维普资讯 http://www.cqvip.com

身侧。左手放在支手架上，建立静脉通道。②输液常规用18G或20G的静脉留置针，并连接T接头(方便给药)。③配合麻醉医师进行麻醉诱导、气管插管等。④配合手术医生进行全阴部的清洗及消毒，顺序为蒸馏水→2%肥皂水→蒸馏水→5%碘伏(消毒阴道)→艾利克原液(消毒外阴和下腹部手术野)。⑤备好尿管和相关物品，因在全麻下导尿，病人可免除痛苦，而且更利于无菌操作，待医生放空膀胱，接上尿袋。⑥调节仪器的位置和冷光源、电凝、气腹的大小，连接台上下来的管道，并把去雾剂滴于洗手护士事先备好的小棉球上，以备擦拭镜头，避免进入腹腔内因温差起雾而影响操作。⑦在冲洗吸引装置的无菌瓶内倒入5%葡萄糖注射液500～1000 ml，以备冲洗用。⑧手术开始后，把手术床摇成头低臀高位，角度根据暴露术野的情况而定。

3.洗手配合：①消毒铺单后，把术中所用管道固定在布单上，另一头交给巡回护士连接，把进腹的器械按进腹顺序分别放好，以便更快的配合医生。②腹部共计三个小切口，先在脐下作纵向作第一切口，递上气腹针，从切口进入腹腔时，并用空针进行反复抽吸，以确定气腹针是否进入腹腔。然后连接CO_2气腹管进行充气，腹腔压力达12 cmH_2O即可。然后拔出气腹针，放入大鹅(1.0 cm)，抽出锥子，再放内窥镜，并连接冷光源和摄像头。在麦氏点作纵向的第二切口，放入小鹅(0.5 cm)，递上马来氏分离钳(主要是用来分离和夹取病灶)。在左侧与麦氏点对称的位置纵向作第三切口，放入大鹅，若腹中积血多，就递上冲洗吸引头，以吸净腹中积血充分暴露手术部位，出血少就只需递上电凝器作初步电凝、止血。然后边凝边剥，把妊娠灶剥离出来，用抓钳提出来，再冲洗、止血。如碰到较大血管，就必须用钛夹止血。

4.术后处置：术毕，待病人完全清醒、拔除气管导管后，即可护送回病房。

三、讨论

1 最好放置两个电视屏幕，让主刀和助手都能随意看到而不必扭头、转头，减少医生的劳累，因而手术间要宽大，以免太挤挤

2.因为手术是通过屏幕来操作，所以必需确保显像系统的清晰度，更快更好的完成手术。

3.洗手护士不仅要熟悉手术步骤和各种器械的用法、功能，还要注视屏幕，更好地配合医生。

4.巡回护士要熟知各种仪器的开关方法，并能在手术时根据需要调到最佳状态。

5.由于腹腔镜手术的仪器和器械极为贵重，所以最好由专人管理、保养，同时又能更好地保证手术时物品齐全、功能良好，延长使用寿命。

(收稿：2001-07-02)

真性红细胞增多症一例的护理体会

任淑芹* 郭桂荣*

真性红细胞增多症为红细胞与血总容量的绝对增多、血液粘滞度高。临床特征有皮肤红紫，肝脾肿大，以及血管与神经症状。我科于98年9月12月收治一例真性红细胞增多症的患者。因此种病例较罕见，现将护理体会总结如下：

一、临床资料

患者张亚珍，女性，58岁，患者一年前无明显诱因出现齿龈出血、鼻衄、头晕、头痛、乏力、嗜睡、记忆力减退、多汗、皮肤间断出现大小不等瘀点、瘀斑。查体：36.3℃，P：76次/分，R20次/分，BP16.0/10.7kpa，血常规：红细胞6.72×10^{12}/L，白细胞12.5×10^{9}/L，血小板1200×10^{9}/L，初步诊断：真性红细胞增多症。经稀释血液、静脉放血、及对症治疗，患者头晕、头痛、乏力、嗜睡症状明显缓解，无齿龈出血、皮肤瘀点、瘀斑消失后，病人出院。

