

妇产科护理

丁海燕 张 力◎主编



吉林科学技术出版社

妇产科护理

丁海燕 张 力◎主编

图书在版编目 (C I P) 数据

妇产科护理 / 丁海燕, 张力主编. — 长春 : 吉林科学技术出版社, 2018.7

ISBN 978-7-5578-4739-5

I. ①妇… II. ①丁… ②张… III. ①妇产科学—护理学 IV. ①R473.71

中国版本图书馆CIP数据核字(2018)第144634号

妇产科护理

主 编	丁海燕 张 力
出 版 人	李 梁
责任编辑	赵 兵 王 阔
封面设计	长春创意广告图文制作有限责任公司
制 版	长春创意广告图文制作有限责任公司
幅面尺寸	185mm×260mm
字 数	260千字
印 张	13.5
印 数	650册
版 次	2019年3月第2版
印 次	2019年3月第2版第1次印刷

出 版	吉林科学技术出版社
发 行	吉林科学技术出版社
地 址	长春市人民大街4646号
邮 编	130021
发行部电话/传真	0431-85651759
储运部电话	0431-86059116
编辑部电话	0431-85677817
网 址	www.jlstp.net
印 刷	虎彩印艺股份有限公司

书 号	ISBN 978-7-5578-4739-5
定 价	55.00元

如有印装质量问题 可寄出版社调换

因本书作者较多,联系未果,如作者看到此声明,请尽快来电或来函与编辑部联系,以便商洽相应稿酬支付事宜。

版权所有 翻印必究 举报电话:0431-85677817

目 录

第一章 妇产科基础护理	1
第一节 会阴擦洗/冲洗	1
第二节 阴道灌洗	2
第三节 会阴湿热敷	4
第四节 坐浴	5
第五节 阴道、子宫颈上药	6
第二章 妇科手术患者的护理	8
第一节 妇科腹部手术患者的护理	8
第二节 妇科阴式手术患者的护理	12
第三节 妇科腹腔镜手术患者的护理	14
第四节 妇科放疗患者的护理	17
第五节 妇科化疗患者的护理	21
第三章 产科手术患者的护理	26
第一节 会阴切开缝合术	26
第二节 胎头吸引术	27
第三节 人工剥离胎盘术	28
第四节 产钳术	29
第五节 剖宫产术	30
第四章 生殖系统炎症的护理	31
第一节 概述	31
第二节 外阴炎	33
第三节 阴道炎	36
第四节 宫颈炎	45
第五节 盆腔炎症性疾病	50
第六节 生殖器结核	56
第七节 淋病	61
第八节 尖锐湿疣	63
第五章 月经失调妇女的护理	65
第一节 功能失调性子宫出血	65
第二节 经前期综合征	71
第三节 闭经	73
第四节 痛经	77
第五节 围绝经期综合征	79



第六章 妇科生殖器官肿瘤护理	84
第一节 外阴癌	84
第二节 子宫颈癌	88
第三节 子宫肌瘤	94
第四节 子宫内膜癌	99
第五节 卵巢肿瘤	104
第七章 正常妊娠期孕妇的护理	112
第一节 妊娠生理	112
第二节 妊娠期母体的生理及心理变化	116
第三节 妊娠诊断	119
第四节 妊娠期孕妇的护理	122
第五节 评估胎儿健康的技术	129
第八章 正常分娩妇女的护理	133
第一节 分娩的动因	133
第二节 决定分娩的四大因素	134
第三节 正常胎位的分娩机制	140
第四节 先兆临产和临产的诊断	142
第五节 正常分娩妇女的护理	143
第六节 分娩镇痛	148
第九章 正常产褥期妇女的护理	150
第一节 产褥期妇女的身心变化	150
第二节 产褥期妇女的护理	151
第三节 正常新生儿的护理	152
第十章 产科疾病护理	159
第一节 产力异常	159
第二节 产道异常	165
第三节 胎儿异常	169
第四节 胎膜早破	172
第五节 子宫破裂	174
第六节 胎儿窘迫	177
第七节 羊水栓塞	180
第八节 产后出血	183
第九节 双胎妊娠	188
第十节 母子血型不合	191
第十一节 产褥感染	194
第十二节 晚期产后出血	198
第十三节 产褥期抑郁症	201
第十四节 胎儿生长受限	204
参考文献	209

