

- [6] 柳其中,田凯,王宜林,等.经腹腔途径腹腔镜解剖性肾上腺切除术的临床体会[J].腹腔镜外科杂志,2014,19(9):687-689.
- [7] 王保平,陈玉成,毕金文,等.后腹腔镜手术治疗肾上腺肿瘤的临床应用[J].腹腔镜外科杂志,2014,19(2):93-95.
- [8] 王保军,吴准,张国玺,等.解剖性后腹腔镜下肾上腺切除术的阶段性培训方法[J].中华泌尿外科杂志,2009,30(5):293-296.
- [9] 张烨,王璐,白安胜,等.后腹腔镜下肾上腺解剖学研究及临床应用[J].临床泌尿外科杂志,2010,25(11):821-822.
- [10] 孙方洪,傅斌,柯莽,等.半侧卧位后腹腔镜下肾上腺手术体会[J].中华泌尿外科杂志,2011,32(8):509-511.
- [11] 胡明,徐勋,张湛英,等.后腹腔镜下肾上腺肿瘤切除术89例疗效分析[J].中华内分泌外科杂志,2013,7(3):215-217.
- [12] 吴大鹏,宋文斌,杨志尚,等.后腹腔镜下肾上腺肿瘤切除212例临床分析[J].现代泌尿外科杂志,2013,18(1):71-72,77.
- [13] 程文,傅点,邢潇潇,等.后腹腔镜下优先阻断肾上腺中央静脉并机械切除肾上腺肿瘤术式的临床价值[J/CD].中华腔镜泌尿外科杂志(电子版),2015,9(4):282-285.
- [14] 邱成,韩杰.后腹腔镜肾上腺嗜铬细胞瘤切除术的疗效评估[J].腹腔镜外科杂志,2015,20(2):147-149.

(收稿日期:2017-03-28)  
(英文编辑:夏平钊)

文章编号:1009-6612(2018)02-0134-02  
DOI:10.13499/j.cnki.fqjwkzz.2018.02.134

· 护 理 ·

## 宫腔镜联合腹腔镜手术治疗不孕症的护理体会

胡 慧,梁国君

(广东省中医院,广东 广州,510120)

【关键词】 不育,女(雌)性;宫腔镜检查;腹腔镜检查;护理  
中图分类号:R713.7 文献标识码:B

随着微创手术的发展,妇科内镜技术在临床广泛应用并迅速普及,已成为国内外女性不孕症诊断与治疗的常用方法<sup>[1]</sup>。我院开展的宫腔镜联合腹腔镜手术治疗不孕症具有创伤小、康复快、并发症少、术后妊娠率较术前高等特点。2016年1月至2017年7月我院行宫腔镜联合腹腔镜宫颈输卵管逆行插管疏通术,治疗92例输卵管阻塞不孕症患者,效果满意,现将护理体会报道如下。

### 1 资料与方法

1.1 临床资料 术前行输卵管造影诊断为单侧或双侧输卵管阻塞的患者92例,25~41岁,平均(28.2±12.6)岁。且均经B超、基础体温测定及男方精液检查,排除卵巢、子宫及男方不孕因素,在宫腔镜下行输卵管插管疏通术。

1.2 结果 92例不孕症患者经宫腔镜联合腹腔镜手术治疗后住院期间无护理并发症发生,术后效果满意。

### 2 术前护理

2.1 术前准备 (1)术前1d按开腹手术常规备皮,微创手术尤应注意脐孔的清洁;(2)常规气管插管下全身麻醉,要求术前禁食10h、禁饮6h;(3)术前1d肠道准备,必要时用软皂水清洁灌肠<sup>[2]</sup>,以排出肠道积气及粪便,确保手术顺利进行;(4)术日晨用0.1%碘伏行阴道冲洗;(5)术前30min按医嘱皮下注射阿托品注射液0.5mg。

2.2 心理护理 研究表明<sup>[3]</sup>,在不孕症的治疗过程中,患者

的焦虑程度与妊娠率呈负相关。良好的语言是进行心理治疗的主要手段<sup>[4]</sup>,因此术前访视时应构建良好的护患关系,耐心的解释术前准备,介绍手术医生、手术成功案例,增加患者的信心,介绍手术室环境,手术流程,以减少陌生及恐惧感带来的焦虑,使患者更好的配合手术。

