维普资讯 http://www.cqvip.com

患者信心和提高配合能力;术后手术室护士的随诊也是我科开展的另一项新举措,进一步加强手术室护士对手术患者的体贴和关心,增强手术患者对术后痛苦和困难的克服决心,共同促进手术患者早日康复,从而全过程体现了"一切以病人为中心,全心全意为病人服务"的服务宗旨。

(收稿日期:2002-10-10)

妇科恶性肿瘤术时髂内动脉化疗20例临床分析

和亚兰*

手术治疗是决定妇科恶性肿瘤预后的主要因素,而手术操作时能使有活力的癌细胞进入血循环中,其中一部分可能沉积在毛细血管内形成微小的癌灶,为肿瘤的转移提供机会。我院于1997年12月至2002年8月对20例妇科恶性肿瘤患者进行手术时,采用术时髂内动脉灌注化疗的方法,以减少术中癌细胞扩散的机会,现报道如下。

一、资料与方法

1.临床资料:本组20例妇科恶性肿瘤,均经手术及病理切片证实。卵巢癌11例(其病理类型为腺癌Ⅲ期4例,浆液性囊腺癌Ⅰ期1例Ⅲ期2例,转移性卵巢癌Ⅲ期1例,不成熟畸胎瘤Ⅱ期1例,颗粒细胞瘤Ⅰ期2例),输卵管腺癌Ⅱ期1例,宫颈癌Ⅰb期3例,子宫体癌Ⅰ期2例,Ⅱ期1例,绒癌2例。本组患者年龄最大62岁,最小22岁,平均42岁。

2.治疗方法:暴露已分离的髂内动脉上段,用带硅胶管的7号针头分别行双侧髂内动脉穿刺,卵巢癌组注入阿霉素50 mg、环磷酰胺400 mg,关腹后腹腔灌注顺铂80 mg;宫颈癌及宫体癌组注入顺铂50 mg,阿霉素50 mg;绒癌组注入5-氟脲嘧啶1000 mg,更生霉素400 mg(每侧半量)。

3.注意事项及化疗副反应

(1)注意事项:应在心电监护下进行药物注射,推注化疗药物速度应缓慢,控制在10~15 min,密切观察患者有无烦躁、心悸、紫绀等表现,动脉穿刺点拔针后压迫止血5~7 min,术后3 d内复查肝肾功能、尿常规、心电图、血电解质等。

(2)化疗副反应:主要为消化道反应,半数患者出现恶心呕吐、食欲减退等,但较全身化疗程度较轻,注药前静脉推注富米丁4 mg可减轻这些反应。骨髓抑制;50%的患者出现WBC<4×10⁹L,但未低于2.5×10⁹L,多数在2周左右恢复正常。

二、结果

本组患者术后继续化疗3~6疗程,卵巢癌组死亡2例,其余患者至今健在。而同期未采用术时髂内动脉灌注化疗的18例妇科肿瘤患者,术后化疗3~9疗程,至今已死亡6例。

三、讨论

1.有利于控制或降低癌扩散:术中髂内动脉化疗,可阻断病灶脱落的癌栓和挤入血液循环中的癌细胞继续向外周扩散,同时有利于即时杀灭被手术操作挤入血循环中的活力的癌细胞,从而控制或减少手术操作造成的癌扩散。

2.有利于提高疗效:女性内外生殖器如子宫、附件、阴道、外阴及邻近组织的血供来源于髂内动脉。髂内动脉化疗迅速地将高浓度的化疗药物灌注到盆腔及其软组织,延长和减少到全身的药物剂量,达到局部作用大,全身毒性反应轻,提高抗肿瘤效果。还能减少化疗次数,延长生存期。

3.动脉内灌注可减少药物与血浆蛋白的结合,增加游离药物的浓度,增加药物对癌细胞的杀灭作用,减少全身的化疗副反应。

4.操作方便,本疗法利用已暴露的手术野,极易分离髂内动脉,麻醉下患者无痛苦感觉。由于直视下操作,避免了血管造影剂所致的可能并发症,如碘过敏、穿刺部位感染、出血、空气栓塞等。

(收稿日期:2002-10-07)

* 作者单位:671000 云南省大理学院附属医院妇产科

改良耳甲腔成形术切口87例体会

魏晓丽* 詹俊杰* 姚亚芬*

对于病灶广泛的胆脂瘤型、骨疡型中耳炎,临床上常采用鼓室成形术Ⅲ型伴改良乳突根治术。为了有助于乳突术腔早日上皮化,在完成乳突根治术、鼓室成形术Ⅲ型后还要做耳甲腔成形术。自1998年以来本科采用"C"形切口,操作容易,术野清楚,缩短手术时间,62例鼓室成形术Ⅲ型伴改良乳突根治术和25例乳突根治术的病人效果满意,现报告如下。

