患者实行全期护理。首先,术前充分做好患者和仪器及手术器械的准备,合理设计患者体位,充分暴露手术部位,保证患者安全舒适;术中及时准确传递器械,密切观察患者情况,及时添加台上所需特殊器械;术后随访,做好器械设备的清洁保养。努力提高护理质量,更好地为患者服务。

参考文献

[1] Buess G, Theiss R, Hutterer F, et al. Transanal endoscopic surgery of the rectum-testing a new method in animal experiments[J]. Leber Magen Darm, 1983, 13(2): 73-77.
[2] Maslekar S, Beral DL, White TJ, et al. Transanal endoscopic microsurgery: where are we now [J]. Dig Surg, 2006, 23(1-2): 12-22.
[3] 邱辉忠. 经肛门内镜显微手术在直肠肿瘤切除术中的应用[J]. 临床外科杂志, 2008, 16(10): 656-658.
[4] 余利坚, 姚健, 钟开伦, 等. 经肛门内镜显微手术治疗直肠肿瘤(附 7 例报告)[J]. 中国普外基础与临床杂志, 2010, 17(10): 1025-1026.

(收稿日期: 2010-12-30)

腔镜甲状腺瘤切除术的护理

霍家贤(重庆市九龙坡区第一人民医院外二科 400050)

【摘要】 目的 探讨腔镜甲状腺切除术的护理要点,以减少护理并发症。**方法** 通过对 25 例腔镜甲状腺切除患者的术前后护理资料进行分析,总结腔镜甲状腺切除的护理经验和教训。**结果** 1 例患者出现轻度皮下气肿,未予处理。25 例患者术后均恢复好。**结论** 腔镜甲状腺切除术的成功与否不仅依靠高超的手术技术,同时,准确的围手术期护理也至关重要。

【关键词】 腔镜; 甲状腺病; 切除术

DOI: 10. 3969/j. issn. 1672-9455. 2011. 09. 068 文献标志码: B 文章编号: 1672-9455(2011)09-1136-02

颈部是体现人体美的重要部位,然而传统的甲状腺手术却留有明显的手术瘢痕,严重影响颈部美观,给许多患者造成了极大的心理压力。但随着腹腔镜外科的发展,腔镜技术被应用到颈部外科手术中。腹腔镜下甲状腺瘤切除术因美容效果好^[1],术后疼痛轻,恢复快而受到患者的欢迎。本院于 2008 年 5 月至 2010 年 8 月对 25 例患者行腔镜甲状腺瘤切除术,术后恢复好,疗效满意,现将护理体会报道如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 本组患者 25 例,其中男 1 例,女 24 例;年龄 19~61 岁,平均 36.2 岁;其中甲状腺囊肿 8 例,甲状腺腺瘤 15 例,甲状腺囊肿伴囊内出血 1 例,甲状腺癌 1 例。手术在全身麻醉下进行。术后 2~3 d 拔引流管,住院 5~7 d,平均术后住院 5 d。

1.2 护理措施

1.2.1 术前护理

1.2.1.1 心理护理 腔镜下甲状腺瘤切除术是本院新开展的手术项目,患者常顾虑手术的安全性存在紧张焦虑心理,护理人员应针对不同情况实施心理安慰^[2]:(1)介绍科室技术实力,手术者对腔镜操作的熟练程度,对甲状腺解剖的充分了解以及对手术的严谨作风,以缓解患者的紧张焦虑心理。(2)宣教有关疾病知识,讲解腹腔镜手术方式、优点,配合术前访视护士讲解手术操作的基本方法,缓解患者对手术的顾虑,更好地配合手术。

1.2.1.2 一般护理 (1)术前检查:配合做好术前检查,包括三大常规,心、肺、肝、肾功能的检查,甲状腺彩超,颈部拍 X 线片,甲状腺功能的检查,特别是凝血功能的检查。(2)呼吸道准备:吸烟者劝其戒烟,指导深呼吸,练习有效咳嗽。(3)术前常规准备:术前 1 d 去除手术区的毛发及污垢,备皮范围上至下

唇,下至脐水平,左右超过腋前线(男性剃胡须),术前应禁食禁饮 8 h,做药物过敏试验。

1.2.2 术后护理

1.2.2.1 术后常规护理 按照全身麻醉术后常规护理,床旁备气管切开包,患者安全返回病房后去枕平卧,吸氧 2~3 L/min,保持呼吸道通畅,头偏向一侧,以防呕吐物引起呼吸道阻塞。暂禁食。麻醉清醒后改半卧位,有利于呼吸及引流。术后 6 h 如无恶心、呕吐,可进温冷流质饮食,宜少量慢咽,并观察有无呛咳^[3]。术后 1~2 d 可进半流质,无不适可进普食。

1.2.2.2 一般病情观察 术后常规心电监护,密切观察神志,生命体征的变化,术后 24 h 内每小时监测生命体征,注意观察手术区皮肤颜色,皮瓣有无坏死,有无皮下出血、皮下气肿等,认真做好记录,发现异常及时报告医生。

1.2.2.3 术后指导 由于颈部血流丰富,术后应指导患者减少颈部活动,避免颈部左右摆动及过度屈伸,抬头时颈部勿用力。注意休息,少说话,预防感冒、咳嗽,以免刺激创面引起出血,要保持情绪稳定。

