维普资讯 http://www.cqvip.com

形，少数呈弥漫性或颗粒状钙化，直径自 0.3～2 cm，偶 3～5 cm，多数较小、质硬，不易碎、色灰白居多，70% 为单个，20% 有 2 个，10% 有 3 个或更多，大部位于阑尾远端，少数在近端，中段甚少。

X 线检查可见多数钙化结石呈边缘钙化或分层状钙化阴影，其部位常在右侧髂骨棘为中心的 15cm 范围内，若含钙盐少，肥胖或结石与骨骼重叠时不易发现，腹部平片显影率仅 25%。

病例 3，男，48 岁。右下腹痛 4 个月，近一周转剧，并全腹疼痛 1 日入院。体检：T38.2 ℃，腹胀，全腹肌紧、压痛，反跳痛，WBC 1.04×10^9/L，N 82%，L 18%。术中见腹内积稀黄脓液，右下腹有拳大硬块，与后腹壁、末端回肠及周围组织粘着，阑尾不能分辨，回盲部不能通过小指，将盲肠，升结肠及末端回肠一并切除，回肠横结肠吻合。术后经过良好。病检示阑尾长 11.5 cm，直径 1.1 cm，壁厚 0.4 cm，远端扭曲并穿孔，穿孔处有一鱼骨，长 2.5 cm，底宽 0.4 cm，通入阑尾盲肠间形成炎性包块，并溃破引起腹膜炎，追问病史，病发前曾吃沙鱼，误将一较大鱼骨吞服，梗于咽部，经吞饭团后咽下。

阑尾管腔梗阻是引起阑尾炎炎的重要原因，多因粪石或寄生虫侵入而致，其他不常见异物如钡、小钉、铅弹、塑料、橡胶、棉花、水银、残牙等均可进入，在 Collins 报告 71000 例阑尾炎病检中就占 5.5%，其中鱼骨占 0.11%。此例阑尾较长、远端扭曲，又居盲肠内后侧，较大鱼骨进入后引起损伤、梗阻，感染，穿孔，形成阑尾周围脓肿，终致溃破发生弥漫性腹膜炎。

病例 4，男，35 岁。因骤发持续性右下腹痛伴恶心呕吐，畏寒发热 35 小时入院。既往有肺结核史，近月不规则发热。体检：T 37.5℃，右下腹肌紧、压痛，反跳痛明显。WBC 5.6×10^9/L，N 72%，L 27%，M 1%。术中见腹内有浆液性渗透液 400 ml，阑尾长 7.5 cm，直径 1cm，充血水肿即予切除，肠管及肠系膜广泛水肿及干酪样变，术后康复。病检示阑尾结核及周围炎，肠系膜结核。

阑尾结核系结核杆菌侵击阑尾所致慢性特异性感染，原发性罕见，多继发于肠结核，肠道、腹腔结核，也可源自女性生殖器官结核。据病理特点可为二型：①粟粒型：系粟粒性肺结核或结核性腹膜炎的一部分，罕见；②增殖型：较常见。阑尾有明显的肉芽组织形成及结缔组织增生，每形成结核结节，或有干酪坏死；③溃疡型：阑尾粘膜溃疡脱落形成溃疡。

此症无特异症状及体征，多呈慢性阑尾炎及结核症状征象。手术切除病变阑尾，一般预后良好，但应辅以较长疗程结合多种抗结核药物应用，并加强营养，增强体力。

（收稿：2001-06-14）

电视辅助胸腔内窥镜手术的配合体会

张自力* 张宝凤*

近年来，随着高度发展的影像技术和微型窥镜手术器械与外科技术结合形成的电视辅助胸腔内窥镜手术（简称 VATS）日臻完善，使以往认为不可能解决的胸内问题变成了可能。VATS 以创伤小、痛苦轻，并发症少，住院时间短等优点而倍受青睐。我院于 2001 年 1 月引进此项设备，并开展实施了 20 例手术，其中肺大疱摘除术 8 例，食管切除术 3 例，肺表面机化纤维板剥离术 6 例，胸膜固定术 2 例，胸膜活检术 1 例。均取得满意效果。现就其手术配合谈一下体会。

