维普资讯 http://www.cqvip.com



察液体输注情况时发现下肢末端有轻度紫绀，立即报告麻醉师，经加压给氧等对症处理后，病人很快恢复正常。因此，作为巡回护士，特别强调不要离开手术间，必要时应增派巡回人员，严密观察病情，随时准备配合医生进行应急处理。

（六）引流管的固定：本组急腹症手术病人中有97例（占82.9%），手术完毕放置腹腔引流管，腹腔引流对于病人术后早期恢复及观察引流液的情况特别重要，一旦脱落，轻则要重新开腹放置，重则延误疗程或加重病情。因此，引流管的保护及固定同样是十分重要的。手术完毕除外科医生用缝线固定引流管外，巡回护士在接引流袋时要特别注意引流管的外固定，可将引流管用胶布固定于伤口附近皮肤上，以免搬病人时不慎扯脱，送回病室应向当班护士交接。

三、讨论

通过对117例老年急腹症围手术期的护理体会到：术前仔细了解老年病人的临床特点，加强心理护理；术中加强巡视，积极配合麻醉师观察病情变化及时处理；保持引流管通畅及严格无菌操作，预防其它并发症的发生，可提高老年人手术的治愈率，降低死亡率。

（收稿：1997－07－24）

185-186 胸腹复合伤 诊断 治疗 R655

# 胸腹复合伤18例诊治分析

刘贤端*

胸腹复合伤即胸腹腔多脏器损伤，多数合并膈肌破裂。因此，病情危重、处理困难、死亡率高。我院自1990年以来，共治此类损伤病人18例，取得满意疗效，现分析报告如下。

一、临床资料

1、本组病人18例，男16例，女2例，年龄21岁到41岁，平均31岁。受伤原因：胸腹部刀刺伤穿透膈肌3例，车祸受伤6例，撞伤3例，高处坠落伤6例。致伤部位：肋骨骨折合并肺损伤11例、脾脏破裂10例，肝破裂4例，横结肠破裂2例，脾破裂8例，膈疝4例，合并肾破裂2例，胃破裂1例，骨盆骨折1例，全组病人均有少量到中等量出血、气胸、皮下气肿。18例病人在急诊下行腹腔穿刺，其中抽出不凝固血液10例。术中发现腹腔出血500～2000ml，胸腔出血300～800ml。

2、本组病人行脾切除5例，5例脾切除后并行自体脾片移植手术，脾修补3例，肾切除2例，行胸腔闭式引流14例，膈肌修补6例，肝破裂修补4例，胃修补，结肠修补1例，造瘘1例。18例病人中14例为重度创伤性休克，14例病人在边抢救休克的情况下施行开腹开胸探查术。本组病人全部治愈出院。

二、讨论

1. 胸腹复合伤具有受伤机理复杂，受损器官多，影响功能广泛的特点。损伤后往往累及胸腹腰部等重要器官，病情十分严重。在伤后早期即引起呼吸循环障碍及严重休克，此种损伤多数为深部器官伤，伤后常同时伴有胸部和腹部的体征，但胸腹部的症状和体征往往互相掩盖，给临床医生造成假象，极易延误诊断和治疗。所以早期明确诊断，必要的辅助检查，争分夺秒地抢救处理是抢救治疗成功的关键。

2、膈肌破裂是胸腹复合伤中较严重的损伤，往往造成膈疝，本组有3例病人发生了膈疝，它直接影响了呼吸循环功能，甚至可以使腹腔器官发生嵌顿、扭转、坏死、穿孔。急性闭合性膈疝，多伴复合损伤，严重休克。膈疝的症状、体征易被掩盖，使早期确诊困难。临床上我们发现，膈肌破裂往往大小不一，发生膈疝也有迟早。本组1例病人于伤后二天才发现有膈疝形成，因此不能满足于第一次的X线检查。体检如果发现下胸上腹闭合性伴低位肋骨骨折，下胸部呼吸音减弱，闻及肠鸣，或出现肠梗阻，要考虑到伤性疝的可能。需再次X线检查，必要时胃管内注入稀钡或泛影葡胺确诊。

3. 在右下胸刀刺伤病人，锐器于胸腔经膈肌达到肝膈面，膈肌一旦损伤破裂，胸腹腔即被沟通，胸腔的负压[1]与腹腔的负压差以及腹腔冠状韧带，镰状韧带的分隔阻挡[2]，肝脏膈面的出血随呼吸大部分经膈肌破口进入胸腔，临床表现为右血胸，而腹部症状体征不明显，肝破裂易被漏诊而延误手术，本组2例病人刀刺伤到右下胸部而致肝破裂，早期误诊为“右血胸”，经胸腔闭式引流病情未见好转，开胸探查发现膈肌破裂，