### 3 术中护理

3.1 巡回护士的配合 (1)术前核对:认真核实患者信息,术前准备情况,再次检查脐孔的清洁。(2)体位的准备:进入手术室,指导患者躺在手术床的靠下位置,臀部靠近床沿,稍向外,以保证宫腔镜手术时的操作空间。患者常规取截石位,注意保护腘窝与坐骨神经;上肩托,防止术中头低脚高位时患者下滑。(3)静脉通道的建立:此类手术一般是外展右手建立,以便为术者创造更多的操作空间。(4)成像系统的准备:宫腔镜联合腹腔镜手术需要两套成像系统。置于手术床的右边及床尾。检查主机的工作状态,调节合适的气腹压、宫腔灌注压,检查工作站内存,录入患者资料,待机备用。(5)电学系统的准备:电刀置于手术床的右边靠头侧,检查单极脚踏连接完好,调试好功率待机备用。(6)药品的准备:腹腔冲洗的生理盐水,选择合适的膨宫液(5%葡萄糖或5%甘露醇),巡回护士严格控制膨宫液体的量,预防水中毒<sup>[5]</sup>。(7)配合麻醉:保持吸引装置的通畅。(8)与洗手护士共同清点器械、物品数量。  
(下转第143页)

- in the treatment of uterine fibroids: a randomized comparison[J]. Cardiovasc Intervent Radiol, 2007, 30(5): 866-875.
- [9] Cheng H, Wang C, Tian J. Correlation between uterine fibroids with various magnetic resonance imaging features and therapeutic effects of high-intensity focused ultrasound ablation[J]. Pak J Med Sci, 2015, 31(4): 869-873.
- [10] Kalthofen T, Krätschell RW, David M. Duration of Sick Leave, Patient's Postoperative Satisfaction and Impairment of Daily Living after Open Abdominal Myoma Enucleation in Dependence on Myoma Size[J]. Geburtshilfe Frauenheilkd, 2015, 75(5): 450-455.
- [11] 罗萍. 子宫肌瘤不同术式剔除术后临床疗效及其对妊娠的影响[J]. 中国医师杂志, 2016, 18(5): 776-778.
- [12] Yin G, Chen M, Yang S, et al. Treatment of uterine myomas by radiofrequency thermal ablation: a 10-year retrospective cohort study[J]. Reprod Sci, 2015, 22(5): 609-614.
- [13] 梁向华. 腹腔镜子宫肌瘤切除术对患者卵巢功能及血清学指标的影响[J]. 腹腔镜外科杂志, 2016, 21(3): 230-232.
- [14] 徐琴, 王志毅, 吴晶. 宫腔镜与腹腔镜切除术对子宫壁间肌瘤患者围手术期临床指标及妊娠结局的影响[J]. 腹腔镜外科杂志, 2015, 20(12): 912-915.
- [15] Floss K, Garcia-Rocha GJ, Kundu S, et al. Fertility and Pregnancy Outcome after Myoma Enucleation by Minilaparotomy under Microsurgical Conditions in Pronounced Uterus Myomatosis[J]. Geburtshilfe Frauenheilkd, 2015, 75(1): 56-63.

(收稿日期: 2017-08-05)

(英文编辑: 程玉刚)

(上接第134页)

3.2 洗手护士的配合 (1) 术前核对: 与巡回护士一起核对患者信息。(2) 器械准备: 提前 30 min 洗手上台, 检查器械的完整性, 如气腹针是否通畅, 弹簧功能是否良好; 穿刺器的磁片是否完整, 胶圈是否缺损, 有无漏气的可能; 器械是否良好; 针持夹针的稳定性是否良好; 单极是否漏电。(3) 与巡回护士共同清点器械、物品数量。