1.2.2.4 引流管的护理 术后切口需持续负压引流,妥善固定引流管及负压吸引器,保持引流通畅是保证手术成功的关键之一,要按时挤压引流管,防止其扭曲、折叠、受压、堵塞,注意观察引流液的量、颜色及性质^[4],若吸引器内引流液达 2/3,及时更换并报告医生,如有异常及时处理。

1.2.2.5 术后常见不适的护理 (1)术后胸前区紧绷感和烧灼痛:由于手术在胸前区分离面较大并形成疤痕,很多患者术后不可避免地出现胸前皮肤紧绷感和烧灼痛^[5]。术后应给予心理护理,对患者耐心讲解这种情况发生的原因,告诉患者这些感觉,解除思想压力,同时可适当给予镇静剂。(2)术后呕吐及疼痛的护理:术后呕吐多与麻醉药、插管刺激有关,应向患者解释说明原因,消除其紧张情绪。并嘱患者把头偏向一侧,防止呕吐引起窒息。呕吐次数少时可暂不处理,严重时可给予止

吐药。由于患者对疼痛的耐受力不同,其反应强度也不同。护士应向患者解释术后疼痛是正常现象,疼痛轻者可暂不处理,对疼痛不能耐受者,再给予止痛剂,症状一般能缓解。

2 结 果

25 例患者手术后预后良好,其中 1 例患者出现轻度皮下气肿,未予处理,术后 2 d 自行吸收。

3 讨 论

由于腔镜手术切口小且隐蔽,在美容上有着开放手术不可比拟的优点。但其缺点是此手术并非微创手术,手术创面较大,可能术后渗出较多,需要充分引流,保持引流管通畅,密切观察手术区肤颜色变化,防止皮下气肿及皮瓣坏死。同时,术前的心理护理也很重要,要消除患者的紧张焦虑情绪,才能使患者积极配合,尽快恢复健康。

腔镜甲状腺切除术的成功与否不仅依靠高超的手术技术,同时,准确的围手术期护理也至关重要。

参考文献

[1] 黄玉斌,卢榜裕,蔡小勇,等.腔镜甲状腺疾病手术治疗的疗效观察(附 128 例报告)[J].微创医学,2006,1(2):75.
[2] 宋梅,陈焱.腔镜下甲状腺手术患者的护理[J].护理研究,2009,23(11):2867-2868.
[3] 滑志娟,张彩菊,康丽娟,等.腹腔镜甲状腺手术后的观察与护理体会[J].医学研究与教育,2009,26(5):72-73.
[4] 陈季萍.腔镜甲状腺手术与传统手术的护理比较[J].现代实用医学,2009,21(8):903-904.
[5] 高峰,彭勃.腔镜甲状腺手术与传统手术创伤的比较研究[J].腔镜外科杂志,2007,12(6):470-471.

(收稿日期:2010-12-21)

老年压疮护理与治疗方法探讨

朱志兰¹,何伟华²,华 琴²(1. 江苏镇江新区石桥卫生院全科 212001,2. 江苏大学附属医院老年科 212001)

【摘要】 目的 探讨老年压疮患者的临床治疗与amp;方法,以提高临床压疮治疗的效果。方法 实验组采用常规护理配合参麦注射液治疗(参麦注射液 60 mL 加入生理盐水溶液 250 mL 中静脉滴注,1 次/天,2 周为 1 个疗程),与常规护理组对照。观察患者治疗过程中 C 反应蛋白(CRP)、白细胞介素-12(IL-12)水平变化及压疮治愈率。结果 实验组压疮治愈率明显高于对照组,参麦治疗后患者血清 IL-12 水平升高、CRP 水平降低。结论 参麦可改善老年压疮患者免疫功能,有利于患者压疮愈合,是老年压疮有效的辅助治疗手段。

【关键词】 参麦; 白细胞介素-12; 老年压疮

DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2011.09.069 文献标志码:B 文章编号:1672-9455(2011)09-1137-02

老年性压疮一旦压疮发生会增加患者的痛苦,还会影响患者疾病治疗,严重者可引发败血症而危及生命。近 2 年作者对住院及社区内压疮患者进行系统的治疗与护理取得了较好的临床效果,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 近 2 年住院及社区内老年压疮病例随机分为两组。实验组 12 例,男 8 例,女 4 例,年龄 66~94 岁,平均 74 岁,均为脑血管意外病例。其中高血压合并脑溢血 7 例、脑梗死 5 例,12 例中合并 2 型糖尿病 8 例。实验组采用常规护理配合参麦注射液治疗。对照组 12 例,男 9 例,女 3 例,年龄 64

~96 岁,中位年龄 76 岁。其中高血压合并脑溢血 6 例、脑梗死 6 例,12 例中合并 2 型糖尿病 7 例。对照组采用常规护理处理。

1.2 压疮护理及治疗方法

1.2.1 压疮常规护理 (1)减轻局部组织受压时间。对于长期卧床的患者,至少 2 h 翻身一次。侧卧位时用枕头或楔形垫支撑后背,两腿间垫海绵垫以防互相摩擦。运用自制棉垫、棉圈垫于外踝、足跟等小面积部位加强防护,同时给患者按摩骨隆突部位以改善局部循环。(2)减少摩擦力和剪力。翻身或移动患者时注意抬起患者躯体以免造成皮肤损伤。(3)保持皮肤