维普资讯 http://www.cqvip.com

创新等重任,实验技术人员应是具有实际动手能力及创新思维的应用型人才和多技能的复合型人才。鼓励并提供条件让实验技术人员进修学习,参加短期培训,要求实验技术人员定期听课、查阅资料、撰写论文等,以及时更新自己的知识,掌握现代仪器设备的使用方法和实验技术。树立全心全意为教学服务的思想,进一步提高工作水平,增强服务意识,开创实验室工作的新局面。

2 实验设施管理

2.1 标本的管理

每个实验室配有1副成人骨架标本悬挂于实验室的前端,示教可移动,以便从不同角度观看其整体结构及临床标志。全身各部游离骨9副,按头颅、躯干、四肢等分箱存放。大体标本及零散标本平时存放于实验准备室的酒精槽内,使用时将其抬至实验室内,学生上课时注意保护标本的结构,防止用力撕扯。在实验课后喷洒酒精,以防干燥和霉变。每个实验室均有按系统或部位存放在盛有福尔马林溶液的玻璃标本瓶中,上课时按照系统随用随取,用后放回原处,注意定期补充福尔马林溶液,防止霉变。

2.2 模型的管理

在解剖教学过程中模型有着不可替代的作用,平时归类放置,每实验室若干套,上课前每实验台放一套,课后及时清点、如数收存。因模型易破损,所以应教育学生养成爱护模型的好习惯,不要用模型互相敲打或与硬物碰撞。若发现破损及时修复或补充。

2.3 挂图的管理

挂图有着与模型类似的作用,便于示教和自学,按系统编号、分类悬挂于挂图架上,由专人负责收取,挂图损坏应及时修补。由于长期重复使用易撕裂,四周采用透明胶布进行粘贴加固。

2.4 电教设备的管理

计算机技术的飞速发展使社会发展步入信息时代。信息技术的发展水平、运用水平和教育水平已经成为衡量社会进步程度的重要标志。随着现代化教育技术的应用和普及,多媒体教学已进入我校实验室,目前每个人体解剖学局解、系解实验室均配置了电脑和投影仪等设备,它极大地提高了学生的学习兴趣,减轻了教师的劳动强度。这也要求每个实验技术人员必须熟练掌握电教设备的正常使用和简单维修常识,以便当电脑和投影仪等基础设施出现故障时,技术人员将能够具有排除故障、检修和维护的能力。

3 环境的管理

解剖实验室最棘手的问题是福尔马林的刺激气味,它带给师生的不仅是感官上的不适,最大的危害是对身体的摧残,我们在每个实验室内安装了大型的抽风排气设备,使室内空气充分流通,确保师生的健康。另外,每次或每轮实验课结束后认真打扫室内卫生,并经常保持实验室内整洁卫生,为师生提供良好的教学环境。

总之,管理好实验室是提高教学质量、保证教学工作顺利完成的一个重要环节,无论是教师还是实验技术人员都有责任、有义务致力于实验室的管理。

(编辑:张天飞)

经尿道前列腺汽化电切术与等离子电切术疗效分析

孙复正,冯 伟,邱海峰,孙佳滔,孙毅兴 (佳木斯市中心医院二部泌尿外科,黑龙江 佳木斯 154002)

[关键词] 前列腺增生症;汽化电切术;等离子电切
[中图分类号] R697 [文献标识码] B [文章编号] 1672-5042(2008)02-0145-02

近年来经尿道前列腺汽化电切术与经尿道等离子前列腺切除术在全国各大医院广泛开展,两种方法治疗前列腺增生疗效确切。2000年10月至2007年8月我院共完成经尿道前列腺汽化电切术(TVP)和经尿道等离子前列腺切除术(TUPKVP)1 012例,现报告如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料

本组病例1 012例,TVP组:562例,年龄55~93岁,平均71.3岁;其中Ⅰ度前列腺增生136例,Ⅱ度306例,Ⅲ度120例。国际症状评分平均22.4分。TUPKVP组:450例,年龄55~99岁,平均74岁;其中Ⅰ度前列腺增生176例,Ⅱ度225例,Ⅲ度49例。国际症状评分平均22.6分。

1.2 方法

TVP组:采用前列腺汽化电切镜。电切功率220 W,电凝功率150 W,用负极板。采用5%的葡萄糖冲洗,合并糖尿病者,用5%甘露醇冲洗。用负极板。手术时间15~90 min,平均手术时间58 min。切除组织的重量15~130 g。15例术中出血量大,给予相应的输血。冲洗时间1~3 d,留置尿管5~7 d。大多数病人术后合并短暂膀胱刺激症状。术后发生尿道狭窄20例。有1例病人术中发生电切综合症,经及时治疗后痊愈;永久性尿失禁1例;术后3个月最大尿流率平均18.5 mL/s。国

[收稿日期] 2007-12-15 [修回日期] 2008-02-04

维普资讯 http://www.cqvip.com

际症状评分平均9.5分。

TUPKVP组:设备为等离子前列腺电切镜。电切功率160 W,电凝功率80 W,不用负极板。用生理盐水冲洗。术中闭孔神经反射仍发生,手术时间40~210 min,平均手术时间83 min。切除组织的重量20~100 g无电切综合症发生。冲洗时间2~4 d,留置尿管5~7 d,大多数的病人术后合并短暂膀胱刺激症状。术后发生尿道狭窄21例,永久性尿失禁3例。术后3个月最大尿流率平均14.5 mL/s。国际症状评分平均10.2分。

