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