

· 经验交流 ·

妇科经阴手术术前清洁灌肠时间改进

闫 惠(泰安市中心医院 山东 泰安 271000)

2004年 1月~12月,我们观察了 90例妇科经阴手术术前应用改良法进行清洁灌肠,并与同期 70例经阴子宫切除患者应用传统灌肠后情况进行对照观察,效果满意。现报告如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料 组:本组 90例,26~60岁,术术前用改良法灌肠。组:本组 70例,27~62岁,用传统法灌肠。两组在年龄、疾病、体质等方面无显著性差异,具有可比性。观察两组经阴式子宫切除手术患者术前 1d 晚休息、睡眠状况、术中效果,术后第 1次肛门排气排便时间。

1.2 方法 组灌肠时间(改良法)分别于术前 1d 4pm、8pm至清洁,组灌肠时间(传统法)分别于术前 1d 晚 10pm,术晨 4am、5am至清洁;两组均用温度 39~41℃、0.2%~0.5%的肥皂水。将两组资料进行对比分析。

1.3 结果 组(改良法)灌肠后患者夜间入睡时间接近生理性睡眠(7~8h),有 50例(55.6%)入睡时间达 7h,而组(传统法)灌肠后仅有 14例(20.0%);改良法无一例入睡时间在 3h内,传统法有 4例(5.7%),经统计学分析,有显著性差异。组灌肠后有 1例(1.1%)于手术中排出粪渣,1例(1.1%)出现肠胀气;组灌肠后有 3例(4.4%)术中排出粪渣,4例(5.7%)出现肠胀气。经统计学分析,两组有显著性差异。组灌肠手术后第 1次肛门排气时间 19~64h,平均 48±10.2h;第 1次排便时间 46~102h,平均 68±20.4h。组灌肠患者第 1次肛门排气时间 24~82h,平均 60±11.3h;

第 1次排便时间 52~128h,平均 90±22.8h。可见改良法灌肠可以明显缩短患者术后第 1次肛门排气排便时间。

2 讨论

灌肠是为了减少手术中因脏器牵拉或麻醉反应引起的恶心呕吐,防止手术中肛门括约肌松弛,粪便排出造成污染,防止肠道被粪便或积气充盈妨碍手术操作,减少术后便秘、肠胀气等不适。改良灌肠患者入睡时间达成人睡眠需求 7~8h,患者情绪平稳,增加了患者对麻醉药物的敏感性,在一定程度上能减少麻醉药物毒性,增强术后患者对切口疼痛的耐受力,提高痛阈,能较早地进行床上活动,促进通气功能恢复。传统法最后 1次灌肠时间为术晨 5am以后,因 8am入手术室,没有充足的时间排尽残余粪渣和积气,造成术中麻醉后肛门括约肌松弛,残余粪渣排出造成污染,肠道被粪便和积气充盈而妨碍手术操作,改良法灌肠避免了上述情况发生。妇科经阴手术患者,肠蠕动功能障碍,常可引起腹胀、腹痛、便秘等不适,影响了会阴部切口愈合,延长了禁食时间,不利于患者术后康复。缩短术后第 1次肛门排气、排便时间是促进机体功能恢复的重要环节,改良法灌肠最后 1次灌肠时间为手术前晚 10pm左右,灌肠液对肠道的机械性刺激经 6~7h的休息得以恢复,提高了对手术刺激的承受力,术后肠蠕动功能较易恢复,改良法灌肠缩短了禁食时间,保证了营养物质的早期摄入,促进了切口愈合。

收稿日期:2005-05-31

糖尿病视网膜病变 15例护理体会

吴云燕 郭玲 李莉 孔冬 王芳(山东省立医院 山东 济南 250021)

我院收治糖尿病视网膜病变 15例,经精心治疗与护理,效果满意。现将护理体会报告如下。

1 临床资料

本组男 10例,女 5例,平均 40岁,病程 7~20d,糖尿病 1型 3例,2型 12例;单纯型 7例,增生型 8例。

2 护理

2.1 术前护理

2.1.1 控制血糖 持续高血糖是引起糖尿病视网膜病变的主要原因,血糖控制情况与糖尿病视网膜病变的进展和预后有很大关系。如果已经产生严重背景型或增生型病变,即使血糖控制也不一定阻止病情变化。

2.1.2 合理饮食 根据患者所需热量,合理搭配各类食品,做到主食粗细搭配,副食荤素搭配,要求患者定量、定时、定餐,如餐后患者饥饿感明显,可进低热量高纤维蔬菜,或者两

餐之间加食黄瓜、西红柿等含糖低的水果。

2.1.3 心理护理 耐心向患者讲解手术必要性,介绍糖尿病视网膜病变的有关知识及注意事项,清除其紧张、恐惧情绪,使之以良好的心态配合治疗。

2.1.4 血糖观察 严密监测血糖变化,每日晨查空腹血糖 1次,三餐后各查 1次,根据血糖水平,适当调整胰岛素用量,一般要求血糖浓度术前控制在 5.6~11.1mmol/L。

2.2 术后护理

2.2.1 控制感染 糖尿病患者一般伤口愈合迟缓,易发生感染,术后遵医嘱应用抗生素,加强伤口换药,严格无菌操作,及时清除分泌物,保持敷料清洁干燥,预防感染。

2.2.2 病情观察 监测血糖,积极准确地使用胰岛素调整血糖,加强基础护理,密切观察伤口渗血情况,敷料潮湿及时更换。术眼有无疼痛,轻度疼痛为手术反应,剧烈疼痛时注

