DOI:10.16016/j.1000-5404.2001.09.024

totrophic factor for liver regeneration and its potential antihepatitis effect *in vivo*[J]. Chinese Sci Bull, 1998, 43(22): 1 026—1 031.
[11] Xie L, Yang X M, He F C. Experimental studies on rescue of acute hepatic failure with a recombinant enhancer of rat liver regeneration[J]. Chin J Appl Physiol. (in Chinese), 1996, 12(6): 324—328.
[12] Morley C G D, Kingdon H S. Use of ^{3}H-thymidine for measurement of DNA synthesis in rat lifer awaring[J]. Anal Biochem, 1972, 45(2): 298—305.
[13] Seglen P O. Preparation of isolated rat liver cells[J]. Methods Cell Biol, 1976, 13(1): 29—35.
[14] Moshage H, Yap S H. Primary cultures of human hepatocytes: a unique system for studies in toxicology, virology, parasitology and liver pathophysiology in man[J]. J Hepatol, 1992, 15(3): 404—413.
[15] Habibullah C M, Syed I H, Qamar A, *et al*. Human fetal hepatocyte transplantation in patients with fulminant hepatic failure[J]. Transplantation, 1994, 58(8): 951—952.
[16] Higuchi O, Nakamura T. Identification and change in the receptor for hepatocyte growth factor in rat liver after partial hepatectomy or induced hepatitis[J]. Biochem Biophys Res Commun, 1991, 176(2): 599—607.
[17] Zarnegar R, DeFrance M C, Oliver L, *et al*. Identification and partial characterization of receptor binding sites for HGF on rat hepatocytes[J]. Biochem Biophy Res Commun, 1990, 176(3): 1 179—1 185.
[18] Baglioni C, McCandless O, Travernier J, *et al*. Binding of human tumor necrosis factor to high affinity receptor on HeLa and lymphoglastoid cells sensitive to growth inhibition[J]. J Biol Chem, 1985, 260(5): 13 955—13 397.

（编辑 薛国文）

个案与短篇

文章编号：1000-5404(2001)09-1054-01

经皮穿刺腰椎间盘切吸术的护理配合

Nursing care of automated percutaneous lumbar diskectomy

陈 洁，游 箭，陆 明 （第三军医大学附属西南医院放射科，重庆 400038）

自Hijikata[1]首次报道用经皮穿刺腰椎间盘切吸术（Automated percutaneous lumbar disctomy, APLD）治疗腰椎间盘突出症以来，近年因设备器材的不断改进和完善，使该法得到了迅速的发展[2,3]，为顺利的完成该手术，手术前后的护理准备和术中配合是十分重要的，现将我科20例APLD护理配合的初步体会介绍如下。

1 临床资料

1.1 一般资料

本组共20例，其中男性16例，女性4例，年龄24～50岁，平均（38±6.2）岁；均有频繁发作的腰腿痛、下肢麻木、跛行或一侧肢体感觉异常、活动受限等表现，直腿抬高试验均程阳性；本组病例全部经保守治疗两个月以上而疗效不佳者。

1.2 术前准备

首先向病人及家属说明本手术创伤小、恢复快、安全性高的特点以消除病人的思想顾虑，争取病人配合。术前1 d给患者清洗背部，检查血常规、出凝血时间、血小板及肝肾功能，做奴夫卡因和青霉素过敏试验。检查机器设备，特别是吸引器的性能情况。备好术中用品，如庆大霉素、生理盐水等。

2 手术方法和术中配合

患者取侧卧位，有症状一侧在上，根据CT或MRI横断面扫描结果标定穿刺点，在透视下沿穿刺途径用1%奴夫卡因局麻，注意不能将神经根麻醉。在X线透视双向定位下将穿刺针插入髓核中心，退出针芯后依次由细到粗将套管针插入。最后将直径4.2 mm的套管针留在椎间盘内。用纤维环切割针切开纤维环，植入电动旋切刀进行切割和抽吸。切割时用加有24万U庆大霉素的生理盐水500 ml进行冲洗，其冲洗流率为100 ml/min。抽吸最大负压为1个大气压，抽吸时间约20 min；抽吸完毕，拔除套管针并加压包扎。术中除连接好各种管道，核查好抽吸时的压力外，还必须随时注意观察病人有无突然发生或加重的疼痛以及突然的肌肉收缩，这往往是血管和神经损伤的唯一和强烈的提示信号。这时，应立即提醒术者改变进针的角度和方向，以避免损伤血管和神经。本组20例均成功，无严重并发症发生。

3 术后护理

术后严密观察病人生命体征及下肢感觉和运动情况，注意穿刺部位有无渗血。术后30 min给患者进行直腿抬高试验，手术成功时应呈阴性。常规预防性应用抗菌素3 d，并可口服呋喃硫胺，地巴唑及布洛芬。术后患者应睡硬板床1～2周。1月后复查CT或MRI。

通过20例手术的配合，我们初步体会到，只要准确的手术操作，熟练的术中配合和观察，本手术是安全可靠的，并且具有损伤小、恢复快、费用低的优点，值得进一步推广应用。

关键词：腰椎间盘切吸术；外科护理
中图法分类号：R473.6 文献标识码：B

参考文献：

[1] Hijikata S. A method of percutaneous medeus extraction: A new therapy modulity for intervertebral disc herniation[J]. J Oden Hospital, 1975, 5(3): 309—311.
[2] 王 峰，焦天民，郎志谨. 经皮穿刺切割腰5-骶1间盘切除术[J]. 介入放射学杂志，1998，7(2)：109—110.
[3] 周义成，王承缘，郭俊渊 等. 经皮穿刺切割腰椎间盘切除术治疗腰椎间盘突出症[J]. 临床放射学杂志，1991，3(2)：144.

（编辑 谢义霞）

作者简介：陈 洁（1960—），女，江苏省南京市人，主管技师，主要从事介入放射学护理工作的研究，发表论文8篇。电话：(023)68754426
收稿日期：2001-03-20；修回日期：2001-05-15

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