维普资讯 http://www.cqvip.com



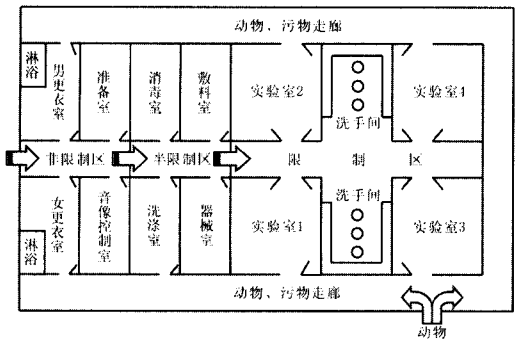



**图1 手术学实验室平面示意图**

### 1.2 实验室内的布局

实验室是动物手术的主要场所，室内布局应整齐、有序、简洁，物品不要过多，以留出更多的空间供学员穿手术衣。实验室的面积应根据每次学员的通过量进行设计，我校设有四个实验室，一次可以展开16台动物手术，容纳90名学员。每间实验室内的面积为45 $m^2$，设有动物手术台、无影灯、紫外线灯、音像设备、器械柜等，尚可安装摄录像设备。

## 2 实验室的管理

手术无菌技术观念是一个重要的基本概念，应贯穿手术学教学的全过程，学员掌握的程度是评价教学质量的重要指标之一，也是学员临床技能考核的主要内容之一[3]。手术学实验室是培养学员手术无菌技术观念的重要场所。学员经过理论学习，观看音像教材，已经有了初步印象，再进入实验室进行实际操作和练习，便会产生认识上的飞跃，形成概念。加强实验室的教学和管理，严格执行无菌技术，对于培养学员的基本概念是非常重要的。手术学实验室的管理，原则上应与医院手术室的管理相同，但也有所不同，体现在：①人流量大，同时容纳几十人在实验室内活动；②动物手术的无菌要求相对简单，因为动物本身的术前皮肤准备与病人不同；③手术人员为学员，与临床医师不同。

实验室的管理重点是：①严格执行各项管理规定，如手术学实验室规则，更衣室规则，手术人员的职责等[2]；②严格执行各项操作规则，如肥皂水刷手法，碘伏刷手法，穿无菌手术衣的方法，戴无菌手套的方法，手术室无菌技术规则，手术器械台的管理要求，器械的传递方法等；③必要的规则应用文字标示，但不宜过多；④加强对教学设备的维护和管理，特别是实验室内局域网、音像教材、电视监控室、阶梯教室的管理；⑤加强对指导老师的管理。

## [参考文献]

[1] 任 辉. 现代手术室感染的控制与管理进展[J]. 局解手术学杂志, 2005, 14(2): 128－130.
[2] 韩世发. 营区外科学及手术学基础[M]. 北京：人民卫生出版社, 2003. 230－232.
[3] 贾桂林，韩世发，窦贺荣. 手术学教学中加强学员素质和能力培养的探讨[J]. 局解手术学杂志, 2004, 13(6): 407.

（编辑：余汇洋）

# 蛋黄油配合按摩治疗新生儿硬肿症

**黄凤碧，黄桂仙** （百色市人民医院，广西 百色 533000）

[关键词] 新生儿；硬肿症；蛋黄油
[中图分类号] R722.16 [文献标识码] B [文章编号] 1672－5042(2005)05－0359－02

新生儿硬肿症是新生儿期病因复杂，发病率高，并发症严重的疾病，尤其是低出生体重儿及早产儿更易发生。我院对126例新儿硬肿症患儿除通过控制感染，对症治疗，支持疗法外，用蛋黄油配合按摩治疗新生儿硬肿效果显著，现将治疗方法及效果报告如下。

## 1 资料与方法

### 1.1 临床资料

2000年2月至2005年2月，我院共收治新生儿硬肿症126例，其中男84例，女42例。早产儿66例，足月低体重60例。生后3 d内发病64例，占59%，4－5 d发病54例，占42.5%，6 d后发病8例，点0.63%。

