

腹腔镜肾上腺嗜铬细胞瘤切除术中护理体会^{*}

喻 琼(重庆医科大学附属第一医院麻醉科 400016)

【摘要】 目的 探讨腹腔镜肾上腺嗜铬细胞瘤切除术的术中护理配合要点。**方法** 对 23 例手术患者的术中护理配合进行总结和分析。**结果** 23 例患者均安全接受手术,术中无护理并发症发生。**结论** 手术室护士做好充分的术前准备,熟悉手术器械、仪器性能和作用,熟练掌握手术步骤,术中与医生密切配合及严密观察病情变化,是保证手术顺利完成的关键。

【关键词】 肾上腺肿瘤; 嗜铬细胞瘤; 腹腔镜检查; 手术室护理

DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2011.17.061 文献标志码:B 文章编号:1672-9455(2011)17-2149-02

嗜铬细胞瘤是机体嗜铬性组织内大量生长出来的一种分泌儿茶酚胺的肿瘤,约 90%发生于肾上腺髓质,其余发生于交感神经结、副交感神经结或腹膜后其他部位。现代微创外科技术的发展使腹腔镜技术的应用范围逐渐扩大,有学者认为腹腔镜肾上腺手术是治疗肾上腺肿瘤的金标准^[1]。该手术不用剖腹,手术时间短,术中出血少,患者痛苦小、损伤小、瘢痕小、并发症少,术后恢复快,容易被患者所接受。本院 2007 年 9 月至 2010 年 12 月共施行后腹腔镜下嗜铬细胞瘤切除术 23 例,取得满意效果,现将手术护理配合体会报道如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 本组 23 例,男 7 例,女 16 例;年龄 25~68 岁,平均 41 岁。病程 5 个月至 5 年。左侧 9 例,右侧 14 例。所有患者均有不同程度的头痛、头昏、阵发性或持续性高血压、心悸及一系列代谢紊乱症候群。经 B 超、CT 及肾上腺磁共振检查临床诊断为嗜铬细胞瘤。

1.2 手术方法 全身麻醉,患者取健侧侧卧位,抬高腰桥,经后腹腔途径放入腹腔镜。用超声刀、吸引器边吸边钝性分离,于肾上腺极寻找并暴露肾上腺肿瘤,完全游离并切除后,彻底止血,将肾上腺肿瘤装入标本袋中完整取出,视情况给予止血纱布填塞,放置腹腔引流管。放出腹腔内多余的 CO₂ 气体,关闭切口。

1.3 结果 手术均顺利进行,手术时间 70~120 min,平均约 90 min。术中出血量 30~210 mL,平均约 100 mL。术后住院 7~10 d,恢复良好,无明显并发症发生。

2 手术配合与护理

2.1 术前访视 由于瘤体分泌大量的肾上腺素和去甲肾上腺素,轻微刺激即可致血压升高。手术作为一种应激源,使患者产生强烈的心理反应,出现紧张、恐惧等心理表现^[2]。手术室护士术前应访视患者,向患者介绍手术室环境,手术流程、方法、体位及腹腔镜手术的先进性、安全性,消除患者对陌生手术环境产生的恐惧心理;介绍麻醉、手术带来的不适及注意事项,使患者以良好的心态迎接手术,配合麻醉;耐心倾听和解答患者的询问,了解其身心需求,避免因手术应激反应引起血压增高。

2.2 物品准备 常规开腹器械及腹腔镜专用器械全套,摄像、光源系统、气腹机、电凝器、超声刀、生物夹、止血纱布等。术前 1 d 常规检查手术所用仪器,保证性能良好^[3]。

2.3 血管活性药物准备 由于对瘤体的剥离和挤压,术中易

致高血压危象、心力衰竭、脑卒中,切除肿瘤后极易发生低血压及休克。因此术前应准备好血管活性药物,如去甲肾上腺素、肾上腺素、多巴胺、苯胺唑啉、硝普钠、硝酸甘油、西地兰等,备足血制品^[4]。

2.4 巡回护士配合

2.4.1 患者进入手术室后,对患者实施安全核查。在术侧上肢建立两条静脉通道,1 条用于输血、输液;另一条用于输入控制血压和心率的药物。协助麻醉师在全麻成功后再进行刺激性操作颈外静脉穿刺,监测中心静脉压,以了解术中血容量,指导输液、输血速度;协助麻醉师做好桡动脉穿刺,以连续准确地测量动脉压^[5]。

