

3 讨 论

危机管理作为护理管理者的一种新兴思维已经逐渐引起了人们的广泛关注和重视,强化危机意识,加强危机管理乃是护理工作中的重中之重。体外循环手术患者大部分对手术期待极高,同时由于手术创伤大,术后病情变化快,各种仪器应用多,护理难度大,稍有不慎极易发生各种护理不良事件及纠纷。应用危机管理理论实施护理管理后,本科 314 例体外循环患者无 1 例护理投诉及纠纷事件发生。反应出通过加强护士自身危机意识培训,充分认识到危机意识在阻止危机暴发中的作用,能够对护理工作危机保持警觉,有效避免了危机事件的发生。同时,各种应急预案的学习及应对危机事件的护理演练,也使护士业务知识及操作技能不断提升,服务态度得到改善,患者满意度也随之提高。因此,在护理管理中,应不断强化并教育护士时刻保持危机意识,危机管理小组成员的职责、功能也要在实践中根据科室具体情况不断完善,把危机预防作为护理管理的核心任务,才能不断提高护理质量,有效避免护理纠纷的发生,保障人民群众生命安全。

参考文献:

- [1] 朱川,金宏伟,王国威.基于危机管理的医疗纠纷应对机制研究[J].重庆医学,2012,41(31):3341-3342.
- [2] 苏伟伦.危机管理[M].北京:中国纺织出版社,2006:11-16.

- [3] 张玉新,李雪莲.组织危机预警及其管理策略[J].企业改革与管理,2006,14(1):12-13.
- [4] 朱冲,姚巧玲.医院危机公关的媒介应对策略[J].护理管理杂志,2005,5(1):59-60.
- [5] Despotis G, Eby C, Lublin DM, et al. A review of transfusion risks and optimal management of perioperative bleeding with cardiac surgery[J]. Transfusion, 2008, 48(1): 25-30.
- [6] Ferraris VA, Brown JR, Despotis GJ, et al. 2011 update to the society of thoracic surgeons and the society of cardiovascular anesthesiologists blood conservation clinical practice guidelines [J]. Ann Thorac Surg, 2011, 91(8): 944-982.
- [7] 申聪玉,赵锦宁,钟泰迪.体外循环心脏手术患者围手术期大量出血的危险因素分析[J].中华医学杂志,2012,92(5):316-319.
- [8] 陈朝红.心脏瓣膜置换术后常见并发症的观察及护理[J].中国实用护理杂志,2009,21(10):30-31.
- [9] 华艳红.危机预防,不容忽视的危机管理[J].杭州医学高等专科学校学报,2004,25(3):127-130.

(收稿日期:2013-01-11 修回日期:2013-03-18)

· 临床护理 ·

宫腔镜治疗 106 例宫腔粘连的疗效观察与护理

李元华,龙 玲,李玉艳

(第三军医大学西南医院妇产科生殖中心,重庆 400038)

doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2013.18.051

文献标识码:C

文章编号:1671-8348(2013)18-2178-03

宫腔粘连(intrauterine adhesions, IUA)是指因各种原因导致子宫内膜损伤,引起子宫肌壁相互粘连,临床表现为周期性腹痛、月经异常、闭经、流产及不孕等,给患者身心带来巨大痛苦。近年来,随着宫腔镜技术的快速发展,该技术已成为诊断及治疗 IUA 的常规标准方法。本院自 2010 年 2 月至 2012 年 8 月应用宫腔镜治疗 IUA 患者 106 例,效果满意,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 2010 年 2 月至 2012 年 8 月在本院行宫腔粘连分离术的患者 106 例,均为门诊患者,年龄 21~44 岁,平均(31.04±5.50)岁。其中,有人工流产史者 79 例,流产后清宫史者 8 例,诊刮史者 9 例,取环术后者 6 例(4 例断环残留),其他宫腔内操作 4 例。就诊原因为不孕、闭经及月经量少 80 例,其中 7 例为体外受精-胚胎移植(IVF-ET)失败,复发性流产 7 例,周期性腹痛 9 例。

