维普资讯 http://www.cqvip.com

表2 诱导前后各组患者的血糖变化($\bar{x} \pm s$, mmol/l)

	I组($n=30$)	II组($n=30$)
诱导前	6.08±0.28	7.14±0.52
诱导后插管前	6.29±0.20*	7.61±0.42*▲
插管后5 min	6.57±0.25**	7.87±0.55**
插管后20 min	6.31±0.13*	7.56±0.52*
拔管后5 min	6.28±0.20◆	7.49±0.53◆
拔管后10 min	6.09±0.21◆	7.16±0.51◆

注:与诱导前比较, * $P<0.05$, ** $P<0.01$,◆ $P>0.05$, 组间比较,▲ $P<0.01$

3 讨论

异丙酚作为一种新型的静脉麻醉药因其起效快、时效短、苏醒迅速已广泛应用于临床。有研究表明单次异丙酚诱导插管后血糖升高,但升高幅度无统计学差异[1]。本文观察了两组病人在全程异丙酚静脉输注全麻下的血糖变化,结果表明异丙酚升高血糖[2-5],对糖尿病人尤为明显($P<0.01$,统计学有显著差异),但在停药后迅速降至用药前水平。这与异丙酚的代谢清除率快有关,Veroli等[6-7]在常温肝移植的无肝期应用异丙酚并测定其代谢,证明异丙酚代谢超过肝血流量,因而认为异丙酚还有肝外代谢途径,使得异丙酚即使在持续输注的情况下仍能在停药后迅速降解。异丙酚对血糖的升高作用机理目前尚不明确[5],可能与其镇静作用强,镇痛作用弱有关。全麻诱导气管插管及手术对机体均有较强的刺激作用,导致机体对此做出强烈的应激反应,交感系统兴奋,肾上腺素和去甲肾上腺素分泌增加,肝糖原分解及糖异生作用增强,致血糖升高。对非糖尿病病人而言,无论单次给药还是持续输注,血糖升高后均在正常范围内,异丙酚大剂量持续使用是安全的[4]。对糖尿病病人而言,因自身糖代谢异常加之异丙酚的升血糖作用,血糖升高幅度大于非糖尿病病人,虽然在停药后迅速回落,但也应避免异丙酚的大剂量持续输注,可以采用静脉复合或静吸复合麻醉以加深麻醉程度、减少应激反应,从而减轻异丙酚对血糖的升高作用。

[参考文献]

[1] 赵光瑜,陈 筠.异丙酚对血糖、血清钾及血pH的影响[J],中华麻醉学杂志.1998,18(3):148-149.
[2] Myles PS, Buckland MR, Morgan DJ, et al. Serum lipid and glucose concentrations with a propofol infusion for cardiac surgery. J Cardiothorac Vasc Anesth, 1995,9(4): 373-378.
[3] 焦 茜,尤近英. 异丙酚在全麻插管期间对血糖和血浆皮质醇的影响[J]. 临床麻醉学杂志.2000,16(2):99-100.
[4] 陈文斌,沈永倩.异丙酚与依托咪酯麻醉诱导中血皮质醇和血糖变化的临床研究[J]. 临床麻醉学杂志.2000,16(2):79-80.
[5] 赵 俊.新编麻醉学[M].北京:人民军医出版社.2001.924.
[6] Shafer SL. Advances in propofol pharmacokinetics and pharmacodynamics[J]. J Clin Anesth,1993,5(6):s14-s21.
[7] Veroli P, Okelly B, Bertrand F, et al. Extrahepatic metabolism of propofol in man during the anhepatic phase of orthotopic liver transplantation[J]. Br J Anaesh,1992,68(2):183-186.

(编辑:邱全光)

·个案与短篇·

肝硬化患者腹腔镜胆囊切除术的护理

张 燕,刘 瑾
(成都军区昆明总医院手术室,云南 昆明 650032)

[关键词] 腹腔镜;肝硬化;胆囊切除术;护理
[中图分类号]R608;R657.3+1 [文献标识码] B [文章编号]1672-5042(2003)04-0279-02

腹腔镜技术因其具有手术创伤小,病人痛苦少,术后康复快等特点,已在外科和妇科等手术中广泛应用。流行病学调查显示,肝硬变时胆囊结石的发病率比正常人群高出4~5倍。此类病人因肝功能损害及门静脉高压的影响,腹腔镜胆囊切除术(LC)后可能发生腹腔感染、难以控制的术中术后出血和肝功能衰竭,因此比一般的LC病人潜在危险高得多。随着LC技术的不断成熟,人们逐渐将LC应用于肝硬变患者。我院自1991年9月至2003年6月引进腹腔镜以来,共完成腹腔镜胆囊切除术10 000余例,其中肝硬化患者127例,除2例手术困难中转开腹外,余病人均顺利实施LC手术。现就其手术中的护理配合体会介绍如下。

1 临床资料

自1991年9月至2003年6月,我院共完成LC 10 000例,127例合并有不同程度的肝硬变,其中男性81例,女性46例,乙型肝炎坏死性肝硬变122例,血吸虫性肝硬变1例,酒精性肝硬变4例。肝硬变的病理诊断均以腹腔镜下肝表面明确可见

(下转290页)

[收稿日期] 2003-08-05 [修回日期] 2003-09-01

维普资讯 http://www.cqvip.com

利用多媒体生动形象具体的传播特点使课堂内容形象化、具体化。如食管癌根治的手术方式,怎样吻合,各自的适应证,要讲比较费解,用吻合器在课堂上演练,加上录像就较好理解。再如人工瓣膜置换,拿实物给同学观摩,结合心脏图解就比较形象、生动。

