维普资讯 http://www.cqvip.com

并发症的观察。教会病员用食管贮气发声，患者将空气经食管入口部，由咽肌的收缩代替声带振动，可发出咽食管音，再由舌、软腭的协调作用，先由简单的数字、单词到日常用语，耐心协助患者训练，培养患者的毅力，讲述他人获得成功的例子，给予病员坚持训练的信心。

5 出院指导

嘱患者加强身体锻炼，做到劳逸结合，避免感冒；戒食辛辣刺激食物；教会病员及家属能陈述气管套管的护理及康复保健知识的具体内容；家属会演示气管滴药、取放内套管、吸痰及简单的消毒隔离技术；病人及家属能掌握出院后家庭自我监护和救护要点；保持气管套管清洁、通畅、不脱管。告知病员遇呼吸困难，伤口出血或痰中带血，伤口周围糜烂等情况，要及时送医院处理，并定期到医院复查。

6 讨论

从大量资料中调查表明，大约15%～95%的医嘱不被患者所重视或理解不深，而患者从医护人员的态度和指导中有着直接的交流和沟通易于患者接受。健康教育的实施是体现医学模式转变的标志，是治疗疾病和医疗服务的有力补充，不仅能使患者认识到自我护理对维护自我健康的重要性，还提高了患者及家属参与健康护理的能力减轻了护士的护理强度，从而大大减少了术后并发症的发生。

（编辑：张集建）

超声引导经皮射频消融治疗肝癌的体会

杜 毅，高 薇，董 馨
（哈尔滨医科大学附属第一医院手术室，黑龙江 哈尔滨 150001）

[关键词] 肝癌；射频；超声引导
[中图分类号] R454.1；R735.7 [文献标识码] B [文章编号] 1672－5042(2003)04－0303－02

超声引导经皮射频消融（Percutaneous Radiofrequency Ablation，PRFA）治疗术是一种经皮肿瘤局部热疗的方法，为不能手术的原发性和继发性肝脏肿瘤提供一种新的有效治疗手段。我院自2000年9月引进集束电极射频治疗仪以来，治疗肝癌26例，近期疗效满意。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26例中，男20例，女6例。年龄41～70岁，平均54岁。病程最长3年，最短45天。

1.2 治疗方法

病人取仰卧或侧卧位，B超探测肝癌部位、大小及有无腹水并确定穿刺点及进针方向。左肝肿瘤一般在剑突下进针，右肝肿瘤从右侧腋中线或腋前线第7、8、9肋间进针。常规碘伏消毒皮肤，铺无菌单。穿刺点用1%利多卡因局麻后，尖刀切开穿刺点皮肤约0.5 cm小口。在B超引导下将集束电极穿刺针经切口穿刺入肝脏肿瘤内，按下穿刺针尾部将十枚电极从鞘针端呈“伞”样在肿瘤内弹开。集束电极与射频仪连接并在电脑控制下产生高频射频波。初始能量从20 W开始，视情况不同每2 min增加能量10 W或20 W，最高到90 W，肿瘤内达100～120 ℃高温。当组织固化到一定程度后，阻抗增加，同时能量下降并自动停止，完成一次治疗。

[收稿日期] 2003－06－23 [修回日期] 2003－08－10

2 结果

26例患者在治疗中23例出现程度不同的胀痛，热感；所有患者心率均降低，治疗中有2例出现呼吸困难，经吸氧后症状缓解。26例患者B超检查均显示强回声区，并可见到明显的气化现象。

3 讨论

3.1 适应证

集束电极发出的射频波一次可使组织凝固性坏死范围达5 cm×5 cm×5 cm，是目前世界上最先进的杀伤肝肿瘤细胞较多而损害机体较轻的“导向治疗方法”。对肝癌结节直径大于5 cm者可用多点射频治疗，其最大优点是可以反复多次处理病灶。主要适用于：①患者不愿手术的小肝癌；②各种原因不能手术切除的小肝癌；③直径大于5 cm的病灶；④手术不能切除或术后复发性肝癌；⑤肝转移癌。

3.2 围手术期护理

3.2.1 心理护理 肝癌患者精神忧虑，心理负担重，对手术存在种种顾虑，护士要耐心进行健康教育，介绍手术的特点，治疗过程中可能出现的不适，需配合的内容，以稳定患者的情绪，积极配合手术。并利用手术间播放背景音乐，使患者处于接受治疗的最佳状态。

3.2.2 术前准备 术前空腹6 h以上，常规术前30 min肌注盐酸哌替啶50～100 mg。

3.3 并发症的观察及护理

PRFA治疗中最易发生反应性低血压，严重时致呼吸心跳

维普资讯 http://www.cqvip.com

局解手术学杂志 2003年第12卷第4期
J Regional Anat & Operative Surg, 2003, Vol.12, No.4

骤停。护士应了解治疗过程中可能发生的并发症及后果，掌握抢救原则，应备好急救物品及药品，在PRFA治疗中应常规给病人吸氧，建立静脉通道，并进行心电及血氧监护，严密观察血压、心率、心电图变化，询问患者是否有不适的感觉。一旦出现低血压，心率减慢，立即报告医生及时救护。