第一章 妇产科基础护理

第一节 会阴擦洗/冲洗

一、适应证及目的

(一) 适应证

会阴擦洗/冲洗适用于长期卧床、妇科或产科手术后留置导尿管的患者、会阴阴道手术后者及产后会阴有伤口者。

(二) 目的

会阴擦洗/冲洗可清除会阴部分泌物，保持会阴及肛门部清洁，保持舒适和促进会阴伤口愈合，防止生殖系统、泌尿系统逆行感染。

二、物品准备

常用物品包括药液、会阴擦洗盘、无菌棉球、无菌镊子、干纱布、无菌干纱球、弯盘、一次性垫巾、一次性手套、擦洗液 500ml 等。会阴冲洗时备冲洗壶和便盆。

三、操作方法

(1) 将物品带至检查床旁，向患者解释擦洗的目的，嘱患者排空膀胱。应用屏风遮挡患者。帮助患者脱去一侧裤腿，取屈膝仰卧位暴露外阴。

(2) 护士戴一次性手套，协助患者臀下垫一次性垫巾或棉布垫。

(3) 左手用镊子夹取干净的药液棉球，用右手持另一把镊子进行擦洗。一般擦洗 3 遍。第 1 遍擦洗自上而下，由外向内（图 1-1A），初步清除外阴部的分泌物和血迹。第 2 遍、第 3 遍的顺序则以伤口为中心，由内向外，自上而下（图 1-1B），最后擦洗肛门周围。一个棉球限用一次，可根据患者情况增加擦洗次数，直至擦洗干净，最后用干棉球或干纱布擦干。

如需进行冲洗者，应另备冲洗壶和便盆，调节好冲洗液的温度，冲洗时用无菌纱布堵住阴道口，以免污水进入阴道，引起逆行感染。

(4) 擦洗完毕，清理用物。

四、护理要点

(1) 擦洗动作轻稳，擦洗顺序清楚。

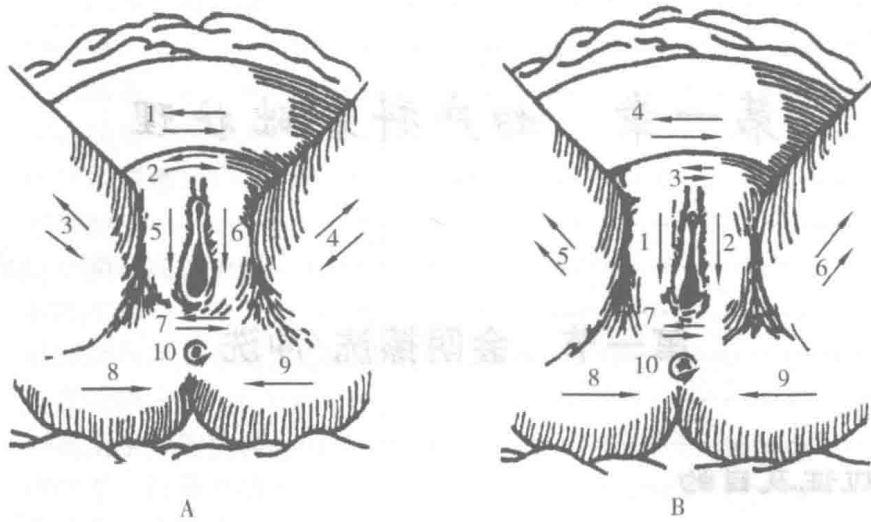


图 1-1 会阴擦洗顺序

- (2) 在擦洗时，应注意观察会阴伤口有无红肿及分泌物的情况，如发现异常应向医生汇报，配合处理。
- (3) 对留置导尿管的患者，应注意保持导尿管通畅，避免脱落、扭曲。
- (4) 伤口感染者安排在最后擦洗，防止交叉感染。
- (5) 擦洗溶液温度应适中，冬天应注意保暖。
- (6) 会阴擦洗每天 2 次，大便后应及时擦洗。擦洗完毕，为患者更换消毒会阴垫，并整理好床铺。