3.3 手术配合 (1) 腹腔镜检查: 协助脐孔建立气腹, 洗手护士首先用酒精消毒脐孔, 递 11# 刀、气腹针, 术者判断进入腹腔后连接气腹管, 巡回护士根据患者情况调节气腹流速与压力。建立两个操作孔, 递两把弯钳探查盆腔情况, 如果盆腔粘连, 则先松解粘连; 如果盆腔解剖正常, 则行输卵管通液, 此时洗手护士将 2 ml 亚甲蓝原液用无菌盐水稀释至 200 ml 作为通管液, 将 20 ml 注射器连接通水头, 协助术者行输卵管通液。腹腔镜下如果输卵管始终未充盈且伞端无亚甲蓝流出, 则证实输卵管阻塞, 此时行腹腔镜逆行插管; 如有亚甲蓝流出, 则冲洗盆腔结束手术。(2) 宫腔镜检查: 在腹腔镜监视下宫腔镜微导丝逆行插至输卵管, 当阻力太大或输卵管扭曲时容易插至输卵管浆膜层或穿孔。有阻力时反复多次, 退出微导丝后再经 5Fr 导管注入美蓝, 观察输卵管通畅情况<sup>[6]</sup>。当微导丝从伞端穿出, 证明输卵管已通畅, 冲洗盆腔结束手术。此时巡回护士密切观察患者生命体征, 观察引出尿液的颜色, 防止术者操作不当损伤输尿管, 发现问题

及时报告医生。如果逆行插管, 手术时间较长, 应观察患者 CO<sub>2</sub> 吸收情况, 检查是否出现并发症并及时处理。

#### 4 术后护理

4.1 术后常规护理 患者术后予以心电监护, 去枕平卧 6 h, 持续低流量吸氧 4~6 h, 头偏向一侧, 保持呼吸道通畅, 防止呕吐发生窒息。躁动不安时可加用床挡, 防止发生意外。术后 6 h 改半卧位或侧卧, 并指导患者床上翻身活动, 促进肛门排气。鼓励患者早下床活动, 以防肠粘连及静脉血栓的形成。

4.2 术后访视 腹腔镜手术后容易引起两侧肋部或肩部疼痛, 应告知患者这是 CO<sub>2</sub> 刺激膈肌引起, 待气体吸收后症状可自然消失。宫腔镜检查后可有少量阴道出血, 一般 1 周内干净。嘱患者保持会阴清洁。协助病房护理人员做好健康指导, 出院后加强营养, 宜清淡饮食, 教会患者预测排卵方法, 掌握性交时期。注意劳逸结合, 保持良好的心情, 增加自信心, 以利康复、提高受孕率。

宫腔镜联合腹腔镜手术围手术期护理过程中应注重细节, 尤其患者术前的心理护理, 熟练掌握手术流程, 确保在手术设备比较多的情况下安全有效的完成手术, 减少手术感染, 避免膀胱截石位造成的神经损伤, 术后回访时尤其注意 CO<sub>2</sub> 吸收情况, 及其并发症的护理, 做好健康教育, 尽早进行床边活动, 促进患者早期康复。

#### 参考文献:

- [1] 郭丽君, 夏恩兰. 宫腹腔镜在诊治女性不孕中的临床应用评价[J]. 中国内镜杂志, 2009, 15(9): 999-1002.
- [2] 王沂峰. 宫腔镜手术的并发症及其防治[J]. 中国实用妇科与产科杂志, 2016, 19(11): 669-670.
- [3] 袁久莉, 李林黎, 刘群. 浅析不孕不育患者的健康[J]. 吉林医学, 2009, 30(2): 135-136.
- [4] 潘蕴倚. 心理学基础[M]. 济南: 山东科学技术出版社, 1999: 110.
- [5] 乌恩岳苏, 胡鹏飞. 宫腔镜联合腹腔镜治疗不孕不育症的护理研究进展[J]. 心理医生, 2016, 22(26): 231-232.
- [6] 张四友, 符淳, 黄雪坤, 等. 宫腔镜联合腹腔镜行宫颈输卵管插管疏通术效果分析[J]. 中国实用妇科与产科杂志, 2007, 23(9): 714-715.

(收稿日期: 2017-08-11)