DOI:10.16016/j.1000-5404.2004.10.026

仍有非常显著的差异($P<0.01$),且血中NSE、D-dimer浓度随时间的推移而逐渐下降,说明NSE、D-dimer参与了HIE的发病过程——即HIE后,血液中NSE、D-dimer浓度于生后第1天最高,虽然随着病情的逐渐好转,血中NSE、D-dimer浓度也逐渐下降,直至恢复正常,但是其恢复至正常所需要的时间以及是否会造成神经元不可逆性的损害与HIE的轻重密切相关。也就是说血中NSE、D-dimer浓度升高越明显,表明脑损伤越重,HIE的预后也越差,即使恢复,其恢复期也越长,留下脑损伤后遗症的可能性也越大。

因此,在HIE时动态检测血中作为脑损伤早期标志物的NSE和D-dimer的浓度变化,不仅可以早期了解在HIE后脑损伤的有无或轻重,还可以帮助我们推测和判断HIE病情的演变和预后,故具有较强的临床使用价值,值得推广应用。

参考文献:

[1] 韩玉昆. 新生儿缺氧缺血性脑病诊断依据和临床分度[J]. 中华儿科杂志, 1997. 35(7): 99-100.

[2] Catrcia Alix A, Cabanas F, Pellicer A, *et al*. Neuron-specific enolase and myelin basic protein: relationship of cerebrospinal fluid concentrations to the neurologic condition of asphyxiated full-term infants[J]. Pediatrics, 1994, 93(3): 234-240.

[3] 王兴河, 秦 梅, 樊绍曾, 等. 大鼠缺氧缺血性脑损伤时血液和脑脊液中S-100、CK-BB、NSE、MBP水平变化的研究[J]. 中华儿科杂志, 1999, 37(11): 670-672.

[4] 王义刚, 邢永前, 郑 华, 等. 神经元特异性烯醇酶与急性脑梗死[J]. 临床神经病学杂志, 2001, 14(4): 74-75.

[5] 黄 志, 陈 琼. 小儿惊厥血清和脑脊液中NSE和NO/NOS改变及其临床意义[J]. 第三军医大学学报, 2003, 25(16): 1473-1475.

[6] 杨 锐, 张方成, 魏文宁, 等. 纤维蛋白单体聚合功能及D-二聚体监测在脑损伤中的应用价值[J]. 微循环学杂志, 2003, 13(2): 38-39.

[7] Keimowitz R M, Annis B L. Disseminated intravascular coagulation associated with massive brain injury[J]. J Neurosurg, 1973, 39(2): 178-180.

[8] Olson J D, Kaufman H H, Moake J, *et al*. The incidence and significance of hemostatic abnormalities in patients with head injuries[J]. Neurosurgery, 1989, 24(6): 825-832.

[9] 张 华, 张建华, 吴味辛, 等. 神经元特异性烯醇化酶预测新生儿缺血缺氧性脑损伤[J]. 新生儿科杂志, 2002, 17(1): 44-46.

[10] 李伟明, 徐 辉, 李敏遐, 等. 新生儿缺氧缺血性脑病NO、GSH-PX和TNF的含量测定及其临床意义[J]. 中国急救医学, 2001, 21(9): 209-511.

(编辑 王 红)

个案与短篇

文章编号:1000-5404(2004)10-0912-01

腹腔镜下全结肠切除术治疗慢传输性便秘的手术配合

Nursing cooperation of laparoscopic total colectomy for slow transit constipation

聂智容, 颜 婕, 邱金玉, 葛衡江, 刘宝华 (第三军医大学大坪医院野战外科研究所手术室, 重庆 400042)

我院2002年4月至2003年10月应用腹腔镜下全结肠切除、回肠与直肠吻合术,治疗慢传输性便秘8例,取得满意效果。现将手术配合报告如下。

1 临床资料

本组患者共8例,男1例,女7例,年龄29~67岁,平均年龄48岁。病程最短2年,最长20年,平均为10年。手术时间为4~5 h,术中顺利。术后随访1~16月,全部病例排便困难症状均有明显缓解。

