维普资讯 http://www.cqvip.com

2 结果与讨论

全组病例经上述治疗后,比较残存血肿量与原始血肿量以计算血肿清除率。清除率大于50%的61例,清除率在30%~50%的8例,3例血肿完全消失。72例中,死亡12例(16.7%),其余患者半年随诊,基本痊愈7例(9.7%),显著改善25例(34.7%),改善7例(9.7%),恶化1例(1.3%)。

本文作者改良了颅脑CT定位方法,应用双电极片在头颅表面作为定位标志行颅脑CT扫描,根据电极片和标记靶点的位置确定两个穿刺点的位置、穿刺的角度、方向和深度。该方法穿刺准确、直观,操作简单迅速,可在最短时间内进行定位穿刺,尽早解除血肿压迫,避免或减轻脑水肿的发生,防止脑疝形成,值得临床参考应用。

[参考文献]

[1] 张志远,闫少琴,马 荣. 急性脑出血的CT定位及介入性治疗的探讨(附96例对比分析)[J]. 中国医学影像技术,1999,15(9):684-685.

[2] 涂 勇,王 红. 一种新的颅内病变定位方法脑-CT定位贴[J]. 中国微侵袭神经外科杂志,2006,11(4):179.

(编辑:余汇洋)

3例腔镜下胰体尾及脾切除术的护理配合

苟 丽,陈志美,程富英,曾 俊 (第三军医大学附属西南医院手术室,重庆 400038)

[关键词] 脾肿瘤;胰腺肿瘤;内镜;手术配合
[中图分类号] R733.2;R735.9 [文献标识码] B [文章编号] 1672-5042(2007)06-0442-01

脾及胰腺肿瘤传统手术方法需在患者腹部切开约30 cm长的切口,给患者带来极大的创伤及相应并发症,术后恢复慢,影响美观。我院2007年3月至今为3位患者行腔镜下胰体尾及脾切除术。现将手术配合体会报告如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料

本组患者共3例,年龄50~58岁,平均年龄54岁。行腔镜下胰体尾及脾切除术,出血约200 ml。术后无并发症发生,手术效果满意。

1.2 手术方法

患者取截石位,作左脐旁切口,放置气腹针,建立人工气腹。在腔镜下用5 mm超声刀分离胃结肠韧带、脾结肠韧带及粘连带,游离脾结肠韧带,用12 mm生物夹夹闭大的血管,在胰腺上缘显露出脾动脉及脾静脉,分别用生物夹夹闭并用超声止血刀离断胰腺体尾部,用超声刀彻底止血;游离脾肾韧带、脾膈韧带,用12 mm生物夹离断脾动脉、脾静脉血管,直至完整游离切除脾脏。3例手术均顺利,无切口感染和肺部并发症,术后7~10 d出院。

2 护理配合

巡回护士在右侧上肢建立静脉通道,协助麻醉医生行全麻气管插管及麻醉成功后行右颈内静脉穿刺,确保术中输液、输血的通畅。建立人工气腹时,注意压力维持在1.6~1.87 kPa,以防止出现皮下气肿。手术护士要熟悉手术步骤,掌握各种器械的使用方法,正确安装超声刀头及生物夹,在手术中准确传递器械并协助手术医生进行操作。用腹腔镜专用标本袋装切下的脾脏及胰腺组织,切开脐水平腋前线点与胰上3 cm点连线的Trocar穿刺点,从切口取出脾脏及胰腺组织。协助医生连接冲洗器,用灭菌蒸馏水1 000 ml冲洗腹腔,并退出各种器械,安置粗乳胶引流管1根。清点器械及用物无误后,Prolene线做皮内缝合切口并用敷贴包扎。

3 讨论

手术器械与内镜器械均属于贵重物品,因此在使用时应认真清点、检查完整性,防止碰撞、摔落,及时擦净血迹保持清洁,取放器械时动作轻柔,防止人为原因致手术器械损坏。巡回护士要严格执行操作规程,熟练掌握内镜及超声刀等仪器的使用方法和性能,熟悉手术步骤和配合,术中密切观察病情变化,在手术过程中协助麻醉医师观察生命体征的变化确保手术顺利进行。正确有效操作仪器设备,确保病人手术安全。严格控制人工气腹压力及每分钟进气量,防止出现皮下气肿。手术护士要掌握各种器械、内镜、超声刀等仪器的使用方法和手术步骤,术中积极、主动、默契、准确传递手术物品,有效的缩短了手术时间,是保证患者安全的重要环节。

术前患者往往承受很大的心理压力,尤其是临近手术时心理压力更大,所以对患者的治疗和护理不仅仅局限在生理方面,还应该对心理问题给予足够的重视。我们通过护理活动与病人建立起一种很人性化的、信赖的关系;一种关怀和心理暗示,确保病人在护理上的完整性和连续性,使病人对护士建立了相互信赖合作的护患关系,从而保证了手术顺利进行,确保围手术期安全。

(编辑:朱志立)

[收稿日期] 2007-07-10 [修回日期] 2007-10-02