维普资讯 http://www.cqvip.com

剧烈疼痛、麻木、苍白、皮肤温度降低，动脉搏动减弱或消失，应警惕有无再栓塞的可能。若患肢出现疼痛、肿胀、潮红或紫绀，应警惕有深静脉血栓形成的可能。

4.注意出血情况：血管手术中多用肝素抗凝，术后继续抗凝1～3 d，因此要注意有无切口渗血或出血。本组有1例患者合并糖尿病而发生伤口大出血，出血量约为300 ml，立即给予紧急处理；立即用无菌纱布或治疗巾压迫切口加压包扎。同时呼叫其他医护人员做紧急处理，然后根据医嘱采取相应措施。

5.抗凝药和溶栓药使用时的注意事项：按医嘱给予抗凝药物，使用前应监测指标，注意给药时间，使用抗凝剂后，注意有无出血倾向，如：注射部位有无青紫或血肿，测血压后袖带绑扎处有无出血点，有无鼻衄或牙龈出血，有无伤口渗血等。常用的溶栓药物，化学性质很不稳定，溶解后于常温状态下容易失去活性。因此，应现用现配，使用新鲜溶液，使其最大程度地发挥作用。

6.注意神志变化：本组有1例患者术前合并心脑血管系统疾病，病员于术后无明显诱因突然出现神志不清、昏迷、瞻妄、鼾声呼吸等神经系统症状，查体引出病理反射，立即转送至神经内科治疗，于3周后基本恢复正常，但出现后遗症－偏瘫。

7.其它：记录尿量，生命体征的变化。及早发现体液不足，及时调整输液量，以防止因血流减少而造成的血管充盈不良。

四、术后并发症的观察及护理

1.动脉缺血后再灌注综合征：多发生于缺血时间较长的患肢，多见于小腿，一般在动脉切开取栓术后数小时，患肢再次出现疼痛，甚至较术前更重，发现小腿肿胀，张力增加，浅静脉努张。严重时，动脉搏动消失，发现上述变化时及时报告通知医生。本组病例无上述并发症发生。

2.肌－肾综合症：观察尿量及全身内环境改变。

（收稿日期：2002－12－20）

肾动脉瘤离体切除修补及自体肾移植一例报告

甘晓琴* 刘玉荣*

肾动脉瘤是一种罕见的肾血管病变，系先天性良性肿瘤，可致顽固性的肾性高血压。1970年以前，肾切除术是治疗肾性高血压的首选方法，1972年 Kaufman 首次报道了自体肾移植术治疗肾血管性高血压并取得良好的效果。随着异体肾移植手术的开展，自体肾移植也在肾血管病变所致高血压中得到广泛应用，尤其是低温冷灌技术及显微外科血管吻合技术的发展，使肾动脉分支病变的肾脏，在肾脏离体后仍有足够的时间进行血管吻合，降低了术后肾小管的坏死发生率，术中保持输尿管原位，无肾积水发生。我院于1999年6月行右肾动脉瘤离体切除修补及自体肾移植一例，随访2年4个月，效果满意，现报告如下。

一、临床资料

病例，患者，男性，23岁，高血压7年，血压随情绪、劳累波动，入院检查血压180/100 mmHg。近两年出现劳力性心慌、胸闷。实验室检查血皮质醇、儿茶酚胺正常，血管紧张素Ⅰ、血管紧张素Ⅱ明显升高，分别为2.8 ng/ml、113 pg/ml，醛固酮也升高为305.5 pg/ml。给予α受体阻断剂和血管紧张素抑制剂，降压效果满意，排除血压升高与肾上腺的关系。经CT检查、安体舒通和开博通实验，确诊为继发高血压、右侧肾动脉瘤。1999年6月3日行右肾动脉瘤离体切除修补、自体肾移植术。术后第三天血压降至135～112/67～75 mmHg，尿量正常。术后一个月血液中血管紧张素Ⅰ、血管紧张素Ⅱ、醛固酮高于正常，但较术前明显降低，术后6个月复查，上述结果正常，同时血压正常，临床症状消失。

二、手术配合

1.术前准备：(1)术前访视：患者术前出现紧张、焦虑等情绪变化，手术室护士术前访视患者尤为重要，护士首先热情介绍自己，建立良好的护患关系，全面了解病人情况，听取病人的主诉和要求，耐心解释手术方法，仔细介绍我院几百例异体肾移植手术的配合经验，以提高患者对手术成功的信心，取得患者的理解和配合，有效地控制患者情绪，稳定血压，提高手术成功率。(2)物品准备：器械：肾切除术器械、肾移植器械、内灌包。特殊物品：无菌冰、肾保存液、氩气刀、5－0、6－0普里灵缝线、4－0肠线、输尿管导管、负压管及负压引流瓶。特殊药品：肝素、甘露醇、白蛋白、甲基强的松龙、速尿、酚妥拉明、罂粟碱。

2.主要手术步骤配合：平卧位，患侧用小枕垫高30°。铺无菌巾，暴露右中下腹部切口和右下肢切口（取大隐静脉），并贴手术皮肤保护膜。依次递止血钳、分离钳、剪刀，彻底游离肾脏、肾蒂，在右肾动脉后支近肾门处有1.6 cm×1.5 cm搏动性动脉瘤，靠近大血管处分离结扎肾动脉、肾静脉，取出右肾。修肾：将肾置于肾保存液冰水中，修剪肾门附近脂肪，清楚暴露动脉分支，切除动脉瘤后取大隐静脉修复右肾动脉后支。显露右髂窝，分离右髂内动脉和髂外静脉，将肾脏置入肾袋内，夹层放冰屑，保持肾脏表面低温。用5－0普里灵线行右肾静脉与右髂外静脉端侧吻合，用6－0普里灵线行右肾动脉和右髂内动脉端端吻合，切除多余的输尿管后用4－0肠线行端端吻合。

