维普资讯 http://www.cqvip.com

费，术毕应及时整理所用物品，清洁器械前保持完好。重复使用的玻璃体切割头可用蒸馏水和酒精冲洗，吸干管腔内液体置烘箱烘干后，用环氧乙烷消毒。显微镜、玻璃体切割机、激光机各开关复位、防尘、防潮、防碰撞，妥善保管。

四、讨论：1. 病人患眼疾后，由于视觉障碍，感知外界信息减少，心理上造成极大的压抑和忧虑，尤其是经过多次手术仍未治愈者和已有一眼完全失明而且无法治疗，担心眼疾无法治愈和双眼永久失明。玻璃体视网膜手术的时间长，一般情况下超过2小时，长时间的固定头位和因组织粘连造成麻醉效果不良，可使病人感到不适或痛苦，给予病人周到，精心的护理，可缓解病人的焦虑、压抑、紧张情绪，有助于手术的顺利完成。2. 玻璃体视网膜手术是直接将各种器械伸入眼内进行操作，任何微小的操作不当均可造成严重的后果甚至失明，因此除手术技巧外，对设备要求特别高。由于手术仪器设备和器械精密复杂，为使手术能够顺利进行，手术护理配合人员不但要熟悉手术步骤，还要完全掌握各种仪器开关的功能和管件的对接，以便术中根据医生要求及时开通管道或更改仪器数据。手术期间，如玻璃体切割机的驱动气体的压力不足可造成停机而影响手术，尤其是在进行气液交换时，突然停机可引起眼内出血和视网膜脱离。因此，在无电动气泵的情况下，术前需检查压缩气瓶的压力，保障足够的压力可供该台手术使用就显得极为重要。3. 眼内激光光凝术是玻璃体视网膜手术中常用而极为有效的治疗手段，它可在手术中即可进行视网膜裂孔封闭和全视网膜光凝，由于眼内激光是直接作用于视网膜色素上皮层，疗效较电凝和冷冻确切并且损伤较少，同时可避免因眼睑和结膜水肿而无法在术后安置三面镜进行视网膜激光光凝术，目前已有部分开展玻璃体视网膜手术的医院配备了这种仪器。值得注意的是，眼内激光机导光探头是非固定的，因此激光的发射方向也是随意的，同时其类型及生产厂家不同，激光的波长也各异，所以为了避免误伤手术室的工作人员，激光的防护就显得极为重要。一般的激光机配有可安装在手术显微镜上的防护滤光镜，但大多只能对主刀医生起到保护作用，助手通常使用滤光眼镜防护。巡回护士在挑选防护眼镜时应注意该眼镜的防护波长是否在激光机的发射波长内，同时以镜头罩盖在空置的显微镜镜头并提醒非手术人员注意，以免误伤。

玻璃体视网膜手术是比较复杂且难度较高的手术之一。高质量的术中护理配合，可为手术的成功创造有利条件。

（收稿：1999-03-23）

230-231 原发性 腹膜后肿瘤 围手术期 处理 33

原发性腹膜后肿瘤的围手术期处理

李彩云* 孙在典* 张才兴*

R735.405

原发性腹膜后肿瘤早期缺乏特异性症状、体征，多数患者就诊时肿瘤体积较大，侵润周围脏器，手术难度大，围手术期处理对能否成功切除肿瘤及减少术后并发症至关重要，我院自1990年～1997年手术切除6例，报告如下。

一、临床资料：6例中男性1例，女性5例。年龄32岁～75岁，平均52岁。病程1个月～48个月，平均12个月。肿瘤部位：腹腔3例，腹盆腔2例，盆腔1例。病例类型：间皮肉瘤、圆细胞型肉瘤、何杰金氏病、平滑肌肉瘤、恶性嗜铬细胞瘤、良性畸胎瘤各一例。手术方式：完整切除2例，部分切除1例，包膜内剜除1例，联合周围脏器切除2例，联合脏器分别为左肾及脾、胰尾、降结肠。其中1例恶性嗜铬细胞瘤术后5月复发，再次手术时发生大出血。

二、讨论：原发性腹膜后肿瘤多呈膨胀性生长，易对其邻近器官、重要血管的解剖造成改变，增加手术切除的难度。正确的围手术期处理至关重要。

1. 术前细致必要的辅助检查。①B超及CT：明确肿瘤部位、大小、包膜情况及其与毗邻器官、大血管的关系，了解肝脏、腹主动脉旁淋巴结有无转移。②MRI：进一步明确肿瘤部位，了解邻近血管是否受压及包绕，下腔静脉内有无癌栓。③胃肠道钡餐：了解胃肠道有无移位及瘤体侵润。④静脉肾盂造影或逆行插管造影：了解肾、输尿管受压、移位状况，输尿管走向及双肾功能。

