维普资讯 http://www.cqvip.com

中国局解手术学杂志 2001 年第 10 卷第 3 期
Chin J Regional Anat & Operative Surg, 2001, Vol. 10, No. 3

主管用 10% 的猪小马体浸泡 12h 后，无菌盐型水冲洗管道二次备用。与离心泵及泵管内预先灌液体并排气；白蛋白 10g，林格液 200ml。

5. 转流的配合：分离左锁骨下动脉与右肾总动脉之间主动脉套带，降主动脉远端套阻段带，全身肝素化(2mg/kg)。降主动脉处用 2-0 的涤纶缝合线缝一荷包，插入 8mm 动脉灌注管，排气并连接于离心泵管道上。切开心包，在左心耳处插入 32Fr 引流管，7 号丝线结扎固定。排气并连接氧合器，开始转流，达预定流量，待血液进出取得平衡后，遵阻断钳分别在左侧锁骨下动脉下方 2cm，第 7 胸椎平面下方阻断主动脉，并在阻断钳手柄端用 7 号丝线结扎，以防滑脱，分离切除食管侵入降主动脉肌层肿瘤，降主动脉采用 3-0 Poline 线连续两层缝合，修复。胃与食管中上段用吻合器行号上吻合。温盐水冲洗胸腔，放置胸腔闭式引流管，清点器械及物品，逐层关闭。

三、护理体会

1. 在心转流下肿瘤切除的优点：上下主动脉阻断，在分离肿瘤与主动脉浸润粘连时较方便，避免了因肿瘤浸润降主动脉造成的大出血，对侵及主动脉较深肌层或全层时可行主动脉部分置换。

2. 做好病人的心理护理：病人为晚期癌症患者，且该手术为急诊手术，对手术存有恐惧、担心和焦虑心理。术前访视能有效地降低病人紧张焦虑程度。术前一日，手术室护士应到病房向病人做好解释工作，使病人保持平和的心情。进手术间后，手术室工作人员要注意态度和蔼，语言亲切，动作轻柔，使其消除紧张、恐惧心理，积极配合手术。

3. 手术间的准备：选用仪器设备齐全，面积宽敞的大手术间，手术间温度保持在 22～24℃，湿度 40%～60%，尽量选用无菌程度高的手术间，以避免术中、术后的感染。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 0.5um，尘埃数 100 个/ft)。

4. 人员准备：选择工作认真、技术娴熟、责任心强的上管护师和护师参加手术配合。术前参加病房的术前讨论，熟悉手术步骤及注意事项，做到与术者、麻醉师、灌注师密切配合，保持手术的顺利进行。

(收稿：2001-05-16)

婴儿巨大肝母细胞瘤切除术的护理

刘 勤*

小儿患肝脏肿瘤的较为少见，婴儿患巨大的肝脏肿瘤就更为罕见了。起源于肝细胞的肿瘤，以肝母细胞瘤和肝细胞瘤多见，三岁以下的肝肿瘤，20% 为肝母细胞瘤，手术是唯一有效的治疗手段。如何保证婴儿顺利通过手术，确保手术治疗的成功，手术前后高质量的特别护理极为重要。

一、临床资料

病例：患儿，男，6 个月，父母发现婴儿腹部膨隆 4 个月，发现腹部包块三天而入院，行 B 超、CT 检查示肝脏占位性病变，肿瘤占据左半肝，占据腹腔大部，将正常肝组织挤向右上方，大小约 20 cm × 16 cm × 12 cm，边界清楚，质硬，无腹水。病程中患儿发育正常，体重 9kg(手术后肿瘤称重为 1.8kg)，食欲正常，面色苍白，Hb48/L，WBC14.4 × 10^9/L，RBC3.31 × 10^{12}/L，AFP 阳性，肝功能正常，肾功能正常。全麻下手术行左半肝及肝肿瘤切除术，术后恢复良好，无任何并发症，病理检查为肝母细胞瘤，术后 15d 出院。

