维普资讯 http://www.cqvip.com

分支走向有三种:①至浆膜下层分支,在浆膜下层,从长支发出表面动脉,各表面动脉发出许多细小的分支在浆膜下层相互吻合,这些分支是浆膜下层微血管的主要来源。关于表面动脉于下项描述。②分支进入肌层,入壁动脉长支、短支穿入空回肠肠壁,发支参与构成肌层动脉网,并在纵肌层和环肌层间形成肌层间动脉网。③入壁动脉终支穿入粘膜下层,入壁动脉的终支穿过肌层进入粘膜下层,并发出许多细小分支构成粘膜下层动脉网。

2.2 表面动脉

将消化道浆膜层以内,贴附于肌层表面走行至穿入肌门(肌门指血管进入肌层的部位)前肉眼可见的动脉支定义为器官表面动脉。入壁动脉分前后长支,在浆膜下层向系膜缘或对系膜缘发出一表面动脉,表面动脉在浆膜下层环绕肠管形成动脉环营养浆膜。空回肠段表面动脉的分支形象称谓以下三种类型:根须型、灌木丛型及蜘蛛痣型。①根须型:在浆膜下起于前后长支,表面动脉的外形像根须。如果把肠壁从系膜缘到对系膜缘分为四等份的话,那么根须型的一级分支在系膜缘1/4区域以内,在3/4处发出二级分支,在对系膜缘处同对侧表面动脉吻合,根须型的分支在同层次内同其他相邻的表面动脉相吻合,并同深层动脉有吻合支。②灌木丛型:在浆膜下层起于前后长支,表面动脉的外形像灌木丛,往往在两个根须型表面动脉之间走行。在浆膜下层行程较短,但一级分支、二级分支的起点比根须型更靠近系膜缘,但没有到达对系膜缘。与相邻根须型间有丰富的吻合,同深层动脉也有吻合支。③蜘蛛痣型:是粘膜下动脉发出的返支,穿过肌层到达浆膜下层,往往位于两个根须型之间。外形类似蜘蛛痣,在浆膜下层行程较短,终于前、后壁近系膜缘1/3的区域内,同根须型表面动脉间有丰富的吻合。

3 讨论

3.1 关于入壁动脉走行

传统观点认为肠系膜直动脉进入肠壁之前,于肠系膜的附着处分为二支:一支分布于浆膜在浆膜下环绕肠管形成动脉环,并发出分支营养浆膜;另一支管径较大,穿过肌层至粘膜下层形成比较稀疏的粘膜下动脉丛,该丛除分别向粘膜层和肌层单独供血外,在粘膜下层未形成毛细血管[1-4]。但本实验观察结果为:空回肠粘膜下层的毛细血管丛相当丰富,是整个空回肠血供的核心层次,其形成管径不等的三级血管,向肌层和粘膜层供血。本文认为粘膜下层三级血管加强了器官内血管的三维空间联系,即系膜缘与对系膜缘的联系,粘膜层与浆肌层及环形肌层的血管联系,直动脉间的联系。

3.2 有关表面动脉形态

有关表面动脉的研究,笔者没有查到相关文献,本文观察在空回肠段直动脉长支在浆膜下发出表面动脉,在浆膜下根须型表面动脉在对侧吻合,而灌木丛型、蜘蛛痣型表面动脉没有到达对系膜缘。

[参考文献]

[1] Boulter PS. Subnucosal vascular patterns of the alimentary tract and their significance[J]. Br J Surg, 1960, 47(205): 546-550.

[2] Ohashi Y, Kita S, Murakami T. Microcirculation of the rat small intestine as studied by the injection replica scanning electron microscope method[J]. Arch Histol Jpn, 1976, 39(4): 271-282.

[3] Reynolds DG, Brim J, Sheehy TW. The vascular architecture of the small intestinal mucosa of the monkey[J]. Anat Rec, 1967, 159(2): 211-218.