二、护理体会

(一)病情观察及护理

1.皮肤粘膜：患者皮肤和粘膜呈显著青紫，尤以面颊、唇、舌、耳、鼻尖、颈部和四肢末(端指、趾及大小鱼际)为甚，眼结合膜显著充血，因此要加强皮肤粘膜的保护，防止皮肤粘膜因创伤而受损。

2.神经官能症症状：头痛、眩晕、疲乏、耳鸣、眼花、健忘症状。保持病室安静，绝对卧床休息。

3.肢端麻木与刺痛、多汗、视力障碍、皮肤瘙痒及消化性溃疡症状，加强皮肤护理，病人出入厕要陪护在旁，注意观察有无呕血、便血等症状。

4.观察有无血栓形成及栓塞或静脉炎，血栓形成最常见于四肢、脑及冠状血管，注意观察肢体活动状况，尤其是脑血管损害所引起的症状。

(二)静脉放血的护理，静脉放血可在短时间内使血容量降至正常，症状减轻，减少出血及血栓形成的机会。每隔2～3 d放血200～400 ml，直至红细胞数在6.0×10^{12}/L以下，红细胞压积在50%以下。放血一个疗程可维持疗效1个月以上，本法简便，可先采用，亦可作为轻症病例的唯一治疗

1.操作要点：①物品准备，准备一个静脉穿刺盘、一次性采血器、止血钳，生理盐水空瓶，急救器械，药品。②操作方法：选择肘静脉(弹性较好、静脉较粗)。扎止血带，常规消毒，以16号采血针头静脉穿刺，要掌握穿刺技巧，提高穿刺成功率，穿

* 作者单位：154002 黑龙江省佳木斯铁路医院循环内科

维普资讯 http://www.cqvip.com

剥成功后，将放血管末端置于生理盐水空瓶中约 10 cm，将止血钳夹于输液管端。血液缓缓流入储血瓶内，储空瓶内血液达到 400 ml 刻度，停止放血。将输液侧止血钳打开夹于放血管侧，进行静脉补充同等量的低分子右旋糖酐，使体内血容量没有变化。在放血过程中，如因血液粘滞及血管不充盈等原因造成血液流出不畅，可间断用止血带结扎在穿刺处上方 10 cm 处，通过阻断静脉血回流，使采血处静脉血液丰富，血管充盈，有利于静脉血流出，使放血顺畅。

2. 注意事项：①血管的保护，采血针头粗，采血次数多，每次采血后应在针眼处以无菌纱布包扎，按压 5～10 min，防止皮下瘀血。②防止血栓栓塞，由于血液粘滞，需要多次加压放血，血液流经的针头或放血管内可能有血栓形成，遇到此种情况，放血完毕应将针头拔掉，重新穿刺后输入低分子右旋糖酐，避免经采血针头输液将血栓带入静脉内形成血栓栓塞。3. 做好放血的监护，由于采血量大，血容量迅速下降，尤其是初次放血，全身器官对失血耐受差，易发生休克晕厥，如出现冷汗，心率加快，血压异常，应立即停止放血。

（三）心理护理

真性红细胞增多症没有特效治疗方法，此病病程较长，给患者身心造成很大痛苦。由于放血量大，病人有恐惧心理，向病人讲明静脉放血的意义，同时补充等量低分子右旋糖酐，使体内血容量没有变化，解除患者的顾虑。

（四）出院指导

嘱病人出院后注意加强营养，保持乐观情绪，防止着凉，预防感冒。注意皮肤粘膜的保护，注意观察有无齿龈出血，鼻衄，头晕头痛，皮肤有无瘀点、瘀斑，有无呕血、便血，肢体活动情况，定期复查血常规，如有异常及时就诊。

