



中等职业教育护理专业“双元”新形态教材

妇 产 科 护 理

F U C H A N K E H U L I

 主编：廖红伍 唐桂丹





妇产科护理



第十三章 妇科手术病人的护理

FU KE SHOU SHU BING REN
DE HU LI





目录

> 第一节 妇科腹部手术病人的护理

> 第二节 外阴阴道手术病人的护理

第一节 妇科腹部手术病人的护理

一、术前护理

【护理评估】

(一) 健康史

(二) 身体状况 1. 症状评估 2. 生命体征评估 3. 全身状况评估

(三) 心理—社会状况 1. 病人对疾病及治疗的认知 2. 家属的支持程度

(四) 辅助检查

一、术前护理

【常见护理诊断/问题】

1. 焦虑 与手术可能导致的不适和危险性有关。
2. 知识缺乏：缺乏术前准备与术中配合等相关知识。
3. 舒适度减弱 与术前准备及手术改变原有生活状态有关。

【护理目标】

病人焦虑减轻；

了解手术治疗的相关知识并积极配合；舒适度增强。

【护理措施】

（一）一般护理

指导病人进高蛋白、高热量、富含维生素的饮食，必要时静脉补充营养；保证休息和充足睡眠。

（二）心理护理

（三）术前指导 1. 提供疾病相关知识和信息 2. 指导适应性功能锻炼

(四) 术前准备

1. 观察生命体征 体温、脉搏、呼吸、血压
2. 纠正术前合并症
3. 完善术前检查
4. 签署手术协议书 签署后的手术协议书要妥善保管
5. 术前3d准备 肠道准备应从术前3d开始。术前无渣半流质饮食2d，流质饮食1d。术前3d遵医嘱口服肠道抑菌药物（如庆大霉素、新霉素等）。术前1d行清洁灌肠，直至排出的灌肠液无大便残渣为止。

6. 术前1d准备

(1) 饮食 ①禁食禁饮的主要原因之一是为了防止麻醉插管引起逆流窒息，也使术后肠道得以休息，促使肠功能恢复；②除合并胃排空延迟、胃肠蠕动异常和急诊手术等病人外，建议术前2h禁饮；③术前6 h禁食。

(2) 输血准备

(3) 皮肤准备 剃毛范围上自剑突下，下至两侧大腿上1/3处及外阴部，两侧至腋中线，操作应当轻柔，避免皮肤损伤。

6. 术前1d准备

(4) 阴道准备 先用肥皂液清洁外阴，并用清水洗，然后用0.02% 碘伏或1:1000的苯扎溴铵等消毒溶液阴道冲洗，擦干后用0.5 %碘伏消毒液消毒宫颈和穹隆部。手术日晨再行阴道消毒。

(5) 肠道准备 一般术前1d灌肠1~2次，或口服缓泻剂，排便3次以上。术前8h禁食，术前4 h禁水，以减少术中因牵拉内脏引起恶心、呕吐。

(6) 促进睡眠

7. 手术日准备

①核查生命体征。②取下病人活动义齿、首饰及贵重物品，交家属保管。③留置导尿管。④术前30min给基础麻醉药。⑤与手术室护士交接病人，核对病人姓名、床号、住院号、年龄、诊断、手术名称；核对病人腕带信息。将病人的病历、携带的术中用药核对后交给手术室护士。

8. 急诊手术准备

妇产科常见的急诊手术有异位妊娠、卵巢囊肿蒂扭转及剖宫产术等。由于发病急，病人及家属精神紧张，在安慰病人及家属的同时，遵医嘱尽快完成术前准备。



【护理评价】

病人焦虑是否缓解；

是否了解手术治疗的相关知识并积极配合；

舒适度是否增强。

二、术后护理

【护理评估】

(一) 健康史

(二) 身体状况 1. 生命体征 2. 皮肤 3. 疼痛 4. 引流管观察

(三) 心理—社会状况

(四) 辅助检查

【常见护理诊断/问题】

1. 急性疼痛 与手术创伤有关。
2. 舒适度减弱 与手术创伤、术后输液及留置各种引流管有关。
3. 有感染的危险 与手术创伤及机体抵抗力下降有关。

【护理措施】

（一）一般护理

1. 环境及用物的准备

2. 交接并安置体位 全身麻醉的病人在尚未清醒前应有专人守护，平卧，头偏向一侧，麻醉清醒后可取低半卧位，头颈部垫枕并抬高头部 $15^{\circ} \sim 30^{\circ}$ 。硬膜外麻醉者，术后可睡软枕平卧，观察4~6 h，生命体征平稳后即可采取半卧位。蛛网膜下腔麻醉者（又称腰麻），去枕平卧4~6 h，以防头痛。