[4] Reynold DG, Swan KG. Intestinal microvascular architecture in endotoxic shock[J]. Gastroenterology, 1972, 63(4): 601-610.

(编辑:邱全光)

·个案与短篇·

曼氏手术治疗子宫脱垂的护理

康立鸽,张丽娜,高 平,王 波 (鞍山钢铁集团公司立山医院护理部,辽宁 鞍山 114032)

[关键词] 子宫脱垂;护理;曼氏手术
[中图分类号] R711.23;R713.4 [文献标识码] B [文章编号] 1672-5042(2005)01-0002-01

曼氏手术是治疗子宫脱垂安全、有效、简单、经济的手术方法之一,其最大特点是术式较简单,不需进入腹腔,对患者影响较少[1]。我院2001年1月至2002年4月共实施此类手术15例,无一例并发症发生。现将护理体会总结如下。

1 临床资料

本组15例病例中年龄最大76岁,最小38岁,平均年龄62.4岁。病理诊断均有不同程度的宫颈炎。

[收稿日期] 2004-09-12 [修回日期] 2004-10-25

2 护理

2.1 术前护理

凡手术病人都存在不同的心理问题,护士要主动与病人交流,了解病人的心理状态,特别是对手术有关的看法及手术效果,预后方面等知识的了解程度;向病人讲解手术前后的注意事项;介绍此类手术成功的病例,消除紧张心理,使之积极配合治疗。患者因子宫脱垂经常摩擦常伴有宫颈慢性炎症或浅表溃疡,为防止术后感染,一般术前多采用局部涂溃疡膏以促进

(下转4页)

维普资讯 http://www.cqvip.com

150 ml,平均85 ml。术后引流时间及引流量,A组术后引流1 d、引流量平均50 ml,B组术后引流3 d、引流量平均200 ml。以上三项指标两组间差异有显著性意义($P<0.05$)。术后6个月、1年作B超、膀胱造影及静脉尿路造影随访。A组术后6个月发现3例输尿管轻度返流,无输尿管口狭窄,同侧肾功能无影响;术后1年未发现相应并发症。B组术后6个月发现2例输尿管轻度返流,无输尿管口狭窄,同侧肾功能无影响;术后1年未发现。两组相比较无显著性差异。术后1年肿瘤复发率,A组18%(3/17),B组22%(4/18),两组相比较无显著性差异。

3 讨论

膀胱肿瘤常用的手术方式是膀胱部分切除术,输尿管口附近的膀胱肿瘤需行输尿管膀胱再植。不涉及输尿管移植的膀胱部分切除术手术操作简单,手术时间短,出血少。同时行输尿管开口移植操作则相对复杂。操作关键是从腹膜外间隙找到输尿管,其次是暴露膀胱后侧壁以方便输尿管膀胱吻合。因输尿管位置深,毗邻盆腔脏器,尤其在肥胖患者或有广泛粘连时,寻找输尿管及操作困难,有可能误伤周围组织[1-2]。常难以低位吻合,术后输尿管与周围结构关系发生变化,影响抗返流效果,同时术后近期并发症较高。作者体会到,做输尿管膀胱再植目的是抗返流及肿瘤切除,而输尿管下端的抗返流作用是由输尿管的正蠕动和威尔氏鞘完成,输尿管膀胱再植难以达到威尔氏鞘功能,所以仅作输尿管口附近肿瘤的正规切除和输尿管残口的外翻基本上能达到输尿管膀胱再植的目的,且手术操作简单、损伤小、近期并发症少。术中2例因输尿管脊只有1.5 cm长度,沿输尿管脊切至膀胱深肌层并沿输尿管向膀胱外游离出1~2 cm,术后6个月复查发现有轻度返流。