二、术前护理

1. 加强营养，改善机体营养状况，增加抵抗力。患儿有巨大肝脏肿瘤，由于肿瘤生长快，吸收了大量的营养，肝脏储存的铁质消耗，患儿表现为贫血，所以术前加强营养至关重要，患儿入院后，继续母乳喂养，添加辅食，如鸡蛋黄、果汁、菜泥等，同时适当给予静脉应用全血、血浆、白蛋白、能量合剂等。

2. 保温和防暑：由于患儿呼吸功能发育尚不完全，在患儿的术前准备中，避免发生呼吸道感染尤为重要，一旦发生感染，术后极易发生肺部感染，引起呼吸困难等并发症，因此，术前让母亲协助我们做好婴儿的保暖工作，防止婴儿尿湿着凉，在更衣、洗澡时注意保暖。由于手术是在 6 月下旬，天气炎热，把婴儿放在空调房内，室内温度保持在 25～28℃，避免了环境温度过高，造成婴儿体温过高或不适。

3. 常规准备：术前三天，请相关科室作术前讨论，如手术室、小儿科、血库等，订好护理计划，安排好特别护理，备好物品，如小儿尿管、胃管、吸氧管、吸痰管、监测用婴儿血压袖带。婴儿无须备及术晨清洁肠道，可使用开塞露，促进排便。因母乳在胃内排空较快，不耐饥饿，婴儿不能配合，极易哭闹，术前禁食尤其注意，术前 4h，让其母喂乳一次，以减短婴儿的饥饿时间，减少哭闹，减轻婴儿术前的脱水；术前用药用鲁米那、阿托品，以消除患儿的恐惧心理，减少术中呼吸道腺体的分泌，保持呼吸道通畅。术晨准备好一条静脉通道，以利于配合手术麻醉及颈静脉穿刺，胃管、尿管等麻醉后插管。手术前，配好父母的血型，以便患儿术中输血时，可直接从亲人那得到新鲜血液。

三、术后护理

1. 全麻后护理：全麻未醒前，保持呼吸道通畅尤其重要，若护理不当，很可能出现窒息。①患儿回病房后，气管未拔管前，

* 作者单位：530021 广西南宁市解放军 303 医院外科

维普资讯 http://www.cqvip.com

取平卧位，小枕垫于颈后，保持气管通畅，防止痰液阻塞，必要时给予吸痰，动作要轻柔，以免损伤气管粘膜，气管插管内持续吸氧 2L/分，以提高肺泡内氧浓度和氧分压，加速氧气交换，提高动脉血氧含量和氧的饱和度，从而纠正肝肝缺氧，减轻肝细胞损害。②患儿清醒后，方可拔气管插管，不可拔管太早，以免引起患儿窒息，置管时间太长，易致气管粘膜损伤，喉头水肿，引起呼吸困难。拔管后，取头偏向一侧，以免呕吐物吸入气管，引起肺炎或窒息，注意观察生命体征变化，尤其注意呼吸心率面色，口唇，血氧饱和度及发音的变化，以便发现问题及时处理。

2. 严密观察病情变化：使用多功能监护仪，监测生命体征变化及血氧饱和度，中心静脉压，每 30 min 测一次，同时根据患儿的啼哭，呼吸，吮吸能力，以及皮肤颜色、大小便等情况，判断病情变化，及时处理。

3. 准确记录尿量：给予患儿留置尿管，尿量要求达 1 ~ 2ml/kg·h，每小时严格测量尿量，尿比重，根据尿量调整补液，用药，并保持导尿管固定，通畅，防止婴儿躁动时脱落或拔管。

4. 婴儿的输液管道管理是非常重要：为了保证液体药物的输入，防止输液过快过量，或血容量不足，我们予患儿做了颈内静脉穿刺，监测中心静脉压，同时用微泵均匀输入补液量，婴儿的补液生理需要量是按 100 ml/kg·d，加额外损失量，失多少补多少，将总量 24h 平均速度微泵入。保持输液速度的平衡，以防输液过快，过量，引起心衰，肺水肿等，做到定时、定量、准确注入。