2 术前准备

2.1 术前访视

护士术前1日到病房与病人交谈,向其介绍手术,麻醉及注意事项,做好术前心理疏导,消除紧张不安情绪,取得病人对手术的配合。参与手术的护士还应参加术前讨论,掌握术式及术者的特殊要求。

2.2 设备及器械的准备及灭菌

术前对手术器械、仪器熟练掌握,仔细检查仪器设备运转情况。除一次性物品外,敷料和所有能耐受高温的器械均采用高压蒸汽灭菌。不能耐受高温的腹腔镜器械术前1 d用2%强化戊二醛浸泡10 h以上灭菌。

3 手术配合

3.1 巡回护士配合

3.1.1 手术体位 取截石位,两腿尽量放低,以利于术中暴露视野,便于术者操作。注意避免压迫双腿腓总神经,防止腓总神经损伤。

3.1.2 合理安置手术人员与仪器的位置 本手术要求2台监视器,并根据情况移动监视器位置;术者和助手的位置应根据手术部位调整,术者常规站病人两腿之间,也可根据手术进程站病人左侧。

作者简介:聂智容(1968-),女,重庆市人,主管护师,主要从事手术室护理方面的研究。电话:(023)68757347

收稿日期:2004-03-15;修回日期:2004-05-15

(下转919页)

?1994-2016 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved. http://www.cnki.net

鱼尾状迅速发出肌支支配指总伸肌、尺侧伸腕肌和小指伸肌, 然后接近垂直下行发肌支支配拇长展肌、拇短伸肌和伸示指肌, 角度变化不大。在桡神经深支的行程中先位于前臂前侧, 后移行至前臂后侧, 这一变化主要发生在桡神经深支穿行于旋后肌的过程中, 即旋后肌管中, 桡神经深支的主干主要集中在这一区域。可见, 在桡神经深支的行程中, 桡神经深支穿出旋后肌的位置(简称穿出点)是对其进行定位的关键。现有的文献对穿出点的定位多以肱骨外上髁、肱桡关节线或肱骨小头为参照测量桡神经深支穿出旋后肌的位置与他们的距离[3,5,6], 此类方法仅对穿出点进行了前臂长轴方向上的纵向定位, 而由于桡神经深支的解剖复杂性, 其在前臂上段走行呈明显斜行, 对穿出点只进行纵向定位而不进行横向即水平定位是不够的。

本研究表明桡神经深支在肱桡关节线近端约 130 mm 处由主干发出后, 即经桡骨头前方略偏外侧进入旋后肌深面, 此进入点比较固定, 且由于桡骨头可于体表清楚触及所以容易定位, 可做为桡神经深支近端定位标志。桡神经深支穿出旋后肌的位置变异很小, 距肱骨外上髁与桡骨 Lister 结节连线 5.6 mm, 距离肱桡关节线 6.1 mm(可粗略记为桡骨长度的 1/4 到 1/5), 此点可作为桡神经深支远端的定位标志。二者结合可相对准确的对桡神经深支进行体表定位, 对于判断前臂外伤中桡神经损伤的可能性, 指导前臂手术有重要的意义。

参考文献:

[1] 吴梅英. 桡神经深支损伤的治疗[J]. 中华创伤杂志, 1998, 14(2): 75-76.

[2] 林其仁, 黄奕铁, 王文怀, 等. 桡神经深支损伤的显微外科修复[J]. 中华显微外科杂志, 1999, 22(4): 256-257.

[3] 黄　涛, 刘大庸, 秦建强, 等. 桡神经前臂各肌支的解剖学研究[J]. 中华骨科杂志, 2002, 22(3): 158-160.

[4] 郭世绂. 骨科临床解剖学[M]. 济南: 山东科学技术出版社, 2000. 554-557.

[5] 彭裕文. 局部解剖学[M]. 第5版. 北京: 人民卫生出版社, 2001, 214-215.

[6] Prasartritha T, liupolvanish P, Rojanakit A. A study of the posterior interosseous nerve (PIN) and the radial tunnel in 30 Thai cadavers[J]. J Hand Surg(Am), 1993, 18(1): 107-112.

