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

维普资讯 http://www.cqvip.com

性脱机，气管插管内过渡给氧、氧流量 8～10 l/min，脱机观察 24 h，并根据血气分析结果，血流动力学稳定情况及临床表现决定拔管时间。拔管时需反复吸痰，嘱患者配合拔管后行有效咳嗽。拔管后予持续高流量吸氧，定时行翻身，叩背，协助咳痰，预防肺部并发症。监测血氧饱和度，对于痰液粘稠不易咳出者行雾化吸入，若病情稳定，氧流量逐减，本组患者经上述处理后未发生肺部并发症。

2. 循环系统观察：①并发低心排且造成法乐氏四联症术后患者死亡的重要原因。其因素有心肌收缩无力，血容量不足，心包填塞及外周阻力高；其临床特点：血压下降，中心静脉压增高，心动过速，小儿尿量 < 0.5 ml/kg/h，成人尿量 < 30 ml/h，中心温度与周围温度相差大、四肢厥冷、并出现进行性血气分析中动脉血氧分压降低。本组均采用德 A 测压，多功能监护仪持续监测呼吸，心率，血压，血氧饱和度及心电，间断查血气分析。运用多巴胺，多巴酚丁胺，硝普钠，异丙肾上腺素等血管活性药物，以加强心肌收缩力，减轻心脏后负荷，改善组织灌注，降低外周阻力，以上药物均采用微量泵由专一静脉通道输入。严格控制药物输入浓度及滴入速度，并根据病情变化及时准确的调态，更换液体时，动作要快而准确，防止空气进入，及时补充胶体（全血、血浆、白蛋白），控制晶体摄入，以纠正血容量不足。每小时测量中心静脉压（CVP），当 CVP > 15～20cmH_2O 时，尽快使用利尿剂，以防并发肺水肿。②反复挤压心包及纵隔引流管，保持引流管通畅，防止心包堵塞，若引流液（血性）超过 100～150ml/d，考虑继发出血，立即送手术室行开胸控查止血。严密观察肾功能和全身灌注情况，保持尿量 1 ml/kg/d，因体外循环过程中对红细胞的大量破坏，患者会出现血红蛋白尿，应及时处理，保证每日出入液量的平衡，定时查血常规及电解质，防止出现电解质紊乱（难以纠正）。尤其注意血钾浓度的变化，由于术后运用强心利尿剂，使钾离子排出量增加，而低血钾可导致心脏传导系统和心肌应激性改变，产生心律失常。本组患者术后由于及时观察血钾浓度变化，并根据尿量及时调整钾的摄入，未发生 1 例低血钾或高血钾。③由于患者在低温麻醉下行手术治疗，术后多有寒颤、四肢末梢循环差现象，可行电热毯复温或肢体末端放置热水袋保温，术后 1～2 h 出现体温反跳，增加心肌耗氧量、易导致心律紊乱。常规予物理降温或药物降温，如头部置冰枕、双腹股沟置冰袋，5% 酒精擦浴或退热栓塞肛，效果佳。

3. 其它：①因术后患者必须严格卧床休息、局部受压时间长，故行骨隆突处按摩，严格执行"七勤"，保持床铺清洁，本组中无 1 例并发褥疮。②术后患者易出现呕吐现象，常规放置胃管引流，严密观察引流液的颜色，性质及量，保持胃管引流通畅，若出现咖啡色胃液且量多，考虑消化道应激性溃疡，给予甲氰咪呱 0.2～0.4 mg，静脉推注 3 次/日。③加强营养，肠蠕动恢复拔除胃管后鼓励患者进食高营养、高热量，富含维生素类食物，多食新鲜水果及蔬菜，以增强机体抵抗力。④由于法乐氏四联症术后患者身上携带管道多，尤其是携带呼吸机未脱机的患者，容易产生恐惧症，故而躁动不安，出现与呼吸机对抗现象，此时，心理护理尤其要加强，鼓励患者增强信心，渡过最关键的阶段，并用手抚摸患者（尤其是幼儿）头部，使其感到心理安慰。实践表明，经过心理护理后的患者能更好地配合治疗，加快了病情的好转。

（收稿：2001-06-29）

腹腔镜治疗宫外孕的手术配合

卓 宏*

我院妇科很早就开展了妇科不孕症的腹腔镜检查、治疗，但进行腹腔镜治疗宫外孕是从 2000 年 2 月开始的，因其有不开腹，创伤小，胃肠功能恢复快，住院日短，机体应激反应小等优点，所以易被广大病人和家属接受，此技术迅速得到开展，至 12 月底，共有 80 例病人接受腹腔镜手术治疗，均取得了良好的效果，现将配合的情况分述如下。

一、临床资料

1. 80 例病人，年龄最大 40 岁，最小 20 岁，病从多为急诊病人，尿 HCG 阳性，血 β-HCG7500iu/L；B 超检查未见宫内妊娠图像，部分病人宫内有积血块，按妊娠部位来分，左侧输卵管妊娠 35 例，右侧输卵管妊娠 42 例，卵巢妊娠 1 例，腹腔妊娠 1 例，子宫角妊娠 1 例。其中在输卵管妊娠中，壶腹部有 62 例，峡部 6 例，伞部 7 例，间质部 2 例，80 例病人中流产型有 41 例，宫内积血最多的超过 100ml。

2. 手术多是进行输卵管开窗，妊娠灶剥离。其中有 3 例合并子宫肌瘤，同时作了肌瘤挖除。有 4 例进行双侧输卵管结扎，还有 4 例进行输卵管的部分切除。

二、手术配合

1. 器械准备：仪器为 WISAP 公司生产的腹腔镜专用仪器，包括摄像系统（显示屏、摄像头）、冷光源、气腹机、单双极电凝，抽吸冲洗装置，其中显示屏为 SONY 公司生产，以及相配套的腹腔镜器械，所有物品必须每日备齐，管道系统均采用甲醛熏蒸消毒。

2. 巡回配合：①病人采用截石位、两腿用自制的棉腿套护腿保暖，肩部用自制的肩托和颈垫挡住，防止病人头低臀高位时下滑。右手用敷料包裹（防止电灼伤），然后用布单压住放在

* 作者单位：400038 重庆市第三军医大学附属西南医院手术室