维普资讯 http://www.cqvip.com

伤情严重,失血量大,无现场急救而延误治疗的病死率高;受伤脏器数量多,合并伤多,尤其是合并颅脑伤、胸部损伤病死率高;术中漏诊,出现并发症行再次手术后病死率高;合并MOF病死率高。

5.MOF的防治

在AMOT的情况下,严重休克和胃肠道损伤是造成细菌移位更易发生MOF。因此对于AMOT患者伤后应及时、正确地救治复苏,抗休克,药物的合理应用,及时行诊断性手术;术中防止遗漏,减少手术创伤,清除一切坏死组织,彻底冲洗,消除污染,放置确实可靠的引流管;伤后及术前应用抗生素防止感染;以及术后合理营养等等是防止MOF发生的重要环节。在救治过程中注意保护重要脏器的功能,正确吸氧,可遏制MOF的起动因素。

参 考 文 献

1.苏鸿熙, 刘世恒, 盛志勇, 等. 现代多发伤治疗学. 北京: 人民军医出版社, 1993, 101.

2.Dellinger EP. Efficacy of short - course antibiotic prophylaxis after penetrating intestinal injury. Arch Surg, 1986, 121:23.

(收稿日期:2003 - 01 - 10)

·个案与短篇·

应用腰椎间盘镜的围手术期护理

高 薇* 符利君* 张 静*

腰椎间盘镜(MED)监视下手术治疗腰椎间盘突出症的适应证较广,可同时进行神经根管减压。我院自2002年4月至12月应用MED实施腰椎管减压,髓核摘除手术,该方法手术创伤小,直观,视野清晰,出血少,术后恢复快,痛苦轻,疗效好。由于是一种新技术,我科加强了围手术期病人的护理,目的在于提高病人对手术的耐受力,减少术后并发症的发生,促进机体顺利地康复。现将临床护理体会介绍如下。

一、临床资料:本组22例中男13例,女9例。年龄32~55岁。腰4,5椎间盘突出15例,腰5骶1椎间盘突出7例,病程平均1年半。

二、术前护理

1.手术间准备:椎间盘镜手术要求无菌严格,宜安排在净化层流手术间,室温调至22~25℃,相对湿度保持为50%~60%,房间拉下百叶窗,防止室内光线太亮,影响荧光屏清晰度。房间的大小以50 m^2 左右为宜。减少室内人员,同时尽量减少工作人员的流动。

2.病人准备:病人除常规的术前准备外,坚持围手术期的整体护理,术前和病人进行沟通,讲解手术步骤,缓解焦虑,术中利用手术间背景音乐功能播放轻音乐,通过精心选择的音乐使病人从不舒适的不健康的生理和心理状态改变为合意的状态。术后坚持随访。

3.MED系统:(1)显示系统;(2)手术操作通道及椎旁肌扩张管;(3)专用手术器械。

三、手术配合

1.手术体位:硬膜外麻醉成功后,病人俯卧位,腹部空出,腰后弓。

2.手术方法:0.5%碘伏消毒皮肤,常规铺巾,连接好各种线路及管道,打开冷光源,调节好电视屏幕,术者在C臂X光机监视下,棘突旁1.5 cm定位针定位手术间隙,然后以针为中心作纵切口1.6 cm,用椎旁肌扩张器行椎管外扩张椎旁肌,安装MED系统。再次确定手术椎板间隙,并清除操作通道内残余软组织。弯头刮匙椎板下缘剥离黄韧带,咬除部分椎板,黄韧带及小关节突内侧缘。打开椎管后,先用解剖器探及硬膜外间隙分离椎管内粘连,避免咬除黄韧带时误伤硬脊膜或神经根,电凝止血,找出病变椎间盘及受压神经根,扩大狭窄神经根管,剥开神经,取出椎间盘。确定神经根卡压完全松解后,冲洗伤口,明胶海绵止血,拔出工作通道,缝合深筋膜及皮肤切口,一次性刀口敷贴覆盖创口。

四、术后伤理

术后监测病人的生命体征,定时测量血压,病人于手术当天麻醉后即可下床大小便,术后静脉注射或口服抗生素3 d,手术后1~4 d可出院。

五、腰椎间盘镜手术是骨科开展的先进微创外科手术之一,手术室护士应进行专科培训,掌握该种手术的手术步骤及配合要点,熟悉器械、仪器的名称和正确使用方法。器械多为精密器械,因而需专人保管,专人使用,定位放置。为了提高仪器的使用率,完好率,降低故障率,操作者应熟练掌握操作技能,每次完用之后,严格查对确保性能良好的情况下,以专用内窥镜器械清洗机彻底清洗、涂油放入盒内备用。镜头和光纤导线宜轻拿轻放,以免破坏镜面或扭曲错位。由于腰椎间盘镜手术的实施,尽可能减少了围手术期病人的痛苦,加之精心的护理,使病人得以早日康复。

(收稿日期:2002 - 12 - 29)

* 作者单位:150001 哈尔滨医科大学第一附属医院外科手术室