维普资讯 http://www.cqvip.com



中国局解手术学杂志 2001年第10卷第1期
Chin J Regional Anat & Operative Surg, 2001, Vol. 10, No. 1

预防再发蛛网膜下腔出血的护理

1.一般护理:病房应安静、整洁,空气新鲜,病床应舒适,患者入院后至少应绝对卧床休息四周,其间禁止一切站立及活动,包括床上活动,如翻身、进食、排便均由他人协助,当病人疼痛或精神症状而躁动不安时,应及时向医生报告,采取必要的措施,绝对禁止与患者对抗性拉、拽、掰按压等来禁止其活动,避免病人使劲用力而诱发再出血。饮食方面宜给高蛋白、高热量、维生素丰富含粗纤维素较多的食品及蜂蜜、香蕉等,以有利于大便通畅。

2.保持情绪稳定,避免一切引起激动的因素。要稳定家属情绪,切忌由于家属的突然疏远、或过分紧张而引起病人情绪波动,尽量减少家人和同事探视。家庭、单位等发生的一切事情不得让病人知道。值得强调的是一定要禁止与病人有矛盾的同事探视。恢复期年青病人夜间要避免家属陪住,以免因生气或兴奋而诱发再出血,既往我们已有这方面的教训。

3.保持两便畅通,避免因用力解大便时发生再出血,病人排大便时护理人员应压迫病人腹部,避免病人用力增加腹压,必要时给缓泻剂,通常情况下禁止灌肠。蛛网下腔出血急性期病人往往因植物神经功能紊乱而引起尿潴留,因此应协助病人排尿,如热敷、听流水声、针刺等诱导排尿,必要时导尿。

4.避免着凉感冒而引起打喷嚏、咳嗽,避免刺激性食物引起呃逆增加胸腔压力,防止颅内压增高而引起再发出血。咳嗽应遵医嘱给镇咳药,打喷嚏、呃逆均应遵医嘱控制。

5.为病人做处置前应做好耐心,细致的解释工作,消除患者的紧张心理。处置时动作要轻柔,尽量减轻疼痛。

6.心理护理,实行责任护理,取得患者的信任,掌握患者发病后的心理状态和表现,向患者讲解该病的注意事项,取得患者的密切配合,消除不良情绪的刺激。

7.严密观察病情变化,随时观察神志、瞳孔、脉搏、呼吸、血压的变化,如果病情变化及时向医生报告。对剧烈头痛,躁动不安者遵医嘱及时应用止痛药,镇静剂。

蛛网膜下腔出血的再发,除血管病变本身因素外,与护理工作好坏有直接关系,护理的好能减少蛛网膜下腔出血再发,否则可能促使其再发。

(收稿:2000-11-20)

# 腹部外伤的处理

张兴成*

一、腹部闭合伤的早期诊断

腹部闭合伤的早期诊断,尤其占腹部创伤较多数的闭合伤,较开放伤困难。因闭合伤多由钝性暴力引起,有鲜明的"时相性"特点,常需连续密切观察伤情变化才能作出判断。诊断的要点:(1)是否有腹内脏器伤;(2)可能是何种脏器伤;(3)应用何种治疗措施。

闭合伤中有时可见单纯腹壁损伤,其特点是腹痛、腹部触痛和肌紧张,仅局限于受伤部位,随时间推移症状渐缓解。

诊断要点包括伤史和受伤机制、症状和临床表现。值得注意的是包括腹部多发伤,伤情复杂严重,给腹部外伤的诊断带来很大困难。(1)腹部伤合并中枢神经系统损伤,约占全部腹部伤的5%~10%。(2)腹部伤合并胸部损伤,临床常见,尤其下胸部外伤患者,救治中只注意了胸痛及呼吸困难而忽略了腹部表现。(3)腹部伤合并脊柱及骨盆骨折;这两种骨折可造成严重的腹膜后血肿,出血量在1,500毫升以上,血肿还可通过破裂之腹膜流入腹腔,形成血腹;上述症状很易误诊。

