维普资讯 http://www.cqvip.com

外科护理；脂肪抽吸术；护理学 11175(23)



3. 台上台下配合密切，手术中无论器械护士还是巡回护士应密切注视手术的进展。器械护士应提前洗好手，按手术程序准备好各类用品，做到准确无误，严格无菌操作，忙而不乱地配合手术，在关闭颅腔前与巡回护士彻底清点手术用品，特别是棉片数目，防止异物遗留颅腔而造成不堪设想的后果。巡回护士应不断地注意生命体征的变化，如收缩压增高脉压增大则是颅内高压的一种代偿现象。根据病人血压、脉搏、尿量及末稍循环情况，正确估计有效循环血量，按需调节输入量。及时供应一切所需物品，做到稳、准、迅速、熟练地配合手术，保证手术顺利进行。手术结束拆去面部包扎伤口，拆除电凝器，电动吸引器等用物，协助麻醉师进行拔管，共同护送病人回病房。

通过以上的手术配合，使我们体会到抢救脑外伤病人，首先保持呼吸道畅通，保证静脉通畅及有效的血容量，认真观察病情变化，是非常重要的一环。因此要求每个护士要有过硬的技术水平，严格的无菌操作，良好的医德医风，使每台手术顺利完成。

（收稿：1994—11—12）

46-48

# 脂肪抽吸术的护理配合

广西医科大学一附院手术室 黄松芳

（广西南宁，邮政编码 530000）

R473.6

肥胖是当今人们普遍关心的问题，引起体形肥胖的因素，主要包括遗传因素、内分泌因素、饮食习惯等。有些人尽管体重正常或接近正常，但局部脂肪堆积却可能很明显。其好发部位多是下颌、腹壁、臂部、股等处。按生物化学理论，人出生时脂肪细胞数目固定，并在此基础上增加，至成年后其数量保持恒定。成年人产生肥胖，脂肪细胞只增加体积，而不增加数目。非外科的减肥方法如节食、锻炼、药物等只能使膨胀的脂肪细胞体积暂时性缩小，无法减少细胞数目，局部脂肪代谢障碍仍然存在，所形成的局部脂肪堆积亦很难消失。运用外科手术，通过小切口（一般 1～2cm）左右在脂肪层插入抽吸管，接吸引器抽吸脂肪即能有效地治疗肥胖。腹部抽吸后腹围能缩小 4～5 厘米，最理想达 8～10cm。其原理是利用负压吸引器除皮下过多的脂肪组织，从而达到体形美的目的[1]。1987 年引进我国，1988 年我院也开始临床应用，共 42 例次，均取得较好的疗效，现将护理配合体会报告如下。

**一、临床资料：**本组 42 例次中，男 3 例次，女 39 例次。年龄 19～49 岁，平均 41 岁，抽吸部位 107 处（腹部 34、腰髋部 52、臀部 8、大腿 10、小腿 2、下颌 1）。所有病例均一次同时抽吸两个以上部位最多达 4 个部位。一次抽出量 650～4800ml，平均 2500ml。本组全部采用干性吸脂术。术后并发症曾见：瘀斑、血肿或血清肿、皮肤坏死、切口感染或延期愈合，局部感觉减退、局部凹凸不平或不对称、贫血等。

**二、术前准备：**

（一）手术病人心理护理：术前随麻醉师到病房去访视病人，了解病人一般情况及心理状态，针对病人对手术恐惧、对手术效果患得患失的忧虑心理，做好病人心理劝导治疗，稳定病人情绪，使其顺利渡过手术关，在护理中要鼓励病人将自己的想法讲出来，解释时注意语言恰当，避免一些消极的心理暗示，以增强病人渡过手术关的信心，取得术前术中配合，使他们在心理上始终保持最佳状态。

（二）常规检查心、肺、肝、肾功能，出凝血时间，凝血酶元时间和血脂等，并测量体重和吸脂部位周径，以便和术手对比。用龙胆紫标出抽吸范围，供术中参考。

**三、特殊器械：**

主要有吸头、吸引器、透明胶管和弹力加压服。本组使用的吸头系山东临清医疗器械厂制造的 JS—1 型不锈钢管吸头，其侧孔分有齿与无齿两种类型，吸头外径为 8～10mm，内径为 6～8mm。吸引器为上海产 YB—DX23 型电动吸引器，抽气速率为每分钟 30′，负压可达 80—100KPa。透明胶管内径为 10mm，壁厚内径为 1.5

