维普资讯 http://www.cqvip.com

34-35 肾上腺肿瘤 嗜铬细胞瘤 切除手术 22

局解手术学杂志 1996 年第 5 卷第 4 期总第 20 期

手术配合

嗜铬细胞瘤切除术中的巡回配合

广西医科大学第一附属医院手术室 黄松芳
（广西南宁，邮政编码 530027）

R736.605
R730.264

嗜铬细胞瘤是发生于嗜铬组织的肿瘤，约90%来源于肾上腺髓质。由于肿瘤或肾上腺髓质的嗜铬细胞分泌大量儿茶酚胺包括肾上腺素、去甲肾上腺素和多巴胺，表现为阵发性或持续性高血压以及代谢紊乱症候群等[1]。手术切除肿瘤是唯一有效的治疗方法，手术中由于多种因素如气管插管和体位改变，挤压肿瘤，手术探查等均可刺激瘤体，使其立即释放大量的儿茶酚胺。在结扎肿瘤血管或切除肿瘤后，体内内源性儿茶酚胺突然减少，周围血管扩张致有效循环量不足可发生低血容量性休克，同时术中血压大幅度升降可导致心律失常甚至心力衰竭等[2]。我院从1991年2月至1995年10月共行35例嗜铬细胞瘤切除术，均安全渡过手术关并痊愈出院，现将术中配合的方法介绍如下：

一、临床资料：本组35例，男性27例，女性8例。年龄19～64岁，平均43.5岁。肿瘤位于右肾上腺18例，左肾上腺15例，膀胱和腹主动脉旁各1例。肿瘤最重530g，最小10g，术中全部采用全麻。

二、术前准备：

（一）心理护理：术前随麻醉医师到病房访视病人，询问病人对手术的要求，注意语言和态度，耐心解释，以解除患者的恐惧心理和思想负担，争取主动配合，以安全渡过手术关。

（二）手术前一日准备好各种术中所需的物品，特别是要检查各种升降压药及急救药物。如肾上腺素、去甲肾上腺素、多巴胺、酚妥拉明、三磷酸腺苷（ATP）、2%利多卡因、阿托品、利尿药。动静脉测压装置，心电图监护仪，吸引器等急救器械如张胸器等。

（三）建立畅通的静脉输血流通路：在双踝大隐静脉处用18号套管针行静脉穿刺各1条。并接好三通连接管，这样既有利于术中的护理和临时从静脉给药，又不妨碍医生的操作。一般滴速为40～60滴/min。

（四）留置导尿管：用18号双腔气囊导尿管插入，术中观察记录尿量，术中单位内尿量的多少可以反应患者术中体内的血循环及组织器官的血液灌注情况，为术中液体的补充，药物的使用提供了依据。

（五）由于此种手术，患者的血压变化无常，术中突然升高，切除肿瘤后可突然下降，根据我们的经验，每个患者均用降压药物降压，部分用升压药，所以必须予先配制，以便及时供给。

1. 升压药：0.9%氯化钠50ml加去甲肾上腺素2mg，吸在50ml注射器内，备微泵用，必要时静脉推注，或用5%葡萄糖100ml加去甲肾上腺素1mg静脉点滴。

2. 降压药：ATP400mg加酚妥拉明20mg，吸在50ml注射器内，装于微泵、以降压。或用硝普钠50mg稀释于0.9%氯化钠50ml备用。

三、配合麻醉医生建立各种监测：

（一）平均动脉压（MAP）监测：动态了解术中血压变化。用22号套管针行桡动脉穿刺置管，并连接三通管，其一端连接压力表以供测量动脉压，一端连接已配制的肝素盐水（内装生理盐水500ml加肝素100mg）以供冲洗管道。

（二）中心静脉压（CVP）监测：能较准确的反应体内循环血量，为术中液体的补充提供依据，特别是肾上腺嗜铬细胞瘤的病人，由于肿瘤自身具有对血压影响的特性，加之手术中的创伤刺激，使得手术中的动脉血压变化不能完全客观地反映患者循环血量变化。特别对术前有持续高血压的患者，术前由于血管收缩，使其血容量常比相应的正常血容量减少，一般相差大约800ml，而当肿瘤切除后，由于血管扩张，会出现持续低血压状态，这时就需要补充一定的血容量，在大量补液时，注意监测中心静脉压变化，以防血容量过高[3]。行颈内静脉或锁骨下静脉穿刺置管。连接三通连接管，一端接CVP测压管，另一端接输液管道，监测时，CVP最低点对准零点并防止气泡进入输液管道。