第二节 阴道灌洗

一、适应证及目的

(一) 适应证

阴道炎、宫颈炎患者，子宫切除术前或阴道手术前常规准备。

(二) 目的

阴道灌洗有收敛、热疗和消炎作用。通过阴道灌洗可促进阴道血液循环，缓解局部充血，减少阴道分泌物，达到控制和治疗炎症的效果。

二、物品准备

(一) 阴道灌洗装置

灌洗筒 1 个、橡皮管 1 根、灌洗头 1 个、输液架 1 个、弯盘 1 个、橡皮垫 1 块、便盆 1 个。

(二) 阴道灌洗溶液

1 : 5 000 高锰酸钾溶液、0.05% 聚维酮碘溶液、0.25% 活力碘溶液、0.2% 苯扎溴铵溶

液、2%~4%碳酸氢钠溶液、1%醋酸溶液等。

(三) 灌洗包

灌洗包内装长柄卵圆钳、干纱球、小碗、阴道窥器等。

三、操作方法

(1) 将患者带至妇科检查床，向患者解释阴道灌洗的目的，嘱患者排空膀胱。应用屏风遮挡患者。

(2) 取膀胱截石位。

(3) 取阴道灌洗溶液 500~1 000ml，将灌洗筒挂于距床面 60~70cm 的输液架上，排去管内空气，调整溶液温度（41~43℃）后备用。

(4) 打开灌洗包，在小碗内倒入适量 20% 肥皂液。

(5) 进行阴道灌洗，具体操作如下

1) 用长柄卵圆钳夹干纱球蘸肥皂液，擦洗阴裂—左侧小阴唇—右侧小阴唇—左侧大阴唇—右侧大阴唇。

2) 用灌洗溶液将外阴肥皂液冲净。

3) 戴一次性手套，安置阴道窥器充分暴露子宫颈，用灌洗溶液冲洗子宫颈、阴道穹窿及阴道前后壁，轻巧转动阴道窥器，将整个阴道穹窿、阴道前后壁冲洗干净后取出阴道窥器。

(6) 灌洗溶液即将流完时（约剩 100ml），夹住橡皮管，取出灌洗头和阴道窥器。灌洗结束后，再冲洗外阴部，然后扶患者坐于便盆上，让阴道内存留的液体流出。

(7) 整理用物。

四、护理要点

(1) 灌洗溶液温度以 41~43℃ 为宜。

(2) 灌洗筒与床沿的距离不超过 70cm。用阴道窥器灌洗时，要转动阴道窥器，使灌洗溶液能达到阴道各部。

(3) 灌洗动作轻柔，避免损伤阴道和子宫颈组织。

(4) 阴道灌洗的禁忌证：月经期、妊娠期、产后或人工流产后子宫颈内口未闭，阴道出血者。宫颈癌患者有活动性出血者，为防止大出血，禁止阴道灌洗。产后 10 天或妇科手术 2 周后的患者，合并有阴道分泌物混浊和有臭味、阴道伤口愈合不良、黏膜感染坏死等情况时，可采用低位阴道灌洗术，灌洗筒距床面的高度一般不超过 30cm，避免阴道分泌物进入子宫腔或损伤阴道残端伤口。

第三节 会阴湿热敷

一、适应证及目的

(一) 适应证

会阴湿热敷常用于会阴水肿、会阴血肿的吸收期、伤口硬结及早期感染等患者。

(二) 目的

改善血液循环，有助于脓肿局限和吸收；促进局部组织的生长和修复；缓解局部疼痛，使患者感觉舒适。

二、物品准备

会阴擦洗盘、橡皮布 1 块、治疗巾 1 块、棉垫、干纱布、凡士林软膏、一次性垫单、一次性手套、有盖敷料罐、沸水或煮沸的 50% 硫酸镁溶液，红外线灯或热水袋或电热包等。