目前输尿管口附近的膀胱肿瘤改良手术的方法较多,有腔内仅作肿瘤电切(TURBT)[3],如果膀胱壁内输尿管切除过多,易导致输尿管残端回缩至创口狭窄;亦有从膀胱内游离输尿管再于腔内作输尿管膀胱再植[4],有较好的抗返流效果,但过多的游离末端输尿管增加了手术操作复杂性及难度。这种肿瘤正规切除加输尿管残口的外翻处理,既保持了TURBT方便简单的优点又因输尿管粘膜与膀胱粘膜的缝合减少了输尿管口狭窄[5]的风险,同时与输尿管膀胱内再植相比尽量保留输尿管与膀胱肌性连结,增强了抗返流效果,减少尿漏机会。

[参考文献]

[1] 吴阶平. 泌尿外科[M]. 济南:山东科学技术出版社,1993.1231-1238.
[2] 马腾骧. 实用泌尿外科手术技巧[M]. 天津:天津科学技术出版社,2002. 833-836.
[3] 李志军,陈素鹃,马建新,等. 输尿管口附近膀胱肿瘤的手术处理[J]. 中华泌尿外科杂志,2003,24(10):681-683.
[4] 汪 伟, 丁 强, 张元芳,等. 膀胱肿瘤手术前后血清和尿液bFGF浓度监测的临床意义[J]. 中华泌尿外科杂志,2004,25(4):276-278.
[5] 侯元青, 武广平, 厉彦卓. 前列腺增生症并膀胱肿瘤22例手术治疗效果[J]. 齐鲁医学杂志,2003,18(4):404-405.

(编辑:左艳芳)

(上接2页)

炎症吸收或溃疡愈合,待好转后进行手术治疗。

正常人的阴道不是一个无菌环境,为防止术后感染,常规术前3 d开始,每日用1‰新洁尔灭冲洗阴道,必要时每日坐浴1~2次,对Ⅱ度子宫脱垂(整个子宫和宫颈全部脱出阴道口外)者,用碘伏擦洗,效果更好。

肠道准备:由于解剖位置关系,阴道与肛门很近,术后易因排便而污染手术野。因此阴道手术前肠道准备较腹部手术严格[2]。手术前3 d开始进无渣或少渣饮食,术前1 d进流食,术日凌晨口服甘露醇250 ml加糖盐水2 000 ml进行导泻,清洁肠道。同时口服灭滴灵0.2 g,庆大霉素注射液8万单位,每日3次,连续3 d。

2.2 术后护理

注意监测体温、脉搏、血压等变化。观察阴道有无渗血、渗液及伤口有无血肿或红肿。每日用无菌生理盐水擦洗外阴,每次排便后立即冲洗会阴,保持局部清洁干燥。此类手术一般留置导尿3~5 d,至病人可自行排尿为止,膀胱保持空虚,有利于阴道伤口的愈合,防止可能因疼痛而反射性引起排尿困难[1]。如导尿管排尿不畅或残尿超过100 ml时继续导尿2 d.每日用1‰的新洁尔灭擦洗尿道口2次,每天更换尿袋1次,严格无菌操作技术,保持导尿管勿打结、扭曲,注意观察尿液、色、量、性质、气味。拔管前一天对尿管进行闭管,每4 h开放1次,拔管后,测残余尿量。术后5 d内进少渣半流质饮食,控制首次大便排出的时间,以利伤口的愈合,防止感染发生。术后第5 d口服液体石蜡30 ml使软化粪便排出。

3 出院指导

应在术后第6 d完成,告诉患者避免提重物、用力咳嗽或久站,即使在家中看电视也要避免久坐,保持大便通畅,防止因便秘排便用力导致子宫脱垂再发。要定期复查,若发现盆腔疼痛不适,会阴部有不正常的出血及分泌物应及时就诊。坚持做会阴收缩运动,可强化骨盆肌肉的张力。

[参考文献]

[1] 王淑贞.实用妇产科学[M].第1版.北京:人民卫生出版社,1987.836.
[2] 黄人建,田 力.护士手册[M].第1版.北京:金盾出版社,1999.358.

(编辑:邱全光)