3. 麻醉的恢复

4. 饮食护理 腹部手术当日禁食，术后1~2 d进流质饮食，但要避免产气食物如牛奶、豆浆、糖类，引起肠胀气。

5. 活动与休息

（二）病情观察与留置管的护理

1. 监测生命体征 术后1~2 d体温稍有升高，但一般不超过38℃，为手术后正常反应。

2. 切口观察 术后24 h内注意观察切口有无渗血、渗液，切口敷料是否干燥，切口周围皮肤有无红、肿、热、痛等感染征象。

3. 留置管的护理

(1) 留置导尿管的护理:

①一般手术通常于术后24~48h拔除尿管；广泛性子宫切除如盆腔淋巴结清扫术病人，留置尿管10~14d。②注意保持尿管通畅，观察并记录尿液色、量及性质。③每日擦洗会阴2次，鼓励病人多饮水。④集尿袋及接管每周更换2次，保持引流通畅，避免导管扭曲或受压，避免尿潴留及逆流。⑤拔管后鼓励病人多饮水，及时排尿。⑥拔除导尿管后，应注意病人第一次排尿的时间和量。若残余尿量超过100ml，立即报告医生，必要时重新插入导尿管。

(2) 腹腔引流管的护理:

①一般留置2~3d。②保持引流管固定、引流通畅、引流管周围皮肤清洁干燥。③注意观察引流液的量、颜色、性质，做好记录。一般24 h负压引流液不超过200 ml，若量多应了解是否在术中有腹腔内用药；量多且颜色鲜红，应警惕内出血。

(三) 术后常见症状护理

1. 腹胀

通常**术后48h**恢复正常肠蠕动，一经排气，腹胀即可缓解。如果术后48h肠蠕动仍未恢复正常，应排除麻痹性肠梗阻、机械性肠梗阻的可能。采用生理盐水低位灌肠，“1、2、3”灌肠，热敷下腹部等。若肠蠕动已恢复，但仍不能排气，可针刺足三里、肛管排气或遵医嘱皮下或肌内注射新斯的明等措施刺激肠蠕动、缓解腹胀。

2. 泌尿系统问题

(1) 尿潴留：术后可采取鼓励病人定期坐位排尿、增加液体入量、听流水声等方法，帮助病人建立排尿反射，预防尿潴留的发生。

(2) 尿路感染：嘱病人多饮水，并保持会阴部清洁。

3. 切口血肿、感染、裂开

如果切口没有渗出，直到拆线都无须更换敷料。切口出血多，或压痛明显、肿胀、检查有波动感，应考虑为切口血肿。遇到异常情况，护士应及时报告医师，协助处理。

4. 下肢深静脉血栓

①通过评估筛查出高危病人，做好术前宣教，让病人了解深静脉血栓形成的相关因素、常见症状、危险性及预防措施。②术后尽早活动双下肢，病人感觉未恢复前，以被动运动为主；病人感觉恢复后，鼓励早期下床活动。③对于高危病人，术后住院期间应继续穿着弹力袜，至术后1~2个月，或使用间歇性充气压缩泵，联合使用低分子肝素会增强抗凝效果。④密切观察病人下肢皮肤情况，并观察病人有无呼吸急促、呼吸困难、胸痛、咯血、血压不稳定、血氧饱和度下降等症状，若有异常，及时报告医生，遵医嘱治疗。

（四）心理护理

（五）健康指导

根据病人情况制订个体化指导，包括病人出院后休息、活动、用药、饮食、性生活、随访时间、可能的并发症及疾病转归等。告知病人出现阴道流血或其他异常情况应及时就诊，术后2个月避免提举重物。指导家属一些护理方法，协助病人早日康复。

【护理评价】

病人疼痛是否减轻或消失；

舒适度是否增强；

感染是否避免。

第二节 外阴阴道手术病人的护理

一、术前护理

【护理评估】

1. 健康史与身体状况评估
2. 心理—社会状况 涉及女性病人的隐私部位，病人常担心手术会损伤身体的完整性、手术的切口瘢痕可能影响将来性生活；了解家属，特别是丈夫的反应
3. 辅助检查 已婚妇女应行阴道分泌物检查和宫颈脱落细胞学检查