三、操作方法

(1) 将用物带至床旁，向患者解释会阴湿热敷的目的、方法及要求，以便患者积极配合。

(2) 嘱患者排空膀胱，用屏风遮挡患者，脱去一条裤腿，铺好一次性垫单及橡皮布，取膀胱截石位暴露会阴。

(3) 戴一次性手套，按会阴擦洗方法清洁会阴后擦干。

(4) 湿热敷的部位先涂一薄层凡士林软膏，盖上纱布，再将湿热敷溶液中的纱布轻轻敷上，外面盖上大棉垫。

(5) 每 3 ~ 5min 更换敷料一次，也可在棉垫外放热水袋，以延长更换敷料时间。

(6) 每次湿热敷的时间为 15 ~ 30min，每日 2 ~ 3 次。

(7) 湿热敷完毕，更换棉垫，整理床铺，清理用物。

四、护理要点

(1) 湿热敷的温度一般为 41 ~ 48℃，湿热敷过程中应注意观察局部有无发红，以防止烫伤。

(2) 应注意观察患者的全身反应，对休克、虚脱、昏迷及感觉迟钝者应警惕烫伤及其他并发症。

(3) 湿热敷面积一般为病损面积的 2 倍。

第四节 坐浴

一、适应证及目的

(一) 适用证

坐浴适用于外阴炎、阴道炎的辅助治疗，外阴阴道手术的术前准备。患者可在家自行坐浴，操作方法简单易行。

(二) 目的

坐浴可通过水温和药液的作用，促进会阴局部血液循环，增强局部抵抗力，减轻炎症和疼痛，并使创面清洁，有利于组织修复。

二、物品准备

(1) 坐浴盆 1 个，41~43℃ 的温热溶液 2 000ml，30cm 高的坐浴架 1 个，无菌纱布 1 块等。

(2) 常用坐浴液如下

1) 滴虫性阴道炎，用 1 : 5 000 高锰酸钾溶液、1% 乳酸溶液、0.5% 醋酸溶液。

2) 外阴阴道假丝酵母菌病，用 2%~4% 碳酸氢钠溶液。

3) 其他阴道炎症，可用 1 : 5 000 高锰酸钾溶液、0.05% 聚维酮碘溶液、0.1% 活力碘溶液、0.1% 苯扎溴铵溶液。

三、操作方法

将坐浴盆放置于坐浴架上，内装坐浴溶液 2 000ml，患者排空膀胱后全臀和外阴浸泡于溶液中，一般 20min。结束后用于纱布擦干外阴，清理用物，消毒坐浴盆。

四、护理要点

(1) 月经期、阴道流血者，孕妇及产后 7 日内的产妇禁止坐浴。

(2) 坐浴液温度不能过高，以免烫伤皮肤。严格按比例配制，浓度过高易造成黏膜灼伤，浓度过低影响疗效。

(3) 坐浴前先将外阴及肛门周围擦洗干净。

(4) 坐浴时全臀应全部浸于药液之中，注意保暖以免受凉。

第五节 阴道、子宫颈上药

一、适应证及目的

(一) 适应证

各种阴道炎，急、慢性宫颈炎，术后阴道残端炎，需要行阴道、子宫颈上药者。

(二) 目的

阴道、子宫颈上药可以使药物直接作用于局部炎症病变组织。

二、物品准备

阴道灌洗用物 1 套、消毒干棉球、长棉签、带尾线的大棉球或纱球、长镊子、药品、手套 1 双。

三、操作方法

上药前先做阴道擦洗或灌洗，拭去子宫颈黏液或炎性分泌物，使药物直接接触炎症病变组织面而提高疗效。上药方法有以下四种。

(一) 纳入法

阴道后穹窿塞药，对阴道炎及慢性宫颈炎患者常用此法。

(二) 涂擦法

用液体或膏状药物涂擦于阴道或子宫颈病变部位，可用于治疗宫颈炎、阴道炎。