2.4.2 全麻后,取健侧卧位,垫高腰部,适当折刀位扩大腰部手术范围,注意体位舒适,防止血管、神经受压。熟练掌握仪器的连接、操作、调节,注意其整体布局 and 合理摆放。

2.4.3 密切观察生命体征变化,因麻醉、体位改变、二氧化碳气腹等对血流动力学、呼吸及内分泌均有影响,尤其可使交感神经活性升高,导致血压升高,心率增快。在全麻诱导、气管插管、切皮肤、二氧化碳气腹、手术操作中探查及剥离肿瘤时,血压可能骤增。当血压升高时,开通备好的降压药,视血压升高的程度调节滴速,如果血压不升,用麻黄素 10~20 mg 静滴,以刺激血管壁对儿茶酚胺的兴奋性。使血压尽快恢复正常,并保证重要器官的有效灌注压。

2.4.4 补充血容量,本组患者常伴有红细胞增多,又因血管经常处于高度收缩状态,机体处于低血容量状态,在切断肿瘤的最后血管之前,需充分扩容,保持有效循环血量。术中视出血量的多少输血,输血补液量应比失血量大。同时可输入适量其他胶体液及晶体液,以保证足够的血容量。

2.4.5 术中严格执行无菌操作,密切配合手术进程,做好充分的应急准备,避免术中并发症的发生。

2.5 器械护士配合 根据腹腔镜肾上腺嗜铬细胞瘤切除的手术特点,周密地做好术前准备工作,熟悉各种器械的用途和使用,熟悉手术解剖部位,掌握手术步骤,尽量缩短游离时间,减少挤压肿瘤,有效预防出现高血压危象或心律失常的发生。协助医生常规消毒铺巾,协助医生制作手控气囊并创建腹膜后工作腔。气囊扩张后,取出时应检查其完整性。分离出肾上腺中央静脉时,应备好生物夹夹后切断,仔细止血并检查周围器官有无损伤后取出标本,腹膜后置引流管一根,关闭穿刺切口。因腹腔镜器械较长,术中要特别注意无菌操作技术;器械非常

^{*} 基金项目:重庆市卫生局医学科研基金资助项目(2009-2-80)。

精细,使用时要轻拿轻放,避免碰撞^[6]。

3 护理体会

3.1 肾上腺嗜铬细胞瘤因其分泌大量的儿茶酚胺可引起阵发性或持续性的高血压以及一系列代谢紊乱症候群,病情凶险,手术是目前治疗嗜铬细胞瘤唯一有效的方法^[7]。腹腔镜下肾上腺嗜铬细胞瘤切除术具有创伤小、手术时间短、手术中出血量少等优势,但同时手术难度和风险也较大,对护士的临床技能和专业知识提出了新的要求,良好的术中配合可以大大提高手术的安全性。

3.2 手术室护士应做好充分的术前准备、术中熟练配合、严密观察病情变化及严格无菌操作,是手术成功的重要保证。巡回护士要熟练掌握各种仪器性能、操作步骤,严格按操作规程,术中密切观察病情变化;器械护士要熟悉手术解剖位置,熟练掌握各种手术器械的名称、功能和使用方法,以保证能迅速正确的传递器械,同时要准备好各种止血材料。严密观察生命体征,密切观察手术进程^[8]。

3.3 术中全麻诱导、气管插管、改变体位,手术探查挤压肿瘤时易诱发高血压危象,手术室护士应掌握相关的专业知识,术前至术后的全过程中,密切关注患者生理和心理两方面的变化,有预见性地、及时地应对手术中突发、紧急情况,应熟练地掌握各仪器设备的使用方法,与手术医生和麻醉医生积极配合,尽可能缩短手术时间,以确保手术顺利进行。

参考文献

[1] 杜爱华,郑莉莉,黄静.腹腔镜下手术治疗肾上腺嗜铬细

胞瘤 56 例围手术期观察与护理[J]. 内蒙古中医药, 2011,30(5): 168-169.

[2] 冯艳.后腹腔镜肾上腺嗜铬细胞瘤切除术的围手术期护理[J]. 实用临床医药杂志:护理版,2010,14(10): 14-15.

[3] 谌貽琴,糜丽梅,孙发.后腹腔镜肾上腺嗜铬细胞瘤切除术 12 例护理体会[J]. 贵州医药,2010,34(6): 561-562.

[4] 陈兰,李琳.后腹腔镜肾上腺嗜铬细胞瘤摘除术 28 例围术期舒适护理[J]. 齐鲁护理杂志:外科护理,2010,16(8): 77-78.