开放伤绝大多数为锐器刺伤和枪弹、弹片等火器伤;锐器刺伤相对容易诊断;枪弹或弹片则比较复杂,枪弹或弹片遇到阻力后可改变方向,所以开放伤诊断相对容易,但手术难度较大。

一些辅助性诊断检查技术的应用进展很快,但详尽的病史分析、仔细的腹部体检,结合腹腔穿刺结果分析,对多数腹部闭合伤的正确诊断是最重要的。

影响腹部闭合伤早期诊断的因素很多,主要有以下几点:(1)早期伤情不明显,一段时间后肠内容物大量流入腹腔,腹膜炎才表现明显,结肠损伤应警惕,因含刺激性消化液少,肠内容物在结肠旁沟积存,伤后腹膜炎不明显或较局限,于伤后24~48小时甚至更晚才出现明显的全身中毒症状,表现出严重的肠麻痹和胀气;(2)腹外其它部位严重损伤掩盖了腹内伤症状,或转移了对腹部伤的注意;(3)医护人员的主观因素,应细致、认真、负责的态度。

二、腹部伤的急救原则

死亡的原因主要有两个方面:一是合并伤重,如果得不到及时救治,即可在短时间内死亡;二是腹部肝、脾破裂和大血管损伤所引起的严重失血性休克。急救原则如下:

1.遵循三优先是原则:(1)呼吸道阻塞或通气功能障碍;(2)严重休克,包括创伤后心源性和创伤失血性休克;(3)进行性意识障碍或高位截瘫,应优先处理,但急救的重点是抗休克和止血。

2.快速补足血容量:及早、快速、足量补液是抢救成功的关键;静脉通道的建立,腹部伤应选择上肢;输液速度和输液量,应迅速补充血容量,可边输液边手术控制出血;晶、胶体液输入;剖腹手术迅速控制出血;腹部大出血抢救应分秒必争,手术方式力求简单、安全。

* 作者单位:154700 黑龙江省汤原县香兰医院外科

维普资讯 http://www.cqvip.com



三、治疗

闭合伤腹腔穿刺阳性，有腹膜刺激征或休克不能用其它部位伤解释时，均应积极手术。定位诊断不明确时多用正中切口，再按需延长，切勿满足于已发现的损伤，应常规全腹探查以免漏诊多脏器伤。脏器处理持"抢救生命第一，保全器官第二"的原则，严重脾损伤时脾切除仍为常用术式。严重肝外伤仍为腹部伤主要死因，尤其合并肝静脉损伤时，采用转流和全肝血流阻断等复杂操作，实际成功率不高；除部分病例可迅速作右半肝切除显露肝静脉修补外，改良的肝后填塞法不失为一可取的选择。胰腺处理要点在于明确主胰管是否损伤，胃肠挫伤重，宜切开探查并作预防延迟性破裂的手术，十二指肠可疑损伤应作 Kocher 切口探查全段；结直肠损伤，应外置或造瘘，凡可吻合者不必外置。术后重视围手术期处理。

（收稿：2000-10-08）

# 腹腔镜在脑室腹腔引流术中的应用体会

金锡尊* 孙凌宇* 王树卿*

我院于1999年7月开展腹腔镜术以来，与脑神经外科合作成功完成了18例22人次脑积水患者腹腔镜腹腔置管的脑室腹腔引流术，收到了良好效果。本文对手术效果与开腹置管引流进行了比较和分析。

一、临床资料

1.一般资料：本组18例病人，男11例，女7例，年龄8～56岁，均为脑积水患者。其中6例是第二次引流，原因是既往开腹置管3～6个月，腹腔端引流管堵塞。另4例在腹腔镜置管后一周再次置另一根管，原因是脑室间孔不通，须做另一侧脑室引流。