维普资讯 http://www.cqvip.com



～2mm，长 1.5～2m 硅胶管，其硬度应在 80～160KPa 负压下不瘪缩。弹力加压服为江苏省扬中县长旺健身用品厂产，有大中小各型号的背心、三角裤和中长裤等。

**四、手术步骤及配合**

切口选择在治疗区附近隐蔽的部位。如腹部和腰部可在两侧髂前上棘外下方，臀沟部可在臀沟，大腿下段和小腿可在腘横纹内侧做切口。常规消毒铺巾后，做一小切口，切口长 1～2cm。递手术刀切开皮肤，用组织剪或弯血管钳插入向抽吸部位呈放射状稍加钝性分离，然后右手持吸头进入皮下后，启动吸引器，使负压达 80～100KPa，左手捏起抽吸部位的皮肤和皮下，进行以切口为中心呈放射状的隧道式拉锯式的刮吸，随时观察吸出物的性状，如为全血样紫红色应立即停止抽吸，改换方位，直到保留真皮下 1～1.5cm 厚度的脂肪层为止[2]。

**五、术中注意点**

1. 吸头应前后移动，切忌左右摇晃，以避免破坏皮肤与深部组织间神经血管束。

2. 实际抽吸范围要超过设计轮廓线 2 厘米，使移行部位比较平坦美观自然。

3. 抽吸管进出切口时，应先关闭负压，以免切口皮肤因负压吸引而损伤。如不慎损伤在缝合前应将损伤皮缘切除，以免切口延期愈合。

4. 术中需补充相当于抽吸出的脂肪液量的液体。如吸出量超过 2000～2500ml 时应予以输血，每次最大脂肪液吸出量不可超过 7000ml。

5. 术后引流是完全必要的，它可以有效地避免血肿的产生。诸多引流方法中以负压引流为最佳，术后经切口置负压引流管，可酌情保留 24—48 小时，外穿弹力加压服。

**六、术后护理**

1. 注意观察血压、脉搏的变化及切口有无渗血。

2. 术后适当补液，常规应用抗生素及止血药。术后两周内应每天 24 小时穿戴弹性加压服，两周至 2～3 个月，每日至少应穿戴 4 小时，术后 7～10 天拆线，拆线后继续穿弹力加压服 3 个月至半年，下肢更应穿的时间长些，可达一年左右。

3. 注意观察有无并发症的发生。如血肿或血清肿、皮肤坏死、皮肤瘀斑、切口感染、局部感觉减退、贫血、局部凹凸不平和不对称等。

(1)血肿及血清肿：Pitman[3]报道脂肪抽吸术后血肿及血清肿发生率为 2.4%，国内为 2.9%[4]。本组发生 3 例次，占 7%。多因加压包扎不当和引流不畅所致。血肿 1 例发生在上腹部，系术后肌注抗生素时，反复将弹力加压服松解后包扎不妥引起。血清肿 2 例，1 例发生在侧腰部，1 例在大腿，均系加压服加压不足和引流不畅所致。小的血肿用正红花油局部反复揉拭后可自行吸收。大者需反复用注射器抽吸后局部加压包扎，但完全消散所需时间较长，故关键在于预防。因此，术后 3 天内加压服不能随意松脱，若弹力不足可以软敷料垫于其下，或再外加多头布带加压包扎。另外，术后 48 小时内常规低位留置引流管持续负压引流。

(2) 瘀斑。本组 42 例次中出现 32 例次，占 76.2%。多在术后当天或次日出现，位置散在，大小不一，瘀斑可自行消退，但时间较长，Couvtiss[5]报道 2～3 周，国内报道 21～30 天消失[4]。我们采用活血化瘀外用药正红花油或黑鬼油揉拭瘀区，每天 3～4 次，7～10 天即可消失，效果确实，值得采用。

(3) 术后贫血：本组 12 例次，占 28%。脂肪抽吸术因皮下创伤范围甚广，出血颇多。故如抽吸范围较大，一次抽吸量在 1000ml 以上者，术中或术后应据情适当输血，术组术中输血 37 例次，输血量为 200～800ml。下肢脂肪抽吸术，可在止血带下进行，以减少失血。

(4)局部凹凸不平和不对称：几乎难以完全避免，只是轻重程度不同而已。其原因是抽吸量不均，隧道深浅不一所致，另外还与局部皮肤弹性好坏有关。故在术中操作中应掌握抽吸层次在同一平面，且不能太浅，随时注意左右对比，对皮肤弹性差者应采取抽吸与切除相结合的方法。

**参考文献**


1. 宋儒耀主编．美容整形外科学，第 1 版，北京出版社 1990；99.
2. 彭福仁，等．脂肪抽吸术常见并发症防治的探讨，中华整形烧伤外科杂志 1993；9；(4)；241.
3. Pitman GH. et al. Suction lipectomy＝Complications and results by surrey，plast Reconst surg 1985；76；65.
4. 韩秉公，等．脂肪抽吸术 102 例报告，中华整形

维普资讯 http://www.cqvip.com

麻醉学，平均动脉压监测，桡动脉穿刺 111/76(24)



烧伤外科杂志 1988；4：81.

