维普资讯 http://www.cqvip.com

证泄漏量为最小，将泄漏气体尽可能排放至室外，改善通风条件。更换密封性好的新型麻醉机，将麻醉机的废气连接管通至室外，室内装有负压吸引定期抽吸，使手术间的废气明显减轻。

小结：医学科学的发展，新技术的应用，势必造成有害气体对人们的侵袭，废气对健康的危害尚未得到证实，但并不能排除长期接触导致潜在的致病危险。因此，采取预防和减少废气的防污措施应引起高度重视、并加强自身的防护意识。

（收稿日期：2002-03-07）

听诊三角入路小切口在普胸手术中的应用

王锦光* 熊 海* 敖定椿*

普胸手术入路根据病种、个人习惯等不同有多种途径。我院自1996年始将听三角入路应用于部分普胸病例，效果满意，现报告如下。

一、资料与方法

1.临床资料：全组共34例，男21例，女13例，年龄10～72岁。其中后上纵隔肿瘤6例，食管癌（三切口）10例，肺周边病变18例。在肺周边病变18例中，良性10例，恶性8例，其中恶性5例改成后外侧切口行肺叶切除术。术后常规放置闭式引流管，48～72h无漏气后拔管。

2.手术方法：单腔气管内插管，健侧卧位、切口取肩胛下角下方1.0cm至肩胛骨内侧缘与棘突之间中点，长约6～10cm，逐层切开皮肤、皮下到听三角区。听三角是斜方肌下缘、背阔肌上缘、菱形肌下缘构成。并有前锯肌和菱形肌的后续筋膜。打开筋膜至肋骨表面，向两侧充分游离听三角周围肌缘，不切断肌肉，使术野得以充分显露，经4～6肋上缘入胸，放置小开胸器，逐渐扩大术野、行手术操作。如肺内病变局部切除后，需行肺叶等切除时，可将此切口向前延长改为后外侧切口。关闭此切口时，于切口下方肋骨上打孔，将肋间肌缝合在肋骨上，这样可避免结扎肋间神经、减少术后肋间神经损伤引起的疼痛。

二、结果

本组34例患者经此切口手术、其中29例较顺利完成，术后1～3d拔管、切口均甲级愈合，无手术死亡及并发症发生。

三、讨论

胸部后外侧切口等普胸外科常规手术入路，虽然术野开阔，助手配合好，操作方便，但损伤重，痛苦大，切口都在20cm以上，患者心理负担重。胸腔镜手术具有微创性，但费用昂贵。近期有报道，经腋下切口行肺大泡和肺叶切除术，但其对后纵隔部位的病变操作困难，且损伤部分肌肉。我科采用的听三角入路，是属于局限性开胸切口（不切断肌肉的开胸术）。局限性开胸切口的优点：1.减少胸壁的损伤；2.对肺功能明显减退者，手术的危险性小；3.对多种胸外科手术，可以提供足够的暴露；4.愈合后疤痕较小、比较美观。听三角入路最早应用于动脉导管结扎术。将此切口应用于部分普胸病例，也取得了较好的效果。其适用于：1.后纵隔良性肿瘤，2.中上段食管癌三切口胸部切口游离食管，3.肺周围病变需行局部肺切除的，尤其是上叶后段及下叶背段病变。

本手术入路的优点：1.切口靠近病变部位，手术操作安全、简单、快捷。2.不损伤肌肉，肩关节及上肢功能恢复快、痛苦小。3.切口小，心理负担轻。4.如术中需要改变术式，可随时扩大成后外侧切口。但其也有缺点，如显露胸腔前部病变及肺中叶、舌段及下叶前外基底段病变不如前外侧切口及腋下切口。

本文认为、此手术入路、符合微创外科新观念，对患者有益、掌握简单，选择好适应症、临床应用价值较大。

（收稿日期：2002-03-11）

* 作者单位：116011 辽宁省大连医科大学附属第一医院胸外科

TUVP结合TURP治疗前列腺增生症的护理

李英杰*

前列腺增生症（BPH）是老年男性常见疾病之一。随着人口老龄化，前列腺增生症的患者也逐年增加，为彻底解决患者的排尿困难问题，目前的外科治疗仍以开放性前列腺切除手术为主。但对肾功不全及慢性心、肺、脑血管疾病，高龄前列腺增生患者有一定的危险。随着医疗技术的进步，微创手术在临床得到广泛应用。我科应用经尿道前列腺电气化术（TUVP）结合经尿道前列腺切除术（TURP）治疗BPH具有微创，并发症少、安全性高、疗效显著、住院时间短、费用低等优点，深受广大患者欢

* 作者单位：154007 黑龙江省佳木斯市铁路医院外二科

维普资讯 http://www.cqvip.com

中国局解手术学杂志 2002年第11卷第2期
Chin J Regional Anat & Operative Surg,2002,Vol.11,No.2

迎。现将护理体会进行总结。

一、资料与方法

1.临床资料:我科自2000年10月至2002年2月应用TUVP结合TURP治疗BPH 46例。均在硬膜外麻醉下进行,术中用5%葡萄糖液灌洗,若有糖尿病者用4%甘露醇液或蒸馏水灌洗。年龄62~80岁,平均72.3岁。病程3个月~12年。患者均有明显的进行性排尿困难史,28例有急性尿潴留史,术前膀胱造瘘1例。根据病史、临床症状、经腹B超、膀胱造影均可诊断。Ⅰ度增生6例,Ⅱ度增生28例,Ⅲ度增生12例。26例因急性尿潴留已留置导尿,46例患者中有尿路感染1例,冠心病8例,心律失常2例,高血压6例,肺心病1例,脑出血1例。

