维普资讯 http://www.cqvip.com

2 插管配合要点

2.1 协助插管并观察生命体征

经鼻腔清醒插管给病人带来了一定的痛苦,为此,术前要行鼻腔表面麻醉,有的病人咽反射特别敏感,容易恶心,故应选用持续时间长的局麻药。鼾症者长期通气不足,又因肥胖多伴有高血压及心血管方面的疾患,插管时的刺激可诱发心血管意外。因此,插管时巡回护士要始终站在麻醉医生及病人身旁,协助麻醉医生插管,观察生命体征并及时告知麻醉医生;鼓励与安慰病人,指导病人配合插管。对于鼻腔插管难度大的病人,勿强行盲插,以免损伤粘膜组织,引起粘膜出血水肿,造成梗阻,危及病人生命,紧急情况下,可协助配合改用喉罩辅助经口腔插管或纤支镜引导插管。插管成功后,应立即进行麻醉诱导,但在麻醉诱导过程中,血压、心率明显增加,此阶段危险性最大,巡回护士要协助麻醉师观察心电图变化,监测血压,并遵医嘱静脉给予降压药。

2.2 做好自身防护

此类患者中,部分为传染病菌携带者,携带者的唾液和血液均可通过非肠道的途径进行传染。在插管过程中,病人口鼻腔会产生大量分泌物,如痰液、血液,在插管刺激下分泌物随之喷出,会感染操作者的脸部、眼睛及空气中的环境、物品等。其次,气管导管、吸痰管、吸引器等物品在反复试插、吸痰过程中已带有患者病原菌,在插管成功前操作者会频繁接触这些物品,因此可能会被感染。巡回护士及麻醉医生应戴好防护眼罩和手套,口罩、帽子应完全遮住口鼻和头发;插管过程中,戴手套的手不可任意触摸周围物品;插管完毕脱去手套在流水下用肥皂清洗双手。

3 体会

UPPP时间短,故麻醉维持用药应选用对循环功能影响小,术毕清醒快,诱发呼吸道阻塞小的药物[2]。我科选用丙泊酚、笑气等麻醉药物,取得较满意的效果。术中加强监测,密切注意气管导管情况,及时发现和处理气管受压,防止脱出。OSAS患者的主要危险是全麻拔管以后,要严格掌握拔管指征,拔管后加强监测,密切注意呼吸的变化,及时处理呼吸困难,防止发生急性上呼吸道梗阻。UPPP术患者麻醉插管时极易不配合,给患者带来一定的痛苦,给麻醉医生插管带来不便,延误手术时间,严重时可危及患者生命。如何使患者主动配合插管,平稳渡过围手术期至关重要。首先,我们应重视患者的感受和需求,帮助患者克服紧张与焦虑心理及插管时带来的不适。其次,巡回护士反应及动作要快,能及时应付插管过程中的突发情况,如局麻药中毒、误吸等。因此,巡回护士具有良好的沟通能力和熟练的配合麻醉插管的能力,是帮助患者平稳渡过围手术期麻醉插管的重要保障。

[参考文献]

[1] 陈 虹. 激光辅助悬雍垂腭咽成形术的麻醉配合[J]. 山西护理杂志,2000,14(3).35-36.
[2] 马 敬,徐学海,高增斌,等. 悬雍垂腭咽成形术的麻醉选择与处理[J]. 山东大学基础医学院学报,2002,16(6).354-355.

(编辑:张天飞)

1例全腹腔镜下回肠代阴道成形术的护理配合

聂智容[1],易明伶[1],葛衡江[1],何明芳[2] (1.第三军医大学附属大坪医院野战外科研究所手术室;2.重庆现代女子医院手术室,重庆 400042)

[关键词] 阴道成形术;腹腔镜;手术配合;回肠
[中图分类号] R713.31 [文献标识码] B [文章编号] 1672-5042(2007)03-0216-02

阴道成形术是治疗先天性无阴道疾病的一种方法。目前国内外有很多种阴道成形手术方式,各有其优缺点。2005年10月,我院开展了1例全腹腔镜下回肠代阴道成形术,效果满意。现将手术配合体会报告如下。

1 临床资料

患者,女,37岁,因发现生殖器官异常19年而入院。患者18岁时仍无月经来潮,到外院检查发现"先天性无阴道,幼稚子宫",未再做进一步检查治疗,曾有同房史,日常生活无异常。妇科检查:外阴发育正常,见正常大小阴唇及处女膜;阴道深约5 cm,有白色分泌物,顶端为盲端,未扪及宫颈、子宫、附件。

[收稿日期] 2007-02-06 [修回日期] 2007-03-26

2 术前准备

先天性无阴道患者由于疾病的特殊性,表现为较强的自卑感,对手术的效果期望较高等。护士术前1日到病房与病人交谈,简单介绍手术及麻醉的注意事项,做好心理疏导,取得病人的配合。手术护士还要参加术前讨论,掌握术式及术者的特殊要求。腹腔镜主机设备全套、超声刀设备,常规腹腔镜手术专用器械。另备超声剪,肠管闭合器,阴道模具(硅胶假体)。必须保证设备的正常使用状态。