* 作者单位：400042 重庆市第三军医大学大坪医院手术室

维普资讯 http://www.cqvip.com

切口内放置双腔引流管并接负压引流瓶。清点对数,逐层关闭切口。

三、讨论

1.充分做好术前准备:充分做好术前准备工作是手术顺利进行的重要保证,包括参加术前讨论,熟悉病情、手术步骤;术前访视病人,解除病人的紧张忧虑情绪,使其有以良好的心理状态迎接手术;备好手术所需各类物品,检查器械,仪器功能是否良好。

2.防止感染:由于手术部位涉及腹部和腿部,术中还要做肾灌注,手术应选择较大的层流手术间进行,本例手术在100级空气净化标准手术间进行(100级手术间空气中尘埃粒径为0.5 μm,尘埃数100个/ft),限制参观人员,可以让其在电教室看转播;手术所需物品严格灭菌,避免浸泡消毒。术中严格无菌操作技术。

3.输液的管理:防止术中动脉瘤破裂,要保证有足够的静脉通路,颈内静脉置入三腔静脉插管,必要时在左上肢准备一静脉留置针。为防止术中低血压,在开放肾脏血管时及时输入白蛋白、甘露醇、全血,以保证肾脏的灌注压。

4.医护人员密切配合:由于手术步骤繁多,手术医生、麻醉医生、及洗手、巡回护士要密切配合。巡回护士要密切注意手术进程,提前备好灌注所需物品,开放时备好热盐水,保证液体通畅;洗手护士积极主动配合手术,备好无菌冰屑,肝素水以及血管缝合线等。

(收稿日期:2002-12-10)

脑外科病人手术前后健康教育的实施

王 吉*

健康教育是整体护理的重要组成部分,是以病人及其家属为对象,通过护理人员有计划、有目的的宣教过程,使病人了解健康的知识。自2001年7月至2002年4月,我院共收治了脑外科手术患者20例,在患者术前、术中、出院等整体护理过程中实施健康教育,减轻了患着心理负担,使患者正确面对患病现实,积极配合治疗,早日康复,受到了较好的效果。现报告如下。

一、临床资料

我院脑外科于2001年7月至2002年4月收治脑外科手术病人20例,其中男18例,女2例。年龄最大者73岁,最小者31岁。文化程度中专2例,小学16例。吸烟者15例,文盲2例。

二、术前健康教育指导

1.口头讲解与文字宣教相结合:将入院介绍、住院须知、手术前后注意事项、出院指导等书面材料装在宣教册里让病人翻阅,指导病人学习,对其中重要项目加以解释。

2.理解与讲解相结合:个别患者不识字,无法接受文字宣教教育,护士将教育内容讲解给病人及家属。

3.示教与指导相结合:术前指导病人练习有效咳嗽,床上大小便的训练。

三、入院时心理指导

帮助患者熟悉病房环境,并向病人介绍病区环境、住院须知、陪护探视制度、主管医生、护士长。在入院24 h内告诉病人近期检查项目及目的、方法和注意事项,使患者了解需检查的内容,对护理人员产生信任感,主动参与教育的全过程,乐于接受健康教育。脑外科病人对与手术非常恐惧,因此对此类患者应向其宣教情绪与疾病的关系,帮助病人树立战胜疾病的信心,解除对手术的各种疑虑,使其身心处于最佳状态接受手术。

1.宣教术前禁烟的意义:讲解吸烟可降低血中维生素C的含量,导致相关疾病,术前禁烟能预防术后肺感染,避免术后咳嗽引起切口疼痛。

2.指导病人练习有效咳嗽:它有利于预防术后并发肺炎、肺不张等呼吸道并发症。

3.床上大小便的训练:术前向患者解释清楚,并教会病人在床上大小便。

4.其它方面:指导病人术前做好个人卫生,保持皮肤清洁,预防术后并发症,术前应禁食水,避免因麻醉或手术过程中的呕吐而引起窒息或吸入性肺炎。

四、术后健康教育指导

1.心理指导:术后患者清醒后,各种管道的留置加以约束固定。环境的改变使病人易产生恐惧心理。此时,护士应在病人身边亲切地告诉病人手术成功后已返回到病房,取得病人的配合,消除其恐惧心理。

2.饮食指导:术后根据病情,指导患者的饮食,鼓励病人进高热量、高蛋白、高维生素的饮食,多进粗纤维食物,防止便秘。

3.术后卧位指导:指导患者硬膜外(下)血肿术后应取头低或平卧位,使脑组织充盈防止再出血的发生,其他手术采取头高30°卧位,以减轻脑水肿,有利于切口的愈合。

4.功能锻炼:肢体障碍者,指导家属定期训练,每日3~4次,使病人主动或被动的活动。语言障碍者,指导病人说话,由简至繁,反复训练。

五、出院健康教育指导

1.休息与活动:室内定期通风换气,生活规律,情绪稳定,

* 作者单位:154002 黑龙江省佳木斯市铁路医院护理部