1.2 诊断分级标准 根据美国生殖协会(the american fertility society)的分类标准,根据粘连范围、粘连类型和月经模式评分:粘连范围占宫腔的比例小于 1/3,介于 1/3~2/3 和大于 2/3 分别计分为 1、2、4 分;粘连类型为菲薄、非薄及致密和致密分别计分为 1、2、4 分;月经模式为正常、月经减少和无月经分别计分为 0、2、4 分;总分 1~4 分为轻度粘连,5~8 分为中度

粘连,9~12 分为重度粘连。

1.3 手术方法 本院采用 Olympus 的 I 型宫腔镜(镜鞘外径 4.5~5.5 mm)、膨宫设备及摄影装置。患者采用膀胱截石位,窥阴器暴露宫颈,探针探测子宫大小及位置,扩宫棒逐步扩张宫颈,连接膨宫泵进行膨宫。膨宫液为 5%葡萄糖或生理盐水,膨宫压力 70~120 mm Hg,膨宫液体流速 200~240 mL/min,电切功率为 70~100 W。排空膨宫泵连接管内气体后顺子宫方向缓慢插入宫腔,观察宫腔内粘连的部位、性质和范围。对于粘连不紧密的、粘连范围小的,使用宫腔镜的前端进行推压分离或用刮匙分离。中、重度粘连者则收入院,使用微型剪或电极分离,分离困难者予以电切分离。若粘连范围大或粘连较严重者不可强行一次完成手术,应分次行分离手术,预防发生大出血及子宫穿孔。

1.4 护理要点

1.4.1 术前护理 心理护理:IUA 患者因周期性腹痛、闭经和多年不孕不育,受到了很大的社会和心理压力,痛苦不堪,对患者应予以关怀和同情。术前向患者及家属详细介绍手术方法及优点,解释疑问,消除患者和家属的顾虑,为患者提供心理支持,使其积极配合。术前准备:(1)完善术前相关检查,心电图、血常规、输血前 ICT、乙肝三对;若乙肝阳性加查肝功能、白

带,排除其他手术禁忌证;(2)施行静脉全麻者术前 6 h 禁食、4 h 禁水;(3)手术前嘱患者排空膀胱。

1.4.2 术中护理 (1)手术室急救用品完好,建立静脉通道,未实施静脉麻醉者给予盐酸曲马多 100 mg 术中缓慢静脉滴注,吸氧,氧流量为 2~4 L/min。(2)取膀胱截石位,腿架高度不宜过高,以免遮挡手术者视线;患者双腿分开不宜过大,保持舒适的体位。(3)保持静脉通道的通畅,及时补充膨宫液,防止空气栓塞,保证膨宫液连续冲洗并记录灌注液量。在宫腔镜检查治疗时,因较高的灌注压和开放血窦,有可能发生水中毒,因此,发现患者出现头痛、头晕、大汗、神志改变应及时报告,补充电解质,遵医嘱静脉推注呋塞米 20 mg。(4)因宫腔镜在进宫颈口时对内脏牵拉强烈,使患者感觉疼痛,护士应在旁守护防止坠床,给予安慰,使其放松或作镇痛处理。

1.4.3 术后护理 (1)阴道出血量的观察:术后应严密观察阴道出血量,若出血量大,超过月经量告知患者保留月经垫以便正确估计出血量并及时报告医生,给予缩宫素或止血药,同时告知患者术后 1 周有少量阴道出血是正常现象,避免患者过度紧张。(2)疼痛的护理:术后密切观察患者面色、意识,监测生命体征,由于手术中气体压力过高、术中牵拉自主神经可能出现不同程度的腹痛、腹胀、腰酸,一般可不予处理,休息后可自行缓解。(3)观察排尿情况:督促患者及时排尿,避免膀胱过度充盈压迫子宫,增加腹痛及阴道出血。有排尿困难者给予按摩热敷,必要时留置导尿管。

1.4.4 出院指导及术后治疗 (1)保持会阴部清洁,禁盆浴及性生活 1 个月。(2)口服抗菌药物 3~5 d 预防感染。(3)术后清淡饮食,减少食用辛辣、油炸、刺激性的食物。(4)手术后宫腔内放置宫内节育器(IUD)一枚,同时口服补佳乐雌、孕激素人工周期治疗 3 个月促进子宫内膜修复增生。(5)术后 3 个月了解月经恢复情况,复查宫腔镜,观察宫腔情况并取环。复查发现仍有宫腔粘连者再次行分离术加上环,手术后内膜治疗 3 个月再行宫腔镜检查评估,发现无宫腔粘连且有生育要求者,B 超下监测排卵指导同房尝试妊娠。