2 讨论

通过以上2组病人治疗情况对比,可以看出在手术出血量、平均切除前列腺重量、术后疗效等方面两者差别不大,术后并发症发生率也相似。这说明两种方法都能有效治疗前列腺增生。不同点在于等离子电切采用生理盐水冲洗,在不发生术中穿孔的情况下是不可能发生电切综合症的,所以手术安全性提高。从手术时间上比较可见等离子电切手术时间长,这是因为电切功率小,电切环小。因此单位时间内组织切除量低,造成手术时间长,也相应的增加了麻醉风险。重度前列腺增生多采用单极汽化电切术。此外我们发现在使用等离子电切镜切割小组织时,有时等离子体不发生,无法完成切割,所以有时做前列腺尖部修整很困难,并影响疗效。

(编辑:张天飞)

49例钬激光治疗表浅膀胱癌的护理体会

谢小燕,鄢俊安,宋彩萍,李雪梅 (第三军医大学附属西南医院全军泌尿专科中心,重庆 400038)

[关键词] 泌尿学;膀胱癌;钬激光治疗;护理
[中图分类号] R312 [文献标识码] B [文章编号] 1672-5042(2008)02-0146-01

膀胱癌发病率在泌尿系统肿瘤中占首位,且常为多发性,复发率高[1-2]。膀胱癌具有多中心生长特点,任何保留膀胱的手术治疗都会有一定的复发率,不用药物灌注治疗复发率可高达30%~90%[2-3]。我科自2001年以来采用钬激光治疗表浅膀胱癌,术后使用羟基喜树碱膀胱灌注以防止复发,取得较好疗效。现报告如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料

本组病例49例,男性32例,女性17例;年龄32~79岁。病程1个月至5年,其中12例为单发,其余则为多发,肿瘤数目2~7个。临床症状:39例患者出现肉眼血尿,其中10例为镜下血尿;13例有尿频、尿急、尿痛等膀胱刺激症状;无排尿困难,无发热。临床检查:49例均行膀胱及病理学检查、盆腔CT、排泄性尿路造影(IVP)腹部B超检查。膀胱镜提示膀胱新生物,病理活检提示:45例为移行上皮癌。病理分级为Ⅰ-Ⅱ级,4例为腺癌,病理分级为Ⅰ级。盆腔CT显示所有患者双肾及输尿管显影正常。膀胱癌分期按照国家抗癌协会分期为标准。

1.2 治疗方法

采用YAG激光器,波长2 100 nm,可调功率5~60 W,连续输出方式,直径为1.4 mm半硬性接触式光纤,操作镜为日本Olypmpus公司生产F22膀胱尿道镜。通过腔内镜在监视器下观察肿瘤的位置、形态及大小,然后,用接触式光钎将激光由内腔镜导入膀胱,从肿瘤根部切除,据肿瘤根部2.0~3.0 cm直径范围内灼烧。术毕放置尿管引流,术后1周开始行羟基喜树碱膀胱灌注。

2 结果

术中无明显出血及闭孔神经反射,无膀胱穿孔发生。随访1.5~2年,复发率4.1%,45例临床症状均消失,无严重的膀胱尿道炎发生,无骨髓抑制。

3 护理与讨论

术后留置尿管3~7 d,保持尿管引流通畅,注意观察尿液颜色变化,如尿液颜色逐渐变红,表明有活动性出血,必要时行持续膀胱冲洗,同时遵医嘱使用止血药,加强生命体征的监测[2]。密切观察腹部情况,出现腹胀,应正确判断为膀胱穿孔、尿管阻塞所至,根据原因作针对性处理。术后1周使用羟基喜树碱膀胱灌注。灌注液必须经导尿管注入膀胱,选择粗细适中的尿管,以免损伤尿道粘膜,放置尿管时要严格无菌操作,缓慢注入药物。灌注完毕嘱患者分别左侧位、右侧位、仰卧位、俯卧位各15~30 min。膀胱灌注后,严密观察患者有无血尿及膀胱、尿道炎发生[3]。本组有4例患者发生血尿,经治疗后好转。发生38.5 ℃以上的发烧应暂停灌注。由于膀胱癌具有多发性、复发率高的特点,因此术后膀胱灌注化疗很有必要。患者出院叮嘱其按时化疗,并定期行膀胱镜、B超检查。

[参考文献]

[1] 宋碧瑶,张 涛,付玉英,等.高能超声聚焦刀治疗复发性膀胱癌12例护理[J].局解手术学杂志,2003,12(5):360-361.
[2] 冯锦芳,梁爱群.经尿道钬激光膀胱肿瘤切除术的围手术期护理[J].现代临床护理,2003,1(4):28-30.
[3] 曹 伟,刘齐贵,姚建忠,等.钬激光治疗浅表性膀胱移行细胞癌68例[J].中国肿瘤临床与康复,2006,13(4):329-330.

(编辑:郭光金)

[收稿日期] 2008-01-06 [修回日期] 2008-02-15