维普资讯 http://www.cqvip.com

患者由于伤后手功能障碍而暂时失去劳动能力和部分生活自理能力，容易产生社会和心理压力，致使有些患者虽伤残不重，但社交能力和认识能力下降。在治疗过程中，给患者讲解治疗计划及预后，既可使患者有充分的心理准备，又能配合医师坚持全程治疗。结果说明，对外伤后手功能障碍的患者，早期进行综合康复功能训练并持之以恒，能获得最佳疗效。

（收稿：1998－11－01）

128-129 负压刀 肝脾切除术 手术后 护理 27

36例负压刀肝切除的术后护理

R473.6

余 波* 闫 勇* 胡建中* 邢庆善* 沈国玉*

为了减少肝脏手术的出血和尽量保留非病灶的肝组织，我院与成都济民医用设备有限公司合作，研制了专用于切肝的负压刀，现将负压刀切肝术围手术期的护理体会总结如下。

一、临床资料：

负压刀切肝36例。其中，男29例，女7例。年龄21～71岁。其中原发性肝癌23例，继发性肝癌3例，胆总管癌肝内浸润4例，肝胆管结石6例。在23例原发性肝癌中，22例合并有结节肝硬化。36例手术中，28例是在不作肝门阻断的情况下进行的。另肝门阻断8例，实施门静脉癌栓取出。其中：右半肝切除4例，左三叶切除2例，不规则肝切除2例。36例负压刀切肝术中出血量见表。

附表 36例负压刀切肝术中出血量（$\bar{x}$，ml）

手术方式	例数	术中出血量
右半肝	12	480
左半肝	4	300
左三叶	2	1200
左外叶	9	50
不规则	9	100

二、负压刀及其原理：我院使用的JIMIN261A型医用负压手术刀（MVK）。该机根据空气动力学原理，利用自然大气压和真空泵在刀头上产生强大负压，通过术者采用"啄木鸟"式敲击法，使刀口间歇性地接触和脱离肝组织，将肝组织破碎，并使肝组织受到刀口处速度达300米/秒以上（接近空气中声速）。波动性气流的冲击和引导，使被敲击的肝组织从其附着的血管、胆管上脱落下来，迅速被吸入真空瓶中。留下的仅是韧性大、互相连接成网的血管、胆管等网络。而这些网络正是外科医生希望保存下来进行专门结扎或进一步解剖处理的结构。使用负压刀进行肝脏手术，由于其原理是只吸走肝组织而保留胆管血管系统。本组36例肝癌切除手术结果显示切肝时间和出血量都较传统手法切肝明显缩短和减少，充分体现了负压刀在肝脏外科领域应用的优越性。

三、护理

1.术前护理：(1)完成全身情况常规检查，包括心、肝、肾、肺和凝血酶时间等。用药及药物过敏试验，皮肤常规准备。(2)术前三天进行肠道准备，链霉素1克，1/日或丁胺卡那霉素1克，1/日。手术前晚做清洁灌肠。(3)改善凝血功能。术前三天肌肉注射维生素K，加强营养，给予高蛋白、高碳水化合物、低脂肪饮食。

2.心理护理：由于肝癌病情重，发展快，治疗远期效果不甚满意，70%病人表现为内向投射的心理反应，心情紧张，焦虑，担心手术是否成功，身体是否适应，术后是否能尽快恢复等。医护人员应针对性地进行心理护理。详细说明负压刀切肝手术方式及效果，帮助病人建立信心和鼓起勇气，消除其紧张、恐惧心理，取得配合；同时，在术前交谈中，向病人交待手术后置引流管情况，术后疼痛的处理方法，训练病人练习深呼吸和咳嗽，床上解大小便，卧床时肢体的活动等。

3.术后护理：(1)肝细胞对缺氧的耐受力差，术后病人常规实行低流量吸氧一周。应密切观察病人的心、肺、肾、肝情况以及其他病情变化，注意血压、脉搏、呼吸、体温、心电图、血液生化和尿的变化。术后3～5天内禁食，同时静脉输入高营养物质，如白蛋白、鲜血浆、脂肪乳剂、氨基酸等。持续胃肠减压，保持引流通

