维普资讯 http://www.cqvip.com

(2)桡侧屈腕肌的缝合:"8"字缝合断离的肌腱,并与肌腱方向垂直加固缝合2针。再次清理四周组织,逐层缝合,皮肤作皮内缝合。术中操作仔细、轻柔,严格无菌操作,手术成功。将患者的右手呈屈腕握拳状固定后,送回病房。手术历时50mun。

3.术后用药:(1)抗凝药:由于是端对端吻合,抗凝药可少用,本病例只在术后应用抗凝药。低分子右旋糖苷500ml,1次/d,静滴6d;复方丹参10ml、5%葡萄糖注射液,1次/d,静滴6d。(2)解痉药:为防止血管痉挛,术后常规应用罂粟碱30mg,肌注1次/d。(3)抗生素:因为此病例为开放性伤,术后抗感染是必要的。我们应用青霉素钠400万U,2次/d,静滴4d。

4.跟踪调查恢复效果:患者术后微感食指和拇指麻木,1d后换药,将固定绷带放松后,症状自行缓解。术后7d拆线时,伤口愈合良好,各手指活动自如,抓持、夹纸等动作应用自如,手功能恢复;屈腕动作到位。术后1月随访,患者已基本恢复劳动力。

二、讨论

1.手术难点:(1)血管要显露清楚:由于显微外科的特殊性,任何杂物都可防碍手术视野,彻底清创、去除血块和术中的肝素盐水不断冲洗是作好手术的前提。(2)血管吻合应在正常部位:在创面彻底清创的基础上,缝合血管之前,还必须对血管再进一步清创,防止血管被扭曲吻合;同时为防止术后血栓形成,应彻底清除血管内的絮状悬浮物和附壁血栓等,并尽量不损伤血管内膜。(3)血管两端口径应相似:这是端对端吻合的基本成功条件。本病例两断端距离不远,所以口径相似。(4)缝合时要轻柔:柔嫩的血管及其周围组织很脆弱,稍微用力的牵拉、夹捏都会损伤血管,即使当时不破裂,术后也为血栓的形成埋下祸根。(5)血管的张力要适度:血管实际缺损和修剪后,缺损应超过2cm,否则缝合线孔会扩大,甚至吻合口处内膜撕裂,容易形成血栓。(6)适当的吻合张力和针距:吻合张力过大和针距过密,会引起断端血管坏死,手术失败;吻合张力过小和针距太稀,会形成漏血,即使当时压迫几分钟可以止血,但通过针间隙形成的血栓条可随时间扩大,引起血管狭窄。(7)缝合血管的针序应规范:对等点对等张力是保持血管吻合后呈大体圆形的关键,否则吻合口的血管扭曲或变形会影响血流而形成涡流,最终形成血栓。

2.注意点:此患者除了手术应及时外,抗休克也是不可忽视的;当然,尽管做了周密的设计,术后密切观察血供和神经的恢复也相当重要。

(收稿日期:2001-11-12)

肾移植器械护士手术配合

邵 华*

一、临床资料

患者,女性,24岁,劳累、心悸、浮肿、恶心、呕吐三月。查体:贫血貌,颈静脉怒张,肺底罗音,心尖区杂音,高血压和下肢浮肿。辅助检查,见肾功:BUN23.0mmol/L、SCR769umol/L,血常规:Hb59g/L、RBC1.95×1012/L、WBC9.5×109/L。诊断为慢性肾功能衰竭,终末期尿毒症。

二、手术备物

1#、4#、7#幕丝线,5-0无损伤缝线(Vascafill),5-0可吸收缝线(薇荞)。11#、15#、20#刀片,高频电刀。前列腺器械、肾移植特殊器械。3.0或3.5硅胶支架管1根(100cm),粗菌形管2根(F22-24)。热盐水(40℃左右),肝素1支,无菌冰屑1盒,肾袋1个,20#、10#空针,输液器。

三、手术程序

1.常规消毒铺单,切口位于右下腹弧形切口,上端起自髂嵴内上方3cm,斜向右下腹,下达耻骨联合上缘3cm。同时准备无菌冰屑。切开皮肤、皮下组织、用电刀止血。切开腹外斜肌、腹内斜肌,递4#钳线结扎腹壁下动、静脉,及纤维结缔组织。

2.递游离钳游离髂内动脉,直角钳阻断近心端,远端用7#钳线结扎,近端血管腔内用肝素盐水冲洗。游离钳游离髂外静脉,同时准备好放入肾袋的供肾、肝素盐水。递上侧壁钳、侧壁剪,剪侧孔后 肝素盐水冲洗。

3.备皮头钳牵引5-0Vascafill血管缝合线,递供肾,进行静脉、动脉吻合。吻合的同时往肾袋内加冰屑降温保护供肾。吻合完毕,递直角阻断钳或哈巴狗钳阻断肾蒂,检查吻合口是否漏血。备热盐水,开放血流热盐水复温。

4.准备硅胶架管1根及5-0薇荞线,扁桃剪修输尿管,向输局管内放置支架管。递输液器于台下,接静脉盐水进行膀胱灌注300~400ml。5-0可吸收线进行膀胱输尿管吻合,备粗菌形管做引流。

5.放置引流管,关闭切口。

(收稿日期:2001-09-10)

* 作者单位:400038 重庆市第三军医大学西南医院手术室