* 作者单位：361100 福建厦门市同安区医院外科

维普资讯 http://www.cqvip.com



肝膈面破裂。此种病例引以为戒。

4. 胸穿加腹穿对诊断胸腹复合伤有一定的指导意义。但伤后早期也有一些病人出现假阳性结果，胸穿抽出气体或血液可拟诊气胸或血胸，腹穿抽出不凝固血或消化道内容物，可判定是实质性脏器损伤或空腔脏器损伤。对一些危重病人不宜搬动可行这一简单又实用的方法。但仅从临床症状，体征及化验或X线检查对单纯性胸部损伤的胸腹复合伤的鉴别诊断比较困难。B超检查具有重要的诊断价值[3]，借其可发现膈下积血、腹腔内游离气体、损伤后腔器体积形态的改变，正确判断腹穿假阴性结果，本文2例，腹穿阴性，但B超检查发现了肝破裂，及时手术治疗挽救了病人生命。

5. 胸腹复合伤的抢救，在受伤现场要保持呼吸道通畅，维持有效的呼吸循环功能，及时关闭开放伤口，进行有效临时止血、迅速有效扩容，及时手术探查。术式的采用如病人呼吸困难为主并有进行性血胸，要经胸探查，如经胸腔闭式引流后，呼吸困难改善，引流量减少，但腹部症状明显要选择经腹手术，全面探查膈肌、沿伤道的方面探查比较不会遗漏重要脏器损伤。手术治疗时主张不用胸腹联合切口，更不能通过膈肌探查腹腔。这样不仅暴露差，而且腹腔漏出液可能加重胸腔感染的可能性。开腹探查发现膈肌破裂可以在腹腔行膈肌修补，本组2例病人避免了开胸。脾破裂病人要尽量保脾。肝破裂病人应掌握彻底清创、有效止血、消灭死腔、可靠缝合的原则，术后严密监视受伤脏器功能改变，防止其它并发症的发生。

## 参考文献

1. 黄凯，何三光，罗键. 创伤性膈疝17例临床分析. 实用外科杂志，1998，8：294.
2. 张光休，吴继红，方刚. 创伤性膈疝21例. 中华胸心血管外科杂志，1991，7：177.
3. 黄承孝主编. 实用超声显像诊断学. 第1版. 成都：四川科学技术出版社，1989，10.

（收稿：1998—06—02）

186-187 肾移植 手术中 护理 23

# 肾移植手术的术中护理

张玉霞* O R473.6

术中的护理配合是肾移植手术的重要环节。作为手术室护士，必须了解患者的术前病情，手术方式以及术中可能出现的问题，只有这样才能在术中配合中做到心中有数、有条不紊，确保每例肾移植手术的成功。现将我院118例的同种异体肾移植手术中的护理体会报告如下。

一、术前准备

业务理论上做充分准备是保证配合手术成功的基础。首先，我们组织有关护士外出参观，请手术医师讲课，制定出手术配合的护理常规、手术配合要点、明确器械护士、巡回护士职责，护士长负责协调各方面工作。尿毒症患者抵抗力差，做好手术间的消毒十分重要。术前2天用福尔马林加高锰酸钾作房间空气消毒，术前1日彻底做好房间清洁卫生，移去与器官移植无关的一切物品，使手术所需仪器、器械、高频电刀、特殊药品等备齐于该专用手术间，并检查其它功能及运转是否正常，然后再次空气消毒。

二、手术日的配合

1. 参加手术人员的配合：参加手术人员由修肾巡回护士1人（主要负责准备冷灌注液，配合修肾），台上机械护士1人、巡回护士1人、协作护士1人（担负协调工作，负责传递手术所需用物，取血及有关标本），卫生员1人（负责与手术室外的联络），严格控制无关人员进出手术室，尽可能减少在手术室的污染机会。

2. 严格查对制度，做好无菌操作：接受肾移植的患者（受体）的免疫功能低下，与供体之间已经过严格的组织学配型，摘取的供体器官装在容器内，在同时或先后进行两台移植手术时，更加要做好“三查七对”工作，在配血，输血过程中校对好血型。我们建立了由护士长与巡回护士查对血型、供血，再由巡回护士与修肾护士再次查对的制度。

接送患者使用专用推车，棉絮、床垫用福尔马林加高锰酸钾熏蒸消毒。参加手术人员均更换已高压灭菌的衣裤和鞋帽，不允许走出手术间，由协作人员负责传

* 作者单位：310004 杭州市解放军475医院麻醉科