颅脑损伤，急性，脑外科手术，手术配合
维普资讯 http://www.cqvip.com

炎支持疗法等。术后第 7 天闭式引流管内有稠厚粘液堵塞，引流不畅，故每日用灭滴灵液冲洗胸腔。3 周后观察胸腔闭式引流管无气、液体外溢，口服美兰液观察无渗出，随后做上消化道造影，未见钡剂进入胸腔，将闭式引流改开式引流，进流质再观察一周，无食物从引流管外溢。拍胸片，右肺膨胀好，拔引流管及造瘘管，病愈出院。随访 1 年，效果良好。

讨论：气浪冲击伤致小儿食管破裂比较少见，主要由于高压的气体突然冲入裂开的口腔进入食管，将食管击破，然而这种外伤性食管损伤往往不能得到及时诊断，误诊率较高。误诊的主要原因是对本病的发病机制及病理生理认识不足，其次是本病的症状体征类似某些胸部急诊，如肺挫伤，支气管破裂等。故对本病有怀疑时，应给予口服造影剂检查或口服美兰观察引流瓶渗液颜色变化即可明确诊断。

对早期病人的治疗，应立即开胸缝合食管裂口。对超过 48 小时并考虑胸腔感染严重的病历，也应积极开胸清理胸腔，放有效胸腔闭式引流管，有利于肺的膨胀。并做胃或空肠造瘘，延迟进食时间，待术后 3 周左右，形成窦道时再拔引流管。

（收稿：1994—09—30）

45—46

84 例急性脑外伤手术的配合体会

绍兴第二医院　陈朝凤　冯惠娟

（浙江绍兴，邮政编码 312000）

R654.150.5
R651.11

急性颅脑损伤的手术，多系抢救手术，常来势凶险、危急、复杂、大多数患者意识模糊，神志不清呈昏迷状态，往往需要紧急手术清除颅内血肿、废损糜烂的脑组织、积液或脑外伤引起的继发病变，防止或解除颅内压增高所引起的危急状态——脑疝。其目的是为了抢救病人的生命，纠正和保存中枢神经系统的重要功能，以达到最大限度地降低死亡率，减少伤残率。所以，在手术进行中，手术室人员配合的好坏直接关系到病人的安危和手术的成功与否。本文就我院 1993 年 1 月至 1994 年 10 月共计 84 例急性脑外伤手术抢救谈点体会。

一、术前准备：接到手术通知后，应迅速做好术前一切准备，病人送入手术室后做好查对工作的同时立即开放静脉通道，并检查病人的瞳孔、神志、血压、脉搏、体温及心率等全身情况。

二、麻醉的选择及体位安置：一般采用全麻，在诱导麻醉下行气管内插管，从静脉给复合麻醉，用呼吸机间断正压呼吸，并保持足够供氧量。安置好手术体位，上好安全约束带，防止躁动病人坠床。常用的手术体位有三种，仰卧位、侧卧位和俯卧位。本组 84 例大多用仰卧位及仰卧头侧位，病人仰卧于手术台上，枕下垫头圈，根据手术部位调整头位暴露手术视野，在调整头位的同时应注意勿过分扭曲颈部，以免影响呼吸道畅通和颈静脉回流。

三、术中配合

1. 保持呼吸道畅通，充分给氧，解除呼吸道阻塞，保持呼吸道通畅是抢救病人的首要环节，故病人在未进行手术前应将其口鼻部分泌物、异物、呕吐物及血凝块等尽快清除，并将病人头取侧卧位，有助积液自动排除，必要时先行气管切开清除分泌物，保证气道通畅。并每隔半时做血气分析监测氧分压及二氧化碳分压。

2. 保持静脉畅通（纠正休克，维持血循环，在保持呼吸道畅通的同时，尽快地开放静脉通道，选用 12 号直针或静脉留针行静脉穿刺，躁动病人最好用静脉留针、以防静脉刺破或滑出。必要时可开放 2～3 路静脉。由于硬脑膜静脉窦或脑皮质血管撕裂甚至头皮外伤，都可发生严重出血，成为伤后短期内致命的威胁之一。故在开颅清创止血的同时，快速静脉滴入平衡液，10％葡萄糖、全血等及时补充血容量，切忌过量含盐溶液的补给。在颅内高压时常需要快速静滴脱水剂 20％甘露醇 250ml，在半小时内滴完，必要可直接静推。其它可也可用速尿、激素高糖等，防止脑疝的出现。休克纠正后病人可用 5％碳酸氢钠静脉输入，以减轻酸中毒。

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