* 作者单位:154002 黑龙江省佳木斯大学第一附属医院耳鼻咽喉科

维普资讯 http://www.cqvip.com

一、资料与方法

1.临床资料:本组87例,男54例、女33例,年龄14~67岁。胆脂瘤型中耳炎53例,骨疡型中耳炎31例,合并颅内并发症3例。

2.手术方法:患者侧卧位,患耳朝上,外耳道用新洁尔灭消毒,耳周用高效碘消毒,1%利多卡因肾上腺素液行耳道四壁及耳大神经、枕小神经、耳颞神经浸润、阻滞麻醉,耳后切口,完成乳突根治术和鼓室成形术III型。自外耳道口6点向耳甲腔做"C"形切口,上端达外耳道口12点,在12点剪断外耳道后上壁的皮肤及骨膜,将皮瓣修薄、翻转向后铺在乳突腔内,鼓膜表面放置明胶海棉和小碘纺纱条,乳突腔内放长碘纺纱条,外耳道口用抗生素油纱条压迫固定。(见图1,2)。



图1 经典式耳甲腔成形术切口



图2 改良式耳甲腔成形术切口

二、结果

所有病例耳甲腔成形完成顺利,术后随访6~36个月,耳甲腔宽大,无一例感染。

三、讨论

本术式有以下优点:1. 本术式采用强化加局麻,不需要切除耳甲腔软骨,患者痛苦小,医疗费用低,减少患者经济负担。2. 改良后的耳甲腔成形术切口,所用时间是经典耳甲腔成形术所需时间的二分之一,约8 min。3.虽然切口缘暴露软骨,但在严格的无菌操作下抗生素药膏油纱条的保护下,再加上全身抗生素治疗无一例出现感染。4.手术方法简单,无需特殊器械,适宜推广。

(收稿日期:2002-10-07)

非手术治疗肠梗阻病人的观察与护理

黄秀娟* 金 佳* 王丽华* 孙向宏*

肠梗阻是普通外科的常见疾病。治疗方法有非手术治疗和手术治疗之分,非手术治疗需要严密的观察和护理。自2000年1月至2001年12月,我院普外科共收治肠梗阻病人289例,其中98例入院后即手术治疗,其余191例非手术治疗,治疗过程中中转手术58例,133例经非手术治疗治愈。现就非手术治疗肠梗阻病人的观察与护理报道如下。

一、肠梗阻病人的心里特点

首先要掌握肠梗阻的发病原因,肠梗阻的主要致病因素为粘连,而引起粘连的主要原因是腹部手术。因此,肠梗阻的病人多数都有腹部手术史和反复发作病史。所以,肠梗阻的病人较其他手术病人有更严重的恐惧和担心,易产生紧张、焦虑 、和忧愁的情绪。肠梗阻的严重腹胀、频繁呕吐、阵发性腹痛是引起病人紧张、恐惧的主要原因;肠梗阻的反复性又使病人担心和忧愁。作者根据疾病和病人的心里特点,结合每个病人的具体情况,开展整体护理。护士以关心的态度、亲切的语言、科学的知识向病人解释清楚肠梗阻的发病原因,发病规律,疾病的发展过程,治疗方法,每项治疗措施的目的,以及预防方法和今后的注意事项。帮助病人解除紧张和担心,树立战胜疾病的信心,使他们能积极地配合医疗和护理工作的开展。

二、临床观察

肠梗阻的临床表现为腹痛、腹胀、呕吐和停止排气排便。肠梗阻的病理生理改变导致胃肠膨胀,体液、电解质丧失和酸碱平衡紊乱,肠绞窄坏死,感染和毒素吸收等。肠梗阻的治疗原则包括:纠正水、电解质、酸碱平衡失调;补充循环血量;降低肠内张力;应用抗生素,防止感染,解除梗阻原因,恢复肠道通畅;手术处理肠绞窄。根据临床表现、病理生理改变、治疗原则等而确立观察项目。

1.生命指征观察:注意病人的体温、呼吸、脉搏、血压、神志的变化。若病人脉搏加快、血压下降、体温升高,说明有肠绞窄坏死的可能,应及时向医生汇报。

2.临床体征观察:注意病人的腹痛、腹胀、呕吐的变化和排气排便的恢复。若腹痛、腹胀减轻,且停止呕吐,并恢复排气,

* 作者单位:154002 黑龙江省佳木斯市中心医院普外科