

表1 医院感染部位分布与构成

感染部位	例次	构成比(%)
下呼吸道	20	37.03
呼吸道	12	22.22
泌尿道	9	16.67
口腔	8	14.82
胃肠道	3	5.56
其他	2	3.70
合计	54	100.00

### 3 讨论

**3.1** 与全院同期医院感染相比较,全院同期共有出院患者 10 752 例次,医院感染 144 例次,感染率为 1.34%,本组患者医院感染发病率(7.19%)显著高于全院同期医院感染发病率。

**3.2** 感染部位与医院感染根据文献报道,我国医院感染好发部位以呼吸道感染最常见,其次是泌尿道<sup>[1]</sup>,与本研究一致。本组脑血管意外患者 751 例,发生医院感染 54 例次,医院感染率为 7.19%,下呼吸道感染最多,为 20 例次,占 37.03%,脑血管意外患者多为长期卧床或意识障碍患者,咳嗽反射减弱或消失,不能有效地将下呼吸道分泌物排出,极易引起肺部感染,而误吸或使用吸痰器也极易将口腔或咽部细菌带入肺部造成感染,合并下呼吸道感染可加重病情,促进死亡。脑血管意外患者发生医院感染占第三位的为尿路感染,占 16.67%,这是因为留

置导尿管而引起的尿路感染,是医源性感染中最常见的一种,泌尿道插管时,无菌操作不严格及长期导尿管留置,是造成泌尿道感染的主要原因。脑血管意外患者发生医院感染占第四位的是口腔真菌感染,占 14.82%,脑血管意外患者长期使用抗菌药物及病人自身免疫力下降是造成口腔真菌感染的主要原因。

### 4 预防措施

(1)加强基础护理,每日口腔护理 2 次,保持口腔清洁,保持呼吸道通畅,必要时雾化吸入,吸痰时注意无菌操作,防止肺部感染。(2)插导尿管时要严格无菌操作,尽可能缩短操作时间,减少污染机会,保持会阴部清洁,及时清洗及消毒尿道口,鼓励患者多饮水,加强留置尿管的护理,尿管引流采用封闭式装置,贮尿袋需常位于膀胱之下,保持尿向下通畅地流动,并定期放空尿袋。(3)合理使用抗菌药物,掌握用药知识,控制预防性抗菌药物的应用,尽可能根据病原学及药敏结果用药,长时间使用抗菌药物者,应防止菌群失调,重视对原发病的治疗,加强全身支持疗法,预防二重感染的发生。

### 参考文献

1 潘嘉西,孙庆丰,李克诚,等.心血管内科病房医院感染分析[J].中华医院感染学杂志,2009,19(9):1080-1082.  
[收稿日期 2011-01-13][本文编辑 谭毅 吕文娟]

## 护理研讨

# 利普刀治疗宫颈糜烂的护理

章丽锦

作者单位: 533000 广西,百色市人民医院妇科

作者简介: 章丽锦(1977-),女,大学本科,医学学士,主管护师,研究方向:护理管理及妇产科护理。E-mail:gxbsqljin@yahoo.com.cn

**[摘要]** **目的** 探讨利普刀治疗宫颈糜烂的护理对策。**方法** 对 105 例宫颈糜烂的已婚女性行利普刀治疗,在治疗的过程中并给予相应的护理措施。**结果** 术后 2 个月随访,宫颈糜烂愈合率为 99%,术后 6 个月随访 80 例,宫颈糜烂均愈合,无一例行 2 次手术。**结论** 做好术前心理护理、术后健康指导,使患者掌握利普刀术后的护理要点,配合医护治疗,提高自我护理能力是护理工作的重要内容。

**[关键词]** 利普刀; 宫颈糜烂; 护理

**[中图分类号]** R 711.71 **[文献标识码]** B **[文章编号]** 1674-3806(2011)05-0472-03

doi:10.3969/j.issn.1674-3806.2011.05.29

宫颈糜烂是已婚女性常见病及多发病,占妇科门诊的首位,有4.56%的成年妇女患有此病<sup>[1]</sup>。宫颈糜烂久治不愈或治疗不彻底有诱发宫颈癌的危险,故积极治疗宫颈糜烂是预防宫颈癌的重要手段,以往治疗方法有药物治疗、物理治疗和手术方法。利普刀作为近几年最先进的一种非侵入性宫颈疾病治疗方法,具有疗效显著、手术时间短、出血少、无疼痛、术后并发症少、不复发、不留疤等优点,现就护理体会报告如下。

