维普资讯 http://www.cqvip.com

织工作有密切关系，比如第一次课，我们安排三项教学内容同时进行，护士长需要把学生分组，掌握进度，定时组织轮转交换，在 5 台手术同时进行，60 名学生没有良好组织工作，实验室则乱作一团，提高管理水平是实验室的大事，如果器械物品丢失损耗或者对于下次实验将会有很大影响，我院手术课里动物实验室，羊、家犬、兔为实验材料，动物管理是实验室护士的职责，术前能否按要求禁食，能否满意麻醉，都能直接影响教学质量，偶尔因为动物固定或管理不当有动物跑失或动物咬人的情况，这就要求实验室护士熟悉动物习性，具备管理动物能力。

我们为了提高护士管理组织能力，每年在教学工作结束后，进行认真总结，手术学教学以操作为主，备品用量大，数量繁重，且易破损，对所有物品清点、丢失或损坏的物品查明原因进行登记，教学组进行工作总结，大家进行集体讨论，找出存在的问题，为下一年教学工作提供依据。

综上所述，护士在整个手术学教学工作中，都十分重要，教学护士科学态度是否端正，教学能力以及管理能力的高低，都直接影响到教学质量的好坏，多年来，我校通过多种方法努力提高手术室护士的素质水平，手术室教学在各方面都有很大提高，多次受到医院及学院的好评，近来我们又在学院的用人单位及学生中进行反馈，对于我们手术室教学进行改革，对那些手术的操作需要加强等充分掌握情况。这样，加强对手术教学中护士的培养，充分发挥护士在教学工作中所起作用，是圆满完成教学任务的重要因素之一。

（收稿日期：1997－01－20）

·手术经验·

乳腺导管扩张症的手术改进

西安医科大学附属一院外科 王自法

西安医科大学附属二院肿瘤科 石治安 薛锋杰 薛兴欢 刘小旭

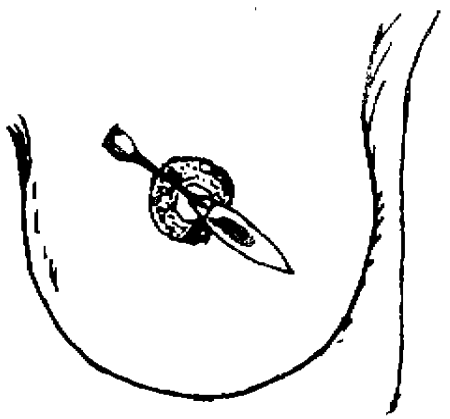
（陕西西安，邮政编码 710061）

乳腺导管扩张症多需手术治疗。手术方式主要是包括病灶在内的乳腺局部切除，但因其病变边界不清，若切除不彻底容易复发。作者自 1989 年起对过去的手术方式进行了改进，共治疗 22 例病人，术后效果良好。现介绍如下：

手术方法：患者平卧于手术台上，局部浸润麻醉。用 6 或 7 号秃针头从扩张乳管的乳孔缓缓插入。插入的动作应轻柔以免造成假道。通过秃针头注入亚甲兰少许。以病变为中心行梭形皮肤切口（包括针头在内的部分乳头），如附图所示。切开皮肤和皮下组织可见被兰染之扩张乳管。切除所有兰染之乳腺组织。创面彻底止血后一期缝合。

结果：22 例病人均经病理证实。术后切口甲级愈合，对所有病人随访 3 个月至 3 年 2 个月未见复发。

讨论：乳腺导管扩张症的治疗以手术为主。根据病人的不同情况可采用局部切除术或乳腺单纯切除术。乳腺单纯切除术主要适用于肿块大，多灶性或脓肿反复发作致瘢痕性乳房伴有乳瘘形成者。多数病人可以通过局部切除术治愈。但由于病变与周围组织无明显界限，若单纯行病灶切除，术后易反复发作。有些病人甚至经多次手术仍不能治愈。有人通过乳孔插入弯形探针，在探针的引导下行病灶切除术。创面不做缝合，用凡士林纱布填塞伤口，术后通过换药使肉芽组织由底部生长愈合。该方法虽也取得了较好的治疗效果，但其创面愈合需时间较长，一般 2～3 周，肿块约 3～6 月消失。我们采用的经扩张导管注入亚甲兰的方法可使扩张的大小导管兰染，从此可判断手术切除的范围，术中注意必须将乳头处扩张的大导管一并切除。因此在注射亚甲兰以后，不拔出针头，而是以针头为标志楔形切除部分乳头，这也是防止术后复发的关键之一。该方法简单，术后效果好，且切口愈合时间相对较短。



