维普资讯 http://www.cqvip.com

急，使患者常常因排尿困难，而感到痛苦。在目前外科技术和设备不断改进和更新的情况下，手术切除仍是治疗前列腺增生的重要手段。但术后常常有出血和尿失禁等并发症，我院从 1993 年 1 月至 12 月采用"凝血酶"术中止血。手术时间短，术中出血少，止血效果好，减少了术后并发症，现将术中配合介绍如下。

一、临床资料：本组 14 例病人均为男性老人，60～80 岁，平均 75 岁。心电图异常 11 例，肝硬化 1 例，纵隔偏移 1 例，手术时间为 40 分钟至 1 小时。既往前列腺摘除术常规输全血 400～800ml，采用凝血酶止血剂后，14 例均未输血，术中以补充平衡液为主，总出量约 150～200ml，回病房后引流液为淡血性尿液，无再次手术病例。

二、术前准备：1. 物品准备：器械敷料与剖腹相同，另备胸科止血钳 6 把，胸科剪力 1 把，深部拉勾一只，Foley 氏气囊导尿管 1 根，梅花，普通导尿管各 1 根，卵圆钳 1 把，小方纱布 3 块，0/10/3 羊肠线各一根，13×24 圆针 2 枚，20ml 注射器 2 付，7 号长针头 1 枚，凝血酶 2000 国际单位 1 瓶。2. 病人准备：将病人指定的手术间内核对床号，姓名，住院号，检查各种辅助治疗及术前医嘱执行情况，检查手术区皮肤准备情况，3. 前列腺手术病人年龄较大，各脏器处于衰退期，心肺功能差，对手术产生恐惧心理，需要热情接待，安慰，鼓励患者，解除思想顾虑，消除恐惧紧张心理，配合成功，使患者保持良好的心理状态，密切配合。4. 建立良好的输液通道，保证术中静脉输入通畅迅速。但患者心肺动能差，要从严控制输入速度，防止心肺功能衰竭。

三、术中配合：1. 常规的洗手，消毒、铺巾依层次进行配合，手术医师穿得尿液后，切开膀胱吸尽膀胱内尿液，在摘下前列腺时，洗手护士将凝血酶 2000u。加生理盐水 20ml 新配制成的凝血酶溶液纱布二块迅速交给术者，压迫前列腺窝，术者用手稍压纱布 10 分钟后取出。检查无出血，用 13×24 圆针 0/1 羊肠线在 4 点 8 点处常规缝合。2. 检查无活动性出血后，放置 Foley 氏气囊导尿管，压迫前列腺窝达到进一步止血目的，膀光内放置梅花导尿管，逐层缝合伤口。3. 术毕包扎伤口，两条 3cm×40cm 的胸胶布固定 Foley 氏导尿管，以便起着有效地压迫作用。

四、体会：前列腺摘除术，是前列腺增生的重要治疗方法，以往在前列腺摘除后，采用热盐水纱布压迫止血，效果并不理想，常因止血而延长手术时间，而且出量多会引起血压变化，特别在老年人心肺功能处于欠佳状态，过多的输液及升压药物的应用，甚至危及病人的生命。而凝血酶能使血中的纤维蛋白原直接转变为纤维蛋白，使血液迅速凝固，起到了有效的止血目的，本组 14 例病人应用凝血酶，总出血量 150～200ml 术中均未输血，而回病房后，病情稳定，尿液淡红，因此，我们体会到凝血酶明显优于热盐水止血。前列腺摘除术，部位深有时出血量较多，止血困难，采用凝血酶止血，方法简单，止血效果好，术中出血少，手术时间短，减少了术后并发症，可推广使用。

（收稿：1994－03－14）

40-42

带血管肾上腺自体移植术的配合

广西医科大学第一附属医院手术室 曾耀英

（广西南宁，邮政编码 530021）

R699.3

肾上腺是内分泌腺之一，腺细胞分泌的化学物质激素直接进入血行，对机体代谢、生长、发育和生理等重要功能起调节作用。柯兴氏综合症又称肾上腺皮质醇增多症，多发生在 15～45 岁女性病人。YUE—MIN. XU 认为任何形式的何兴氏综合症的理想治疗在于使每天皮质醇的分泌降低到正常和避免永久依赖药物的终生内分泌缺乏。对于一些微腺体增生的病人双侧肾上腺切除最取好的治疗和对于来自未能发现肿瘤异位的促肾上腺皮质激素综合症的病人也应该考虑双侧肾上腺切除术[1]。但是缺点是术后需终生服用皮质激素[2,4]。随着科学的发展治疗柯兴氏综合症的手术方法趋于更满意，即在进行双侧肾上腺切除的同时进行自体带血管肾上腺移植术。我院在 1993 年

