维普资讯 http://www.cqvip.com

会报告如下。

一、术前准备：1. 参加病案讨论：手术的护士要参加病案讨论，了解病情、职业、经济状况，掌握医生的手术方案、术式和对术中可能出现的意外情况的估计及其预防措施。术中是否需要单侧或双侧颈扩清等。在术中尽量少用一次性用品，在不影响麻醉效果的前题下，麻醉用药尽量用价格低廉的，以减轻病人的经济负担。2. 术前访视：在术前一天了解病人的心理动态，讲解手术的术式和后果、麻醉方法等，使病人对手术人员、手术室有所了解，对病人的要求给予答复，从而取得病人的信任和合作，消除恐惧和心理障碍。3. 器械物品准备：除常规手术器械外，还需准备不同型号带舌压板的开口器、负压引流装置、气管套管、粗细各一软吸痰管，高频单极电刀、新洁尔灭消毒纱球、吸引器、乳突纱条。

二、手术操作及配合步骤：1. 为了避免创面水肿影响呼吸道通畅，局麻下先行气管切开，即洗手护士先用注射器吸好1%地卡因，一旦切开，护士应立即将地卡因滴入气管内，防止病人呛咳，巡回护士协助麻醉师诱导麻醉，于切口气管内插管全麻。于舌甲膜横弧形切口，电刀切开皮下组织及肌肉，有活动出血时，缝扎止血，暴露会厌前间隙，剪开脂肪组织进入喉咽腔，医生探查舌咽部癌肿，剪开舌根与会厌间组织，如累及一侧会厌故将单侧一并切除，递给术者爱力斯，将舌根牵出，术者于手指触膜及直视下V型切除舌根部肿物，切舌肿物时，因舌体较厚，需用23号大刀片，切取的标本洗手护士妥善保管好。由于舌咽血运丰富，组织较脆，除电凝止血外，尚用热盐水纱布敷于创面，减少出血量，检查无活动出血后，用4号丝线1/2弯圆针缝合舌根及修整会厌，关闭咽腔，舌骨复位，如果颈部有淋巴结肿大，行颈扩清扫术时，将准备好的引流胶管，按需要剪好洞口，放置颈部两侧，颈部加压包扎。2. 在手术开始后就提取好库存血，在常温下放置备用。在肿瘤切除后，将40万单位庆大霉素及750mg氟尿嘧啶及200ml生理盐水配制液准备好，做创面冲洗，同时将500ml氟尿嘧啶静脉滴注。3. 舌根癌的根治手术是目前耳鼻喉科向头颈外科拓展涉及较多的手术，护士在于掌握术式的程序，解剖时该手术的创面较大、血运丰富易出血的特点，做到精力集中，主动默契配合。4. 护士要严格注视手术人员的无菌操作，因在调换位置时有可能造成污染。探查口腔前要先用新洁尔灭纱球反复消毒口腔，并及时更换手套。术中呼吸道有分泌物时，准备好两个吸头，分别用于手术区和吸痰，以免交叉感染，在12例中未发生一例交叉感染。5. 术中台上、台下应作到充分协调，密切观察病人的血色、尿量、输血和输液速度，并配合麻醉师观察血压、脉搏等生命指征，及时发现及时调整。术中对麻醉师和台上医生的口头医嘱执行时做好记录。

三、术后护理：防止窒息是术后护理的关键，即使做了气管切开，但是由于气管套管不合适、粘痰过稠不易吸出，也会影响呼吸。由于术后口腔自洁作用减弱使细菌易生长，因此要注意加强口腔护理，每天清洁口腔四次，用镊子镊棉球或棉签蘸药液轻轻擦洗，清洁后用1%新霉素喷口腔一日四次。

总之，舌根癌的根治手术在耳鼻喉科是向头颈外科拓展的新领域，随着手术例数的不断增多，不断的总结提高完善我们的护理工作，使手术都能获得圆满成功。

（收稿：1998—07—29）

肝原发性恶性淋巴瘤一例报告

钱才友* 谢桂年 何 瑞

肝原发性恶性淋巴瘤为一罕见疾病，临床表现无特殊性，体征中唯一突出表现是肝脏肿大。因此，术前诊断十分困难，最后确诊需靠病理诊断。本病采取了以手术为主的综合治疗，术后部分患者可长期存活。

一、临床资料：患者，男，31岁。因发现右上腹包块4天入院。体检：一般情况尚可，巩膜无黄染，浅表淋巴结不肿大，右上腹明显隆起，可扪及一7cm×8cm大肿块，光滑、质硬、无压痛，脾未触及，腹水征(+)。辅助检查：WBC：7.4×10⁹/L，N 0.78，L 0.2，SGPT正常，A/G=43/18 g/L，AFP(−)。B超见左肝叶左前有一约

