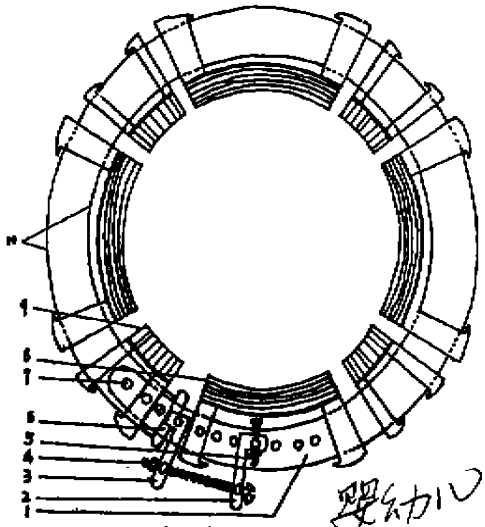
维普资讯 http://www.cqvip.com



附图 头皮止血器

特点，不锈钢的环形止血带在上述上缘与下缘连线上，固定可靠，离开切口紧压动脉近端，具有先止血后切开的优点、明显地减少手术失血。③解决了传统的切口边缘布满止血钳，常因滑托致再出血的问题。④制作简单，使用方便，简化术中操作，明显地减少电凝止血的使用，省时省力省电，具有一定的先进性和实用性。

1. 环形止血带　6. 约束隧道
2. 直角板　7. 调节孔
3. 固定柱　8. 大止血垫
4. 紧固螺丝　9. 小止血垫
5. 调节螺丝　10. 轨道

（收稿日期：1996－10－21）

200 例婴幼儿颌面颈部手术巡回的护理

广西医科大学第一附属医院手术室　黄松芳
（广西南宁，邮政编码 530027）

颌面颈部手术病人中，12 岁以下病人占比例 50%，10 岁以下小儿并发症发生率最多、其中以 2 岁以下最为突出[1]。婴幼儿病人在解剖、生理、药理方面与成人差别很大，这就要求护理人员熟悉儿童的生理特点，掌握专业知识，针对小儿手术的特点，妥善安置手术体位，加强术中护理，观察，以保证每一例手术顺利完成。

临床资料：我院自 1990 年 1 月至 1995 年 12 月共施行婴幼儿颌面颈部手术 200 例，其中男性 120 例、女性 80 例。最大为 10 岁，最小为 2 个月。体重为 6kg、其中先天性唇裂修补术 80 例，腭裂修补术 50 例颌面部血管瘤切除术 30 例，面颈部疤痕切除整形术 40 例。全部病例均在全麻下完成手术。

术前准备：①了解患儿病史及全身情况，熟悉手术过程和手术体位。根据麻醉及手术要求准备所需要的物品、如吸引器、约束带、输液管道和液体、气管导管、氧气、麻醉机等。②详细询问患儿家属及患儿进食与禁食情况，婴幼儿病入贲门括约肌等发育不完善，易导致麻醉诱导和麻醉过程中出现呕吐，从而导致误吸现象。所以一般患儿应术前禁食 4～8 小时，新生儿术前禁食 4 小时，如发现麻醉前 4～5 小时已进食者，迅速汇报麻醉师，以防术中出现呕吐和误吸。③由于患儿对手术的恐惧感，往往在麻醉前哭闹不止，这将影响麻醉顺利进行。护理人员应根据不同年龄患儿进行心理诱导，如对婴儿告诫家属在麻醉前尽量投其所好，以安慰好婴儿，使之减少哭闹。对幼儿以上的儿童对他们耐心讲解手术基本知识，麻醉药作用，术中怎样配合，才能做得又快又好，消除他们的顾虑，也可让小患儿给他们做示范使他们心情轻松进入手术前状态。

术中的观察及护理：①麻醉诱导前，患儿多不合作，一般使用氯胺酮（5～10mg/kg 体重），肌注，或静脉滴注氯胺酮 2mg/kg 体重，安静入睡后才送入手术间进行麻醉。②小口畸形及颈部疤痕挛缩的患儿手术与麻醉宜同时进行。这类患儿因疤痕挛缩导致小口畸形及颈部挛缩，无法进行直接插管麻醉，此时只能由手术医生先在局麻下切开并松解口角及颈部疤痕，麻醉师方才能顺利插管麻醉。典型病例，邓某，男、5 岁，住院号 198447、因烧伤导致颜面颈部疤痕挛缩，小口畸形两年于 1990 年 4 月收住我院整形外科。患儿颜面，颈部呈片状不规则增生疤痕并挛缩，口周疤痕极度挛缩导致小口畸形，开口直径仅 3mm，只能塞进一根粉丝。如此狭小的口腔根本无法直接插管麻醉。故麻醉前先由手术医生在局麻下先强行切开疤痕挛缩、开大口角后，麻醉医生方才能插管麻醉，手术给予开大口角，全厚皮移植，患儿病愈出院，随访满意。③保持静脉通畅：由于婴幼儿生理特点、周围血管细小，加上禁食、禁水，外周血管充盈欠佳。因此要求巡回护士要有娴熟的穿刺技术，用 22 号套管针行静脉穿刺，并接三通连接管，用固定板将肢体固定，并应经常观察穿刺部位有无渗漏、隆起，置管有无滑脱、堵塞。④严格掌握液体出入量，因婴幼儿体内含水量均比成人大，约占 60%，所以液体丢失常影响体内环境功能，故术中应注意补充同时婴幼儿患者心脏代偿能力较差，输液量应注意不宜太快和太多，否则易引起心功能失偿、肺水肿。所以输液速度根据手术的种类和术前禁食长短，体液的损失量（皮肤蒸发，尿液的排出）而调节，一般除等量补充出