小结：通过对这一例真性红细胞增多症的护理，使我对这一罕见病例有了较全面的认识，掌握了真性红细胞增多症的症状体征，护理要点，尤其是静脉放血的护理，对病人的康复起到直接有效的作用。

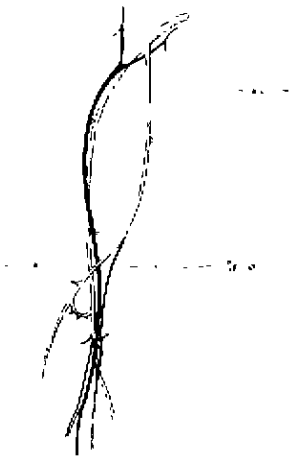
（收稿：2001-05-30）

肱动脉变异一例

王艳梅* 洪永华* 朱建华* 杨开明*

在一例成人上肢右侧分离神经血管束时，见其变异典型，于相关资料中无记载。现报道如下。

于腋动脉第二段发生肱动脉浅、深两干，深干口径稍粗、正中神经内、外侧头夹深干于其浅面合并为正神经，并伴深干沿肱二头肌内侧下降至肘正中，经肘窝正中向下，深干延续为尺动脉，沿途发出肱深动脉及尺侧下副动脉。浅干沿上臂尺侧浅面下行，横越肘窝浅面向下延续为桡动脉，沿途发出尺侧上副动脉，并于髁间线上 1cm 发出浅正中动脉，该动脉向下经肘窝正中行于前臂正中浅面，与正中神经体表投影一致，下段行于尺侧腕屈肌腱外侧并于正中神经伴行穿腕横韧带入腕管至手掌，与尺动脉末端吻合为掌浅弓。桡、尺动脉于髁间线下 4cm 处借一凸向下的弓形支吻合，自弓形动脉凸侧发出 3 支关节支参与肘关节网构成。吻合弓上 2cm 处桡动脉发出桡侧返动脉，吻合弓下 2cm 尺动脉发出骨间前动脉、骨间后动脉，尺侧返动脉及一支深正中动脉，该支深正中动脉在正中神经主干桡侧下行 3cm 后，于正中神经深面与其伴行 5cm 并随正中神经一小分支进入指浅屈肌。桡动脉主干沿前臂桡侧下行于肱二头肌腱内侧至桡骨茎突并于该肌腱深面浅出至手背，沿第二掌骨肌间隙延续为第二掌背动脉至食指尺侧延续为食指尺掌侧固有动脉，末端不参与掌深弓。桡动脉行程至桡骨茎突下手背时发出拇指尺掌侧固有动脉，穿第二掌骨肌间隙至拇指尺掌侧，其还在穿桡侧腕屈肌腱前发出拇指桡掌侧固有动脉，穿拇短展肌、拇短屈肌与拇对掌肌之间，至拇指桡掌侧延续为拇指桡掌侧固有动脉，而拇主要动脉缺如。掌浅弓发出 3 条指掌侧总动脉，1 条小指尺掌侧固有动脉及一条食指桡掌侧固有动脉。



附图 肱动脉变异

本例报道与以往文献报道不同，附图肱动脉变异有以下几点：1. 双肱动脉浅干发出浅正中动脉向尺动脉末端吻合掌浅弓；2. 双肱动脉深、浅干向下分别延续为尺、桡动脉，并于髁间线下 4cm 有弓形吻合。3. 桡动脉末端延续为食指尺掌侧固有动脉而没有参与掌深弓、食指桡掌侧固有动脉来源于掌浅弓、中指、无名指、小指的掌指侧固有动脉也来源于掌浅弓。4. 拇主要动脉缺如，由桡动脉直接发出拇指桡掌侧固有动脉和拇指尺掌侧固有动脉。

* 作者单位：671000 云南省大理医学院解剖教研室