1.5 疗效判定标准^[1] 治愈:月经量恢复正常,宫腔形态良好,双侧宫角及输卵管开口清晰可见。改善:月经量较前明显增加但还未达到正常月经量,宫腔形态基本正常,还有少量粘连存在。无效:月经无明显改善,宫腔成形不满意或粘连复发。

2 结果

106 例宫腔粘连患者均顺利完成手术,术中出血量可忽略不计,无低钠综合征、静脉空气栓塞等并发症发生,宫腔粘连程度不同患者治疗结果见表 1。

表 1 宫腔粘连程度不同患者治疗结果比较[n(%)]

粘连程度	n	治愈	改善	无效
轻度粘连	47	45(96)	2(4)	0(0)
中度粘连	24	19(79)	4(17)	1(4)
重度粘连	35	3(9)	25(71)	7(20)

3 讨论

3.1 宫腔粘连的发病机制及预防 近年来,IUA 的发病率越来越高,发病机制尚不完全清楚。一般分为以下几类:^[2](1)妊娠期子宫损伤;(2)非妊娠期子宫损伤;(3)感染;(4)子宫先天畸形;(5)遗传因素^[3]。本组患者均有宫腔内手术操作史,其中妊娠期子宫损伤 87 例,占 82%,非妊娠期子宫损伤 19 例,占

18%。频繁宫腔操作,尤其是妊娠期的宫腔操作是引起 IUA 的主要原因,这可能与术后患者体内雌激素水平相对较低,子宫内膜再生修复功能低下有关^[4]。人工流产后一旦出现闭经应该考虑宫腔粘连,尽早行宫腔镜检查、治疗,早期治疗病变程度较轻,治疗效果更好^[5]。6 例取环术后发生 IUA 的患者中 4 例为断环残留,表明炎症感染,特别是异物引起的慢性感染也是引起 IUA 重要原因之一。因此,加强育龄期妇女的健康宣教,合理避孕,避免非意愿性妊娠,减少人工流产等宫腔内操作,才能真正降低 IUA 的发病率。

3.2 宫腔镜手术治疗宫腔粘连的临床价值 子宫输卵管造影检查(HSG)和超声检查操作简便,患者痛苦少,是目前诊断宫腔粘连的常规手段,但也有一定的误诊漏诊率。有文献报道,约 50%的宫腔粘连患者除不孕外无月经量减少等临床症状,其发病具一定的隐匿性^[6]。在本文中有 7 例不孕患者行 IVF-ET 治疗前检查未发现 IUA,移植胚胎失败后行宫腔镜检查提示宫腔粘连。宫腔镜在直视下观察宫腔形态,能明确诊断,且可对粘连的部位、范围、程度以及组织类型做出评估,还可同时行分离手术,防止因盲目分离造成的新创伤导致术后发生新粘连,是宫腔粘连治疗的首选方法^[7]。对轻度粘连和中度粘连的患者效果良好,但对重度粘连患者效果欠佳。宫腔粘连的疗效与术前宫腔粘连的程度有关,术前宫腔粘连越重,术后再次形成严重宫腔粘连的可能性越大,术后结局越差。

3.3 分离术后防止再粘连 Yu 等^[4]报道,宫腔粘连分离术后复发率为 3.1%~23.5%,其中 20.0%~62.5%为重度粘连。分离术后再粘连是影响术后疗效的主要因素,也是临床治疗的棘手问题。可采用的方法有宫腔内放置 IUD、透明质酸钠、几丁糖、球囊尿管,大量口服雌、孕激素,宫腔内羊膜移植等。最常使用的方法是 IUD 加雌、孕激素周期治疗。Guida 等^[8]认为透明质酸钠能显著降低宫腔镜术后 IUA 发生率与严重程度。吴妍等^[9]报道几丁糖配合球囊尿管,辅以补佳乐能大大降低 IUA,再粘连率只有 1.9%。Amer 等^[10]报道宫腔粘连分离术后行宫腔内羊膜上皮移植,可隔离新鲜创面,自身分泌抗菌药物抗感染,避免再次粘连及内膜纤维化,为新上皮再生提供可靠环境,增加细胞移入和上皮黏附,从而预防 IUA 后再次粘连的发生。国内目前未见报道,其疗效还需进行大样本的前瞻性研究证实,是将来研究的新方向。