2.术前护理

(1)进行术前全面检查,如心、肺、肝、肾功能、血糖等,了解膀胱逼尿肌收缩功能、膀胱的梗阻程度及逼尿肌括约肌协同性,对手术的选择、术后疗效及指导用药均有帮助。

(2)进行术前健康教育,使患者了解手术方法、目的及术后注意事项;训练床上排便,戒烟及肠道准备的重要性,使患者有充分的心理准备迎接手术。

(3)控制尿路感染、治疗泌尿系以外(如高血压、冠心病、糖尿病)的并发症,控制血糖至正常水平。急性尿潴留和肾功不全患者,先给留置导尿或耻骨上膀胱造瘘。

3.术后护理

(1)患者回室后按硬膜外麻醉后常规护理、专人看护。立即接通点滴样膀胱持续冲洗的进出液管,24h内心电监护,密切观察生命体征变化、同时密切观察洗出液的颜色、量,冲洗速度,保持进出液平衡、准确记录24h液体出入量,维持水电解质平衡。冲洗液用无菌生理盐水、温度以20℃为宜,以降低膀胱痉挛、寒战等不良反应及出血、若洗出液血色浓或有血块时、冲洗速度要快,冲洗速度应视病情而定。密切观察腹部情况,有无腹胀、腹痛,若出现痉挛性疼痛,按医嘱给予解痉、止痛药。

(2)加强基础护理、预防并发症:①预防肺炎:鼓励患者深呼吸、咳嗽、进行体位排痰、必要时遵医嘱给予雾化吸入。②预防褥疮:每2h一次给予皮肤护理,及时更换体位、保持皮肤(尤其是会阴部)清洁、干燥、预防湿疹,骨隆突处垫气圈、棉垫减压。③预防便秘:因患者大便秘结,排便时会使前列腺窝处刚愈合的伤口损伤而致出血、给患者带来不必要的痛苦。术后患者的饮食要求是清淡、易消化、低脂高蛋白、高维生素、高纤维素的食物,鼓励患者多饮水、少量多餐。必要时遵医嘱给予缓泻剂及灌肠。④预防尿路感染:遵医嘱应用抗生素,每6h一次给以0.1%新洁尔灭棉球消毒尿道外口,倾倒冲洗液时注意无菌操作、防止逆行感染,同时留置尿管时间不可过长,应每周更换。术后膀胱冲洗的导管多为三腔气囊导尿管、要注意尿管位置引流情况及气囊情况、预防气囊破裂,一年来曾有一例发生气囊破裂,及时发现及时处理。术后保持前列腺窝内平整,方可减少尿路感染的发生。⑤预防下肢深静脉血栓形成:下肢深静脉血栓形成在前列腺开放手术中的发生率为20~50%,在经尿道电切术中不超过10%。主要是由于患者手术后卧床,冲洗时间长、肢体活动少及术后应用止血药等引起。预防的措施主要是卧床休息,抬高患肢,应用尿激酶溶栓治疗及低分子肝素钙抗凝。⑥预防继发性出血:术后4~6h内减少活动,治疗原发病,控制尿路感染,遵医嘱给予止血药,同时要防止便秘,减少因用力排便而引起的出血。⑦预防电切综合症:主要是由于手术时间长、冲洗时间长或手术损伤所致。预防措施是缩短手术时间,降低后尿道内灌注压力,遵医嘱给予高渗钠、利尿、止血、抗炎治疗。⑧预防尿失禁:指导患者做盆底肌收缩功能训练,定时排尿,并使用尿道夹。术后一年只有一位患者出现严重尿失禁,经上述方法处理,两个月后随访上述症状解除。

4.术后保健指导

定时给予卫生宣教,指导患者出院后口服抗生素两周,并多饮水,以预防泌尿系感染。指导患者进行提肛训练,培养定时排尿习惯,使患者学会怎样自我护理和监护病情,发现异常情况及时就诊,介绍复查的时间和方法。

二、结果

按上述方法治疗及护理前列腺增生患者、一般术后只需冲洗12~72h,留置尿管1~3d、拔管后排尿通畅,尿流率改善,无一例出现并发症。

(收稿日期:2002-03-11)

脑中风患者整体护理

张丽杰* 王有莉**

随着医学模式的转变、传统的以疾病为中心护理模式,已不能适应护理专业的发展、而整体护理由于它的先进性、实用性和科学性正得到全面广泛开展,它克服了以往责任制护理的弊端、受到住院患者的欢迎及护理人员的推崇。整体护理在神经科的实践中更是体现了它的优越性。这里报道脑中风的整体护理。

脑中风在漫长的发病和治病过程中、患者往往从一个活动自如的人到卧床、并且伴有不同程度的功能障碍、偏瘫、失语、

* 作者单位:154002 黑龙江省佳木斯大学附属第一医院神经内科
** 山东省海阳市实验小学保健室