[5] 张瑜,郭留萍.后腹腔镜下肾上腺嗜铬细胞瘤切除术的围手术期护理[J]. 现代中西医结合杂志,2010,19(27): 3514-3515.

[6] 谢妙珠,翁佩君,蔡雪玲.经后腹腔镜行腹腔镜下嗜铬细胞瘤切除的手术护理配合[J]. 广东医学,2010,31(14): 1901-1902.

[7] 樊军芳.后腹腔镜下治疗肾上腺嗜铬细胞瘤的护理[J]. 中国实用神经疾病杂志,2010,13(14): 79-80.

[8] 李洁,黄春华.后腹腔镜肾上腺肿瘤切除术的护理配合[J]. 实用医学杂志,2010,26(4): 688-689.

(收稿日期:2011-07-11)

640 例经桡动脉行冠状动脉介入治疗患者的护理

宋晓菊(重庆市第三人民医院心内科 400014)

【摘要】 目的 通过对经桡动脉行冠状动脉介入治疗患者的观察和护理,总结其治疗效果。**方法** 观察总结了 640 例经桡动脉行冠状动脉介入治疗患者的护理,术前落实有效的心理护理及术中配合指导,术后严密观察肢体血液循环状况,重视并发症的预防。**结果** 640 例患者除 4 例出现伤口局部血肿、水泡、上肢少数皮下出血外,其余均好转出院。**结论** 经桡动脉行冠脉介入治疗减少了并发症,提高了患者的舒适程度,缩短了住院时间及住院费用,有利于冠状动脉造影术及血管成形术的进一步推广。

【关键词】 冠状动脉疾病; 血管成形术,经腔,经皮冠状动脉; 桡动脉; 护理
DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2011.17.062 文献标志码:B 文章编号:1672-9455(2011)17-2150-03

冠状动脉造影及冠状动脉介入治疗(PCI)的传统方法是经股动脉穿刺,但其卧床时间长,局部并发症多。近年来经桡动脉途径行冠状动脉造影术和 PCI 在我国发展迅速。本院从 2006 年 5 月至 2010 年 12 月,经桡动脉行冠状动脉介入治疗患者 640 例,经过精心的护理,取得良好的疗效,现将护理内容报道如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 本组经桡动脉行冠状动脉介入治疗患者 640 例(Allen 试验阳性 617 例,阴性 23 例),男 423 例,女 217 例,年龄 46~89 岁,平均 65.5 岁。其中冠状动脉造影 458 例,冠状动脉内支架植入 163 例,经皮冠状动脉成形术(PTCA)19 例。冠状动脉造影术 458 例中门诊 22 例,住院 436 例;成功 453 例,成功率 98.9%;失败 5 例,3 例改穿同侧尺动脉后成功,2 例改穿同侧肱动脉成功;458 例中除 8 例术中发生动脉痉挛外,其余无一例出现桡动脉闭塞、出血、血肿及动脉瘤等。支架植入术 163 例,成功 159 例,成功率 97.5%;失败 4 例,其中

因各种原因指引导管无法到位 3 例,到位后支撑力不够 1 例,改穿股动脉均成功;163 例中除 4 例出现伤口局部血肿、水泡、上肢少量皮下出血外,其他无严重并发症。PTCA 19 例均获成功,成功率为 100%。

1.2 入选标准与排除标准 临床有胸闷、胸痛症状及典型心绞痛缺血依据,且无抗凝治疗禁忌证患者均可选用此造影术,而患者的年龄、性别、体质量、身高等因素均不影响经桡动脉冠状动脉造影术的实施。D'urban 和 Cafiero^[1]认为,桡动脉途径的禁忌证包括桡动脉未触及、Allen 试验异常等。有透析用动静脉内瘘者是桡动脉穿刺的绝对禁忌证。桡动脉路径有皮下出血、肿胀、药液渗漏,机械性或化学性静脉炎,血管或皮肤破损、炎症、感染等,是桡动脉介入治疗的相对禁忌证^[2]。

1.3 手术方法 经桡动脉路径患者,右手臂自然平伸外展 30°左右,将腕部抬高约 5~10 cm 以便于穿刺。常规消毒铺巾,消毒区域为手掌至肘关节,同时消毒对侧手臂及腹股沟备用。选用 Terumo 桡动脉专用穿刺包,在桡骨茎突近端稍上或下、桡