维普资讯 http://www.cqvip.co

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

婴幼儿先天性胆管囊肿切除术护理配合体会

周娅颖，曾 俊，程 勤，卢 燕
（第三军医大学西南医院手术室，重庆 400038）

[关键词] 婴儿；胆管囊肿；先天性；切除术
[中图分类号] R657.4 [文献标识码] B [文章编号] 1672-5042(2003)04-0306-02

先天性胆管囊肿是直接威胁婴幼儿生命的一种疾病，也是严重影响婴幼儿健康成长的一个重要因素。由于影像学的飞速发展，大多数的先天性胆管囊肿病人，在新生儿及婴幼儿时期便能确诊并施行手术治疗，而如何做好手术护理配合是值得研究和关注的一个课题。我院从2002年5月至2003年5月对16例6岁以下的先天性胆管囊肿患儿施行了手术治疗，术前我科根据各年龄段患儿的生理特点制订详细的护理计划，经术中实施、应用，保障了16例手术均取得成功，现将该手术护理配合体会报道如下。

1 临床资料

患儿16例，女11例，男5例，年龄4月～6岁。患儿均于出生后数月，曾无明显诱因出现皮肤发黄，大便苍白呈糊状，伴腹泻、恶心、呕吐、腹痛，上述症状可自行缓解，但反复发作，腹痛次数逐渐增加，患儿亲属于入院前发现患儿腹部胀大。

2 术前准备

2.1 参加术前讨论

重点掌握手术方式及手术步骤，与手术医生共同探讨婴幼儿术中护理的难点、重点，制订详细的术中护理计划。术前根据手术方式做好手术仪器、器械、物品准备工作，并掌握手术医师手术习惯、特殊器械及手术用物喜好等。

2.2 术前访视

与患儿亲属交谈，了解患儿基本情况，根据不同年龄段嘱亲属做好禁食、禁饮准备，术前尽量与患儿建立友好关系，诱导其术中与医护人员密切配合。

2.3 器械及物品准备

小儿剖腹探查器械、小儿肠钳、可可钳、小直角钳、0.05%醋酸洗必泰棉球、硬膜外导管、1.5 mm硅胶管、15号刀片、20 ml注射器，5/0、4/0、2/0可吸收缝线等。

3 术中配合

3.1 巡回护士配合

3.1.1 有效的保温措施 婴幼儿体温中枢发育尚不完善，对外界环境的调节能力较差，加上体表面积与血容量比率较大，散热面积大等原因，故适宜的保温措施至关重要。术前我科通过室内恒温调节器和中央空调将室温控制在21～23 ℃，恒定的室温持续至患儿送出手术间。手术床上铺变温毯，将毯面温度设置在42 ℃，于手术前半小时开机预热，待患儿麻醉后插入变温毯肛温探头，根据患儿年龄大小将患者欲达体温设在36.2～37 ℃，术中变温毯机的肛温探头可直接反应患儿体温，并根据患儿的体温自动调整毯面水温，始终保持体温达到设定的范围。静脉输入的液体经37 ℃恒温水浴箱加热后输入体内，冲洗腹腔均用37～42 ℃生理盐水。由于以上措施的应用，有效的保持了患儿体温的恒定。

3.1.2 有效的静脉通路 为保证静脉通道的畅通、有效，在患儿麻醉后常规进行颈内静脉穿刺，连接一次性精密输液器，可精确记录每小时入液量至每毫升，根据患儿年龄、体重、术中出入液量精确计算出每分钟应输液量，通过一次性精密输液器即时调节输液速度。

3.1.3 留置导尿管 麻醉后根据患儿大小选用8～12号的气囊尿管进行留置导尿，小患儿可用1.0 mm硅胶管导尿，尿管末端连接一次性精密尿袋，可精确的记录每小时尿量至每毫升。

3.1.4 精确记录出血量 婴儿的高代谢率导致较快的细胞外液周转，因此，精确的统计出入液量是输血补液的前提。为更加准确的统计出入液量，术中使用两套吸引器，一套用于吸囊液，另一套用于吸手术创面渗血渗液并每小时观察记录出血量。手术台上使用的纱布术前在无菌条件下称重，使用完毕及时称重，做到精确统计出血量至每毫升，为手术医生提供了准确的数据，为术后输液补血提供良好的依据。

3.2 洗手护士配合

3.2.1 切口应用手术贴膜 婴幼儿体积较小，对外界环境的调节能力较差，在铺巾后用脑科专用手术贴膜铺于孔巾上，这样不仅可防止腹腔渗出液浸湿无菌巾而导致病人体温下降；还可有效阻止切口周围皮肤的散热，减少热量丢失；同时可有效接取腹腔内渗液，准确统计液量。

3.2.2 开腹 递20号刀片切开皮肤后，递电刀笔止血，为避免对组织的过度损伤，电刀功率应控制在20 w，常规进腹，切开腹膜，探查囊肿大小决定手术方式。

3.2.3 囊肿减压 为防止囊液污染手术野而增加不必要的感染，在囊肿减压前应预先备好5 mm×14 mm圆针0号线缝荷包后，递16 G静脉留置针插入荷包中心拔出针芯，将吸引器连接管与留置针软管相接，缓慢吸出囊液，囊肿减压后拔出留置针软管将荷包线收拢打结，这样还可避免囊液量丢失导致计量不准。