肾上腺，移植术，自体~~移植~~，手术室护理

维普资讯 http://www.cqvip.com

1～3 月做了 3 例双侧肾上腺切除自体带血管肾上腺移植术，取得良好的效果。

临床资料

本组 3 例，男 1 例，女 2 例。年龄 18～42 岁，平均年龄 27. 3 岁。术前蝶鞍 CT 和照片均正常，手术标本经病理诊断证实为肾上腺皮质增生。术中持续静脉滴注氢化可的松 200mg。

手术配合

一、特殊器械及物品准备：显微器械一套、显微镜、锤冰器械，9～0 无损伤针。术前一天在无菌操作下，把无菌生理盐水 1500ml 放入无菌盆内制成冰，手术中取用。将沙氏液 500ml×5 瓶，降温至 4℃备用。准备肝素、氢化可的松等。

二、对病人进行心理护理：手术病人的心理护理是医学心理学和护理心理学的一个重要课题(4)。术前探视病人、了解病人的一般情况及心理需要，合理、恰当地向病人介绍手术情况，注意树立医生的威信，使病人获得安全感。消除术前焦虑、恐惧情绪，对手术治疗充满信心和希望，从而为术后康复、防止并发症打下良好基础。

三：手术体位：右侧卧位—左侧卧位—平卧位。根据手术部位不同，每例病人前后 3 次更换体位。

四、仔细清点物品：3 次体位变换、3 次消毒、3 个手术切口，每个部位手术前后都要认真清点器械，防止滞留于体腔。

五、提供良好的照明：因病人肥胖，手术野深而窄、且属微细管手术，技术精细，要求也高，操作时间长，要根据手术程序的需要调好角度充分照明，为术者提供有利条件。

六、配好肝素沙氏液：500ml 沙氏液加入 625 单位肝素，无菌操作下接好输液管，排好气。肾上腺取出后即浸入 4℃沙氏液盆中，为保持 4℃，在盆内制成半融冰，并用 4℃沙氏肝素液冲洗肾上腺至液清。加入肝素目的是抗凝以防血管检塞便于冲洗干净。在冲洗的同时给予显微器械、分离肾上腺中动脉、中央静脉以备吻合。

七、第三次消毒铺巾于仰卧位作左肾上腺带血管自体移植术，于右腹股沟韧带下约 2cm 处作一长约 6cm 之纵切口、切开皮肤皮下，切开股管，解剖股深动脉、钳夹切断，远端用 1 号丝线结扎，近端留作吻合。分离大隐静脉约 4cm 切断，远端用 1 号丝线结扎，近端留作吻合。

八、重建肾腺血循环：肾上腺中央静脉与大隐静脉作端对端吻合，用 9～0 无损伤针作 180°两定点外翻缝合，肾上腺中动脉与股深动脉端对端吻合：用 9～0 无损伤针作 180。两定点、于前后壁各间断缝合 3 针，吻合毕除去血管夹，恢复循环，移植腺体循环良好，吻合口无漏血，肾上腺逐渐转变为正常黄色，切除血供远端 2/3 腺体，用 1 号丝线作腺体边缘 "8" 字缝合止血、检查血管无扭转情况下固定移植体上下各缝一针，查无出血将腺体置于皮下，逐层缝合，术毕。

体　会

一、我院对 YUE—MIN. XU[1]等方法作了改进进行带血管肾上腺自体移植术、治疗柯氏综合症，这是我院开展的新手术，3 例手术初步随访取得较好结果。

二、本组手术多次变更体位要求巡回护士在变更体位和搬动病人时要注意病人血压变化。因为肾上腺产生的激素可调节电解质和水的平衡，但是当肾上腺皮质增生时就会引起全身代谢紊乱，产生向心肥胖、多血质、高血压等典型症状。病人抵抗力下降，双侧肾上腺切除后，体内激素水平低，移植功能尚未恢复，加上麻醉药的影响，可能发生血压下降。因此，在安置体位时动作要轻，由右侧卧转为左侧卧位时要先将病人转平卧片刻，观察血压无变化时，再安置左侧卧位，以免血压波动。本组 3 例血压均平稳。