### 1.2 治疗方法

在保持皮肤清洁的前提下，将蛋黄油涂于硬肿部位，从硬处开始，以拇指指腹由内向外做环形按摩，力度要适中，禁忌与皮肤之间磨擦，以既不损伤皮肤又能使硬肿变柔软并富有弹性为佳，每次按摩10～15 min。同时要注意保暖，或在暖箱中进行，调整暖箱温度逐步升高至30～32℃，用蛋黄油从匀涂开为宜，每日按摩8～10次，白天可每2 h按摩1次，夜间可适当延长间隔时间，以免影响患儿睡眠，但要根据病情和硬肿程度而定，一般在换尿布时进行，按摩部位要根据硬肿程度交替进行，自始至终使硬肿部位保持柔软，使之逐渐达到富有弹性为佳，待病情好转后逐渐减少按摩次数，每3 h按摩1次，硬肿全部消退后，可停止按摩。

### 1.3 疗效判定

显效：体温于12 h内恢复正常，硬肿于3 d之内全部消退，哺乳反应良好。有效：体温于24 h内恢复正常，硬肿于3～5 d内全部消退，哺乳反应尚可。无效：体温24 h内恢复正常，硬肿5 d后逐渐消退，且哺乳反应欠佳或病情严重死亡者。

## 2 结果

126例患儿中，3 d治愈61例，占48%，4～5 d治愈63例，

[收稿日期] 2005－03－12 [修回日期] 2005－07－10

维普资讯 http://www.cqvip.com



占50%，总有效例数124例，占98%，无效2列，占0.15%。

## 3 讨论

新生儿硬肿症多发生于寒冷季节，又称寒冷损伤综合症，早产儿、低体重儿多见，与感染、窒息及产伤有关，以皮下脂肪硬化，水肿及全身代谢紊乱为主要特征，其机制可能与缺氧，酸中毒质产热受抑制，导致体温不升有关，当低体温时，可影响全身各脏器的代谢，出现缺氧，酸中毒，毛细血管通透性增加，组织水肿，血液粘调度增高，微循环障碍，且形成恶性循环。

蛋黄油加工简便，易于取材，取20－30只鸡蛋煮熟后剥去外壳及蛋白，用蛋黄慢火煎至冒烟出油，待凉后装瓶备用。蛋黄油具有活血散瘀，软化硬皮，对维持组织的正常新陈代谢具有一定的作用。能增强皮肤毛细血管的血液循环，促进软化硬皮及抗水肿的作用。蛋黄油为纯天然油剂，不含任何化学成份，润滑无刺激，局部外用可防止按摩时对皮肤的刺激而造成损伤，保护皮肤，又能在按摩的同时，直接通过皮肤渗透，发挥较强的抗水肿及软化硬皮的作用。其作用直接迅速，一次治疗显著。在所有的病例中，未出现皮肤损害和感染，是一种安全、简便而行之有效的治疗新儿硬肿症的最好的方法。

（编辑：蒋登金）

# 全麻开胸术后病人有效排痰方法的实践

李 文 （新疆伊犁州奎屯医院胸外科，新疆 奎屯 833200）

[关键词] 全身麻醉；开胸手术；护理
[中图分类号] R614.2；R655 [文献标识码] B [文章编号] 1672－5042(2005)05－0360－01

全麻开胸手术后有效的排痰是手术成功的重要措施之一，也是促使肺迅速扩张，预防术后并发症的有效方法。为制定开胸手术后有效排痰护理干预，提高排痰效果，作者对我科2004年5月至2005年6月71例开胸手术后病人实施了有效排痰措施，效果满意。现报道如下。

## 1 资料与方法

### 1.1 临床资料

本组病人71例，其中男46例，女25例。年龄22～71岁，平均年龄42.5岁。食道癌36例，肺癌24例，肺包虫6例，肺脓肿4例，纵隔肿瘤1例。均在全麻下行开胸手术，术后3例病人使用呼吸机辅助呼吸。