5. 引流管的护理：①保持腹腔引流管通畅，并观察引流的性质、量，确定有无活动出血，并准确记录，如出血量超过 30 ml/h，即可引起休克，及时报告医生，同时观察伤口渗血情况。②保持胃肠减压管的通畅。为了防止婴儿术中呕吐误吸，减轻胃管对婴儿喉部刺激不适，满足婴儿术后的吮吸及有效胃肠减压，手术当中，我们给婴儿置胃造瘘管，婴儿全麻完全清醒后，无需禁食，我们可给予患儿少量，多次盐水，进入盐水很快从胃造瘘管中被吸出，这样既满足了婴儿，也不致胃扩张，患儿表现得非常安静 进出量要准确记录，注意观察减压通畅，以免腹胀，呕吐，影响呼吸循环，以及伤口愈合，并发切口裂开等。

6. 饮食护理：患儿胃肠功能恢复后，即可头闭胃造瘘管，进行试餐，如无腹胀、腹痛现象，即可给予母乳，婴儿发育迅速，相对地需要较高的热量，原则上配制提供含高热量和蛋白质，能迅速适应患儿消化能力的营养液。

7. 记录 24 h 出入量：出入量的记录要求非常严格，出入量可以帮助了解病情，了解肝肾功能，是提供每日补液量的依据，测量容器要求精密不可大概估计。

8. 预防并发症：①婴儿由于呼吸系统发育未完善，呼吸道粘膜柔嫩，用气管插管麻醉，易发生喉头水肿，分泌物增多，必须加强呼吸道管理，如翻身、拍背、吸痰，保持呼吸道通畅，酌情给予超声雾化吸入，吸氧，使用抗生素。③婴儿的皮肤柔嫩，易发生破损和感染，护理上要注意患儿的尿布，衣物是否保持清洁、干燥、柔软，无皱折，注意保持室内气温 25 ~ 28℃，保持皮肤清洁、光滑，防止高温潮湿引起汗疹、湿疹、修剪指甲，以免自行抓伤皮肤，造成感染。

（收稿：2001-03-19）

嵌顿疝手法复位后致腹膜炎一例

徐 欣* 邵锦辉* 穆云珠*

一、临床资料

病例，患儿男性，3 岁，因右腹股沟区肿块伴疼痛 5 h 于夜间就诊。查体一般情况良好，哭闹，腹部软，未及压痛及肌紧张，右阴囊肿大约 6 cm × 5 cm × 5 cm，光滑无红肿，质软伴压痛。诊断为右腹股沟斜疝嵌顿，即行手法复位，复位中较感困难。经约十余分钟复位成功，肿块消失，患儿逐安静。经留院观察至次日约 9 h，发现患儿哭闹不止，发热并呕吐胃内容物 2 次。查体 T38.7 ℃，腹膨隆，中下腹拒按伴有压痛及腹肌紧张，右腹股沟未见肿块复现，检查血 WBC1.3 × 10^9/L，N87%；腹部立位片示膈下见游离气影。诊断为弥漫性腹膜炎，考虑可能因小肠嵌顿后缺血及复位中挤压肠管致肠破裂。作右中下腹经腹直肌直切口入腹手术，见腹腔内有混有小肠内容物积液约 300 ml，距回盲部 60 cm 小肠充血肿胀伴色泽暗紫及浆膜面点状出血，其中央部见一 0.5 cm × 0.7 cm 破裂口并见肠内容物外溢，破裂口周围肠壁上附有脓苔。将该段小肠切除后行肠吻合术，并彻底冲洗清洁腹腔后，找到右侧内环口见其约 1.0 cm × 0.8 cm，将其缝闭后放置引流关腹。术后痊愈出院。

二、讨论：小儿嵌顿疝在临床上是一个多发常见病 绝大部分病例都可经手法复位成功后再作择期手术治疗，甚至部分病例嵌顿时间更长亦可安全复位。但部分病例因其环口小而易致肠缺血肿胀进而发展致绞窄。故对嵌顿时间较长而复位较困难者，不应强行甚至粗暴复位，而应及时行松解复位修补术。即便对复位成功者，也应作留观处理以便及时观察和发现问题。本病例即如此，避免了病情加重及失去抢救机会。

（收稿：2001-03-26）

* 作者单位：653100 云南省玉溪市人民医院普外科