一、术前准备

1. 手术适应范围：胸膜活检、肺活检、自发性气胸、肺大疱、脓胸肺表面机化纤维板形成、早期体积不大的胸膜肿瘤、纵隔原发性肿瘤的检查诊断和手术治疗、食管癌的分期确定、均可行 VATS。另外，脓胸引流不畅、甚至伴有发热者，也可尽早经 VATS 清除纤维隔膜、凝块和碎屑。同理，创伤后机化血胸亦宜经 VATS 尽早清创。

2. 病人的准备：术前一日要视访病人。通过视访可调节病人心态、提高其对手术和麻醉的耐受性。此类手术和疾病本身常使病人生理和心理处于应激状态，各种心理干扰接踵而至，突出表现为紧张、恐惧和焦虑。由于病人自身疾病和应激负荷的不同，有的病人既使术前给予镇静剂，效果亦欠佳。因此需术前给予心理疏导，解答病人的提问，介绍手术和麻醉的有关知识，消除其紧张、恐惧和疑虑心情，使其获得安全感和相对稳定的心态，赢得病人的积极合作。

3. 手术间的准备：术前 1 d 以 1% 的消佳净擦拭物品表面和地面，紫外线早晚各照射 1 h，室内温度应保持在 22～24 ℃，湿度在 40%～60%。检查备好各种仪器设备、电源、中心吸引装置及电凝器等。

4. 手术器械及物品的准备：腔内手术器械结构均很精致，准备时务必轻拿轻放，以免损坏。且宜采用 2% 的戊二醛原液浸泡灭菌。术中使用时用 0.9% 的生理盐水反复冲洗干净。冷光源导线切忌折弯。各类导线均应放入熏箱甲醛熏蒸 24 h 后方可使用。其它耐高温器械及敷料则应采用高压灭菌处理。另备常规开胸器械，以备临时改行开胸术。

二、手术配合

1. 患者进入手术室前后，工作人员应注意态度和蔼，语言亲切、动作轻柔，以消除其紧张恐惧心理。同时迅速建立二条静脉输液通道。配合麻醉医师实施双腔气管插管、静脉复合全麻。

* 作者单位：450041 郑州市长城铝业总公司医院

维普资讯 http://www.cqvip.com

2. 麻醉成功后，立即将病人按手术要求取侧卧位。注意腋下垫一方垫，各关节隆突处以软垫衬托，原则上保持身体的自然侧卧，防止神经血管受压、输液通道阻塞及气管插管脱出。

3. 器械护士与巡回护士共同清点物品并记录，待手术切口消毒铺单后，迅速连接调试好各导线仪器。

4. 操作过程中，健侧单肺通气，患侧胸腔接触大气后肺即萎陷。按后外剖胸切口消毒铺巾。一般做三个胸壁切口，各长 10 mm 。切口应相隔足够间距，以免器械入胸后互相绞碰。若术前估计可能改行开胸术，可将 VATS 各切口沿拟行的开胸切口排列。切开后先伸入食指探查，遇有胸膜粘连时予以钝性分离，拓成一腔隙后置入胸腔镜和腔内手术器械，行具体手术操作。

5. 洗手护士应熟悉手术操作步骤及腔内手术器械的使用和保养。在具体的手术配合过程中，根据病人的不同情况，手术医师的不同习惯来灵活配合。

6. 术中严格执行无菌操作规程。无菌器械和污染器械要分别摆放，不可错放或乱放。始终保持手术台面的整洁、干燥，疑有污染立即撤去重新更换。

7. 手术结束前要认真清点敷料及器械，特别是行食道切开术时，以免将手术用物遗留在伤口内。

8. 为缩短手术时间，保证手术顺进行，术前一日要认真检查仪器设备性能是否完好，手术用品是否准备充分、熟悉各导线的连接方式，仪器的调试。术后认真保养，妥善放置，以保证下次手术的顺利进行。

（收稿：2001-06-01）

法乐氏四联症术后观察护理

郑 帆* 程 坤*

法乐氏四联症是一种复杂的先天性心脏病，手术难度高，心肺转流时间长，术后病情多变，病死率高。我科自 1986 年 8 月至 2000 年 10 月，采用插管全麻低温外循环下行心内直视，为 25 例法乐氏四联症患者施行根治术，现将护理体会总结如下。