（三）连接心电图装置：以便随时观察心率与心律的变化。

四、术中抢救配合：

（一）麻醉诱导期患者可能出现血压下降，心

维普资讯 http://www.cqvip.com

律紊乱，心跳骤停或麻醉浅时，出现血压骤升。当出现血压下降时，用升压药，用微泵从静脉推注已配制好的去甲肾上腺素 2mg，经处理后，血压上升。如血压上升至 24/18.7KPa，用微泵从静脉推注酚妥拉明加 ATP 降压，使血压维持在 13.3～16/9.3～10.7KPa，用降压药物，滴速不可太快，以防肿瘤切除后出现难以矫正的低血压。出现心律失常时，遵嘱从静脉推注 2% 利多卡因 5ml。

（二）术中分离或探查肿瘤时，血压急剧升至 37.3 ～ 34.7/18.7 ～ 21.3KPa，立即采用 ATP400mg 加酚妥拉明 20mg 从微泵推入或用硝普钠静滴，可使血压缓慢下降，并控制在 12～18.7/9.3～13.3KPa，直至肿瘤摘除后停药，使患者安全渡过手术期。由于硝普钠大量使用后，患者可出现氰化物中毒及血压反跳现象。本组 30 例术中在分离肿瘤时用 ATP400mg 加酚妥拉明 20mg 从微泵推入，控制血压，滴速为 80～140gtt/min，使血压稳定在 12～18.7/9.3～13.3KPa，直至肿瘤摘除后停药，仅 5 例术中用硝普钠降压。我们体会 ATP 加酚妥拉明溶液作用快，副作用少，是比较好的降压药物。

（三）常规在手术开始前 30 分钟，从血库取出全血 600～1000ml，置于 35℃温水中加温，防止低温血的冷刺激致心律紊乱，肿瘤切除前快速从颈静脉输入全血 600～1000ml，以扩容防止肿瘤切除后血压骤降，如血压骤降者，静滴去甲肾上腺素，同时加快输血、输液，纠正血容量不足。

（四）对术中出现肺水肿，心衰的患者，可静推西地兰，并减慢输液速度，可使病情好转。

综上所述，对嗜铬细胞瘤切除术的病人，加强手术过程中巡回的配合及护理，是整个治疗的重要环节，严密观察、记录、处理及时，采取相应措施，确保手术顺利进行。

参 考 文 献

1. 裘法祖，主编．外科学，第 3 版，北京：人民卫生出版社，1992：666－667.
2. 华玉康．嗜铬细胞瘤术中并发症抢救配合．中华护理杂志 1987；22（5）：203.
3. 周莉．肾上腺嗜铬细胞瘤的手术配合，护士进修杂志 1989；4（9）：34.

（收稿日期：1996－05－27）

35-36 腰椎 椎间盘突出 护理 23

腰椎间盘突出症病人的护理体会

河北省辛集市第一医院法医病房 马 芝 王彦平
（河北辛集，邮政编码 052360）

R473.6 R681.53

腰椎间盘突出症是骨科的一种常见病。由于机械压力等因素的影响，致纤维环破裂，膨出的髓核突出椎管内，引起神经根、马尾或脊髓的压迫症状。疼痛、感觉、运动功能障碍及肌肉萎缩等是本病的主要特征。针灸、理疗、牵引、按摩、中西药物应用，硬膜外注射药物和手术治疗，都是本病有效的治疗方法。无论手术或非手术治疗，都要求我们以极大的工作热忱和耐心细致的服务，为病人提供良好的治疗条件，现将我们在工作中的护理体会总结如下：

一、主要护理要点：腰椎间盘突出症是腰腿痛的常见原因之一。好发于 30～50 的体力劳动者或平时锻炼较少者。腰椎间盘突出的主要矛盾，在于突出的椎间盘刺激和压迫神经根。治疗的目的是早期使用“活血化瘀”、消炎止痛的方法，消除肿胀和充血，使粘连组织、神经根松解，解除压迫、护理工作要点是：了解病因、病情，掌握治疗，护理方法，对病人的疼痛原因、性质、范围、程度等均详细掌握，便于在护理工作中观察护理。对病人应该讲清发病机制，治疗措施，消除病人的恐惧心理，以便得到病人、家属的积极配合。腰椎间突出症，无论是手术或非手术治疗，如连续性硬膜外注射激素或复方当归注射液，在早期病人的治疗过程中，应嘱病人完全卧床休息 3 周，避免剧烈运动。因为卧床休息可减轻体重对椎间盘的压力，减少因负重而增加的损伤，使突出的椎间盘和附近软组织由损伤引起的炎性反应消退。对双下肢持续皮牵引的病人，应注意皮肤的保护，严格禁止病人坐、立，待症状消失后，可在腰围的保护下，起床活动，进行腰背部的肌肉锻炼。由于病人需要在硬板床上平卧，增加了腰背部的支撑，因为病人翻身时疼痛加剧，所以，病人宁愿采取“强迫”体位，避免疼痛，而不愿翻身，长期卧床造成床板、床垫的潮湿，加至病人本身体重的压迫，很容易发生褥