* 作者单位：244000 安徽省铜陵市有色金属公司职工总医院病理科

维普资讯 http://www.cqvip.com

9cm×10cm 实质性占位性病变。CT 检查：肝左叶肿大，左外叶区平扫显示一巨大低密度影，类圆形约 10cm×10cm×8cm 大小，境界较清楚，胃向左下推压，肝右叶正常。拟诊断为左肝占位性病变，行剖腹探查术。术中见肝脏左外叶有一 12cm×12cm×7cm 肿块，切除左肝外叶后，患者恢复良好。病理：肝左外叶肿块剖面灰红色，质脆。光镜：肿瘤细胞呈弥漫性生长，多呈圆形，少部份呈不规则形态，胞浆红、核较大、核仁明显，分裂增多。病理诊断：左肝恶性淋巴瘤（无裂细胞为主）。术后辅以化疗。

二、讨论：原发性肝脏恶性淋巴瘤极为罕见，其原因可能与肝脏不存在淋巴样组织，不适合原发性恶性淋巴瘤的产生与发展有关。体检时应注意是否有浅表及深部淋巴结肿大，以排除非原发性恶性淋巴瘤的转移癌的可能。本病可见于各年龄组，临床表现无特殊性，患者大多有右（或中）上腹疼痛或肿块，少数有体重减轻，发热、盗汗、纳差等。体征中唯一突出表现是肝脏肿大。辅助检查：AFP 及 CEA 水平正常，AKP，LDH 升高。原发性肝脏恶性淋巴瘤术前诊断十分困难，最后诊断仍需靠病理检查。因此，当对肝脏肿瘤鉴别困难时，应积极剖腹探查或经皮肝穿刺活检以明确诊断。

原发性肝脏恶性淋巴瘤应早期确诊，早期手术，术后辅以化疗，也有文献报道单纯手术治疗，也可长期存活，对下宜施行手术的患者应给予联合化疗。

（收稿：1998－04－27）

腹股沟斜疝修补术中经内环口行双侧输卵管结扎

楚振民* 王延江* 金锡尊**

1995 年～1997 年间，我院计划生育工作中进行了 168 例输卵管结扎术，其中 6 例伴有腹股沟斜疝，在疝修补术中经内环口同时行双侧输卵管结扎，收到很好效果，现报告如下。

一、临床资料：6 例中，年龄 25～36 岁。病史 11 月～7 年。均为可复性腹股沟斜疝，其中右侧 5 例，左侧 1 例。疝内容物为小肠 3 例，大网膜 2 例，卵巢和输卵管 1 例。

二、手术方法：切口与腹股沟斜疝手术相同，显露并切开疝囊，还纳疝内容物，将输卵管钳经内环口进入腹腔，于子宫角的外侧取出同侧输卵管，以抽心包埋法结扎，再用输卵管钩于对侧子宫角的外侧取出对侧输卵管，以同法结扎。术中发现 1 例输卵管积水行单侧输卵管切除。1 例卵巢囊肿 7cm×6cm×6cm，扩大内环口后完整切除肿瘤，病理报告为单纯性浆液性囊腺瘤。输卵管结扎后，把疝囊与子宫圆韧带分离至内环口处一并缝扎切断，常规把整个腹股沟管闭锁，将联合腱连同腹横筋膜一并缝合于腹股沟韧带上，腹外斜肌腱膜单纯间断缝合。术后均 7 天拆线，切口愈合好，随访 1～2 年输卵管结扎可靠，斜疝未复发。

三、讨论：女性腹股沟斜疝患者在农村较常见，一部分为产后育龄妇女，若本人要求绝育手术时，可在疝修补术中，经内环口行双侧输卵管结扎，这样一个切口完成两种手术，既解除了病人斜疝之疾苦，也避免了耻骨上切口的腹壁损伤。可复性腹股沟斜疝病史越长内环口就越大，一般向内下扩大，子宫呈前倾位，输卵管长而游离，在斜疝修补术中，作者认为内环口在 2cm 以上，钩取、暴露、结扎双侧输卵管不难。值得注意的是，若原有盆腔手术或炎症史，此术式应谨慎，内环口较小不可免强。

（收稿：1998－05－06）

* 作者单位：155700 黑龙江省铁河县红旗岭农场职工医院

** 佳木斯医学院附属第一医院