(三) 喷雾法

将粉剂药物用喷雾器均匀地喷在病变组织的表面。

(四) 子宫颈棉球上药

本法适用于宫颈炎伴有出血者。先将带尾线的大棉球蘸上药液和药粉，再将大棉球置于子宫颈处，将大棉球尾线留于阴道外，或用胶布将尾线固定于阴阜侧上方，嘱患者 12 ~ 24h 后自行牵引尾线取出大棉球。

四、护理要点

(1) 月经期或阴道流血者应停止阴道上药。

(2) 上药期间禁止性生活。

(3) 阴道壁上药物时，应转动阴道窥器，将药物均匀涂布于阴道四壁。应用腐蚀性药物时，注意保护阴道壁及正常子宫颈组织，上药前将棉球或纱布垫于阴道后壁及后穹窿部，蘸取的药液不宜过多，以免药液流下损伤正常组织，药液涂擦后，用棉球吸干，然后如数取出棉球和纱布。子宫颈棉球上药者放药完毕，切记嘱患者按时取出阴道内的棉球。

(6) 阴道、子宫颈局部上药一般每天1次, 7~10次为一个疗程。

第二章 妇科手术患者的护理

第一节 妇科腹部手术患者的护理

在妇科疾病治疗工作中,手术占有相当重要的地位,尤其是妇科肿瘤患者的主要治疗手段之一。手术既是治疗的过程,也是创伤的过程。充分做好术前准备和术后护理,是保证手术顺利进行,患者术后如期康复的有力保证。妇科腹部手术主要有剖腹探查术、附件切除术、次全子宫切除术、全子宫切除术、次全子宫及附件切除术、全子宫及附件切除术、子宫根治术等。

一、手术前护理

(一) 护理评估

1. 健康史 采集个人的家族史、月经史、生育史、手术史、既往内科病史、药物史、药物过敏史。了解所患疾病的临床表现,现存问题。

2. 辅助检查 包括以下几种。

(1) 妇科检查:阴道检查、肛查。

(2) 常规检查:监测体温、脉搏、呼吸、血压、胸片、B超(肝、胆、胰、脾、盆腔)、心电图、血型、Rh因子、肝肾功能、凝血功能、血尿常规、输血9项等。

(二) 术前可能的护理诊断

1. 焦虑 与害怕丧失器官、手术后疼痛及对未来的茫然有关。

2. 知识缺乏 缺乏自身疾病和手术相关的知识。

3. 体液不足 与术前和手术当日饮食控制有关。

4. 睡眠型态紊乱 与环境改变及担心手术有关。

(三) 预期目标

(1) 患者术前能够接受手术后所造成的身体不适。

(2) 患者能自述疾病和手术相关的知识。

(3) 患者不发生体液不足。

(4) 患者能够自行入睡,处于最佳的心理及生理状态。

(四) 护理措施

(1) 心理护理:责任医生决定患者手术日期及手术方式后,护士应深入了解患者的病情及心理状况,进行有针对性的术前宣教。护士需要应用医学知识耐心解答患者的提问,使患者相信在医院现有条件下,她将得到最好的治疗和照顾、能顺利度过手术全过程。医护人员

员注意为患者提供发问的机会,还可以安排与接受同样手术而且完全康复的病友交谈,消除患者的顾虑、恐惧及其不安的想法。

(2) 认真阅读病历,检查患者术前各项化验是否完善、正常,发现问题及时通知医师。

(3) 术前1日为手术患者监测3次体温,并观察患者有无异常情况,如发热(体温 $>37.5^{\circ}\text{C}$)、上呼吸道感染、月经来潮等,应及时通知医生,及早采取相应措施。

