维普资讯 http://www.cqvip.com

电子结肠镜检查的护理操作体会

顾丽华*

电子结肠镜检查已广泛应用于临床，医生、护士及病人的配合程度直接影响检查结果。从1997年～1998年笔者配合医生对拟诊"结肠炎"、"结肠肿瘤"、"便血原因待查"等疾病的165例进行电子结肠镜检查，现将护理操作体会介绍如下，与同行共同探讨。

一、术前准备：1.病人肠道准备：受术者前2天应进食半流质，术前1天进食流质，术日晨禁食；术前5小时口服甘露醇及葡萄糖盐水，并多饮开水，直至解清水样便为止。2.器械及物品准备：本院检查器械为日本产"富士能200型"电子肠镜、冷光源、微型摄像系统、电视监视系统，物品有纱布、手套、内窥镜润滑液及2%戊二醛等。3.术前用药：术前30分钟肌注654－2注射液10mg，杜冷丁50mg(注意：心脏病患者及70岁以上患者不同)。4.肛门指检：戴手套、涂润滑油作肛门检查。5.检查体位：患者先取左侧卧位，术中根据需要调整体位。6.接通仪器电源，连接好各种管线，按程序打开按钮，准备好清洁液及消毒液。

二、术中配合：在肠镜前端涂上润滑液后，将镜子自肛门插入至所需检查部位或回盲部。

三、讨论：1.电子肠镜属精密仪器，全套设备价格昂贵，故必须专人保管、使用，而且一定要熟悉仪器的性能、操作及消毒方法，严格遵守操作程序，确保设备始终处于良好状态。2.镜子消毒要严格。结肠镜使用后一定要先用清水冲洗干净，再有2%戊二醛浸泡30分钟，然后再用清水冲洗干净后备用，避免交叉感染。3.肠道准备要充分：肠道准备与否，直接影响检查结果及诊断，笔者曾遇到1例因肠道准备不充分，肠腔内因大量粪便而无法观察肠腔及粘膜情况，影响诊断。所以术前一定要和病人交待清楚，以求病人的密切配合。4.接待病人要热情：由于多数病人是初次检查，害怕，紧张情绪在所难免。因此，做好耐心细致的解释工作，消除其思想顾虑，取得病人的合作。5.做好肛门指检要：插镜前一定要做好肛门指检，以便了解肠腔走向，肛周有无病变。同时，肛检还可以起到润滑肛门的作用。6.操作动作要轻柔：动作轻柔，可以避免损伤肠粘膜。同时，要与医生密切配合，以缩短检查时间，减少病人痛苦。术中观察要仔细，才能避免漏诊。7.术后要休息15分钟：部分病人因术前注射杜冷丁，术后起身后觉头晕、恶心等不适症状，嘱受术者稍息15～30分钟，并仔细观察待症状缓解后方可离去，以免发生意外。

(收稿：1998－12－08)

* 作者单位：310004 杭州市解放军第475医院 内二科

136-137 血管移植 手术中 动静脉瘘 344

移植血管手术中建立动静脉瘘及注意事项

朱 伟*

R654.3

建立动静脉内瘘主要用于长期维持血透的病人，这条血管径路是病人赖以生存的"生命线"，但病人如长期血透或肥胖等原因，仔细寻找、确无合适血管，方可考虑用移植血管建立动静脉内瘘。我院血透室自九二年建立以来，共接受了五例移植血管内瘘的病人，通过移植同种异体血管建立动静脉内瘘，术后细心护理，正确应用，至今均仍在使用，最长为六年，最短为三个多月。

移植血管一般采用异体股动脉、髂动脉和肱动脉，首选异体股动脉，其优点是血管壁厚，穿刺后不易出血，植入后不易塌陷扭曲。其内径粗细适用于作瘘吻合手术，血流量可达300ml/min。手术部位常用腕部桡

