

1.3.4 记录患者每次吸痰量。

1.4 统计学方法 计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示,采用 t 检验,计数资料采用 χ^2 检验。

2 结果

2.1 两组患者拍背排痰前后指脉氧变化比较 观察组与对照组排痰前指脉氧差异无统计学意义 ($P > 0.05$);排痰后指脉氧的变化及每次吸痰量差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。见表 2。

表 2 两组患者拍背排痰前后指脉氧变化比较 ($\bar{x} \pm s$)

组 别	例数	每次吸痰量	指脉氧 (%)	
			排痰前	排痰后
观察组	30	20.35 ± 6.98	90.57 ± 2.27	97.1 ± 1.71
对照组	30	10.8 ± 3.52	90.6 ± 2.56	92.22 ± 2.20
t	-	16.19	0.075	13.56
P	-	< 0.01	> 0.05	< 0.01

2.2 两组患者拍背排痰后肺部体征及背部皮肤变化比较 拍背排痰后肺部体征的缓解情况两组比较差异有统计学意义 ($P < 0.05$);拍背后局部皮肤的改变两组差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。见表 3。

表 3 两组患者拍背排痰肺部体征和背部皮肤变化比较 (次)

组 别	肺部体征				背部皮肤		
	记录次数	显效	好转	无效	不变	微红	红
观察组	60	16	42	2	35	19	6
对照组	60	8	34	18	10	27	23
χ^2		15.6				24	
P		< 0.01				< 0.01	

3 讨论

传统的拍背手法的操作特点是利用腕关节活动拍背,远端指腹往往先着落,靠近腕关节的大小鱼际肌最后着落,不能使整只手掌同时着落,手掌所叩的空气相对少,所产生的共振力相对小,不易掌握力度,叩击力不均匀、不稳定;同时腕关节活动拍背时,除了对背部产生垂直的作用力外,还对局部皮肤产生较大水平的摩擦力,使局部皮肤发红、疼痛。改良的拍背手法的特点是腕关节不动,利用肩、肘关节活动带动手掌,可使整只手掌同时平稳着落,叩击力度易掌握,叩击力均匀、稳定,手掌所叩的空气较多,所产生的共振力较大;叩击力近似垂直作用于患者背部,对局部皮肤产生水平摩擦力较小,局部皮肤发红、疼痛较轻,而作用于肺部的振动力相对大。观察对比结果表明,腕关节不动的拍背手法比腕关节活动的拍背手法,拍背排痰的效果较好,每次吸出的痰量较多、改善肺部啰音及指脉氧亦较好;而且对局部皮肤产生水平摩擦力较小,局部皮肤发红、疼痛等不良影响较少见。

参考文献

1 刘晓联,靳晓玉,赵风琴. 肺部感染病人的排痰护理[J]. 中华护理杂志,1998,12(33):697.
2 邓碧坚,林兰珠,唐良春. 拍背结合体位排痰对急性发作期 COPD 患者的辅助治疗作用[J]. 中华现代护理杂志,2008,14(10):1174.
3 孙 晖. 振动排痰和人工排痰在脊髓损伤患者中的应用比较[J]. 中国康复理论与实践,2006,12(7):576-577.

[收稿日期 2009-12-16][本文编辑 刘京虹 吕文娟(见习)]

护理研讨

异位妊娠 78 例腹腔镜手术的护理配合

杨洁清, 林正飞, 黄学琼

作者单位: 538021 广西,防城港市防城区人民医院手术室
作者简介: 杨洁清(1976-),女,大学专科,主管护师,研究方向:手术配合及术后护理。E-mail:yjq5005@126.com

[摘要] 目的 探讨腹腔镜异位妊娠手术护理配合的相关问题。方法 对 2008-05~2009-10 异位妊娠 78 例施行腹腔镜手术的临床资料进行回顾性分析,总结手术护理配合要点和体会。结果 所有患者手术均能顺利进行,术中、术后未发生并发症,术后恢复良好,均未使用止痛药,均能在 8~24 h 内下床活动,恢复正常饮食;12~48 h 内开始排气,无一例发生切口感染。结论 充分的护理术前准备是手术顺利进行的前提,术中默契的手术配合和术后精心护理是手术成功的关键。

[关键词] 腹腔镜; 异位妊娠; 手术配合
[中图分类号] R 714.22 [文献标识码] B [文章编号] 1674-3806(2010)05-0496-02
doi:10.3969/j.issn.1674-3806.2010.05.35

异位妊娠是妇科最常见的急腹症之一,近年来异位妊娠的发病率有逐渐增高的趋势^[1],手术治疗是异位妊娠的主要治疗手段,与传统的开腹手术相比,腔镜手术有创伤少、腹部切口小、术后疼痛轻、术后恢复快、住院时间短等优点^[2]。临床上已广泛应用,我院 2008-05 ~ 2009-10 已成功完成腹腔镜下异位妊娠手术 78 例,取得了满意效果。现将手术配合体会报告如下。