3 要充分调动学员的积极性

大班课多数状况是老师讲,学员听,往往缺乏较多的思维,如何变被动为主动,使广大的学员参与进来,作者认为个别课堂可变更方式,如在讲授胸外伤时,在讲完血胸、气胸、肋骨骨折、心脏外伤后,将创伤性胸肌破裂先不讲,用典型病例的形式将病历先复印下去让同学在课外思考,准备每个区队派一个代表在课堂作中心发言,提出他们的诊断、依据、鉴别诊断,根据他们的发言,从而了解到他们对胸外伤这一节课的理解程度,也反应出他们的思维,判断能力及程度,通过这一形式,人人参加了讲课,个个开动了脑筋,且课程中争论激烈,发言踊跃,各抒已见,既活跃了课堂气氛,也调动了学员的学习热情。通过最后的小结、归纳,使学员印象深刻,效果很好。

总之,一个好的教员,讲台就是一个小舞台,一个好的教员除必须具备良好的演讲能力外,还必须善于把握学员的心理,仅有满腔的工作热情和责任心是远不够的,只有具备了以上各种条件,才能上好临床大班课,我愿与广大同道在今后的教学中不断总结、探讨,从而进一步提高大班课的质量。

(编辑:黄春霞)

(上接279页)

的典型结节样变为根据。

2 手术概况

所有病人均在气管插管、静吸复合麻醉下进行手术。127例接受LC的病人中,2例因胆囊壶腹部嵌顿结石、Calot三角区致密粘连而转为开腹。所有病人术后恢复良好。

3 术前准备

3.1 环境及器械准备

宜选用宽敞的大手术间,应备有麻醉机、各种监护仪、负压吸引装置、以及随时转为开腹手术的器械。术前检查各仪器是否运转正常。手术间行常规空气消毒。

3.2 腹腔镜组件的消毒

腹腔镜器械1套,三晶片电视成像系统,内腔镜切割缝合器,单极和双极电凝器1台,超声刀1台,高压冲洗器及负压吸引器;特殊器械包括腹腔穿刺套管、冷光源、电缆、腹腔镜、带电凝的分离器、钳钩、剪、剥离器、扇形牵开器、无损伤抓齿钳等放置在固定容器内,用环氧乙烷熏蒸灭菌,以保证对精密仪器无腐蚀、无损坏并能杀灭芽胞菌。

3.3 术前心理护理

术前1 d探视病人,了解病情,向患者介绍LC手术的优越性,消除病人的恐惧感,稳定病人情绪,争取患者最大限度的合作。

4 手术配合

4.1 巡回护士工作配合

4.1.1 手术前的准备工作 备腹腔镜摄像监控系统1套,将两台电视监视器分别放置,一台置于术者的对面,另一台置于第一助手的对面,以便术中观察。备气腹机、冲洗机、电灼机及冷光源机各一个,用于气腹的CO_2 1瓶,认真检查各项功能是否正常。

4.1.2 与麻醉师的配合 确保术中循环稳定。建立两条静脉通道,一条滴注麻醉用药,一条输入所需液体。术中准确记录出入量并及时补充血容量。全麻行气管内插管时,密切注意病人心率及呼吸变化,待气管插管成功,协助固定气管插管及气囊充气。

4.1.3 手术体位放置 患者在气管内麻成功后取仰卧位,尽可能清晰暴露术野。

4.2 洗手护士工作配合

清点台上物品及敷料,认真检查各种器械是否齐备并安装好,按手术先后依次将器械排列整齐。协助医生将术野皮肤以碘酒、酒精消毒,常规铺巾。备加热的无菌生理盐水,供术中预热腹腔镜镜头。将导光纤维束、冷光源、高频电刀、超声刀、气腹管、高压冲洗器、负压吸引器等连接好。手术开始后,根据手术需要及时准确传递器械。腹壁戳孔注意避开腹壁扩张的血管。常规方法建立气腹时第一穿刺点选择在脐上或脐下,肝硬变时脐周围可能存在明显的腹壁曲张血管,可将第一穿刺孔调整至脐部偏右上的位置较好。肝硬变病人LC使用的气腹压设定在13~16 kPa,略低于一般的LC中推荐使用的气腹压(2 kPa)。因患者胆囊静脉曲张,胆囊肿大,且多嵌入肝实质,胆囊三角区有纤维粘连,炎性水肿,组织脆弱,易发生撕脱出血,可备用无创抓持钳、钛夹钳、明胶海绵、热盐水纱布等。如止血效果不确实或有其它合并症时应备好剖腹器械,以配合医生改变手术方式。结束手术前应注意检查腹壁各戳孔有无活动性出血。放置引流管,便于术后观察和早期出血并发症的及时处理。关闭切口前与巡回护士认真清点敷料器械,准确无误后方可关闭切口。

5 讨论

肝硬变条件下腹腔镜胆囊切除术的优点在于解剖结构清晰、创伤小,缺点是全麻药物的应用加重了肝脏的负担,气腹的建立会加重肝功能的损伤。完善的术前准备,合理的术中处理,悉心的术后护理是肝硬变条件下完成腹腔镜胆囊切除术的必备条件。因此这就要求手术室护士不但要熟练掌握仪器及器械的名称、用途、安装和使用方法,掌握腹腔镜手术治疗的原理及方法,准确地做好手术的配合,更要对肝硬变病人行腹腔镜胆囊切除术时可能出现的问题进行有针对性的手术护理准备和配合,为手术的顺利进行创造条件,以更好的为患者服务。

(编辑:张天飞)