维普资讯 http://www.cqvip.com

免疫有关的器官.中年以后.该功能已为全身的淋巴结和脾脏所代替,手术切除对人体无任何影响、当阑尾腔内落入粪石等异物或血行感染后,阑尾发生急性炎症,经保守治疗或自行痊愈后,急性炎症虽消退、但可能留下一些改变.如阑尾壁纤维组织增生,阑尾管腔部分狭窄式闭合,阑尾与周围组织粘连,网膜包裹形成炎性包块等。这些改变均可以妨碍炎症完全消失,使急性炎症转变为慢性。当机体受到寒冷或疲劳等不良因素刺激后,慢性炎症转化为急性发作过程,而出现右下腹痛、压痛及反跳痛等。此时,虽经抗感染治疗,症状可以缓解,但以后还会发作。这样反复发作给患者带来一定的精神负担和经济负担,同时影响正常工作和学习。而每次发作,均增加炎性包块与周围组织粘连,且肠管浆膜层受到炎症浸润更多,这给手术带来一定的难度,使手术时间延长。肠管受损增多。切口受污染机会增加,无疑给切口感染及肠粘连提供了机会。本组患者均以反复保守治疗无效后,才选择手术治疗。术中见回盲部多被炎性广泛浸润,在包埋阑尾残端时,因周围组织脆性大,易出血给包埋带来一定困难。因此,阑尾炎一经确诊,争取早期手术切除,以减少术后并发症发生机会,同时减轻患者不必要的精神及经济负担。

(收稿日期:2001-12-31)

小切口胆囊切除术的手术配合

李爱琦* 杨德翠*

我院自1998年9月至2001年9月共开展小切口胆囊切除术102例。小切口胆囊切除术由于切口小,术中损伤少,手术时间短,而使患者易于接受。在手术室护士的熟练配合下,手术均顺利完成,取得了理想的效果。

一、临床资料

手术共102例,男性患者45例,女性患者57例。平均年龄46岁。胆囊炎48例,胆囊结石43例,胆囊息肉9例,胆囊癌2例。

二、方法

1.术前准备:(1)器械准备:常规胃肠手术器械减去腹腔自动拉勾,加窄而长弹力勾2个,胆囊钳1个,打结器1个,无损伤组织剪1个,细长吸引器头1个,可穿连冷光源导线的腹壁勾2个。以上器械用压力蒸汽灭菌法灭菌。(2)灯光的准备:由于切口小,术野深,除无影灯外,必备冷光源。导线可用熏蒸法灭菌。

2.巡回护士的配合:(1)在患者下肢建立静脉通道。因为手术医生站位靠上,不宜选上肢,以免影响手术操作。(2)协助麻醉师麻醉。(3)患者取仰卧位,右肋缘下垫海绵垫。(4)术中连结冷光源导线,随时调节灯光,保持吸引器通畅。

3.器械护士的配合:(1)开刀前与巡回护士一起清点器械纱布,并在术区皮肤上粘贴皮肤保护膜。(2)术者在右肋缘下做8~10cm的小切口,电刀切开皮下直至腹膜。常规探查后用盐水纱布隔开周围组织、传递腹壁勾和冷光源导线,将光源一端固定于腹壁勾上,另一端交于巡回护士连接在冷光源主机上,使深部术野的肝外胆道和十二指肠韧带清晰显露。如胆囊与周围组织有粘连,先用细长组织剪或纱球分离。如肿大,可先用注射器或吸引器抽吸,使其缩小。(3)用胆囊钳钳夹胆囊,无损伤组织剪剪开胆囊管前面的腹膜,显露胆囊管及其相连的胆总管、肝总管。用长弯止血钳及血管分离钳游离出胆囊动脉和胆囊管。先用两把长弯止血钳夹住胆囊动脉,切断后用4#编织线结扎,近端用长持针器夹6×17# 3/8圆针4#编织线缝扎。胆囊管分离清楚后,用4# 编织线在靠近胆囊颈处结扎。(4)用尖刀切开胆囊边缘浆膜,再用无损伤组织剪、长弯止血钳将胆囊从囊床剥下。出血点用电凝止血。胆管断端用6×17# 3/8圆针4#编织线缝扎一次。(5)用7×20#3/8圆针4#编织线缝合胆囊床,两侧腹膜彻底止血。(6)探查胆总管,用注射器穿刺总胆管,胆汁可留作培养,确定为胆总管,即用6×17#3/8圆针1#编织线在总胆管上缝两针牵引线,用蚊式钳夹住线尾,用尖刀在牵引线中间切一小口,吸出胆汁,用胆道探子探查胆道,如有结石用胆石钳取出。再插入导尿管用生理盐水冲洗。需在胆总管放置"T"型管引流时,护士将引流管修剪好交给医生。用6×17# 3/8圆针1#编织线缝合开口处。(7)按常规清点器械、纱布。逐层缝合至皮肤。切口覆盖无菌敷料。

三、讨论

1.护士熟知手术步骤,才能有条不紊的配合。

2.术前了解病情,做好随时改变术式的准备。

3.由于切口小,手术人员用手打结困难时,应传递打结器。

小结:小切口胆囊切除术与传统胆囊切除术相比,外观美观,术后并发症少,术中损伤少,手术时间短,间接地降低了手术费用,患者乐于接受。手术室护士不需专门的培训,只要能胜任传统胆囊切除术的手术配合,经过带教两次,一般均会熟练地配合此种手术。

(收稿日期:2001-12-30)

* 作者单位:150001 黑龙江省哈尔滨铁路中心医院手术室