5. Courtiss EH. Suction hpectomy=A retrospective analysis of 100 patients. Plast Reconst surg, 1984；73：780

（收稿：1994—10—05）

48-49

# 80 例术中桡动脉穿刺置管进行平均动脉压监测

空军杭州医院麻醉科 陈花根 陈美哥

（浙江杭州，邮政编码 310004）

R614

随着医学科学的发展，手术麻醉常用循环直接监测方法是通过肱动脉或足背动脉或桡动脉等穿刺置管测量平均动脉压。其中最常用的部位是桡动脉。从 1990 年—1992 年我们进行桡动脉测压 80 例，（其中 8 例因穿刺未成功，实际 72 例），对保证麻醉安全效果较好，现报告如下：

## 临床资料

本组男 50 例，女 30 例，年龄<19 岁 4 例，19—59 岁 58 例，>60 岁 18 例。手术种类：开胸手术 21 例，腹部手术 4 例，神经外科手术 19 例，肾巨大肿瘤手术 1 例，乳癌根治手术 19 例，喉癌根治术 2 例，外伤性腹腔脏器破裂，合并多发伤 8 例，其他手术 21 例。80 例全部采用全麻，并进行桡动脉穿刺置管测压，穿刺成功 72 例，失败 8 例，成功率 90%。

## 监测方法要点

1. 成人选择进口深静脉留置针，直径 1.1mm，长 51mm，20 号聚乙稀套管针。儿童穿刺针略短。

2. 取病人非优选手，多以左手首选，为防止桡动脉因置管后损伤引起手部供血不足，穿刺前要测定尺动脉供应是否通畅。（Allen）试验

3. 病人取仰平卧位，选用穿刺的上肢置外展位，手掌向上平伸，在腕部垫一小枕，使桡动脉最强搏动处充分显现，然后用胶布将手掌固定于托板上。

4. 摸清桡动脉最强搏动点。在穿刺区域行常规消毒铺巾，在穿刺沿桡动脉周围（桡动脉掌侧及尺桡侧）作局麻，以防血管痉挛。穿刺动脉前先用 20 号注射针头经皮穿一小口至皮下，然后改用套管针与皮肤呈 30°角，在桡动脉最明显搏动处刺入，当针头喷出鲜红动脉血时，将外套管轻轻推入，拔出针芯套管接肝素针筒，（肝素 2500u 加入林格氏液 500ml 中）。推入少量肝素液，然后连接测压管及弹簧血压表于三通管。

5. 测压方法：先将测压表一路关上，开放三通开关，由肝素针筒推注 4ml 肝素，回抽动脉血通畅，气泡抽吸净尽，将肝素推入，关上冲洗接头，压力表开始上升在病人正常的平均动脉压范围内，（正常为 13.3KPa 左右），如波动正常，则无须冲肝素。（附图）

## 讨 论

一、本术应用的临床意义，应用桡动脉测压以观察病人的循环变化，是手术中进行的一项可靠而重要的监测方法，根据我们的实践体会其优点是：

1. 监测病情直接而快速。目前临床常用的多功能监护仪，其缺点是易受电刀干扰，仪器本身的故障和误差、病人循环变化不能及时显示，故本法的应用能有效地补充仪器的不足，有一例食管癌根治病人，手术经过顺利胸内手术操作过程桡动脉测压：始终平稳在 12KPa～16KPa 之间，但当关胸时多功能监测仪尚未显示病情变化之前，同时进行监测的桡动脉平均压突然下降至 8KPa，很快加压输血，动脉压仍继续下降，经用激素和升压药，未见桡动脉压上升，再详细观察，发现病人面色潮红，颈部出现大量风疹，明确了这是严重的输血反应引起的过敏性休克。立即行静脉推注肾上腺素 0.1mg 后，桡动脉压开始回升且迅速恢复平稳于正常范围。

2. 监测循环变化较精确。有时术中多功能监护仪显示血压为零时，桡动脉平均压仍维持在 2.7～5.3KPa 之间，即使病人循环情况不佳，只要