(4) 术前1日遵医嘱配血,配血1600ml以上需抽两管血标本。

(5) 皮肤准备:术前1日备皮,上至剑突下,下至大腿内侧上1/3,两侧达腋中线,清洁脐部。

(6) 肠道准备:根据病情需要遵医嘱在术前1日及术前3日进行肠道准备。妊娠期、急诊手术者不必作肠道准备。

1) 一般子宫切除或肌瘤剔除术前1日肠道准备 口服50%硫酸镁40ml。及时了解患者排便情况,嘱其术前1日晚10时禁食,12时禁水。

2) 卵巢肿瘤细胞减灭术术前3日开始肠道准备 术前3日进半流食,术前2日进流食,术前1日禁食,行清洁灌肠,并予以静脉补液。按医嘱给肠道抑菌药。

(7) 阴道准备:术前1日用1:40的络合碘溶液冲洗阴道,早晚各1次,行开腹子宫切除及肿瘤细胞减灭术者于第2次冲洗阴道后在子宫颈及穹隆处涂甲紫做手术标记。合并妊娠、有阴道出血者及未婚者不做阴道冲洗。卵巢囊肿剔除术及子宫肌瘤剔除术者不需涂甲紫。

(8) 药品准备:遵医嘱术前1日准备抗生素及止血药,青霉素类应做好皮试。

(9) 术前嘱患者沐浴、剪指甲,并准备好术后所需物品,如卫生巾等。

(10) 为提高对手术的耐受力,消除紧张情绪,手术前晚遵医嘱给予镇静剂,如地西泮5mg口服,以保证患者充分的休息与睡眠。

(11) 膀胱准备:术前留置导尿管。

(12) 手术当日的准备:患者应取下义齿、发卡、手表、钱及贵重物品,交给家属妥善保管。术前半小时内遵医嘱给予术前用药,即基础麻醉药物如阿托品、苯巴比妥等,使患者得到充分镇静,减少紧张情绪,防止支气管痉挛等麻醉引起的副交感神经过度兴奋。

(13) 手术室接患者时,应与接诊人员核对姓名、手术名称、手术带药,无误后接走患者。

(五) 护理评价

患者处于接受手术的最佳心理及生理状态。

二、手术后护理

(一) 护理评估

患者回到病房后,护士应评估以下内容。

(1) 意识状态:当叫患者的姓名时,是否有反应。

(2) 呼吸情况:呼吸的频率、深度等,是否有呼吸型态的改变。

(3) 生命体征:特别是前4小时内需要监测患者生命体征。

(4) 皮肤情况:观察皮肤颜色,微黑、苍白、湿冷的皮肤是休克征象,特别要观察嘴

唇及甲床的颜色,有无苍白或发红的现象,还需观察皮肤有无压疮。

(5) 伤口敷料、引流管情况以及静脉输液是否畅通。

(二) 术后可能的护理诊断及医护合作性问题

1. 疼痛 与手术伤口有关。
2. 潜在并发症 出血与手术创伤有关。
3. 排尿异常 与留置导尿管有关。
4. 潜在并发症:感染 与手术伤口及留置导尿管,引流管有关。
5. 舒适的改变 恶心、呕吐、腹胀有关。
6. 潜在并发症 静脉血栓。

(三) 预期目标

- (1) 患者疼痛减轻,舒适感增加。
- (2) 护士熟知常见并发症的临床表现并能早期识别。
- (3) 患者能描述预防感染,促进伤口愈合的措施。

(四) 护理措施

1. 病室及物品的准备 接走患者后,应铺好麻醉床及准备好物品,如血压计、听诊器、弯盘、别针、吸氧用物、引流瓶、沙袋、腹带等。术后患者宜安置于安静舒适的房间,以利于患者术后恢复及护理人员对其观察与护理。肿瘤细胞减灭术患者的病室内应备有随时可以应用的抢救物品及药品。

2. 体位 按手术及麻醉方式决定术后体位。全麻患者在尚未清醒前应有专人守护,去枕平卧,头偏向一侧,稍垫高一侧肩胸,以免呕吐物,分泌物呛入气管,引起吸入性肺炎或窒息。硬膜外麻醉者,去枕平卧6~8小时。