## 1 资料与方法

**1.1 一般资料** 我院于2009-10~2010-05采用美国埃尔曼国际公司生产的EMC高频射频电波刀(简称利普刀)治疗105例不同程度宫颈糜烂患者。年龄22岁~54岁,平均年龄35岁。其中轻度糜烂23例,中度糜烂56例,重度糜烂26例。

**1.2 术前准备** (1)实验室检查:血常规正常,白带常规清洁度Ⅲ°以下,无衣原体、支原体、淋球菌等细菌感染;宫颈液基薄膜细胞学检查TCT或宫颈组织病理检查除外宫颈Ca。手术时间:月经干净后3~7d内,对已经绝经的妇女则无时间限制。如果是产妇或其他的宫腔操作应是在分娩3个月后,流产2个月后或宫腔操作1个月后进行,以减少出血和感染的机会。术前3d禁同房,有生殖道急性炎症者应治愈后方可手术。

**1.3 治疗方法** 术前嘱患者排空膀胱取膀胱截石位,行外阴、阴道冲洗,常规消毒铺巾,接通电源,设定治疗功率,根据病变性质和范围选用不同的治疗方法。对于单纯宫颈糜烂者采用高频电灼术,暴露宫颈后用球型刀头自宫颈口逐渐向外依次烧灼糜烂面至整个糜烂面均呈微黄色,切忌烧成焦黄色。术中不须麻醉,术后宫颈创口喷洒济安舒能伤口护理膜,口服抗感染药物3d。宫颈肥大明显者则在静脉全麻下用锥形电极头行锥切术,切除范围在病变的移行带外310~510mm,深度为710~810mm之间,术后宫颈填塞止血明胶海绵24h,静脉消炎3d。所有患者均于术后2~4周、2个月、6个月各随访一次观察创面愈合情况及宫颈移行带变化。

## 2 护理措施

**2.1 心理护理** 慢性宫颈炎病程长,有些患者经过多次微波、激光等治疗后对治疗失去信心;加上利普刀又是新的诊疗技术,多数患者不了解治疗方法,对治疗效果抱有怀疑的态度,担心治疗后影响生育、影响性生活等。针对患者的这些心理特点,我们向患者介绍利普刀的优点和安全性:它是目前最先进的

宫颈疾病治疗方法,有良好的组织穿透性,在不伤正常组织的情况下选择性地消除病变组织,可达到非常精细的手术效果;手术时间只需要3~5min,无需住院,不影响工作和学习;手术当中损伤小、出血少、无疼痛,切除的标本可进行病理检查,避免漏诊;术后并发症少,不复发,不留疤,不影响生育功能,术后2个月创面愈合后即可恢复正常性生活等。术前让患者了解利普刀的治疗方法及其效果,以减轻其思想顾虑。

**2.2 术后创面出血的观察及处理** 创面出血是利普刀术后常见的并发症。指导患者准确观察阴道流血量,术后1~2周阴道有少许流血属正常可不处理,若出血多于月经量或逐渐增多则回院检查,在直视下观察创面出血情况,对于小范围创面出血可用止血明胶海绵加少许云南白药粉覆盖于宫颈创面上止血;较大面积出血者或小血管渗血的可用可吸收止血纱布附着出血表面并阴道塞纱或利普刀电凝促进局部止血。同时嘱患者术后3d内不做剧烈运动,1个月内不要用太热的水洗澡或淋浴等,避免一些人为的因素引起术后出血。本组5例出血经处理后疗效满意。

**2.3 感染的预防与宣教** 宫颈利普刀治疗后创面愈合需要1~2个月的时间,告知患者这期间要减少对宫颈的刺激,治疗后4~8周禁盆浴、性交,不要自行使用栓剂或进行阴道冲洗,以免机械性刺激影响宫颈正常组织的修复或引起阴道炎症影响疗效。根据情况酌情给予抗生素3~5d防止感染。特别是锥切术后阴道分泌物增多甚至大量排液时应保持外阴清洁干燥,勤洗外阴,勤换内裤或者使用卫生护垫。饮食宜清淡,禁吃辛辣刺激食物,炎热天气尽可能不做手术。

**2.4 随访与复查** 随访是了解治疗效果及有无并发症的一个重要措施。交代患者严格按复查时间于治疗后2~4周各复查1次,观察创面愈合情况,必要时辅助其他局部治疗;治疗后第2、6个月各复查1次,做细胞学检查,了解宫颈移行带变化,如移行带内有可疑病变存在需做活检。