* 作者单位：610083 成都军区总医院全军普通外科中心

维普资讯 http://www.cqvip.com

畅有效。防止肠胀气，胃管一般在肠蠕动恢复出现排便通气后拔除，注意保持胃肠减压的负压吸引，防止扭曲、受压、脱落。(2)加强腹腔双套管的护理是负压刀切肝术后护理的重点之一。术后如发现双套管引流出鲜红色腹液超过200ml/h，应及时报告医生，及时检查处理。保持双套管引流通畅，负压吸引力保持在4.0～5.4KPa，注意无菌操作，同时注意观察引流液的量、颜色、性质等。(3)术后第二天给以半卧位，以利于伤口引流。联合应用广谱抗生素，以防感染。术后鼓励病人咳嗽、勤翻身，叩背，必要时给予超雾化吸入，每日1～2次，使粘稠痰液易于排出，鼓励和帮助病人早期肢体活动。术后12小时之后可翻身，改变卧姿，双套管于术后3～7天视情况拔除。(4)在患者由静脉营养向进食过渡过程中，早期以清淡、营养、易消化饮食为主，并注意少量多餐，逐步过渡到正常饮食状态。

4.结果：36例负压刀肝切除的手术患者无手术死亡。术中出血量少，术后患者无一发生并发症，术后恢复良好，全部康复出院。

5.讨论

通过本组的36例使用负压刀肝切除的病人护理特点，我们体会：(1)使用负压刀肝切除的病人术后精神状态较过去传统手法切肝病例好，而且术后腹腔引流液明显减少，病人自觉症状较少。(2)加强术前护理，配合医生做好术前各种检查，术前三天用抗生素，以抑制肠道细菌，术前三天用抗生素，以抑制肠道细菌，术前晚清洁灌肠，以减少血氨的来源和消除术后可能发生肝昏迷的部分因素，为加强营养、多食用动物肝及内脏、瘦肉、鸡蛋、鱼类、豆制品、新鲜蔬菜、因胃纳差，进食少者，必要时可静脉途径补充营养，以改善患者术前营养不良状况。(3)加强术前心理护理，与病人交谈，排除其患者紧张、恐惧、焦虑的心理，以取得配合治疗。同时，还应向病人交待手术后置引流管情况，防止其翻身时发生脱落。(4)加强术后护理，密切观察病人的病情变化，生命体征，保持胃肠减压持续有效。其中，术后3天拔除胃管15例，术后2天拔除胃管21例。注意观察腹腔双套管是否通畅，是否有血性液引出，同时观察引流的量、颜色、性质等。术后第二天嘱病人取半卧位，鼓励和帮助病人做早期肢体活动，促进早日恢复。

(收稿：1999－03－09)

21例急性化脓性胆道炎症声像图探讨

金 松* 杨彦民 郑春梅*

胆道系统的超声显像可分为胆囊和胆管，胆管以肝门为界，分为肝内胆管及肝外胆管。急性化脓性胆道炎症是胆道外科严重疾病之一，多由胆道结石、蛔生物等所引起，常需要紧急手术处理。目前，有关本病的超声报道甚少，我院经手术治疗17例，非手术治疗4例，均痊愈。现报告如下：

一、资料和方法：B超仪器主要使用SDU－500，探头频率3.5MH，病人取仰卧位，探头对其右上腹及中上腹部做多切面观察。对肝脏、胆囊及胆总管中异常声像图，详细记录其回声特点、部位、形状及范围，然后采取左侧卧位及坐位，观察异常声像体位变化而移动。

本组21例中，男9例，女12例，年龄28～79岁，平均53.5岁。

二、结果：本组21例均有腹痛，且Murphy阳性，伴寒战、高热17例；恶心、呕吐12例；黄疸11例；中毒症状1例；血象WBC总数及分叶增高14例。经手术及术后病理证实准确率81%(17/21)。17例为坏疽性胆囊炎，其中伴胆囊结石9例，伴化脓性胆管炎10例，伴胆管结石7例。

声像图特点是胆囊肿大，有的胆囊壁呈双边影，囊内除发现结石外，可探及点状、絮状或团块回声，常沉积在胆囊后壁的前缘，随体位变化可缓慢移动，团块状回声在移动时可变形。伴化脓性胆管炎表现为胆总管及肝内多个胆管扩张，而以胆总管扩张最明显，管壁增厚，回声强。探查可见在扩张的胆总管内有局限性强光点或光斑回声，随体位移动不明显。

讨论：17例胆囊增大伴胆泥沉着者，手术中可见到胆囊张力高，胆囊壁增厚、水肿并有灶性坏死，胆汁混

* 作者单位：154002 佳木斯大学医学院附属第一医院普外科