3. 生命体征的观察 手术后24小时内患者病情尚未平稳,极易出现紧急情况,护理人员要全面了解、密切观察、有的放矢地进行护理。患者返回病室后应及时监测血压,脉搏,呼吸并做好记录,由于麻醉及手术对循环系统的抑制作用术后不能马上恢复,因此,应每15~30分钟监测1次血压,脉搏,呼吸直至平稳,必要时给予心电监护。

4. 术后镇痛 患者在麻醉作用消失后,会感到伤口疼痛,通常24小时内最为明显。疼痛可影响各器官的功能,有效地镇痛不仅可以减轻患者的痛苦,而且为各种生理功能的恢复创造了条件。按医嘱术后24小时内可用哌替啶等镇痛药物或使用镇痛泵为术后患者充分镇痛,保证患者得到充分休息。镇痛药的使用在术后48小时后逐渐减少,否则提示切口血肿,感染等异常情况,需报告医师及时给予处理。

5. 出血的观察 护理人员应注意观察患者有无出血的征象,如腹部伤口有无渗血,阴道出血情况,如果有引流的患者应观察引流液的量、色、性质有无异常等,如有异常要及时通知医生,同时结合患者其他情况如患者出现口唇苍白、烦躁不安、出冷汗等症状,且血压下降、脉搏快而弱,应警惕发生内出血或休克。

6. 保持静脉通路通畅 输液速度适中,严格记录出入量。

7. 饮食护理 一般手术后第1日流食,遵医嘱予以静脉补液;术后第2日半流食,术后第3日普食。

8. 引流管的观察与护理 留置引流管的目的是引流出腹腔及盆腔内的冲洗液及渗血、

渗液，以便观察有无内出血及减少感染的发生。引流管在留置的过程中应保持通畅，勿压、勿折。密切观察其引流液的颜色、性质、量。若发生异常情况应及时通知医生处理。

9. 腹胀的观察及护理 术后腹胀多因术中肠管受到激惹使肠蠕动减弱所致。患者术后呻吟、抽泣、憋气等可吞入大量不易被肠黏膜吸收的气体，加重腹胀。术后护理人员因劝慰患者不要呻吟，抽泣及张嘴呼吸，尽量减少过多气体进入消化道；并应鼓励帮助患者术后早期活动，以促进肠蠕动的恢复，同时防止盆腹腔粘连和下肢血栓的发生；还要指导患者在尚未排气之前不要食用豆制品、奶制品、甜食及油腻等容易产气的食物，以免增加肠道内积气。

10. 排尿的观察及护理 由于解剖位置的关系，妇科手术中输尿管、膀胱受到牵拉，推压，在分离粘连时极易损伤输尿管，因此术后观察尿量及尿液的性质非常重要。术后应注意保持尿管通畅，并认真观察尿量及性质。术后患者每小时尿量至少 50ml 以上。通常于术后 24 小时拔除尿管。每小时尿量少于 30ml，伴血压下降，脉搏细数，患者烦躁不安或诉说腰背疼痛或肛门处下坠感等，应考虑有腹腔内出血。拔除尿管后嘱患者适量饮水，尽早排尿，护士要观察患者膀胱功能恢复情况，有无泌尿系刺激症状，必要时重置尿管。留置尿管期间，应擦洗外阴，保持局部清洁，防止发生泌尿系统感染。

11. 血栓的观察及护理 高危患者，应使用弹性绷带包扎或穿弹性袜。术后鼓励患者早期下床活动。不能下床的患者，要指导患者在床上活动腿部。护理人员要早期识别血栓性静脉炎的症状：检查腿部有无压痛感、水肿、皮温增高、足背动脉搏动减弱等。当患者发生血栓时应嘱患者绝对卧床，使用弹性绷带，遵医嘱应用抗凝剂等。必要时使用气压式血液循环驱动仪促进下肢静脉回流，防止血栓。