### 1.2 护理方法

1.2.1 心理护理 有效排痰与病人的主动配合密切相关，我们在实施护理干预前主动与病人沟通，向病人介绍开胸术后排痰是预防肺部并发症、促进康复的重要措施。

1.2.2 雾化吸入 选用最能降低痰液粘稠性的雾化吸入液，即生进盐水20 mml加糜蛋白酶4 000 U，庆大霉素8 U及地塞米松5 mg进行雾化吸入，病人术后麻醉完全清醒后即开始做雾化吸入，每日3次，每次30 min，护士注意观察雾化吸入后痰液粘弹及咳痰的情况，必要时增加雾化吸入次数。

1.2.3 指导病人用力呼气技术 让病人开放声门，吹气（用力呼气），然后放松，用膈肌呼吸，再次重复，直到粘液清除。开胸手术后护士指导病人实施用力呼气技术，直到病人完全掌握，特别是雾化吸入后，痰液粘弹性下降，结合翻身、叩背，使附着小支气管壁的痰液松动，实施用力呼气技术，将痰液咳出。

1.2.4 指导病人进行呼吸操锻炼 术前第5天开始呼吸操训炼，包括：腹式呼吸：病人取平卧位，一手放于胸前，一手放于腹部，胸部尽量保持不动，呼气时稍用力压腹部，腹部尽量回缩，屏气1～2 s，呼气时缩唇，像吹口哨一样缓慢呼气4～6 s，吸气与呼气时间比为1:2；膈肌呼吸：护士用双手放于病人腹部肋弓之下，同时嘱病人用鼻吸气，吸气时腹部向外膨起，顶住护士双手，屏气1～2 s以使肺泡完全张开，呼气时嘱病人用口缓慢呼气，由护士对病人进行指导，直至病人完全掌握，3次/日，每次10 min。

1.2.5 对人工气道呼吸机辅助呼吸病人的护士干预 带人工气道的病人应定时翻身叩背，有效吸痰，在保持患者气管导管气囊持续充盈情况下，及时吸引口腔、鼻咽部分泌物及导管分泌物。

## 2 结果与讨论

本组病人术后有痰自行咳出68例，有痰不能自行咳出3例，3例均为带人工气道呼吸机辅助呼吸病人，给予支气管滴生理盐水，配合翻身，叩背体位引流后吸痰，经上述处理后排痰顺利，全组未发生肺炎、肺不张等并发症。本组病人依从性好，都能配合实施排痰护是干预。有23例病人咳痰费力，痰液粘稠难以咳出，给予增加吸入数次，每日4～5次，痰液粘弹性下降，病人能顺利咳出痰液。吸痰指征是：翻身前听诊患者咽喉部有痰音，气管有锣音；咳嗽时有痰鸣音；呼吸机导管压力增高；血氧饱和度比原来下降2%左右。吸痰注意：先吸痰鸣音多的部位，痰位置高时应从上向下吸引，痰位置深时从下向上边吸边提，但不能将吸引口腔、鼻咽部分泌物的导管同时用于吸引气管导管内分泌物；吸痰管插到有阻力感觉时后退1～2 cm，使管口游离后再进行吸引，避免损伤粘膜；吸痰管必须在无负压的情况下轻轻插入，切莫边插管边吸引，吸引压力一般不超过25 mmHg。

有效的排痰是开胸手术后护理的关键，雾化吸入是常用的湿化气道、稀释痰液、降低痰液粘弹性的护理干预，用力呼气技术是一种与咳嗽相同的胸部物理治疗方法，使胸腔跨壁压开高，大气道受压直径变小，有助于气管纤毛清除。呼吸操锻炼能最大限度地动员全部吸气肌和呼气肌主动收缩，特别是占吸气功能80%的膈肌主动收缩，增强气道纤毛清除功能。本组病人通过上述措施，重新调动气道纤毛清除功能，促进排痰。

（编辑：郭光金）

[收稿日期] 2005－08－12 [修回日期] 2005－09－01