* 作者单位：310004 浙江省杭州市解放军475医院

维普资讯 http://www.cqvip.com

⑤血管造影：进一步明确肿瘤供血情况与相邻大血管关系。

2. 术前改善病人的营养状况。视病情少量多次输血或血浆，补充维生素 K_1、高蛋白饮食，提高病人手术耐受力。

3. 合并联合脏器受损，行联合切除准备。该瘤手术治疗合并邻近脏器切除率高达49%～83%[1,2]。常见被切除器官有肾脏、结肠、胰脏、小肠、胃及子宫附件。①合并输尿管侵犯时开腹前行输尿管插管，在导管指引下，避开或游离输尿管，避免损伤，同时为联合切除一侧肾脏作准备。②合并肠道侵犯时，术前肠道准备可避免术野大便污染及术后肠瘘。③合并子宫附件切除的，术前阴道冲洗。

4. 对大出血的防范。术中大出血多为剥离肿瘤时撕裂大血管或静脉丛出血。①血管造影可对肿瘤血管进行栓塞以减少术中出血[3]。②备足血源，通常备血1500ml～2000ml，颈静脉置管，进行中心静脉压监测，及时纠正血容量。③备好血管修补或移植所需的器械材料。④选择暴露良好的切口：腹部纵切口，必要时辅加横切口或胸腹联合切口。⑤术中保持良好负压吸引条件，快速完全清除肿瘤组织，找到出血部位或血管，视情况给予纱条填塞、缝扎出血点、修补破损血管；必要时预先控制受累的大血管，切除瘤体后行血管结扎修补或移植[3]。本文1例术中大出血，量达3500ml，在补足血容量同时，快速包膜内剜除瘤体，明胶海绵填塞穗边缝合止血，术后恢复良好。

5. 加强术后护理及抗感染止血处理。①加强基础护理，严密观察生命体征变化、尿量，保持引流管通畅，注意引流量、性质，及时发现并发症，以便早期处理。②联合使用有效抗生素短期应用维生素 K_1 及止血敏、止血芳酸等药物。③术后一周内加强支持治疗，维持水电解质酸碱平衡。

总之，正确的围手术期处理，对成功切除腹膜后肿瘤有重要意义，临床上值得借鉴。

参 考 文 献

1. 詹友庆，李国材，万德森，等. 原发性腹膜后肿瘤303例分析. 中华肿瘤杂志，1994，16(5)：379
2. 杨传永，曹志新. 原发性腹膜后肿瘤手术并发症的预防和治疗. 腹部外科杂志，1997，10(5)：202
3. 赖传善，郑 鸿. 原发性腹膜后肿瘤切除术中大出血的防范. 腹部外科杂志，1997，10(5)：197

(收稿：1999-02-01)

231-232 整体护理 肾移植 肾移植病房 54

整体护理在肾移植病房的实施

徐建英* R473.6

随着医学模式的转变，现代护理已从单纯的以疾病为中心的功能制护理转向以病人为中心，以生理、心理、社会、文化、精神等全方位的整体护理。我科是以肾移植为重点的泌尿外科，自98年三月份开展整体护理以来，无论从基础护理质量还是护理人员素质方面都有了很大进步，病员对护士的信任度及满意率明显提高，整体护理在肾移植病房的实施显示了不可替代的优越性。

由于尿毒症是一种临床治疗困难的慢性疾病、病程长、病情复杂，并发症多。患者经过许多医院的诊治难以康复，病人对治疗失去信心，精神处于高度紧张状态之中。实施整体护理后，我们注意应用护理程序，制定措施抓落实，将心理护理与健康知识宣教贯穿其中，使尿毒症病员从漫长的心理困境中逐步解脱出来，顺利地接受肾移植手术，平稳地度过治疗、康复期，愉快地出院。

一、入院宣教与沟通：病员及家属进入病房即受到护士的热情接待，责任护士仪表端庄，耐心细致地向病人介绍病室环境、各项制度、医生查房时间等，作入院评估，并送上茶水一杯，使病员尽快消除陌生感，适应新环境。由于有了入院时的自我介绍和病室门口的责任护士标志牌，病员一入院即知道哪位护士是自己的主管护士，心里踏实，知道有事与哪位护士商量。护士每天上午不离开病室，为病人做各种基础护理、治疗、观察病情，与病员沟通交流。

二、术前准备与训练：对于经历了漫长肾病史的病

* 作者单位：310004 浙江省杭州市解放军475医院