12. 出院指导 如下所述。

- (1) 休养环境安静舒适、温湿度适宜，注意通风，保持空气新鲜。
- (2) 保持良好的心情，避免紧张激动的情绪。适当参加锻炼活动。
- (3) 术后多食用含丰富维生素、蛋白质、高纤维的食物，如瘦肉、蛋类、鱼类，还应注意粗细搭配。
- (4) 伤口拆线 1 周可洗淋浴，1 周内用温水擦身。注意个人卫生，勤换内衣裤。
- (5) 全子宫切除术后患者及阴道手术后患者应禁性生活及盆浴 3 个月；子宫肌瘤剔除、卵巢囊肿剔除术后 1 个月禁性生活及盆浴。
- (6) 伤口拆线后，若伤口出现疼痛、红肿、硬结、渗血、渗液，且伴有体温升高，应及时到医院就诊。
- (7) 手术后 1~2 周，阴道可有少量粉红色分泌物，此为阴道残端肠线溶化所致，为正常现象。若为血性分泌物，量如月经，并伴有发热，应及时到医院就诊。
- (8) 从手术之日起休假 6 周。
- (9) 遵医嘱术后 6 周来医院复诊，遵医嘱服用出院带药。

(五) 护理评价

患者的生命体征维持在正常范围内，无出血性休克的发生及感染征象。患者的各管道通畅，出入量平衡。患者能积极参与治疗及护理，身心舒适。

第二节 妇科阴式手术患者的护理

妇科阴式手术适应于子宫肌瘤、子宫肌腺症、功能失调性子宫出血、子宫内膜癌早期、宫颈癌、子宫脱垂等患者，尤其是一些肥胖、瘢痕体质的患者更适合这种术式。

一、手术前护理

(一) 护理评估

1. 健康史 采集个人的家族史、月经史、生育史、手术史、既往病史、服用药物史、药物过敏史。了解所患疾病的临床表现，现存问题。

2. 辅助检查 包括以下几种。

(1) 妇科检查：阴道检查、肛查。

(2) 常规检查：监测体温、脉搏、呼吸、血压、胸片、B超（肝、胆、胰、脾、盆腔）、心电图、血型、Rh因子、肝肾功能、凝血功能、血常规、输血9项等。

(二) 术前可能的护理诊断

1. 焦虑 与害怕丧失器官、手术后疼痛及对未来的茫然有关。

2. 知识缺乏 缺乏疾病及手术相关知识。

3. 睡眠型态紊乱 与环境改变及担心手术有关。

4. 体液不足 与术前和手术当天饮食控制有关。

(三) 预期目标

(1) 患者能够面对现实，焦虑感减轻。

(2) 患者能自述疾病和手术相关的知识。

(3) 患者能够自行入睡，处于最佳的心理及生理状态。

(4) 遵医嘱为患者静脉补液，摄入量保持正常水平。

(四) 护理措施

(1) 心理护理：手术前护理人员要主动接近患者与其交谈，了解患者的心理状况，特别是对手术有关问题的看法及手术效果、预后方面知识的了解程度；对患者讲解手术前后的注意事项、手术麻醉选择及手术方式；帮助患者消除紧张心理，树立战胜疾病的信心，以良好的心态接受手术。

(2) 皮肤准备：备皮范围上至耻骨联合上10cm，下至股内侧上1/3，包括会阴及肛门周围，两侧达腋中线。

(3) 肠道准备：由于解剖位置关系，阴道与肛门很近，术后排便易污染手术视野，肠道准备较严格。从手术前3日开始准备，术前3日半流食；术前2日流食；术前1日禁食，并口服庆大霉素8万U，每日2次。术前1日予清洁灌肠。

(4) 阴道准备：正常人阴道不是无菌环境，为防止术后感染，术前3日用1:40络合碘溶液冲洗阴道，必要时用1:5000高锰酸钾溶液坐浴。

(5) 膀胱准备：患者去手术室前不置尿管，嘱患者排空膀胱，将无菌导尿管带入手术