## 3 结果

术后2~4周出血大于月经量5例,其中3例用止血明胶海绵覆盖于宫颈创面并阴道塞纱24h后止血,1例用利普刀电凝止血,1例口服止血药及抗炎药后阴道流血停止。术后1个月宫颈上皮覆盖约78%,宫颈肥大缩小88%,术后2个月宫颈糜烂99%愈合,自觉症状消失,宫颈肥大完全恢复正常大

小。本组术后 6 个月随访 25 例锥切术,55 例电灼术患者共 80 例,宫颈糜烂均愈合,无一例行 2 次手术。

#### 4 体会

利普刀作为一种非侵入性宫颈糜烂治疗方法,是通过电极尖端产生的高频电波在接触身体后,由于组织本身阻抗,吸收此高频电波而瞬间产生高热以完成宫颈糜烂的处理。手术效果精细,可以达到其他传统治疗宫颈疾病达不到的手术效果<sup>[2]</sup>。手术时间短,不需住院治疗,因此,术后的观察及护理均由患者自行完成,如护理不当可引发感染、出血等

并发症。做好术后健康指导,使患者掌握利普刀术后的护理要点,配合医护治疗,提高自我护理能力是护理工作的重要内容。

#### 参考文献

- 1 李 萍,曾芳玲,武秋林,等. 1981~2002 年广州市企业女工妇科疾病分析[J]. 中国妇幼保健,2004,19(18):27-30.
- 2 沈 铿,郎景和,黄惠芳,等. 子宫锥切术在宫颈上皮内瘤变诊断和治疗中的价值[J]. 中华妇产科杂志,2001,36(5):264-266.

[收稿日期 2010-12-20][本文编辑 黄晓红 韦 颖]

### 护理研讨

## 微创经皮肾镜钬激光碎石治疗肾结石的围手术期护理

覃素娇, 黎晓燕, 顾超琼

作者单位: 530021 南宁,广西壮族自治区人民医院手术室

作者简介: 覃素娇(1972-),女,大学本科,护理学士,主管护师,研究方向:手术室护理。E-mail:qsj031370@163.com

**[摘要]** 目的 探讨微创经皮肾镜钬激光碎石治疗肾结石的围手术期护理对策。方法 总结分析 73 例微创经皮肾镜钬激光碎石治疗肾结石的围手术期的护理问题。结果 73 例患者全部顺利完成手术,医、护、患三方配合协调,有效促进了手术的顺利进行。结论 护士熟练掌握经皮肾镜钬激光碎石术围手术期的护理要点,是保证手术顺利完成的关键。

**[关键词]** 经皮肾镜; 钬激光碎石; 护理

**[中图分类号]** R 472.3 **[文献标识码]** B **[文章编号]** 1674-3806(2011)05-0474-03

doi:10.3969/j.issn.1674-3806.2011.05.30

钬激光碎石属于目前最新的一种激光碎石方式。钬激光对结石的碎石作用主要通过一种“钻孔效应”,产生的能量可使光纤末端与结石之间的水汽化,形成微小的空泡,并将能量传至结石,使结石粉碎成粉末状<sup>[1]</sup>。钬激光以脉冲式发射,发射时间为 0.25 s,瞬间功率达 10 kV,足以粉碎各种成分和密度的结石,水吸收了大量的能量,对组织穿透深度 <0.5 mm,组织损伤轻微,不易形成瘢痕<sup>[2]</sup>;而经皮肾镜取石术是以前经皮肾微小的通道,对肾脏损伤小,操作易掌握为优势,两者结合在一起已成为上尿路结石首选的治疗方法。我院 2009-08~2010-12 采用微创经皮肾镜钬激光治疗肾结石的患者 73 例,效果

满意。现将围手术期的护理体会总结如下。

#### 1 资料与方法

**1.1 一般资料** 本组 73 例患者,其中男性 41 例,女性 32 例,年龄 17~74 岁,左肾结石 34 例,右肾结石 28 例,双肾结石 11 例,其中单发巨大结石 4 例,多发结石 13 例,肾结石伴中-重度积水 5 例,伴感染 9 例。

**1.2 手术方法** (1)采用硬腰联合或全身麻醉。(2)患者先取膀胱截石位经输尿管逆行置入 F5 或 F6 输尿管导管至肾盂处,留置 18 号导尿管。(3)取俯卧位,腰肾区垫高 20~30°。(4)在 B 超引导下定位,在腋后线 11 肋或 12 肋间隙进行扫描,了解肾脏