积极的措施。若仅有少量渗血、渗液且色淡，应更换脐贴并加压包扎。由于术中充气，CO_2 对膈肌刺激或高碳酸血症引起恶心、呕吐。护士应主动关心患者，消除紧张情绪，并指导患者用手按压伤口，减轻呕吐时腹压增加对伤口的影响，本组7例患者呕吐剧烈，适当给予止吐剂缓解。由于手术中往腹腔内注入 CO_2 气体，术中渗入皮下组织，造成皮下气肿。这种情况无需特殊处理，应鼓励患者多翻身，早期下床活动。本组3例发生皮下气肿，3 d后自行消退。

腹腔镜术属微创手术，创伤小、损伤轻，减轻了术后疼痛，避免开腹手术引起的粘连等，从而减轻影响舒适的因素，为患者早活动创造了客观条件。妇科腹腔镜手术是微创手术，手术后的护理应同大型手术，不能有一点马虎，同时又要针对腹腔镜手术的特点，采取一些特殊的护理方法，才能达到手术目的。

参考文献

[1] 刘 彦. 子宫切除术回顾与展望，中国实用妇科与产科杂志，2009，25(1)：8-9.

[2] 徐 述，陈 磊. 益宝疗栓在子宫全切除术前宫颈准备的应用[J]. 局解手术学杂志，2008，17(3)：215.

（编辑：左艳芳）

经皮肾镜碎石术的手术护理

钱艺元 （百色市人民医院手术室，广西 百色 533000）

[关键词] 上尿路结石；经皮肾镜碎石术；护理

[中图分类号] R691.4；R472.3 [文献标识码] B [文章编号] 1672-5042(2009)04-0285-02

经皮肾镜碎石术具有创伤小、操作简单、术后恢复快及并发症少等优点，已成为目前治疗上尿路结石的主要方法之一。我院于2006年5月至2008年3月共开展了经皮肾镜气压弹道碎石术治疗尿路结石110例，效果满意，现将手术护理体会报告如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料

本组患者共110例，男80例，女30例，年龄23～76岁，其中输尿管合并肾结石20例，双肾结石6例，单肾结石84例，结石纵径2.0～6.8 cm，横径1.5～5.6 cm。

1.2 手术方法

采取腰硬联合麻醉，患者取截石位，在膀胱镜下行患侧输尿管逆行插入5 F输尿管导管并留置导尿管。于输尿管导管注入生理盐水人工造肾积水，后改为俯卧位，于超声定位下选择第12肋下行肾盏穿刺，扩张至20 F或24 F，建立通道，通过肾镜经通道进入肾集合系统，找到结石后，以气压弹道击碎大的结石。术后输尿管内留置7 F双丁管4周，于肾通道留置18 F肾造瘘。

1.3 术中配合

1.3.1 巡回护士的配合 患者入手术室后在上肢建立静脉通道，协助麻醉。麻醉成功后，先取截石位行膀胱镜下患侧输尿管插管并留置双腔气囊尿管，然后俯卧位，根据病人的体形选择合适宽度和高度的海棉垫，使肾区凸起便于手术操作。选择宽敞的手术间合理布局，电视监视系统、B超机放置健侧。气压弹道碎石机、液压灌注泵入置患侧，便于术者操作。生理盐水灌注液。将液压泵流量调节为300～400 L/min压力连结好各种仪器管道，并调节好参数。调整成像系统的清晰度，接上限调节为200～300 mmHg，碎石机的压力低于0.4 kPa。

1.3.2 器械护士的手术配合 器械护士提前洗手整理器械并检查器械是否齐全，协助铺无菌巾并在手术区粘贴脑科护皮膜，和巡回护士连接各种管道，并检查碎石手柄与气压弹道碎石机连接是否紧密以免漏气，影响手术治疗效果。术中要密切观注手术步骤及时传递器械，手术配合做到主动、迅速，避免因器械原因影响手术进程。经皮肾镜气压弹道碎石器械价格昂贵，仪器精密，使用时应避免碰撞，轻拿轻放，器械的清洁与否直接影响到灭菌质量[1]。由于该器械多管腔且腔道细长，给彻底清洁，干燥和灭菌带来困难，因此术后器械清洗前一定打开各关节，加酶超声清洗，高压水枪冲洗各管腔器械，以防堵塞。用电吹风吹干器械然后在关节涂上润滑油。

2 结果

碎石时间最长4 h，有3例中途因术中出血而改开放手术取石，其余107例全部碎石成功。

3 讨论

术中需要通过输尿管镜灌注大量的生理盐水持续术野进行冲洗，冲洗液大量吸收会加重心脏负荷，还可能造成患者体温下降，导致寒战，心律失常及麻醉苏醒延迟等并发症的发生[2]。因此术中采取有效的保暖措施，室温控制在22～24 ℃，加强手术期间体温监测有利于早期发现低体温[3]。减少身体暴露部分，控制手术时间，加温冲洗液，用恒温箱加温到37 ℃。手术区域铺无菌巾后在手术区粘上脑科护皮膜，同时将袋下端口置于污物桶内，这样可以防止灌注液的浸湿无菌巾，又便于收集碎石块。随时调节脉冲灌流量和水压，当流量超过400 mL/min，压力超过27 kPa时会造成结石被灌洗液冲击，使其位置不易固定，不利于取石，且过高压力肝对肾脏产生较大的损伤。无菌技术和保持造瘘管通畅是预防感染的关键，所以在搬

[收稿日期] 2009-03-21 [修回日期] 2009-04-28

运患者及转送途中,要严防肾造瘘管脱出,因此要做好床边交接班,以确保安全。

[参考文献]

[1] 中华人民共和国卫生部. 消毒技术规范[M]. 2002. 156-157.
[2] 杨 洁. 经皮肾镜气压弹道联合超声碎石治疗复杂肾结石的护理配合[J]. 社区医学杂志,2007,5(2):71-72.
[3] 刘小颖. 围手术期低体温[J]. 中华麻醉学杂志,2003,23(9):712.