维普资讯 http://www.cqvip.com

血量外，每小时补充生理量 10～12ml/kg 体重，由于婴幼儿乳酸代谢不完全，排钠不充分，故不宜输入含乳酸的液体和限制钠盐的输入[3]。在术中我们均采用 5%葡萄糖，平衡液Ⅰ号。⑤室温的调节：婴幼儿体温调节中枢尚未完善，体温常受到外界温度影响，所以，手术室走廊和手术间的温度的高低，对患儿有很大的影响，空温低时，无菌单覆盖不足，散热增加，病人易发冷，寒战，术后合并上呼吸道感染，肺炎等症。空温过高时，消毒巾覆盖和手术人员集中于头部，使婴儿头部温度升高，加之术前用阿托品，以上种种原因可致热潴留[3]。因此，我们在护理中注意保持室内恒温 22～25℃，湿度 50～60%，夏季高温时，空调降温，病儿体上用支架支撑消毒巾保证散热，冬季低温时，尽量以无菌巾包裹，手术间空调升温。⑥密切观察病情变化：头面部手术时，常以手术敷料覆盖头面部，导致对病人病情观察困难，术中应暴露一个肢体以便病情观察，巡回护士应随时观察创面的血色、去甲肾上腺素甲床充盈情况，及吸引瓶内吸出量，如血色变暗，去甲肾上腺素甲床指压数秒钟不能很快充盈时，及时提示医生给氧和补充血容量。

体会：①小儿由于解剖生理特点，对麻醉的反应常很剧烈，麻醉期间各项生理指标可发生急速变化，因此，在麻醉中，护理人员不应随便离开手术间，以便及时发现异常及时配合处理。②小儿麻醉期间，体温极易发生变化，手术间的温度应维持在 25℃左右，过冷或过热，会导致手术的失败。③小口畸形及颈部极度挛缩的患儿手术与麻醉宜同时进行。即先由手术医生先局麻下开大口角及松解颈部挛缩，麻醉师方能顺利插管麻醉。④严格掌握液体出入量，避免因输液过快引起肺水肿，心衰等并发症。

参 考 文 献

1. 汪能良，高学书主编．整形外科学，第 1 版，北京：人民卫生出版社 1989：93～95.
2. 董雅光．500 例婴幼儿面部手术中巡回的护理，实用护理杂志 1993；9(4)：23.
3. 张文莹．麻醉与复苏问题解答，第 1 版，福建科技出版社 1982：295.

（收稿日期：1997－02－19）

原发性肝脏巨大平滑肌肉瘤 1 例

兰州医学院第一附属医院普外科　翁伟建
（甘肃兰州，邮政编码 730000）

患者女性，46 岁，入院前 2 年无诱因上腹部逐渐增大，伴上腹部持续性胀痛，无胸痛涉及，低热，纳差，进行性消瘦。查体：皮肤、巩膜无黄染，心肺无明显异常，上腹部剑突下及左上腹明显隆起，可扪及一约 20×18cm 之肿物，质略硬，有压痛，边界尚清楚，似分叶状，腹部移动性浊音(－)，直肠肛门指诊(－)。B 超检查示：左肝一约 24×18cm 非均质性肿块，其内回声不均匀。CT 检查：肝左叶有一约 22×18cm 密度较为均匀之略低密度影，边界基本清楚，强化后周缘环状增强更明显，拟诊："左肝肝癌"。实验室检查：AFP＜20μg/L，HBsAg(－)，乙、丙肝 PCR(－)，肝功能正常，AKP 0.21umol/L，CEA9μg/L。于入院后第 7 天行手术治疗。

手术探查所见：见肿瘤位于肝脏第Ⅰ、Ⅱ、Ⅳ段，向肝外呈膨胀性生长，瘤体约 22×18×10cm，呈结节状肿块，质略硬，色暗红，剖面呈鱼肉样，表面有丰富之血管网，肝右叶无转移灶。常规行左半肝切除术。病理诊断：左肝低分化原发性平滑肌肉瘤。免疫组化标记 EMA(－)，EMB45(－)，CEA(－)，LCA(－)，Actin (Smooth muscle)(＋)，desmin 弱阳性。

讨论：肝脏原发性平滑肌肉瘤临床上较为罕见，恶性度高，女性多见，常为单发，国内外仅有个案报道。其源发于肝内血管壁平滑肌细胞，肿瘤血运丰富，增长速度快，可生长至很大，呈膨胀性生长。中晚期症状和体征表现为上腹部膨隆或包块，腹痛，肝区胀痛，体重减轻，不明原因发热，轻度黄疸，发生于肝静脉的平滑肌肉瘤又可引起 Buddchiari 综合征。CT 检查平扫为不均匀低密度影，增强扫描后包块周边呈环形强化，但临床上与肝癌鉴别仍有困难，术前难以确诊，若要确诊尚需借助病理检查。本病目前国内外的主要治疗措施仍为手术切除为主。肝脏原发性平滑肌肉瘤其恶性程度极高，早期可发生肝内转移，对放疗及化疗均不敏感。但如能早期发现，在发生转移之前切除完整之肿瘤，术后插管化疗，仍可有一定的疗效。目前国内外有报道手术切除术后存活 12 年者。

（承蒙叶光华教授亲自指导，在此一并致谢）
（收稿日期：1997－03－13）