1 临床资料

本组异位妊娠者 78 例,年龄最小 18 岁,最大 39 岁,平均年龄 26.4 岁,停经 45 ~ 62 d,均有腹痛,阴道不规则出血。尿 HCG 阳性,血 β HCG > 500 IU/L;部分病人在后穹窿穿刺抽出不凝血。临床均确诊为异位妊娠,其中破裂出血 32 例,流产性出血 28 例,经 B 超诊断未破裂 18 例。所有患者均能顺利进行手术治疗,术中、术后无并发症发生,术后恢复良好,均未使用止痛药。术后均能在 8 ~ 24 h 下床活动,恢复正常饮食。12 ~ 48 h 内开始排气,无一例发生切口感染。住院时间 3 ~ 5 d,平均 4.5 d。

2 手术配合

2.1 术前准备 (1)手术室准备:手术间空气常规消毒,术晨用多能消毒机消毒 2 h,术前 8 h 消毒液擦拭手术间平面及无影灯,挂浅蓝色窗帘。保持手术间湿度 50% ~ 60%。(2)物品准备及灭菌设备:物品包括摄像显像系统、人工气腹,冲洗吸引系统、电凝电切系统;器械包括基本器械(如气腹针、分离钳、电钩等)、选配器械(如子宫抓钳、打结推杆)、开腹器械包及敷料包等。术前护士认真检查设备、器械准备情况,并使其处于良好备用状态。手术器械灭菌,各种导线及摄像头均采用无菌保护套包裹。(3)病人准备:根据实际情况,尽量对患者进行术前访视,评估患者的病情,给病人介绍手术过程,做好病人心理护理,以解除其对手术恐惧感。异位妊娠腹腔镜手术是新开展的术式,病人及家属了解比较少,术前访视时除了对病人进行一般的术前宣教外,还应向病人介绍该手术的特点和注意事项。

2.2 术中配合 (1)巡回护士配合:①患者入手术室后,核

对床号、姓名、年龄、住院号。检查术前医嘱执行情况;与器械护士共同清点手术器械及物品,及时做好记录,以便术后核对。②认真检查各种手术仪器和设备性能是否完好,观察屏幕显示是否正常。③详细检查 CO₂ 钢瓶压力与气腹机的性能是否正常。④建立静脉通道,于病人左上肢用留置针建立静脉通道,保证术中输液及麻醉给药。⑤术中用镇静剂时,要与麻醉师核对药品名称及剂量。⑥协助麻醉医师做好手术麻醉病人麻醉深度、血压、呼吸、心率等方面的观察。(2)洗手护士配合:①常规消毒,铺单;②切口处贴上手术保护薄膜,将电视显示系统、气腹机、高频电凝器、冷光源等连接好;③检查、清点、摆放好有关手术器械,术中认真配合手术医师的技术操作,做好器械用具的传递工作;④于脐孔上缘置入 Trocar 10 mm 套管针,将 CO₂ 充气管与套管针侧孔连接;用 60 ~ 70 ℃ 生理盐水敷热腹腔镜头;⑤手术结束,仔细清点器械及物品并与术前核对,确保准确无误。

3 体会

通过 78 例腹腔镜下异位妊娠手术配合,我们体会是:(1)认真做好术前准备,配套齐全专用手术器械,选配好器械护士和巡回护士^[2]。(2)手术护士必须熟悉腹腔镜下异位妊娠手术操作的全过程。(3)器械护士必须掌握手术器械的名称、用途、性能、清洗、保养及使用和故障排除方法。(4)巡回护士必须掌握各种导线、管道的连接方法,掌握各参数的调节及设备小故障的排除方法,管理好手术间^[3]。(5)手术过程严格遵守无菌操作制度,执行无菌操作规程,手术过程中应尽量减少人员走动,限制参观人数以减少污染机会。

参考文献

1 魏 革,刘苏君,主编. 手术室护理学[M]. 北京:人民军医出版社,2005:724.
2 戴华英,黄越秀. 宫外孕腹腔镜手术的护理配合[J]. 安徽医药, 2009,13(3):341-342.
3 黄书丽. 妇科腹腔镜手术护理配合 80 例体会[J]. 腹腔镜外科杂志,2009,14(5):365,369.

[收稿日期 2009-12-28][本文编辑 黄晓红 吕文娟(见习)]

作者书写统计学符号须知

本刊已执行国家标准 GB3358-82《统计学名词及符号》的有关规定,请作者书写统计学符号时注意以下规格:1. 样本的算术平均数用英文小写 $\bar{x}$ 表示,不用大写 $\bar{X}$ 表示,也不用 *Mean* 或 *M*(中位数仍用 *M*);2. 标准差用英文小写 *s*,不用 *SD*;3. 标准误用英文小写 *s $\bar{x}$* ,不用 *SE*,也不用 *SEM*;4. *t* 检验用英文小写 *t*;5. *F* 检验用英文大写 *F*;6. 卡方检验用希腊文小写 χ^2 ;7. 相关系数用英文小写 *r*;8. 自由度用希腊文小写 *v*(钮);9. 样本数用英文小写 *n*;10. 概率用英文大写 *P*;11. 以上符号 $\bar{x}$ 、*s*、*s $\bar{x}$* 、*t*、*F*、 χ^2 、*r*、*v*、*n*、*P* 均用斜体。望作者注意。