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

维普资讯 http://www.cqvip.com

仪器;同时也要求器械护士熟悉操作步骤,在手术配合中准确、快速,缩短手术时间;术中麻醉和体外循环机组都需抽取多种药物,巡回护士在配合时要严格查对、标识清楚,并保留药物安瓿至手术结束。主动脉、上、下腔静脉的阻断带需用消毒石蜡油润滑,防止割伤血管;带缝针线要妥善保存,我院采用6 cm×17 cm切口贴贴于手术托盘上代替针垫,该方法经济方便,便于清点。全麻后病人的导尿管延长接至量杯内,并显露尿液滴数便于观察尿量和色泽。肛温探头套上一次性使用的安全套后再放入病人肛门防止医源性感染,肛温显示准确后固定可靠;术毕静脉推注鱼精蛋白中和肝素时,推注速度要慢,并密切观察血压的变化,防止推注过快引起血压降低。

(编辑:文 灿)

颊部皮下蒂皮瓣修复唇癌手术组织缺损的护理

卓春华,盛丽影
(佳木斯大学口腔医院手术室,黑龙江 佳木斯 154002)

[关键词] 颊部皮下蒂;皮瓣;唇癌;护理
[中图分类号] R782.2 [文献标识码] B [文章编号] 1672-5042(2003)04-0305-01

唇癌是整形、颌面外科常见的肿瘤疾病,无论肿瘤发生在上、下唇,手术范围之大均可造成大面积的组织缺损,以往采用的上、下唇互补式修复使口腔明显缩小,且严重影响美观。颊部皮下蒂皮瓣修复唇癌组织缺损是目前发展很快,且有着广泛前景的外科新技术,它不仅保证了肿瘤切除的彻底性,而且有效地进行了局部功能的重建与容貌的修复。我院近5年来应用颊部皮下蒂皮瓣修复唇癌手术组织缺损52例,现将护理体会总结如下。

1 临床资料

本组52例,男41例,女11例,年龄49~80岁,上唇癌13例,下唇癌39例,实施全唇皮瓣修复18例,大部缺损修复26例,部分缺损修复6例,2例只用3 cm×3 cm皮瓣修复。组织瓣全部成活49例(占94.23%),部分成活3例(占5.77%),1例失败(占1.92%)。52例中50例选用经鼻气管内全麻,2例局麻完成手术,最长时间220 min,最短98 min,平均(180±15)min。

2 临床护理

2.1 术中护理

手术前日看望病人,了解肿瘤大小,手术范围多少,与手术医生术前相互沟通做好必要的术前准备。病人入室后,首先开放两条静脉通道,一条专用于全麻给药,另一条用于输血或补液(如有备血,应用套管针开放静脉)。在麻醉医生做完麻醉诱导气管内插管后,器械护士开始准备无菌单并整理全部手术器械,由于皮下蒂皮瓣修复手术需用一些特殊器械、术前必须准备并核对齐全。术中严格无菌操作,与手术医生密切合作,争取皮瓣术后全部存活。在皮瓣设计的过程中,巡回护士常感觉到有放松的空间,这里要强调的是心理绝不可松懈,坚持做好巡回护士的工作。

2.2 术后护理

2.2.1 一般护理 切除唇部肿瘤所致的口腔组织缺损,严重影响口腔功能和外形,必须使用颊部皮下蒂皮瓣进行修复,皮瓣存活率的高低直接影响着手术效果,术后护理是非常重要的环节。首先我们要查看皮瓣的颜色、温度,可进行毛细血管充盈试验,即用针头或棉签压迫皮瓣1 s后放松,观察皮瓣颜色恢复时间,3~5 s内恢复属正常。确保伤口负压引流通畅,并且避免敷料加压皮瓣是防止皮瓣区受压的护理关键。一般对皮瓣血运情况的评价指标是:皮瓣血运正常皮瓣呈粉红色或淡红色,毛细血管充盈试验正常;皮瓣动脉供血不足时,则皮瓣颜色苍白,毛细血管充盈试验迟缓;皮瓣静脉回流不畅时,皮瓣呈现紫红或紫黑色,并有细水疱,说明皮瓣已严重缺血缺氧,将情况及时报告医生,采取相应措施处理。本组中有6例术后5~8 h皮瓣颜色变白或颜色加深,经局部负压引流,松解伤口敷料包扎带,输入低分子右旋糖酐,并给予654-2疏通微循环,扩张末梢血管,2例皮瓣全部存活,3例大部分存活,1例出现坏死而致手术失败。

2.2.2 口腔特殊护理 唇癌术后的皮瓣修复,均必须进行口腔特殊护理,对皮瓣的存活有着至关重要的作用。一般每天2次,采取的方式有:①用吸引器吸出或用干棉球擦去口腔中的痰液及分泌物;②用1%双氧水棉球轻轻涂擦口腔周围皮瓣和其他组织;③应用嗽口液清洗口腔,对有疑似皮瓣坏死者除及时换药外,必须增加口腔护理次数,必要时用75%酒精涂擦伤口,1~2 h一次,每次一分钟,并尽可能保留部分正常皮瓣,促使其早日愈合。

2.2.3 心理护理 唇癌患者术后不仅局部功能受损,且外表容貌有些破坏性改变。不仅给患者日常生活带来很大的不便,也给患者带来巨大的心理压力。我们根据其年龄、文化程度、生活习惯、社会背景、性格特点等制订不同护理措施。与病人多交流,及时了解病人心态,并鼓励其战胜疾病的信心。对个别悲观轻生者,及时掌握他们的心理及情绪变化,每日由专人负责进行心理疏通,并告知手术做得很成功,面部的血运很丰富,愈合效果会越来越好,随着皮瓣的存活,瘢痕亦会越来越小,使患者逐渐减轻心理负担,使其术后顺利康复,早日出院。

(编辑:黄春霞)

[收稿日期] 2003-07-08 [修回日期] 2003-09-30