2.手术方法和结果：均取头偏后左（或右）侧位，取右（或左）枕部弧形切口，钻孔入颅后，取平行于 OM 线方向将引流管置入8厘米左右，有脑液流出证实尖端在脑室内。行皮下通条穿刺，尖端穿至脐右上方5厘米处，切小口将通条引出，拔除内芯，将引流管远端经通条管送至腹部切口引出待用。人工气腹后，于脐下缘、脐左上方5厘米处分别插入扩张器并置入腹腔镜和抓钳。再从引流管引出处用5毫米扩张器穿透腹壁拔出，用左弯钳夹住引流管端放入盆腔最低点，或向上穿过肝镰状韧带至左侧，再经肝镰状韧带另戳孔穿回右侧，将管端固定在肝右叶上右方。6例曾开腹置管引流者术中腹腔镜下见引流管尖端均被大网膜紧密包裹，导致引流管堵塞。原切口周围大网膜粘连，有两例可见小肠壁及系膜与腹壁粘连。将引流管从包裹中抽出，证实通畅，再将其放至盆腔最低点或固定于肝上。若不通畅则重新置管。观察4例曾经腹腔镜置管的情况，无管端堵塞、包裹和腹腔粘连，引流管依然通畅。

二、讨论

脑积水是脑外科常见病症，临床主要表现为高颅压症候群，肢体活动障碍，大小便失禁以及脑室扩大，脑组织萎缩等。治疗方法除解除其原发病外，脑脊液分流对缓解症状，改善病人生活质量，恢复机体正常功能有重要作用。常用分流方法有脑室——心房分流，脑室——腹腔分流，脑室——胸导管分流，脑室——输尿管分流等。其中脑室——腹腔分流效果好，操作简单，并发症少，因而最常用。以往引流管腹腔端主要采用开腹置管，其缺点主要表现为：①引流管放入腹腔位置受限，只能放在切口附近，因此易被大网膜捕捉到进行包裹，造成末端堵塞。②开腹置管手术易造成腹腔脏器粘连，严重者造成粘连性肠梗阻。③腹部切口相对较大，对机体损伤大，增加了切口和腹腔感染的机会。相比较可见，腹腔镜下置管创伤小，术野清晰，置管位置精确，可把引流管末端放至盆腔最低点或固定在肝上方，使大网膜无法捕捉到，避免管端堵塞，保证引流长期通畅。同时，借助膀胱间歇性排尿和膈肌的节律性呼吸运动，对导管末端形成了泵作用，从而更有效引流脑脊液。我们应用腹腔镜置管的18例22人次，至今最长已达一年时间，无一例出现堵塞现象，因此是一种值得推广的好方法。

（收稿：2000-09-05）

* 作者单位：154002 黑龙江省佳木斯大学第一临床医院

# 硬膜外新斯的明复合液用于术后镇痛的临床观察

于 辉*

临床证实，硬膜外腔应用新斯的明（N）、东莨菪碱、布比卡因作术后镇痛，对下腹部短小手术后镇痛作用完善，方法简便。近来有报导硬膜外使用地塞米松可延长术后镇痛时间，为此，本文拟观察新斯的明镇痛液加入地塞米松后复合液（ND）的镇痛效果。

一、资料与方法

1.病人的选择与分组：选择 ASA Ⅰ～Ⅱ级，硬膜外阻滞效果满意的行阑尾切除术或疝修补术成年病人90例，随机分为3组，每组30例。于手术结束时，硬膜外腔注入3组药物中的一组。ND组（n=30）：新斯的明（N）1mg＋东莨菪碱0.3mg＋0.75%布比卡因5ml＋地塞米松（D）10mg，容积为10ml；N组（n=30）：新斯的明（N）1mg＋东莨菪碱0.3mg＋0.75%布比卡因5ml＋生理盐水2ml，容积为10ml；B组（n=30）：0.75%布比卡因5ml＋生理盐水5ml，容积为10ml。

* 作者单位：154002 黑龙江省佳木斯铁路医院麻醉科