维普资讯 http://www.cqvip.com

静脉在腋动脉的前内侧与之伴行并有臂丛神经的各束及其主要分支所包绕，腋静脉的第二段在体表投影正好在锁骨中外1/3交点下3.5～5 cm，在此穿刺成功率高而且安全。

3.2 穿刺技巧

穿刺要点及穿刺成功的标志是能顺利抽出暗红色血，推注无阻力。腋静脉穿刺置管的穿刺点从锁骨下至腋窝都可以选择[3-5]。我们多选择胸前区位于胸小肌遮盖那一段，胸小肌于第三至第五肋前面的腋静脉在胸小肌下那一段已离开胸壁。只要穿刺针与皮肤角度不大于40度，肋骨起了屏障作用，不会进入胸腔，并且将针稍向外侧或锁骨中点内侧，并减少穿刺角度。穿刺时角度不应太小，否则易误伤动脉或神经。我们一般都在30～40度，穿刺时需保持负压缓慢进针、退针，以便及时发现回血。送导丝时，术者左手固定穿刺针，以免针头滑出血管外，送入导丝遇阻力时，应缩小穿刺针与皮肤夹角后再进，送导管遇阻力时退出，沿导丝送入皮下扩张器，经扩张皮下隧道后重插。穿刺中遇骨性阻力提示针尖触及肋骨，应适当减少穿刺角度。操作时无论进针和退针都应缓慢操作，有时进针未见回血而退针时能顺利抽出暗红色血并推注无阻力，本组有32例，占16%。

3.3 腋静脉穿刺的优点

中心静脉置管有很多途径，如：颈内、外静脉，锁骨下静脉，股静脉等[2]。无论哪种途径都各有各的优缺点，临床工作者都在寻找穿刺简单、成功率高、并发症少的途径进行穿刺。我们通过对200例腋静脉置管操作的时间及术后观察，认为腋静脉穿刺置管法有如下优点：①解剖位置相对固定，容易穿刺，成功率高；②若误伤腋动脉，因无骨性组织遮挡，易压迫止血，尤其对于血管脆性较大的老年病人；③穿刺针与胸壁成一定角度，有肋骨屏障作用，穿刺针进入胸腔、误穿胸内脏器形成气胸的可能性很低；④由于该处皮肤相对固定，活动度少，术后易固定导管、容易清洁、换药；⑤输液间隙期上好肝素帽，病人可自由活动，无明显不适。尤其适用于气管切开、头颈部烧伤、颈椎手术等病人。但操作中仍应注意以下几点：①本组病例虽然没有发生穿刺针进入胸腔，误穿胸内脏器和气胸形成，但仍有发生的可能，穿刺时针体与皮肤角度不应太大；②穿刺时一旦患者诉上肢麻木有电击感，可能误伤臂丛神经，应立即退针；③肝素化期间和凝血功能障碍患者不应进行穿刺。

[参考文献]

[1] 杜宁，冉惠娟. 锁骨下静脉穿刺与股静脉穿刺中心静脉置管术临床观察[J]. 中西医结合心脑血管病杂志，2005，3(6)：552－553.
[2] 董薇. 深静脉置管的临床应用及护理进展[J]. 第四军医大学吉林军医学院学报，2003，25(2)：113－115.
[3] 李义贤，林志强，李喜荣，等. 改良锁骨下静脉穿刺置管的可行性临床研究[J]. 广西医学，2004，26(5)：666－667.
[4] 李义贤，林志强，李喜荣，等. 经胸前区腋静脉穿刺置管的临床探讨[J]. 临床麻醉学杂志，2004，20(1)：24－25.
[5] 钟正江，唐桂荣，阳文新，等. 腋静脉穿刺中心静脉置管的应用体会[J]. 临床麻醉学杂志，2000，16(5)：259.

(编辑：蒋登金)

·个案与短篇·

乳腺癌根治术后患者的护理

荣丽媛 (新疆伊犁州奎屯医院胸外科，新疆 奎屯 833200)

[关键词] 乳腺癌；根治术；护理
[中图分类号] R473.6；R737.9 [文献标识码] B [文章编号] 1672－5042(2006)01－0008－001

乳腺癌根治术切除组织广泛，患者术后常有不同程度患侧肢体活动受限，同时要面对身体外形的改变和化疗的痛苦，因此，必须重视乳腺癌根治术后患者的功能锻练指导和护理。现将我科2001年3月至2005年5月对32例患者的护理体会总结如下。

1 临床资料

本组32例患者均为女性，年龄30～64岁，已婚29例，未婚3例。经病理检验单纯癌15例，浸润癌9例，髓样癌5例，腺样癌3例；无急、慢性炎症，均为首次接受手术。手术后功能恢复的近期目标是2周后患者患侧手臂能越过头顶摸到对侧耳朵，远期目标是使患侧上肢活动基本恢复到术前水平。

2 术后护理

2.1 生命体征及引流液的监测

2.1.1 生命体征的监测 严密监测患者的血压、脉博、呼吸。术后6 h血压平稳后予半卧位，以利于呼吸和引流。及时

[收稿日期] 2005－07－26 [修回日期] 2005－09－28

(下转15页)

维普资讯 http://www.cqvip.com

入两条平行凹槽内，2块有机玻璃间用粘合剂粘连。前端暴露金属电极约5 cm，用于插入机体内测量肌电，无须绝缘。后端暴露约1 cm，用于连接导联。在有机玻璃条块中段拦腰打磨出一凹槽，以备使用丝线悬吊。于毫针尖端0.05 cm处弯曲90°角，使呈钩状，便于电极的固定。