【常见护理诊断/问题】

1. 焦虑 与担心手术可能导致的不适和危险性有关
2. 知识缺乏：缺乏疾病手术治疗的相关知识。
3. 情境性低自尊 与外阴、阴道疾病手术暴露或手术切除外阴有关。

【护理目标】

病人焦虑缓解，情绪稳定；

了解手术治疗的相关知识并积极配合；

能表述和讨论心理担忧和顾虑，维护良好心情。

【护理措施】

1. 心理护理 关心、体贴病人，最大限度地保护病人隐私。与病人和家属共同探讨疾病治疗的相关问题，做好家属特别是丈夫的工作，让其理解并配合治疗及护理。
2. 皮肤准备 术前1d行皮肤准备，范围上至耻骨联合上10 cm，下至外阴部，肛门周围、臀部及大腿内侧上1/3。

3. 肠道准备 同可能涉及肠道的腹部手术术前准备。

4. 阴道准备 术前3d开始，用0.02%碘伏溶液或1:5000高锰酸钾溶液行阴道冲洗或坐浴，每日2次。手术日晨阴道冲洗后用0.5%碘伏消毒液行阴道消毒，特别注意阴道穹隆部，消毒后用大棉签蘸干。

5. 膀胱准备 嘱病人排空膀胱，带导尿包于手术室备用。外阴阴道手术病人一般不在术前放置导尿管。根据手术需要，术中、术后留置尿管。

6. 特殊用物准备 根据病人手术所采取的体位准备相应的物品，根据术后病人的具体需要准备灭菌的棉垫、绷带、阴道模型等。



【护理评价】

病人焦虑是否缓解，
是否了解手术治疗的相关知识并积极配合，
是否能表述和讨论心理的担忧和顾虑从而维护良好心情。



二、术后护理

【护理评估】

因手术部位接近尿道口、阴道口及肛门，身体状况评估时需注意观察切口有无早期感染征象。



【常见护理诊断/问题】

1. 急性疼痛 与外阴阴道手术创伤有关。
2. 有感染的危险 与手术伤口接近尿道口、阴道口及肛门有关。
3. 情境性低自尊 与术后局部护理时隐私部位暴露有关。

【护理目标】

病人疼痛缓解；

未发生感染；

低自尊心理状态得到纠正



【护理措施】

1. 体位 ①处女膜闭锁及先天性无阴道病人，术后采取半卧位。②外阴癌根治术病人术后采取平卧位，双腿外展屈膝，膝下垫软枕。③膀胱阴道瘘病人术后采取健侧卧位。④阴道前后壁修补或盆底修补术病人应以平卧位为宜，禁止半卧位。⑤子宫脱垂经阴道子宫切除术后避免半卧位，以免引起阴道和会阴部水肿。⑥术后为防止下肢静脉血栓的形成，应鼓励病人尽早进行床上四肢肌肉收缩和放松的活动，有条件者可以为病人进行物理治疗预防血栓。

2. 减轻疼痛

3. 切口护理 观察切口有无出血、渗液、红肿等征象的同时，还应观察局部皮肤的颜色、温度、有无皮肤或皮下组织坏死等。外阴加压包扎或阴道内留置纱条一般在术后12~24 h内取出，注意观察阴道分泌物的量、性质、颜色及有无异味，取出时注意核对纱条数目。术后3d外阴局部理疗，可促进血液循环，有利于伤口的愈合。

4. 会阴护理 注意保持外阴清洁、干燥，勤更换内裤及垫单，每天行会阴擦洗2次。

5. 保持大小便通畅 根据手术范围及病情留置尿管2~14d，一般留置尿管5~7d按保留尿管病人的护理常规进行护理，特别注意尿管的通畅。为防止排便对切口的牵拉一般从术后5d开始口服液体石蜡30 ml，每晚1次，软化大便，避免排便困难。

6. 避免增加腹压 指导病人避免下蹲、用力大便等增加腹压的动作。

7. 健康指导 嘱病人出院后保持外阴部清洁；三个月内避免重体力劳动；避免用力排便、剧烈咳嗽等增加腹压的动作；定期随访，检查确定伤口完全愈合后方可恢复性生活。如有病情变化应及时就诊。

【护理评价】

病人疼痛是否减轻；

是否发生感染；

低自尊心理状态是否得到纠正。



谢谢观看

