维普资讯 http://www.cqvip.com

中国局解手术学杂志 2002年第11卷第4期
Chin J Regional Anat & Operative Surg,2002,Vol.11,No.4

硝普钠治疗肾移植术后高血压危象33例报告

许爱华* 王殿珍*

我科从1998年1月－2002年10月共做尸肾移植术225例,其中33例在肾移植术后当天出现了高血压危象,均在用普通降压效果不理想的情况下采用输液泵静脉滴注硝普钠治疗获得迅速疗效,现报告如下:

一、资料与方法

1.临床资料:肾移植术后高血压危象患者33例,男20例,女13例,年龄16～69岁,平均40.5岁。病因:30例为慢性肾炎所致的终末期尿毒症患者,3例为糖尿病所致的终末期尿毒症。术前均采用维持性血液透析治疗,最长透析2年,最短透析1个月。术前患者均有不同程度的高血压,均用口服降压药维持治疗。术后患者收缩压在24.0－28.0 kPa(180－210 mmHg)29例,29.3－33.3 kPa(220－250 mmHg)4例,舒张压14.6－18.6 kPa(110－140 mmHg)3例,>18.6 kPa(>140 mmHg)2例。高血压危象发生时,患者都有不同程度的头痛、头昏、气喘、呼吸困难,其中2名患者伴有心前区疼痛。

2.给药方法:将硝普钠50 mg加入5%葡萄糖注射液500 ml中稀释,用输液泵管排气,备好输液泵,将排好气的输液装置放在输液泵的适当位置,输液瓶及输液泵管用黑色治疗巾包裹避光,开启输液泵,调速,开始时50 ml/h,以后根据血压调整。

3.注意事项:①滴速:硝普钠具有发挥药效快、作用强的特点,尤其是开始用药的几分钟内,发挥作用最强,因此要严格控制速度,本文使用输液泵控制滴速,避免了因滴数过快而使血压迅速下降出现休克现象。②避光:本品遇光易分解变质,配制后输液瓶及输液管要用避光材料包裹。③现配现用:超过8 h需更换,因为此药使用时间过长,药效逐渐降低。④严密观察血压变化:因为硝普钠的副作用主要是引起血压急剧下降,因此我们在开始使用硝普钠时,每5－10 min测血压一次,待血压平稳时,每30 min测血压一次。

二、结果

33例高血压危象患者均为舌下含服心痛定、派唑嗪及卡托普利,效果不佳的情况下采用硝普钠。结果所有病例均在用药后5～10分钟血压下降4.0～6.7 kPa(30～50 mmHg),30～60分钟头痛、头昏、气喘、呼吸困难等症状明显减轻或消失,而且血压维持在所要求的波动范围内,即收缩压降至20.0～24.0 kPa(150～180 mmHg),舒张压降至14.6 kPa(110 mmHg)以下。

三、讨论

肾移植术后当天最易发生高血压危象,是由于术前大多数病人有继发或原发的高血压;术前、术中精神紧张;术前和术中应用大剂量皮质激素和环孢素预防排斥反应;术中输血输液过多导致容易负荷过重;术后动静脉吻合口水肿狭窄,从而使血压骤然升高,引起小动脉痉挛收缩,产生危急状态而表现出相应的临床症状和体征,主要受累器官出现心、脑、肾症状,高血压危象发生以后主张尽快降压,防止严重并发症发生,一般主张用硝普钠,它的药理作用是可直接作用于血管平滑肌,使动脉扩张,外周阻力下降;可减轻心脏负担,改善心脏功能,除扩张小动脉外,还扩张容量血管。通过临床观察证实,它的降压效果迅速、准确。应用时要求剂量准确,滴速均匀,滴速过快易使血压骤然下降,造成休克,危及生命;滴速过慢则达不到预期效果,给治疗与护理带来困难,因此用输液泵静脉滴注硝普钠控制血压,特别适合于肾移植术后高血压危象的首选治疗。

(收稿日期:2002－11－18)

* 作者单位:400038 重庆市第三军医大学附属西南医院泌尿中心肾科

腹腔镜下结肠直肠切除术围手术期护理

刘 娜* 葛淑芝* 张静波*

腹腔镜技术已成为外科治疗的手段,它具有生理干扰少、创伤小、痛苦轻、并发症少、康复快等优点。我院于1999年至今为6例患有结肠、直肠疾病的患者进行了电视腹腔镜下结肠切除术、直肠切除术。现将围手术期护理体会报告如下。

一、临床资料

本组患者男6例、女4例。年龄在30～55岁之间。其中直肠息肉患者2例、结肠冗长患者1例、结肠癌患者1例、结肠息肉患者2例。手术时间2～4 h,平均术后住院时间6 d。

* 作者单位:150001 哈尔滨医科大学第一临床医院普外科

维普资讯 http://www.cqvip.com

中国局解手术学杂志 2002年第11卷第4期
Chin J Regional Anat & Operative Surg, 2002, Vol.11, No.4

二、术前准备

1.心理护理:该手术是新开展的一项技术,护理人员作好术前宣教工作。根据每个病人不同的情况进行适当的解释,并说明手术的目的、时间、麻醉方法以及介绍手术医生情况,以缓解病人对手术的神秘感和恐惧心理,提高病人对医护人员的信赖。