参考文献:

- [1] 李敏,王嵩明. 宫腔粘连的研究进展[J]. 中国妇幼保健, 2011,26(8):1267-1270.
- [2] 杨宁,李鲁宏,庞荷莲. 应用宫腔镜治疗 85 例宫腔粘连的护理体会[J]. 福建医药杂志,2008,30(5):143-144.
- [3] 隗伏冰,濮德敏,卢运萍. 生殖道沙眼衣原体感染与发生输卵管妊娠的关系[J]. 中华妇产科杂志,2000,35(2):113-114.
- [4] Yu D, Wong YM, Cheong Y, et al. Asherman syndrome one century later[J]. Fertil Steril, 2008,89(4):759-779.
- [5] 张光金,张华. 宫腔镜诊治宫腔粘连 78 例临床分析[J]. 重庆医学,2007,36(15):1528-1529.
- [6] 艾继辉,权效珍,章汉旺,等. 腹腔镜联合诊治宫腔粘连的临床分析[J]. 生殖医学杂志,2011,10(25):347-351.
- [7] 王宝山,申爱荣,杨淑玲,等. 宫腔镜切除术治疗宫腔粘连 316 例疗效分析[J]. 郑州大学学报:医学版,2010,45(4):

672-674.

[8] Guida M, Acunzo G, Di Spiezio Sardo A, et al. Effectiveness of autocrosslinked hyaluronic acid gel in the prevention of intrauterine adhesions after hysteroscopic surgery: a prospective, randomized, controlled study[J]. Hum Reprod, 2004, 19(12): 1461-1464.

[9] 吴妍, 姚蕾, 刘明娟, 等. 几丁糖配合球囊导尿管在宫腔镜剪刀分离术后预防再次粘连的效果分析[J]. 中国全科医学, 2011, 14(17): 1973-1975.

[10] Amer MI, Abd-El-Meaboud KH, Abdelfatah L, et al. Human amnion as a temporary biologic barrier after hysteroscopic lysis of severe intrantrine adhesions: pilot study [J]. J Minimally Invasive Gynecol, 2010, 17(5): 605-611.

(收稿日期: 2012-11-08 修回日期: 2013-02-22)

• 临床护理 •

鼻咽癌患者在多西他赛联合顺铂化疗过程中毒性反应观察及护理干预

全春桃

(海南医学院附属医院门诊部, 海口 570205)

doi: 10.3969/j.issn.1671-8348.2013.18.052

文献标识码: C

文章编号: 1671-8348(2013)18-2180-02

鼻咽癌是中国常见的恶性肿瘤之一。早期通常没有特征性症状而不易被发现, 在临床上见到的病例通常以中晚期为主。中晚期鼻咽癌患者的治疗采用以放疗为主, 同时配合化疗, 可挽救和延长患者的生命。多西他赛为紫杉醇类抗肿瘤药物, 可与铂类联合应用, 通过干扰细胞有丝分裂和分裂间期细胞功能所必须的微管网络而起抗肿瘤作用。目前, 多西他赛应用于鼻咽癌的治疗, 并且疗效确切^[1-4]。但由于化疗药物对细胞的毒性作用, 常有不同程度的不良反应和脏器的损伤。因此, 在化疗过程中应严密观察, 及时发现化疗过程中出现的不良反应并及时处理, 才能保证化疗的效果^[5]。本文观察了 70 例使用多西他赛联合顺铂进行化疗的中晚期鼻咽癌患者, 旨在发现其毒性反应, 探讨护理干预措施。