* 作者单位：310004 杭州市解放军四七五医院 人工肾室

维普资讯 http://www.cqvip.com

动脉或尺动脉与肘关节附近的头静脉、贵要静脉、正中静脉或肱静脉作直线式吻合。因此，熟悉腕前区和肘窝的解剖对完成手术是必需的。手术在臂丛麻醉或局麻下进行。在选定部位分别游离动静脉，如移植血管需跨越关节，切口应选择在内侧面，以减少关节弯曲时对移植血管的影响。用隧道器在两切口之间打一隧道，深度应适宜，太深不易穿刺，太浅会造成皮肤坏死和穿刺后止血困难。将移植血管从一切口经隧道由另一切口拉出，立即调好移植血管位置。避免扭曲、松紧适度。用肝素盐水预充移植血管，两端用血管夹阻断（留出吻合长度）。7－0血管缝线作动脉端侧吻合，吻合口1cm。静脉端亦用7－0血管缝线作端端或套入式吻合。试开放吻合口，确定无漏血后，全线开放。此时可看动静脉侧亦有明显搏动，提示吻合成功。

移植血管内瘘一般术后三周开始使用，术后护理和应用中必须注意：1.术后即需透析的患者，术后十天内需无肝素透析或少量肝素透析，以免造成移植血管吻合口及创面出血。2.术后患者需抬高患肢，减少肿胀，避免瘘侧手臂弯曲、受压、输液和测血压。3.移植血管内瘘正式启用后要求熟练护士操作、尽量一次成功。4.穿刺时针应先在皮下走一段距离后再进血管，以防穿刺和针眼周围渗血和拔针后不易止血。5.不要定点穿刺，呈阶梯状更换穿刺部位，以防局部损伤后修复困难，结缔组织增生，造成移植血管径路狭窄形成。6.拔针后压迫不应太重，以针眼处不出血、移植血管内瘘还有血流通过为宜。7.注意预防透析过程中的低血压反应，控制超滤量，否则极易造成移植血管的栓塞。8.做好卫生宣教，教会病人观察内瘘的方法，定时监听、监测，发现血管杂音和震颤减弱或消失，及时报告医生处理。教会病人掌握内瘘出血的自救方法，切不可压迫止血时压力过大造成移植血管内血流受阻、移植血管内瘘闭塞或移植管内栓塞形成。

综上所述，通过医护患三方的共同配合，就一定能成功地建立移植血管内瘘，有效地延长移植血管内瘘的使用寿命，提高患者的生活质量。

外科手术（收稿：1998－09－10）

137－138 头枕部 神经纤维瘤 止血 35

头枕部巨大神经纤维瘤手术止血方法的改进

范亦明* 王 竞** 卢 丽* 刘少壮* 王旭东*

R730.264

生长于头颅体表较大体积的神经纤维瘤是神经纤维瘤病在皮肤上发生的病变。由于瘤组织增生的血管与头皮下动脉及静脉关系密切，瘤体内形成丰富的血窦，切除肿瘤常引起难已控制的出血，给手术操作及术后护理带来诸多不利。对此，作者采取交叉缝扎止血方法，切除2例头枕部巨大神经纤维瘤，止血效果良好。现介绍如下。

一、资料与方法：1.临床病例：例1，女，15岁，出生时头枕部皮肤即有色素斑，逐渐扩大，并凸起生长形成肿块，无不适。查体：肿物约25cm×19cm×6.0cm大小，毛发分布均匀，皮色黄褐，与正常头皮颜色界清。瘤体基底宽广，无活动度，质松软，无触痛。周身皮肤散在色素斑。术中所见：瘤组织呈灰红色，似鱼肉样，质地细腻而脆，混有条索样纤维结构，血管网丰富。病理诊断：外周型神经纤维瘤病。例2，男，19岁，出生后3个月，右枕部皮下出现包块，局部皮色随肿块增大而加深，伴微痛。查体：瘤体约19cm×10cm×4.5cm大小，毛发均密，皮色红褐。肿物基底广而固定，质软，可触及条索状物，有压痛。术中所见：瘤组织为粉红色鱼肉样改变，纤维组织相互交错，血管分布密集。病理诊断为外周型神经纤维瘤病。2.手术方法：(1)选用7号缝合线距肿瘤基底部边缘1.0cm～1.5cm处横行进针缝扎打结，针距为1.5cm，进针深度达帽状腱膜层为宜。继后，下一位缝扎进针点均选择在相邻的前一缝扎针距中心，略靠近缝扎线处刺入，并使后者缝扎线与前一位缝扎线相交叉。依次缝扎，最终形成围绕瘤体的环形缝扎圈。须要注意的是，在头皮下枕动脉及耳后动脉走行区域的缝扎线打结力度要适中，避免术后因缝

* 作者单位：110034 沈阳市武警辽宁总队医院神经外科
** 沈阳市中国医科大学第一临床学院局解手术学教研室