维普资讯 http://www.cqvip.com

切除吻合术4例,12例附加阑尾切除术。

2 结果

术后随访,3个月~5年,19例发育正常,无肠套叠复发。1例8岁儿童术后7个月后死于非何杰金氏淋巴瘤广泛转移,1例粘连性肠梗阻。

3 讨论

肠套叠是婴幼儿特有以肠梗阻为表现的急腹症。一般认为肠套叠的原因与肠道腺病毒感染、回盲部淋巴增殖、回盲部局部解剖特点,饮食的改变及遗传、免疫内分泌因素有关[1]。非手术疗法是治疗本病的首选和主要方法。X线下空气灌肠及B超下水压灌肠法应用较广泛,成功率高达90%左右[2]。本组20例婴幼儿空气灌肠整复失败而手术,考虑失败因素:①回结型复套9例及回回型小肠套叠1例,因空气灌肠治疗无效,仍留存回回型套叠。②套叠过紧造成套入肠管、系膜及套鞘血运障碍肠壁肿胀及回盲瓣压迫或膨胀力损伤共存、出现套入肠壁局限凹陷发硬和套鞘肠管浆层撕裂本组分别为6例和8例。③套叠时间长,就诊晚,肠管损伤重,出现较多腹腔渗液,本组套头达直肠1例,3例腹腔渗液超过100 ml。

肠活力判断是肠套叠手术中必须重视的一环,指标以肠管色泽、系膜动脉搏动、肠壁蠕动波来判断。可采用温热盐水纱布包敷,系膜血管周0.25%普鲁卡因或利多卡因封闭、系膜静脉注射10%氯化钠数毫升观察,失去活力行肠切除。本组肠坏死1例行肠切除。另1例距回盲瓣5 cm,三处三角形分布各约1~1.5溃疡面,复位术后第2 d大量便血,二次手术回盲部切除证实。

注意手术方法、减少术后并发症[2],脱套后,应将小肠内积聚的内容物用手推进大肠、以减少吸收。肠坏死切除,需行经近端减压,肠造瘘经近端置引流,以减少术后高热、惊厥、腹胀及感染性休克。对肠坏死切除,回回肠吻合,注意吻合口需距回盲瓣约8~10 cm以上。因为,回肠末端血运由回肠动脉终末支,与回结肠动脉的回肠支支配,在距回盲瓣约8~10 cm内吻合易损伤回肠动脉终末支与其伴行神经,导致该肠段蠕动不良,易引起梗阻致吻合口漏。手术中应详细检查回盲部、回肠末端是否有器质性病变,若发现,予相应处理。对于回盲部活动度过大,特别是复发性肠套叠,应考虑固定回盲部,以减少复发。

[参考文献]

[1] 尹素文,王 悦,赵 丽. 小儿急性肠套叠非手术治疗的护理[J].局解手术学杂志, 2004,13(2):129-130.
[2] 陈少锋,吴至声. 小儿肠套叠152例治疗体会[J].广东医学,2002,23(5):517-518.

(编辑:左艳芳)

困难气管插管术的护理配合

吕卫莎,张丽红 (青岛市人民医院手术室,山东 青岛 266001)

[关键词] 气管插管术;护理
[中图分类号] R653 [文献标识码] B [文章编号] 1672-5042(2005)04-0216-02

气管、支气管内插管术是手术室工作中不可缺少的一项重要组成部分,不仅广泛应用于麻醉实施,而且在危重病呼吸循环抢救复苏及治疗中也发挥重要作用。气管插管困难指声门不能完全显露或无法完成常规插管的情况。因估计不足而遇困难,不仅因插管失败使手术无法进行,还有可能威胁病人生命甚至死亡的潜在危险。现就困难气管插管术的护理配合报告如下。

1 插管前检查和估计

在气管插管前应常规实施有关检查,对气管插管的困难程度做出估计,以便决定是否存在插管困难,需要以何种方法解决。

常需检查的项目有:①张口度。Ⅱ度以上张口困难者,即最大张口时上下门齿间距界于1.2~2 cm(一指宽)时,常无法置入喉镜,多需经口盲探或纤维喉镜等方法引导行管。②牙齿。有无松动及固定牙冠或牙桥及活动性假牙,有无异常牙齿,如门齿外突或过长,这些均应避免在插管中的牙齿损伤及脱落。③颈部活动度。如果后仰不足80°,提示颈部活动受限(正常后仰大于90°),插管可能遇到困难,多见于老年人颈椎病变、短粗颈、骨折等病人。④咽喉部情况。咽腔炎性肿物及先天畸形、高喉头等情况,因插管经路可能有阻挡,可能无法明视经声门作气管插管。⑤其他。如鼻中隔偏曲、小下颌、暴牙、巨舌等情况应考虑到插管困难的存在。

2 插管前准备

做好患者心理护理工作,减轻患者焦虑紧张情绪,必要时可用以辅助药物以减轻血压升高、心率增快等插管不良反应。建立两条静脉通道,最好有一条静脉通道为软套管留置针。以免患者移动而脱出,并利于麻醉药品和急救药品的供给。准备并检查吸引器,除常规备好的气管插管用具外,对于困难气管插管患者应准备插管钳、润滑剂、枪式喷雾器,有条件者应准备纤维光导喉镜。

3 插管配合

插管前首先应建立通畅的气道,以保证插管遇到困难时病人的安全。在手术麻醉插管时,困难气管插管的病人多采用清

[收稿日期] 2005-02-21 [修回日期] 2005-3-30