1 资料与方法

1.1 一般资料 本院 2011 年 7 月至 2012 年 7 月收治的首诊为中晚期鼻咽癌并接受多西他赛联合顺铂化疗的患者 70 例, 其中, 男 48 例, 女 22 例, 年龄 26~76 岁, 平均(56.8±16.4)岁。全部经组织学或细胞学检查确诊为鼻咽癌, 其中, 非角化性分化型癌 26 例, 非角化性未分化型癌 44 例。所有患者化疗前均有客观指标, 预计生存期大于 12 个月以上, KPS 评分 70 分, 1 个月内未用过抗癌药物, 治疗前、后均经鼻咽 MRI/CT 检查、肝肾功能测定、血常规检查并明确临床分期, 70 例均无放疗禁忌证。

1.2 化疗方法 70 例患者在放疗前第 1 周使用多西他赛 120 mg(第 1 天)、顺铂 40 mg(第 1~3 天), 进行诱导化疗。在放疗第 4 周再使用原方案进行同期化疗 1 个周期。放疗结束后第 4 周使用原方案进行辅助化疗 1 个周期。使用多西他赛前 1 h 给予静脉注射地塞米松 10 mg, 前 30 min 给予苯海拉明 50 mg 肌肉注射, 西咪替丁 300 mg 静脉滴注, 进行预防处理。化疗开始以小剂量多西他赛 20 mg 加入 0.9% 生理盐水 250 mL 或 500 mL 中进行静脉滴注, 无过敏反应再加大剂量至 100 mg 静脉滴注, 时间为 2~3 h 内滴完。间隔 1 h 后给予顺铂 40 mg 静脉滴注。

1.3 毒性观察及评价标准 化疗期间每周查血常规 1~2 次, 每周查肝、肾功能及尿常规, 化疗反应毒性按 WHO 抗癌药物

急性及亚急性反应分级标准(0~IV 级)进行评价。

1.4 护理方法

1.4.1 加强心理护理, 减轻应激反应 用药前应给患者及家属做好健康宣教, 告知化疗的意义及可能出现的不良反应, 以及化疗中的注意事项, 加强心理护理, 使患者有充分的心理准备和战胜癌症的信心^[6-7]。

1.4.2 做好用药期间监护 由于过敏反应多在开始使用多西他赛注射液的较短时间内发生, 且严重过敏反应症状表现危急, 因此, 在整个化疗期间, 尤其是在开始用药后的 10 min 内, 密切观察患者的生命体征及不良反应。输注过程中, 每 20 min 测量血压、脉搏、呼吸次数, 发现异常, 及时处理。输注结束时, 先测量患者血压, 观察无异常反应再拔去输液管, 以免一旦患者发生休克, 静脉穿刺困难, 而延误抢救, 这也是抢救成功的关键。护士要加强巡视, 主动询问患者有无不适, 以便及时发现患者异常情况。

1.4.3 准备好各种抢救药物和物品 在多西他赛开始滴注的最初 10 min 极易发生过敏反应。因此, 用药前要上心电监护, 观察生命体征是否正常, 并于用药前 30 min 给予抗过敏治疗, 用药后护士要在患者身旁密切观察生命体征 10 min, 重点观察心率、血压, 患者有无脸色潮红以及瘙痒的皮疹, 主要见于手、足, 也可发生在臂部、脸部及胸部, 询问患者有无胸闷、气促、寒战、背痛。

1.4.4 输注时速度不宜过快 在开始用药的前 10 min 内, 要缓慢滴注(20 滴/分), 若无不良反应再加快至要求的滴注速度。因过敏反应最常出现在开始静脉滴注 10 min 内。输注多西他赛时速度应先慢后快, 开始滴速为 20~30 滴/分, 观察 10 min 患者无不适, 无不良反应再加快至要求的滴注速度, 滴速为 50~60 滴/分, 护士应继续在患者身旁观察 5~10 min, 患者无不适才能离开。

1.4.5 发生毒性反应后的处理 一旦发生毒性反应, 应立即停止滴注, 同时报告医生, 给予吸氧、安慰患者, 使之不要紧张, 遵医嘱使用抗过敏药。通常用地塞米松 10 mg 加入 0.9% 氯化钠注射液 20 mL 中静脉推注。如有血压下降者用升压药物, 如多巴胺针静脉滴注, 同时补充血容量, 密切观察病情和生