一、临床资料

1. 一般资料：本组 25 例，男 18 例，女 7 例；年龄 2 $\frac{10}{12}$ – 17 岁，平均 10 岁，其中 3 岁以下幼儿 1 例。以上患者均有不同程度的紫绀、杵状指，蹲踞、发育障碍等症状，心功能Ⅲ～Ⅳ组；以上病例均采用气管内插管，静脉复合麻醉；手术方式均采用根治术。

2. 结果：25 例中 24 例完全康复，（其中 1 例并发急性心包填塞占 4%，经对症处理后治愈）；1 例死亡，死亡率占 4%）。

二、术前护理

1. 心理护理：患者及患者家属术前均有紧张情绪，对手术效果表示担心，从而影响了饮食和睡眠。因此，术前应向患者（尤其是 15 岁以上患者）及患者家属说明手术目的，方法及效果，并耐心解释其提出的问题，介绍即往法乐四联症手术患者成功的例子，以增强信心，因患者多为儿童，应注意交谈时的语气和蔼可亲，从而消除恐惧感，更好配合手术及治疗。

2. 一般护理：常规低流量吸氧 2～3 次/d，每次 20～30 min，以提高血氧饱和度，改善心肌缺氧；注意有无低温升高、感冒，咳嗽等情况发生，有以上呼吸道感染者及早对症治疗，愈后择期手术；术前 3 d 常规输平衡液，鼓励多饮水，以稀释血液，降低血液粘稠度，改善心功能，防止血栓形成，协助完成各项检查，如生化检查，心电图，胸片，心脏血管造影等；嘱患者卧床休息，避免过多运动，训练有效的咳痰方法及深呼吸；术前每日排便 1 次，若排便困难可适当给予缓泻剂，术前 2～3 d 开始训练在床上排尿，排便。

3. 术前用药：①使用止血药，抑肽酶，防止术中止血不彻底，或者因肝素化及凝血因子的破坏致使凝血功能障碍。②对因紧张情绪导致失眠的患者，给予口服舒乐安定 1 mg。

三、术后护理

1. 呼吸系统观察，术后肺血容量改变，肺顺应性不能立即适应，故常规呼吸机正压辅助呼吸 24～48 h，对病情不稳定者予延长辅助呼吸时间。采用 SIMV 模式，正确设定辅助呼吸的各项参数，并根据血气分析结果及时调整参数，保持最佳通气和换气功能。经常行两肺呼吸音听诊，防止气管插管移位，肺不张及气胸的发生。早期给予安定、万可松、枸橼酸芬太尼等镇静剂治疗，避免患者躁动拔管。随着呼吸机携带时间的延长，气道分泌物增加，我科采用生理盐水 50ml 中加入庆大霉素，地塞米松，2-糜旦白酶等药物，每小时 3～6 滴气管内滴入，以稀释痰液便于吸出，若患者痰中带血量较多，且呈鲜红色，可另行加入肾上腺素 1 mg。对于口腔中分泌物增多的患者，可适当给予盐酸东莨菪碱 0.15～0.3 mg 静脉推注，可有效减少分泌物。每 30～60 min 行气管插管内吸痰，吸痰时间不超过 20 s，每次吸痰前可先给予 100% 纯氧吸入，操作时动作敏捷，轻柔，严格无菌操作，并仔细观察痰液的颜色，性质及量。吸引气管插管及口腔分泌物的吸痰管分别放置不得重复使用，以减少感染机率。保持呼吸机管道的通畅，防止扭曲，受压，及时倾倒呼吸机管道内水分。带机患者易出现口腔破损感染，放行口腔护理 4～6 次/d，5% 碳酸氢钠及 0.5% 活力碘稀释后效替擦洗口腔，地塞米松 0.5 ml/kg 每日静推，防止喉头水肿。当生命体征恢复正常，自主呼吸恢复良好，潮气量（VT）> 5 ml/kg 时，可行试验

* 作者单位：430010 武汉市解放军 161 中心医院心胸外科