意有无感染、前房出血、高眼压或包扎不当。保持术眼清洁,注意观察伤口及分泌物,按时点眼,避免咳嗽打喷嚏,避免猛抬头、猛低头动作,以免用力而加重病情。

2.2.3 饮食指导 糖尿病治疗仍按术前用药,术后给予糖尿病食谱,鼓励患者多吃蔬菜,避免便秘,如术后 3d 未排便,给予缓泻剂。

3 健康教育

嘱患者注意休息,避免做重体力劳动。控制饮食,配合

胰岛素治疗糖尿病,控制血糖。出院前教会患者正确点眼方法及有关注意事项,注意保持眼部清洁,勿用手揉擦眼睛,避免剧烈运动,及时复诊。以通俗易懂的语言向患者家属讲解糖尿病的防治知识,教会其如何自测血糖、尿糖,指导饮食原则,讲解调节血糖用药知识,提高患者自我护理技能,定期查血糖、观察眼底。

收稿日期:2005-05-16

连续性肾脏替代治疗中心静脉导管护理体会

李志芬 于杰 李修奎(枣庄矿业集团公司枣庄医院 山东 枣庄 277101)

我院连续性肾脏替代治疗(CRRT)中心静脉插管治疗肾功能衰竭 12例,经精心护理,效果满意。现将护理体会报告如下。

1 临床资料

本组男 8例,女 4例,22~65岁,其中急性肾功能衰竭 3例,多器官功能紊乱综合征 2例,重症胰腺炎 1例,急性心肌梗塞 1例,急性呼吸窘迫综合征 1例,慢性肾功能不全 3例,肝肾综合征 1例。其中股静脉置管 7例,颈内静脉置管 5例,置管操作在手术室进行,置管后口服抗生素,抗感染治疗。

2 护理

2.1 心理护理 神志不清者,适当约束四肢,减少置管侧肢体活动,防止留置针及血管管路扭曲、脱出;神志清楚者,治疗前耐心讲解其治疗重要性及安全性,消除患者顾虑取得配合。

2.2 置管护理 术后导管口处以无菌纱布覆盖,插管处皮肤应保持清洁、干燥,如敷料潮湿,应立即更换^[1]。每次治疗

前后均使用强力碘、75%酒精擦拭皮肤及导管口,如有脓性分泌物者,可用 3%双氧水冲洗,对于部分合并感染者可给予头孢他啶与肝素混合封管^[2]。

2.3 血栓预防 CRRT治疗频率高,时间长,封管时间相对较短。因此,给予低浓度稀肝素 5mg/ml封管也能起到同样抗凝效果,插管患者最长使用 35d,无血栓形成。

2.4 预防出血及脱管 CRRT患者病情危重,不能合作,且翻身较多,易导致导管口周围出血或导管部分脱出,局部固定非常重要,不但置管时要求导管与局部皮肤缝合牢固,而且局部使用美敷联合胶布加强固定亦很重要。

参考文献:

- [1] 刘艳红,郭芳.中心静脉导管的应用及护理[J].齐鲁护理杂志,2002,8(11):862.
- [2] 宋红玲.中心静脉导管引流治疗老年恶性胸腔积液的护理[J].齐鲁护理杂志,2005,11(1):56

收稿日期:2005-04-05

卡舒宁局部治疗病毒性皮肤疣 53例临床观察及护理

郝美华(泰山医学院附属医院 山东 泰安 271000)

2003年 12月~2004年 12月,我们采用卡介菌多糖核酸卡舒宁局部治疗病毒性皮肤疣,取得满意效果。现报告如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料 本组 73例,男 42例,女 31例,3~53岁。病程:少于 1年 30例,1~2年 35例,2年以上 8例。病种:寻常疣 30例、尖锐湿疣 20例、跖疣 8例、扁平疣 5例、传染性软疣 10例,共计疣体 282个,患者 1个月内均未接受过其它治疗。

1.2 方法 取卡舒宁与 2%利多卡因各 1ml混合后使用,每次用量不超过 0.5~1mg,疣体注射,均为每周 1~4次,剩余液体外涂,2次/d,涂完为止。寻常疣:先选最大最先发生的母疣,常规消毒后,从中心垂直或侧旁进针至疣体基部注入 0.1~0.3ml,余液注入其他疣体。跖疣:用 2种方法,一种同寻常疣。另一种为太溪穴(内踝后 5分陷中)刺入,3~5min得气后麻胀感传至患处,推药 0.5~1ml。扁平疣:选

择较大或密集处,常规消毒,皮内注入药液 0.1~0.3ml,每次治疗 10个左右。传染性软疣:用较粗针头蘸取原液,从顶部垂直刺入,穿过软疣小体中心达基底,每次治疗 20个之内,不愈者 7d后再治 1次。

1.3 疗效标准 痊愈:症状及疣体消失;显效:症状明显好转,疣体消失 50%以上;有效:症状好转,疣体消失不足 50%;无效:症状及疣体无好转。

2 结果

治疗后每周观察记录 1~4次,最多 4次,结果 282个疣体,治愈 190个(67.37%),无效 57个(20.21%),总有效率为 79.79%。

3 护理

3.1 防止搔抓 当患者将疣抓破以后,指甲内带疣病毒,再抓破别处正常皮肤时,则被接种到正常皮肤^[1],而可能发生新的疣,因此,应告知患者避免搔抓,如果瘙痒剧烈时,可睡