附图．秃针插入

（收稿日期：1996－10－21）

维普资讯 http://www.cqvip.com

局解手术学杂志 1997 年第 6 卷第 2 期总第 22 期

40 例支撑喉镜下声带肿物摘除术的麻醉体会

浙江省杭州市解放军第四七五医院麻醉科 陈美哥 陈花根

（浙江杭州，邮政编码 310004）

我院自 1995 年以来，在气管插管，静脉复合，吸入全麻下施行支撑喉镜声带息肉、囊肿摘除术、取得较好效果，现将资料完整的 40 例临床分析报告如下：

一、资料与方法：本组男 35 例、女 5 例，年龄 6～65 岁，其中声带囊肿 8 例，息肉 32 例，手术历时 5～20 分钟，平均 15 分钟。方法为术前用药：安定 0.1mg/kg，阿托品 0.01mg/kg 术前半小时肌注。诱导用药：安定 0.4mg/kg，芬太尼 0.006mg/kg，司克林 2mg/kg，静脉推注，等病人呼吸消失后，快速气管插管，导管号码选择，成人为 5.0～6.5mm，小儿 5.0mm 以下，插管后静脉中滴入 1%普鲁卡因 100ml＋司可林 100mg，气管内吸入安氟醚或异氟醚。手术开始时立即静脉中推注芬太尼 0.1mg。另有 30 例病人麻醉维持期改用异丙酚静脉推注，首次剂量为 1mg/kg，以后每隔 5 分钟静推 0.5mg/kg。

二、讨论：①此手术以往在局麻下进行，由于手术刺激大，患者术中挣扎、燥动，伴有窒息感，非常痛苦，由于局麻镇痛不全，使术后并发症增加，如咽喉水肿，声音嘶哑时有发生，由于不能充分暴露声门，势必带来手术不彻底，极易复发。②施行气管插管全麻后，以上弊端均加以克服。但由于手术刺激大，时间短，掌握好麻醉药用量和控制麻醉深度对麻醉医生来说是至关重要的。在放置支撑喉镜暴露声门时，刺激性最强，如果麻醉没有足够深度，病人咽喉部反射仍存在就极易造成喉头水肿，势必影响术中呼吸恢复和苏醒，因此我们麻醉控制必须较深、减少反射。手术一般在 5～15 分钟之间完成，我们要紧密配合手术医生，确保手术野清晰，减少气管导管对气管壁的摩擦，要选择较细的气管导管，一般在 5～6.5mm 之间，导管细气道阻力增加，造成缺 O_2 和 CO_2 蓄积，必须进行控制呼吸，氧气流量增加 10%～20%左右，有条件时用呼吸机高频正压通气较好，维持指脉血氧饱和度 95%以上。而手术结束，自发呼吸恢复后，一定要严密观察，由于气道阻力增加，加上手术野血液渗出。可以造成通气障碍，仍会出现缺 O_2 和 CO_2 蓄积并发症。术毕必要时辅助呼吸，以尽快让病人苏醒，拔去气管导管。我们在麻醉中也曾发现导管未拔去，指脉氧饱和度一直低于 95%，而一旦拔去导管，病人呼吸通畅、氧饱和度恢复正常。为预防术后声门、咽喉部水肿，常规应用地塞米松 10mg、静脉推注、于插管后应用。③初期此手术麻醉维持以芬太尼和安、异氟醚吸入辅助、静脉中滴注肌松剂、麻醉深度足以进行手术，但由于病人个体差异较大，用药量难以控制，往往麻醉太深，术后苏醒延长。现在我们对手术时间短的病人在麻醉维持期以异丙酚静脉推注，手术结束，病人可以在 5 分钟左右苏醒，无任何并发症。

（收稿日期：1996－10－29）

气管插管术抢救新生儿窒息 90 例体会

鞍钢立山医院婴儿室 张 茵 付宜新

（辽宁鞍山，邮政编码 114032）

新生儿窒息是新生儿常见急症，其死亡率高，必须引起重视。自 1988 年～1995 年间我们采用气管插管术抢救新生儿窒息 90 例，治愈率达 91.1%。现结合病案将抢救体会进行回顾性总结报告。

资料与方法

一、一般资料：第 1 胎 84 例、第 2 胎 6 例；胎龄：未足月 6 例、足月 78 例、过期妊娠 6 例；出生体重：＜2500g12 例、2500g～3999g75 例、≥4000g3 例。

二、娩出方式：正常产 22 例、侧切产 36 例（其中臀助产 5 例）、胎头吸引术 9 例、产钳术 10 例、剖宫产 13 例。

三、窒息分类：轻度窒息 68 例、重度窒息 22 例。

四、抢救方法

1. 气管插管术：备 0 号或 1 号喉镜片，选一根内径 2.5～3.5mm 气管导管，再备比此管略粗和略细导管各一根。病儿平卧、头后仰，左手把喉镜片送入口内，顶端置于会厌谷，以 45°角上提，把舌根和相连的会厌挑离声门暴露声门口，将导管沿右侧经声门插入气管内，入声门下 2cm 左右。气管内抽吸负压 100～150cmH_2O，抽吸时因吸引管会阻塞气管导管，故每次吸引不要超过 10 秒。若为重度窒息，经气管插管吸净粘液后，应加压给氧，每分钟 30 次左右，压力开始为 20～30cmH_2O（1.96～2.94kPa），以后减到 15～