SO肌电的采集受许多因素的影响，主要是胃肠活动及呼吸活动的影响。SO肌电变化往往淹没于上述干扰波形之中，使得SO肌电记录面临许多困难。调整电极的方向及悬吊紧张度可有效地减少呼吸活动的影响，电极的方向应尽量与膈肌运动方向一致，角度调整为与地平面成45°～60°角，可以使电极顺应呼吸运动，肌电信号的基线变得平稳。

实验参数的调整对SO肌电的采集有着重要意义，其中扫描速度、灵敏度、滤波频率最为重要。扫描速度太快会使波形变异而难以辨认，太慢胃肠活动更显突出而SO肌电被掩盖；灵敏度太低，SO肌电波幅太小，太高基线过粗；滤波频率太低，胃肠活动及呼吸活动难以滤掉，太高则将SO肌电滤掉。一般而言，参数选择扫描速度500 ms/div，灵敏度1.00 mV，时间参数1 s，滤波频率10 Hz，同时再次叠加10 Hz高通滤波，便可以得到较满意的SO肌电波形。

SO作为机体功能最为复杂的部位之一，目前对其功能及肌电活动认识仍很肤浅。建立起不同状态下SO肌电活动的模型，为深入研究建立了一个操作平台。在此基础上，如果把SO肌电活动的研究与胆道动力学结合起来，将对SO基础理论的完善及临床治疗具有重要意义。

[参考文献]

[1] Woods CM, Mawe GM, Toouli J, et al. The sphincter of Oddi: understanding its control and function[J]. Neurogastroenterol Motil, 2005, 17 (Suppl 1):31－40.
[2] Woods CM, Schloithe AC, Simula ME, et al. Proximal and distal segments of the possum sphincter of Oddi respond differently to neural and cholecystokinin octapeptide stimulation in vitro[J]. Dig Surg, 2000, 17 (3):241－249.
[3] 刘传勇，刘京璋，李自英，等. 红霉素对兔消化间期胆囊运动的兴奋作用[J]. 基础医学与临床，2000，20(4)：48－51.
[4] Wells DG, Mawe GM. Sympathetic input to ganglia of the guinea pig sphincter of Oddi[J]. Am J Physiol, 1994, 266(6 Pt 1): G1162－1169.
[5] Abell TL, Werkman RF, Familoni BO, et al. Biliary, pancreatic, and sphincter of Oddi electrical and mechanical signals recorded during ERCP[J]. Dig Dis Sci, 1998, 43(3):540－546
[6] Hillsley K, Mawe GM. 5-HT is present in nerves of guinea pig sphincter of oddi neurons[J]. Am J Physiol, 1998, 275(5 Pt 1): G1018－1027.
[7] Bayguinov O, Vogalis F, Morris B, et al. Patterns of electrical activity and neural responses in canine proximal duodenum[J]. Am J Physiol, 1992, 263(6 Pt 1):G887－894.

（编辑：余汇洋）

（上接8页）

调整胸带包扎松紧度，防止包扎过紧造成皮瓣血供障碍或呼吸困难，如患侧远端肢体出现皮肤发紫、皮温低，则提示腋部血管受压，应放松包扎。

2.1.2 引流液的观察 ①保证引流通畅，防止引流管脱落；②术后24 h引流量50～100 ml为正常渗出，若术后8 h超过120 ml，且为血性，则提示有活动性出血，应报告医生进行止血处理；③引流量突然减少，常提示引流不畅，一般为引流袋内压力过大或引流管受压打折所致；④随时挤压引流管，防止血块堵塞。

2.2 心理护理

手术给患者的生理、心理都造成巨大创伤，医护人员应关心、体贴患者，帮助她们解除心理上的困惑，讲解精神因素对治疗的重要性，鼓励她们积极、勇敢地面对现实，争取早日康复出院。

2.3 并发症的观察与护理

常见的术后并发症及其护理措施有：①皮下积液，术后胸带包扎不紧，皮瓣与胸壁之间产生空隙，或术后引流不畅等原因均易发生皮下积液，因此必须加强胸带和引流管的护理，经常检查胸带松紧是否适宜，注意保持引流通畅，防止引流管堵塞、脱出。②皮瓣坏死，术中切除皮肤过多，创缘缝合时张力过大，皮瓣脱空，伤口包扎过紧，皮瓣感染，皮下积液等均可引起皮瓣缺血、坏死。术后应注意观察创缘是否苍白、缺血，有无波动感，如有异常应及时处理。③上肢水肿，由于术中淋巴管、淋巴结被一并切除，上肢淋巴回流受阻而致。术后应垫高患肢10°～15°，并避免在患肢进行注射、采血、测血压。

2.4 康复护理

术后1～3 d，指导患者进行小幅度的活动，因不会加重伤口疼痛、出血，病人多能耐受。术后3 d内，患侧上肢采取屈臂、内收姿势制动时，可进行上肢肌肉等长收缩锻炼，促进血液、淋巴液回流，减轻肢体肿胀，促进伤口愈合。术后4～7 d，患侧上肢进行腕部活动，如洗脸、刷牙、端碗等。锻炼过程中，向患者讲清楚在规定时间内正确及时锻炼的意义，采取个别辅导，纠正各种偏差，如姿势偏差，锻炼时间偏差，活动量过大或过小等，保证其顺利度过这一关键性的康复阶段。术后第2周开始，除继续进行第2期活动外，主要以肩部活动为主，前后左右摇臂，或保持颈部正中位以自然姿势梳头。拆线后，逐步加大肩部活动范围，主要有两种锻炼方式：①外展活动，双上肢先平举，然后外展，双手叠架于脑后，两肘在前面开合，注意保持两肘高度一致；②爬墙活动，面对墙壁，分足而立，使手掌贴于墙壁，开始时指尖平双肩高度，然后利用手指的屈伸活动，使上肢向上移动。

（编辑：雷 艳）