(编辑:朱志立)

针尖带螺纹克氏针内固定治疗锁骨骨折

李登学 (洪雅县洪川镇社区卫生服务中心,四川 洪雅 620360)

[关键词] 锁骨骨折;针尖带螺纹克氏针;内固定
[中图分类号] R681.7 [文献标识码] B [文章编号] 1672-5042(2009)04-0286-01

锁骨骨干较细,部位表浅,且有弯曲,遭受外力后易发生骨折,其发生率占全身骨折5.98%。既往常作保守治疗,因其复位容易,固定困难,最终常形成畸形愈合影响疗效。锁骨骨折的手术治疗方法较多,其中针尖带螺纹克氏针内固定治疗锁骨骨折具有价格低廉、操作简单、骨膜剥离少、骨折愈合快、并发症少等优点[1-2]。本文作者自2005年1月至2007年12月共收治112例锁骨骨折患者,均采用针尖带螺纹克氏针内固定治疗,取得满意疗效。现报告如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料

本组患者112例,男85例,女27例,最小年龄15岁,最大年龄82岁。其中粉碎性骨折90例,横形骨折7例,斜形骨折15例。均为闭合性骨折,无血管神经损伤,合并同侧肋骨骨折12例,合并同侧血气胸3例,合并同侧肩胛骨骨折5例,手术时间为伤后6 h~7 d。

1.2 手术方法

颈丛麻醉成功后,患者仰卧于手术台上,患肩尽量靠手术床边,垫高患肩,头偏向健侧,常规消毒铺巾,以骨折断端为中心作手术切口长3~5 cm,锐性显露骨折断端,尽量不剥离骨膜及骨折块相连组织,根据髓腔选用2.5 mm或3.0 mm克氏针,自行将克氏针针尖加工带螺纹长约2 cm。克氏针光滑端夹在骨钻上,自骨折远侧端逆行钻入髓腔经肩峰处钻出皮外,退出克氏针,针尖夹在骨钻上,针尾自骨折远侧端逆行钻入髓腔经肩峰处钻出皮外,取下骨钻,夹着针尾,将针尖退至远侧断端处,复位骨折端,将克氏针自骨折远侧端穿入近侧端髓腔,至克氏针刚穿出骨皮质为宜。将游离骨折块用钢丝固定,克氏针远端皮外部分弯曲,剪去多余部分埋于皮下。

2 结果

本组112例患者随访3~6月,全部治愈,无一例退针、畸形愈合、感染等并发症发生。

3 讨论

锁骨骨折是一种常见的骨折,好发于青壮年,多为间接暴力引起。骨折大多发生于锁骨中段,近折端由于胸锁乳突肌的牵拉,可向上、后移位,远折端侧由于上肢的重力作用及胸大肌上份肌的牵拉,使骨折远折端向前、下移位,并有重叠移位,传统的手法复位外固定术是将患者固定于挺胸,双肩后伸体位,固定时间长达4~5周,且骨折易移位,固定过紧易出现肢体肿胀、麻木,给患者生活带来较大不适。切开复位内固定分为钢板,克氏针等,钢板固定存在切口较长、骨膜剥离较多、钢板与S形的锁骨形态不符合、粉碎性骨折时手术难度较大、易出现骨质疏松及骨折延迟愈合等缺点,普通克氏针内固定具有切口短、骨膜剥离少、操作简单、费用低廉、取出简单的优点,但存在容易退针、引起皮肤感染疼痛、克氏针滑移较多易引起骨折移位、畸形愈合或不愈等缺点[3-4]。而笔者选用针尖带螺纹的克氏针内固定治疗锁骨骨折,避免了退针的缺点。操作时应注意以下几点:①首先应治疗合并的血气胸;②克氏针尖螺纹长约2 cm;③选择足够粗的克氏针且克氏针进入骨折内侧端髓腔至少3.5 cm以上,并穿透骨皮质,应一次穿针成功,避免反复穿针;④切口尽量短,骨膜尽量不剥离,尽量保护血循环,促使骨折尽早愈合;⑤克氏针尾应折弯埋于皮下。

应用针尖带螺纹克氏针内固定治疗锁骨骨折具有以下优点:①切口小,瘢痕少;②骨膜剥离少,骨折愈合快;③克氏针不易滑动脱针;④手术操作简单,能将复杂的粉碎骨折固定简单化;⑤费用低廉;⑥门诊局麻即可取出内固定物。该手术方法易被广大农村患者接受,易于推广使用。

[参考文献]

[1] 岑仕江. 锁骨移位骨折克氏针髓内固定治疗体会[J]. 局解手术学杂志,2001,10(2):98.
[2] 薛华新,王 涛,李 刚. 带螺纹钢针治疗锁骨骨折[J]. 临床医药实践杂志,2008,17(3):38-39.
[3] 廖 伟. 改良式克氏针内固定治疗锁骨骨折38例[J]. 现代中西医结合杂志,2007,16(19):25.
[4] 龚继承,云 雄,邹重文,等. 微创手术治疗锁骨骨折198例临床分析[J]. 局解手术学杂志,2007,16(3):167-169.

[收稿日期] 2009-04-01 [修回日期] 2009-04-25

(编辑:侯晓宇)