(编辑　陈聪连)

(上接 912 页)

3.1.3　正确连接各型仪器　　巡回护士应熟练掌握各仪器的性能、连接方式和注意事项, 严格仪器操作规程, 术中根据手术要求, 及时合理地调整仪器参数, 开启并管理录像监视系统, 进行摄录像[1]。

3.2　器械护士配合

3.2.1　协助医生建立气腹　　在脐上做 1 cm 横向切口, 用气腹针穿刺, 连接 CO_2 气腹机输入管。流量从低速开始, 根据进气时快慢情况及腹压上升速度来判断气腹针位置是否正确, 然后逐渐增大流速(10~14 L/min), 注气过程中应仔细观察腹部膨胀是否对称, 严密监测腹内压。待腹内压升到 1.56 kPa 后维持。

3.2.2　装配及放置各种套管　　将预热到一定温度的镜头擦干放入套管内, 采用 12 mm 套管在右下腹、左下腹作穿刺切口, 其他穿刺切口均采用 10 mm。若手助腹腔镜全结肠切除术, 多采用 5 mm 套管, 手助切口常选下腹正中, 长 5~7 cm。

3.2.3　切除病灶与重建肠道　　在完成结肠游离后, 扩大做下腹穿刺切口至 3~4 cm, 提出全结肠, 将其切除。将圆形吻合器抵钉座安置于回肠, 经肛门插入圆形吻合器完成回肠直肠吻合。合并子宫后倒者在腔镜下或经小切口折叠缝合子宫圆韧带, 恢复子宫的正常位置; 合并直肠内脱垂者将直肠吊于右侧骶骨岬。

4　体会

腹腔镜全结肠切除术治疗慢传输性便秘, 是近几年开展的新技术, 其具有切口小, 手术创伤少, 对病人的生理干扰轻、出血少、术后疼痛轻、恢复快、住院时间短等优点。

巡回护士术前 1 d 到病房访视患者, 根据病人的具体情况, 适当介绍手术方法, 手术的先进性、安全性和成功率, 协助病房医护人员减轻患者的心理压力, 与患者建立治疗性人际关系, 使其以良好的心态接受手术。

实行腔镜专科护士, 利于配合手术。配合手术的护士相对固定, 利于熟练掌握仪器设备的操作性能, 及时处理出现的故障; 还利于熟悉腹腔镜手术器械的名称及用途, 熟悉手术步骤与操作程序, 了解术者的喜好, 较好地配合手术, 确保手术顺利进行[2]。

术中要保证良好的手术显露, 通过良好的气腹维持与适宜的体位可达到目标。良好的气腹维持对手术的成功非常重要[3], 灌气应从低流量(1 L/min)开始, 使病人有个适应的过程, 逐渐达到高流量(12~40 L/min)注意监测腹内压力到 1.87×10^3~2.13×10^3, 维持通畅的气体流量。保持适宜的手术体位, 将病人头部降低或者抬高, 借助腹腔内诸脏器的重力关系协助显露手术视野, 使手术顺利进行。

注意仪器及器械的清洗与保养, 术后应将腹腔器械浸泡于酶清洗剂稀释液中 1~5 min, 以彻底清除关节缝隙, 管道内壁以及器械表面的有机物、碎片等, 管腔用细毛刷清理。止血钳钳端, 电凝钩头, 电棒头部的金属部位如果有电糊, 不要用锐利的器械刮除, 以免损伤器械, 应擦试干净, 用清水冲净, 擦干, 上油保护。使用中严格操作规程, 防止因动作粗暴而损坏设备、器械。冷光源、摄像主机、监视器使用完毕后旋钮回复零位。

关键词: 便秘; 全结肠切除术; 腹腔镜; 手术配合
中图法分类号: R574.62　　文献标识码: B

参考文献:

[1] 聂智容, 颜婕, 邱金玉. 电视胸腔镜胸腺切除手术配合[J]. 护士进修杂志, 2003, 18(5): 425-426.

[2] 颜　婕, 聂智容, 秦筱静. 腔镜下甲状腺腺瘤切除术的手术配合[J]. 第三军医大学学报, 2004, 26(4): 306, 309.

[3] 鄢敏英, 黄美星, 赖雪英. 腹腔镜直肠癌根治术的手术配合[J]. 福建医药杂志, 2001, 23(1): 119-120.

(编辑　张　宁)

?1994-2016 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved.　http://www.cnki.net