维普资讯 http://www.cqvip.com

Chin J Regional Anat & Operative Surg, 1999, Vol. 8, No. 1

破裂性腹及胸腹主动脉瘤手术配合体会(附7例报告)

郭秀丽* 聂广平 吴文颖*

我院自1990～1998年共收治破裂性腹及胸腹主动脉瘤7例,其术中配合与常规手术有所不同,现报告如下。

一、临床资料:本组男6例,女1例,年龄24～78岁。动脉硬化所致破裂4例,感染性动脉瘤2例,医源性外伤1例。破裂当日就诊5例,破裂2日内就诊1例,破裂4日就诊1例。1.一般状况,就诊时血压零者3例,血压下降但一般状态尚可者2例,血压平稳,但发烧者2例,肢体缺血发凉3例,伴有并发症2例,伴呼吸困难者1例。2.破裂部位:肾动脉以下破裂者4例。肾动脉上至膈下动脉破裂2例,膈肌处破裂1例,其中肾动脉以下向腹腔内破裂2例,向脊柱方向破裂形成限制性血肿2例。膈下—肾上腹主动脉瘤破裂1例,向十二指肠腔破裂1例,膈肌处破裂1例,向脊柱方向破裂形成限制性血肿。3.术中准备:(1)肾动脉以下腹主动脉瘤4例均采用仰卧位,腰部垫高,肾动脉以上胸腹主动脉瘤3例均采用螺旋式体位。(2)输液通路要有两个即下肢通路和颈内静脉或锁骨下静脉通路。此外还要通过颈内静脉监测中心静脉压来指导输液,本组7例均采用了以上两个通路,有3例有上肢通路。(3)监测仪器主要是血压、脉搏和呼吸的监测,本组7例采用监护仪。本组7例均有ACT出凝血监测仪做术中监测。(4)手术室要准备各种升压、扩冠、降压、抗凝、祛聚、溶栓等药物。本组7例术中均常规用肝素。(5)除特殊器械外尚需准备大号的气囊导管及人造血管,本组4例肾下腹主动脉瘤3例行原位移植。另1例行非解剖径路的脾腹动脉架桥术,3例胸腹主动脉瘤均准备长30cm直径为1.8～2.0cm长管状人工血管,同时带1个分叉,分叉管直径为0.8cm,EPEFE则不需予凝,本组仅2例用涤纶人工血管需予凝。(6)急救时需确保输液,输血通道,对监测系统的电源和管道的管理也需有条理,要认真观察尿量和性状,胃胀时则可将胃内容物吸空,便于术中操作,本组1例胸腹主动脉瘤破入十二指肠腔内术中需观察胃管引流的量和性状。

二、结果:本组7例经医护及麻醉配合均获手术成功。

三、讨论:破裂性腹及胸腹主动脉瘤的治疗成功与否,尚应做到:1.准备齐全是确保手术进行的要素,破裂主动脉瘤主要问题是出血,而快速止血要做好病人体位和开胸开腹器械进行准备,并从手术入路很快显露出血管的近端。移植物和缝合材料的准备是防止肢体或脏器缺血时间过长,招致肢体或脏器缺血而致并发症增多,各种药品的准备如降压药、升压药、心肾血管药、抗休克药、保护心肌药、血管活性药、抗凝溶栓药物。2.监测是防止意外的重要措施,监测当中最主要是血压和中心静脉压的监测。输血、输液管道管理,要设专门护士管理好几路输液,不能有脱落、阻塞、外渗。3.操作机敏而准确,确保手术完成,要求在病危病人的抢救中动作准确无误,本组7例无1例术中死亡,且术后并发症也少。目前国内外的破裂性动脉瘤死亡率大约在50～80%,而本组的手术死亡率为零,可见手术的配合及充分准备是十分重要的。

(收稿:1998－10－24)

* 作者单位:110001 沈阳市中国医科大学附属第一医院手术室

舌根癌根治术围手术期的护理体会

罗亚文* 韩 梅 徐玉华*

近年来,随着头颈外科领域的不断扩展,我院耳鼻喉科开展舌根癌的根治手术,现将围手术期的护理体

* 作者单位:154002 黑龙江省佳木斯大学医学院附属一院耳鼻喉科

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