2.皮肤准备:按常规经腹部手术范围及方法进行术野皮肤清洁。因为手术可能在脐孔穿刺,所以要特别注意脐孔的清洁,可用酒精清洁脐孔,必须严防损伤脐孔,以免引起继发感染。

3.留置胃管、尿管:术晨置胃管,确保有效胃肠减压,防止肠胀气,影响术野的暴露;留置尿管,一方面在手术中可使膀胱空虚,防止尿储留;另一方面手术中易于辨认膀胱,防止误伤。

三、术后护理

1.心理护理:应体察和理解病人的心情,从每个环节来减轻病人的疼痛,采用具有亲和力的语言和行为、暗示等,比如听音乐等均可减轻疼痛,消除心理负担。

2.生命体征的监测及引流管的护理:术后麻醉未清醒时取去枕平卧位,头偏向一侧,保证充分的氧气吸入,预防二氧化碳气体积蓄在膈下引起的反射性肩痛和高碳酸血症产生。术后保持有效胃肠减压,观察量、色及性质,术后2~3 d待病员自行排气后便可拔除,在此期间还要鼓励病员早期离床活动,以利于肠道蠕动;尿管可在术后第一天晨拔除。

3.预防感染:术后遵医嘱应用抗生素,并且严密监测体温,预防切口感染。此外还要预防呼吸道的感染,病员一般都采用气管插管静脉复合麻醉,为预防全麻术后喉头水肿、肺部感染等并发症的发生,术后及时清除口咽部分泌物,嘱病员有痰时尽量咳出,必要时协助拍背咳痰,鼓励其早期下床活动,不易咳出粘稠痰时给予超声雾化吸入3~4次/d。

4.饮食护理:根据结、直肠术后饮食的特殊性,制定一个合理的饮食计划尤为重要。待胃肠道恢复蠕动后,可进水、果汁等,2~3 d可进全流食,一周可进半流食,不可以进食含纤维素及辛辣刺激性的食物。

(收稿日期:2002-10-13)

肩胛舌骨肌综合征的诊治

张文平*

肩胛舌骨肌综合征较为罕见,主要临床特征为病人在吞咽时颈部突起一包块,待吞咽动作完成后,颈部包块随之消失,颈部触诊则无明显包块。现将我院1989年至2001年收治的11例肩胛舌骨肌综合征报告如下。

一、资料与方法

1.临床资料:11例中男6例,女5例,年龄21~67岁,平均46.61岁。病程1个月~3年。8例为左侧颈部肿块,3例为右侧颈部肿块。主要症状为吞咽时不适或吞咽困难及颈部肿块。查体:病人吞咽时颈部相当于胸锁乳突肌中下段处可见一直径2~3 cm大小肿块,触之光滑,边界不清,无压痛,不随吞咽上下活动,无波动感,无震颤,未闻及血管杂音。吞咽动作完成后,颈部肿块消失,再触诊时,无明显包块。术前均常规行甲状腺扫描及颈部B超检查,11例甲状腺扫描正常,7例B超检查示左(或右侧)侧肩胛舌骨肌增厚,4例B超检查示颈部未见异常,全组均行肌电图检查无特征性改变。

2.治疗方法:全组11例均行手术治疗,2例采用局麻,9例在颈丛麻醉下行肩胛舌骨肌切断术。手术在胸锁乳突肌下部行低位横切口,长约3~5 cm,逐层切开皮肤,皮下组织,显露颈动脉鞘区,并略向上分离,找到带状的肩胛舌骨肌下腹,触之较韧,嘱病人行吞咽动作,该肌肉即向前上方挺起并推动位于其浅面的胸锁乳突肌向前上方移动,形成左颈部包块,吞咽动作结束后颈部肿块消失,将肩胛舌骨肌游离一段后,分离肌肉筋膜间粘连,切断并结扎两端,再嘱病人吞咽时颈部不出现肿块,缝合切口。

二、结果

全组病人均于术后1周内痊愈出院,随访6个月~3年,病人无症状且颈部无肿块再出现,术后均行病理检查,报告为横纹肌部分萎缩、纤维化。

三、讨论

1.肩胛舌骨肌起于肩胛骨上缘肩胛横韧带,止于舌骨体外侧半,它的作用是下拉舌骨,受颈袢C_{1-3}神经支配。人在进行正常吞咽动作时下颌固定,舌骨上肌群收缩上提舌骨,以推挤食物团向食管内移动,待一次吞咽动作结束,舌骨下肌群收缩下拉,使舌骨回到原来的位置,此时肩胛舌骨肌只能沿中间腱鞘限定的范围活动,因此中间腱鞘具有向下牵拉舌骨的作用,若将肩胛舌骨肌的上点,中间腱鞘中点以及起点划一连线,即呈"L"型。

2.肩胛舌骨肌综合征的病因是先天性筋膜发育薄弱,劳损或撕裂导致中间腱鞘松弛所致。一旦中间鞘松弛,对中间腱的约束固定作用减弱消失,肩胛舌骨肌处于松弛状态,逐渐发生该肌的废用性萎缩、变性,弹性丧失,长度缩短,吞咽时不能相应地伸长,失支有效约束的中间腱向外上方移位,肩胛舌骨肌

* 作者单位:046000 山西省长治医学院和平医院胸外科