3.2.4 胆囊剥离 递小直角钳从胆囊底部顺胆囊体、胆囊颈逆行剥离胆囊、胆囊管，游离胆囊动脉后，递1号线结扎胆囊动脉。

3.2.5 囊肿切除 分离囊肿与腹腔脏器粘连后递0号线结

[收稿日期] 2003-07-08 [修回日期] 2003-09-09

维普资讯 http://www.cqvip.co

扎止血，小骶尾钩牵开肝脏，显露第一肝门，由囊肿部位切断肝总管后递4 mm×12 mm圆针、3/0丝线在胆管左右两端各缝一牵引线作标记，囊肿断端递4号线结扎，沿囊肿向十二指肠方向剥离至胆胰汇合上方的胆总管处切断胆总管，剥离、切除胆管囊肿部分。

3.2.6 测试下段胆道 婴幼儿胆总管较细，应根据患儿大小备好硬膜外导管或相应的硅胶管，从残留的胆管下段插入硬膜外导管注水测试下端胆管是否保持通畅。下端胆管确定通畅后递5 mm×14 mm圆针，0号丝线缝闭胆管。

3.2.7 游离空肠 递文氏钳分离肠系膜，0号线结扎止血。空肠外置时应在空肠下垫盐水纱垫，肠腔表面间断喷洒37℃生理盐水保持肠腔湿润。取25～30 cm段空肠游离肠系膜后递小儿肠钳离断空肠，0.05%洗必泰棉球消毒空肠断端，递4/0可吸收缝线行空肠－空肠端侧吻合。

3.2.8 胆肠吻合 提前备好5/0可吸收线作肝总管－空肠Roux-Y型前后壁全层连续吻合，递盐水纱垫检查吻合口有无渗血、胆漏。在吻合口上喷生物蛋白胶，预防吻合口漏。认真清点手术用物后，用2/0可吸收缝线关腹。

4 讨论

婴幼儿生长发育迅速，中枢神经发育处于活跃阶段，各器官的构造和功能尚不健全，对疾病、麻醉、手术创伤的反应与成人显著不同。因此，手术前我们与手术医生共同参加术前讨论，根据患儿年龄大小、术前的各种检查，充分估计术中失血失液量，制订详细的手术护理计划。术中除严密观察病情外，我们将严格控制出入液量作为护理的重点，做到精确统计出入量至每毫升。为解决因患儿四肢短小静脉通道不易管理的问题，基础麻醉后我们常规进行颈内静脉穿刺置管，以保持术中静脉通道的有效性，为术中输血输液提供了保障；同时也可减少术后静脉穿刺给患儿带来的痛苦，为术后护理提供了方便。手术配合在手术中占重要位置，洗手护士必须熟悉手术步骤，提前做好各种特殊器械、物品的准备，术中传递及时、准确、敏捷。洗手护士还应了解主刀医生的手术习惯与各种用物喜好，便于与手术医生默契配合，尽量缩短手术时间，减小手术对患儿的刺激。该手术属于污染手术，应严格无菌技术，提醒手术医生做囊肿减压、胆肠吻合时保护好周围组织，以防囊液渗出污染手术切口，影响术后切口的愈合。婴幼儿的保温措施至关重要，有效的保温措施直接影响患儿术后的生理功能恢复。我们采用控制室温，手术床上铺变温毯，经静脉输入的液体经恒温水浴箱加热后输入体内，手术台上铺巾后贴脑科专用手术贴膜减少体表散热等方法，有效的保持了患儿体温恒定。

（编辑：王 林）

浅谈105例胸部穿透伤的抢救体会

王 莉，曾 俊，陈小丽，邵 华，周 妮
（第三军医大学西南医院手术室，重庆 400038）

[关键词] 创伤；急救
[中图分类号] R641 [文献标识码] B [文章编号] 1672－5042(2003)04－0307－02

严重胸部穿透伤是一类由强力、高速、锐利的异物直接由胸背部或腹部进入胸腔引起的多器官损伤，其病情凶险，变化急速，如不及时救治，将危及病人生命，死亡率很高。我院自1998年至2002年共收治严重胸部穿透伤105例，经过及时的手术与抢救治愈101例，死亡4例。死亡原因为3例心脏损伤，死于失血性休克2例，心力衰竭1例，另1例死于枪伤失血性休克，现将抢救体会与手术配合总结如下。

1 临床资料

1.1 一般资料

本组男性92例，女性13例。年龄13～52岁，平均为25.4岁，其中30岁以下72例(66.2%)。刀刺伤95例(90.4%)，枪伤6例(5.7%)，炸伤2例(1.8%)，铁杆刺伤1例(0.9%)，砂轮伤1例(0.9%)。

[收稿日期] 2003－06－08 [修回日期] 2003－09－01

1.2 伤情

左胸伤75例(71.4%)，右胸伤19例(18%)，双侧胸部伤11例(1%)，合并心脏损伤22例(2%)，胸腹联合伤24例(2.2%)，气管损伤1例(0.9%)，四肢伤82例(7.8%)，伤后出现血胸12例，气胸6例，血气胸87例，血压低于90 mmHg者84例。

1.3 手术方式

本组105例病人中剖胸术83例，心脏修补22例，肺修补51例，肺叶切除2例，膈肌修补5例，肋间动脉或胸廓内动脉断裂止血27例，剖腹术18例，均为胸腹联合伤，除膈肌修补外，行肝修补7例，脾修补2例，脾切除6例，胃修补7例，结肠修补2例，肾修补1例，同时剖胸剖腹术1例，经左颈切口行气管修补1例。

2 术前准备

2.1 物品准备

严重胸部外伤患者手术治疗是抢救病人生命的唯一途径。明确诊断脏器损伤应直接送手术室，而器械与物品的准备是手