本疗法主要并发症为术后发热。其主要原因为机体对射频发出高温的反应性发热和吸收热，一般在38.5 ℃左右，少数在39 ℃以上，一般持续3～7 d。可用安痛定退热，亦可用地塞米松减轻发热反应。术后常规应用广谱抗生素5～7 d，以预防肝内坏死区继发感染。术中严格执行无菌技术操作原则，避免感染。

有些患者在术后会出现疼痛，多因肿瘤组织凝固性坏死，肿瘤周围充血水肿致肝包膜紧张度增高所致。需肌注100 mg曲马多缓解疼痛。

综上所述，超声引导经皮穿刺治疗肝癌的方法具有以下特点：创伤小、操作简便、患者恢复快，可反复应用治疗复发肿瘤等优点，适于临床推广应用。

（编辑：兰阳军）

55例心脏不停跳心内直视手术配合体会

陈小丽
（第三军医大学西南医院手术室，重庆 400038）

[关键词] 心脏；手术
[中图分类号] R654.2 [文献标识码] B [文章编号] 1672－5042(2003)04－0304－02

心脏不停跳心内直视手术有术中不阻断心肌供血，缩短心肌的冷缺血时间和减轻再灌注引起的心肌损伤等优点。我院于1998年至2002年12月开展55例低温不停跳先天性心脏畸形矫治术，获得良好的疗效，现介绍手术配合体会如下。

1 临床资料与方法

1.1 临床资料

本组55例，男23例，女32例。年龄2～37岁，平均(15±2)岁。体重11～67 kg。其中先天性房间隔缺损39例，室间隔缺损14例，Ebstein心脏畸形1例，右室流出道狭窄1例。术后3月随访，恢复良好。

1.2 手术步骤(以先天性房间隔缺损为例)

本组采用静脉和吸入复合麻醉，正中切口，切开心包后悬吊心包于切口和胸壁上，开胸器暴露心脏术野。游离主动脉、上、下腔静脉，放阻断带，在右心耳缝上腔静脉插管的深荷包，在右心房前壁另作一下腔静脉插管荷包，转机，收紧上、下腔静脉阻断带。切开右心房进行心内探查。本组房间隔缺损采用直接缝合法31例，自体心包修补8例。操作结束，彻底排除心脏内气体后4/0～5/0 prolene缝合心脏，开放上、下腔静脉，停机，彻底止血，清点物品无误后逐层关闭切口。

2 术前准备

2.1 病人的准备

术前病人常规禁食8～10 h，禁饮4～8 h，婴幼儿禁饮4 h。术前半小时肌注鲁米那钠、阿托品，婴幼儿根据体重用药。巡回护士于术前一日访视病人，阅读病历，了解病人的一般情况，向病人介绍手术室环境、设备、麻醉方法、手术大致程序。尤其对患者及其家属应态度和蔼、耐心，以消除或减轻紧张的顾虑心理，建立良好互信的医患关系。

2.2 术中用物的准备

除常规手术器械、敷料和缝线外还需准备：肝素钠、氯化钙等术中用药；胸骨锯、氩气电刀、制冰机和除颤仪备用；钢丝折弯钳、钢丝引导器、静脉手术镊、镶片直头持针器、精细分离剪；洗耳球、20 ml注射器接20号留置针套管；10号mersili、2/0涤纶编结线、4/0 prolene。

3 术中配合要点

平卧位，胸骨后垫高，常规消毒铺巾。经正中切口进入前纵隔，用4号丝线6 mm×14 mm圆针悬吊心包于切口和胸壁上。

递腔静脉游离钳给主刀医生，游离主动脉、上、下腔静脉上阻断带，并将阻断带线尾收于橡皮管内。用2/0单涤纶线缝上腔静脉荷包、主动脉荷包，后者第一针为正针，第二针为反针。抽取准确肝素用量(2.5～3 mg/kg)，复述后递给医生对病人行全身肝素化，递精细剪和11号刀片开始主动脉、上、下腔静脉插管，7号丝线结扎固定插管。体外循环建立后递精细剪剪开右心房，心内拉钩显露缺损，器械护士应备好2/0双针涤纶线用于直接缝合，心包补片法应先将心包片平铺泡于0.6%戊二醛固定3～5 min，充分冲洗干净。缝合时多采用Prolene线连续缝合。

4 讨论

术前查对婴幼儿患者时需特别注意，应仔细询问家属该患儿的术前禁食情况及术前准备情况，确保手术麻醉的安全。由于术中没有低温高钾的心肌保护，为防止手术中发生意外情况，要求巡回护士提前准备好制冰机、除颤仪、心内除颤电极等

[收稿日期] 2003－07－09 [修回日期] 2003－08－28