3 手术配合

为保证病人的安全,先在外周建立一条静脉通道。手术采用气管插管加静脉复合麻醉,协助麻醉医生行颈内静脉穿刺,

维普资讯 http://www.cqvip.com

妥善连接输液器,保证术中输液用药通畅。取膀胱截石位,两腿尽量放低,以利于术中暴露视野;注意避免压迫腓总神经,防止出现腓总神经损伤。行气囊导尿管留置导尿,保持管道通畅,术中需随时观察颜色及尿量。两台监视器位于手术台的两侧,并根据情况移动监视器位置;术者常规站病人两腿之间。将超声刀置于术者方便操作的适当位置。巡回护士应熟练掌握各仪器的性能、连接方式和注意事项,严格仪器操作规程,随时注意术中操作步骤,根据手术要求,及时合理地调整仪器参数,开启并管理录像监视系统,进行摄录像[1]。将负极板放于肌肉丰富处,预防灼伤发生。摆体位时,要反复检查,将躯体和双下肢与床及金属托架的接触部位用敷料隔离。术前掌握病人各项检查化验结果,术中严密观察病情,注意生命体征、中心静脉压、血氧饱和度等参数的变化。

4 体会

腹腔镜手术作为一种新技术已成为手术发展史上新的里程碑。电视腹腔镜下回肠代阴道成形术,是近几年开展的新技术,具有切口小、手术创伤少,对病人的生理干扰轻、出血少,术后疼痛轻、恢复快、住院时间短等优点。由于使用CO_2气体时气道压增加,呼吸系统顺应性下降,且由于CO_2有良好的溶解性,容易由腹膜吸收入血,使CO_2分压升高,易导致高碳酸血症[2-3]。因此术前须详细掌握患者心肺功能的状况,术中严密监测血氧饱和度,肺通气量,动脉血气分析和血$PaCO_2$等心肺功能的变化。良好的气腹维持与适宜的体位保证良好的手术显露。灌气应从低流量(1 L/min)开始,使病人有个适应的过程,逐渐达到高流量(12~40 L/min),注意监测腹内压力到1.87~2.13 kPa,维持通畅的气体流量;保持适宜的手术体位,将病人头部降低15°~20°,借助腹腔内诸脏器的重力关系可协助显露手术视野,使手术顺利进行。

[参考文献]

[1] 聂智容,颜 婕,邱金玉. 电视胸腔镜胸腺切除手术配合[J]. 护士进修杂志,2003,18(5):425-426.
[2] 侯利还. 腹腔镜胃间隔捆扎术的手术配合体会[J]. 中国内镜杂志,2002,8(1):82-83.
[3] 聂智容,颜 婕,邱金玉,等. 腹腔镜下全结肠切除术治疗慢传输性便秘的手术配合[J]. 第三军医大学学报,2004,26(10):912.

(编辑:张天飞)

十二指肠乳头腺癌术后伴胶冻样腹水1例

许 涛,王 菲 (成都军区总医院肿瘤科,四川 成都 610083)

[关键词] 乳头腺癌;十二指肠癌;腹水
[中图分类号] R735.31 [文献标识码] B [文章编号] 1672-5042(2007)03-0217-02

胶冻样腹水较罕见,国内仅限于少数腹膜疾病(如腹膜假性粘液瘤等)有报告,由于消化系统肿瘤或术后引起粘液样腹水的尚无相关资料或报告。现将我院收治十二指肠乳头腺癌术后伴粘液样腹水1例报告如下。

1 临床资料

患者女性,49岁,因"右上腹隐痛3月余,皮肤巩膜黄染1月"于2004年3月29日入住我科。入院后电子胃镜检查提示十二指肠新生物;病理报告提示十二指肠粘膜腺体结构紊乱,细胞显示异型性,趋向腺癌。2004年4月14日在全麻下行"胰十二指肠切除术",术中见十二指肠乳头部有菜花样环形组织,手术切除胰头部、胃远端、胆总管下段、十二指肠。术后病理检查为溃疡型腺癌Ⅱ级,侵及局部全层,累及胰头背膜、胆总管,上下切缘净。2004年5月好转出院。2005年1月出现腹部不适,腹部膨隆,腹胀逐渐加重,2005年1月17日来我院就诊,彩超提示腹盆腔内似腹水状广泛分布的囊实性低弱回声,无流动性,考虑粘连性囊腺癌可能性大。腹腔穿刺液为半透明胶冻样腹水。入院后反复穿刺抽液及注射5-FU、DDP、TNF等处理,腹胀可一度好转,腹水较前变稀,但症状反复。后于2005年9月29日行腹腔肿瘤切除术,术中见腹腔内有一35 cm×25 cm囊性包块,与腹壁广泛紧密粘连,分离粘连后,见其与膀胱、左卵巢粘连,并可见小肠、大肠肠壁及系膜、前后腹壁、膀胱、子宫、卵巢均有大小不等囊性小结节,肝、胃、十二指肠、脾因肿瘤广泛粘连未扪及。手术经过:分离囊肿粘连,切开囊壁,用吸引器于腔内吸出大量胶冻样物质,囊腔内仍可见大小不等囊肿,继续分离粘连至左卵巢,钳夹切除卵巢,提出囊肿,并用氩气刀固化腹壁残留囊壁后,吸尽腹腔内残血及胶冻样物质,用大量生理盐水冲洗腹腔,并用丝裂霉素6 mg+5-FU1.25 g灌洗腹腔。术后病理报告示:"腹部包块送检囊壁组织",其中见大量粘液及粘液湖,细胞无明确异型性。术后至今患者一般情况良好,腹腔内仍有少量胶冻样腹水。

2 讨论

粘液腺癌(MC)是一组起源于上皮组织,以粘液分泌异常亢进为特征的恶性肿瘤,在组织学方面表现为癌细胞内或/和外存在大量的粘液。较常见于胃、肠,也见于乳腺、卵巢、前列腺等组织,往往不同组织来源有其独特的生物学行为,进而在治疗和预后评估方面有一定的意义。

[收稿日期] 2006-11-15 [修回日期] 2007-03-18