三、严格无菌观点，执行无菌操作。三次消毒铺巾，把好铺巾前后的消毒无菌关。一切物品齐备手术间，开包后要检查消毒包内指示剂消毒是否合格，无关人员尽量避免进入手术间、减少人员流动，维持室的安静，以防止空气污染，防止交叉感染，以利病人康复。

3 例病人手术时间都较长，由于充分准备医生精心操作，护士术前了解手术步骤和术中用品做好充分准备，耐心密切配合，对病人严密观察、使病人手术过程中血压、脉博、呼吸较平稳，术后伤口无感染，一期愈合。

参考文献

1. Yue—Minxu, et al the value of Adrenal Autotraneplantation with Attathed Blood Vessels for treatment of cushtings Disease, Preliminary Report. Urology 1992; 147 (5) 1209.

2. 谢桐，等．双侧肾上腺全切除及肾上腺自肌肉移

维普资讯 http://www.cqvip.com

植治疗何兴氏病，中华泌尿外科杂志 1982；3 (1)：41.
3. 戴自英主编．实用内科学，第 9 版，北京：人民卫生出版社出版．
4. 陈进莲．手术室心理护理探讨，护理学杂志 1992；7 (2)：84.

(收稿：1994—03—23)

治疗瘢痕挛缩实施肩胛瓣游离移植术的手术配合

石家庄市第一医院　刘进社　杨翠钗　姜振萍

(河北石家庄，邮政编码 050011)

自 1984 年以来，我院应用肩胛皮瓣游离移植术，治疗烧伤瘢痕挛缩患者 10 例，取得满意效果，现将手术配合总结如下：

一、手术适应症及目的：该手术适应瘢痕挛缩后，虽无明显障碍，但对外形影响较大的患者．手术的目的除了最大限度矫正现有瘢痕畸形外，再就是保持正常的功能和美观。

二、术前准备：显微器械一套，显微镜一台、双极电凝器一台；2%奴呋卡因、1‰肝素盐水、脉通；0/9 线，0/5—0/7 无损伤缝合线；无损伤止血夹，冲洗针头、脑棉片、引流条、钢尺、美兰、样子布及其它常规准备。

三、手术体位：侧卧位。供瓣区在上，皮瓣切除后改平卧位。

四、手术程序及配合：1. 病人取侧卧位，常规消毒；2. 手术间室温调节至 25—28℃为佳，输入的液体应加温；3. 术者分两组进行，第一组：切除受区瘢痕挛缩组织，解剖出拟吻接的动脉、静脉各一条，并显露 2cm 长，不要剥光血管周围组织，拟用吻合口处，将 5mm 长血管处旁膜切除干净。第二组：根据受区创面，用钢尺和样子布设计略大的皮瓣，将肩胛动脉包括在内，依设计切开深到深筋膜下，由内向外在深筋膜下锐性解剖，掀起皮瓣，解剖可见血管进入三边间隙内，用拉钩拉开三边间隙，沿血管仔细解剖、分离切断、结扎、进入户胛骨下和周围肌肉分支，自肩胛根部切断，完全游离皮瓣。4. 立即将皮瓣置于弯盘内，用 2%奴呋卡因和 1‰肝素盐水混合液浸泡，同时在显微镜下将肩胛管吻合处的旁膜，外膜切除干净。另一组闭合供区创面，而后改成平卧。5. 此时开始静脉滴注脉通 500ml，将皮瓣移至受区略缝全几针固定，每条血管用 0/9 线间断缝合 8 针左右，吻合时不断用 2%奴呋卡因和 1‰肝素盐水混合液滴吻合口处，吻合好后，放开止血夹，可见动脉搏动，皮瓣颜色立即转红，创缘有出血点。观察 30 分钟，如皮瓣血运无变化，在皮瓣下放置橡皮片引流，然后用 0 号线逐层缝合。6. 包扎伤口时注意不得加压。

五、术后小结：1、该手术时间长、难度大，必须严格无菌操作，排除手术中各种环境污染因素，因一旦发生感染，可引起血管缝合线松解、脱落，导致出血。2、吻合血管用的精密器械应放置盘内、并覆盖纱布，以减少在空气中暴露过久。3、吻合血管用的缝线用消毒石蜡油浸润。4、吻合结束，解除止血夹、使血流通畅，此时应准备好 0/5、0/7 无损伤线做漏血处修补。

六、手术结果：皮瓣全部成活，功能与外形效果良好。

(收稿：1994—03—25)