

预防并发症,提高生活质量有重要意义。

[参 考 文 献]

- [1] 吴华颖,王莺,郭莉兰.健康教育对老年冠心病合并糖尿病患者负性情绪和疗效的影响[J].中国实用医药,2009,27(4):225-226.
- [2] 李小鹰.糖尿病合并冠心病的病理基础与临床特点[J].中华老年多器官疾病杂志,2004,3(2):9.
- [3] 程云清,陈凌,戴红霞,等.冠心病合并糖尿病患者实施安全护理的效果评价研究[J].护理进修杂志,2007,22(22):2049-2050.
- [4] 莫永珍.糖尿病患者的饮食治疗与教育[J].中华护理杂志,2007,42(5):477.
- [5] 尤黎明,吴瑛.内科护理学[M].4版.北京:人民卫生出版社,2006:418-423.
- [6] 周桃梅,黄明珍.心理干预对中老年冠心病患者焦虑抑郁的影响[J].护理学杂志,2005,20(11):44-45.
- [7] 陆风华.糖尿病合并冠心病患者的饮食治疗及护理进展[J].全科护理,2009,7(9):2527-2528.
- [8] 陈春银,向秀,周洁丽.综合治疗糖尿病并发冠心病患者的观察与护理[J].当代护士,2008,2(11):13-15.
- [9] 鲁大云,孙明丽.糖尿病合并冠心病患者的护理[J].实用心脑血管病杂志,2009,17(9):837-838.
- [10] 朱元钰.评估生命质量逐渐成为临床试验的新标准[J].中华内科杂志,2003,42(2):753.

[文章编号] 1000-2200(2010)07-0750-03

· 护理学 ·

神经外科手术中侧俯卧位的摆放和护理

张妮娜

[摘要]目的:探讨神经外科手术中侧俯卧位的摆放和护理方法。方法:侧俯卧位的摆放时1人站在患者头部,保护气管插管,托扶头、颈部;其他2~3人分别站于手术床两侧,托扶背部,向上轻抬患者呈30°。半卧位,于腋窝投影处放置一软垫,将患者脊柱保持在同一纵轴位转动,并固定。结果:22例手术,准备时间缩短,手术体位术者满意,未因手术体位的摆放和护理因素而发生并发症。结论:在进行特殊部位手术时,摆放侧俯卧位并给以恰当的护理,可使手术时间缩短,手术并发症减少。

[关键词] 手术室护理;神经外科手术;侧俯卧位摆放

[中国图书资料分类号] R 472 [文献标识码] A

在神经外科手术中,安全合理的手术体位是手术成功的基本保证,尤其神经外科显微手术在显微镜下操作,手术部位深,术野狭窄,手术精细,时间长,准确的体位易于术野的暴露和医生操作准确方便,并可减少术中并发症的发生^[1]。全身麻醉下侧俯卧位是显微神经外科手术中较为复杂的一种体位,适用于颅后窝、桥小脑角、后颅窝中线区、脑干背外侧面、枕部、幕上顶枕部,脊柱、脊髓等部位病变的手术^[2]。此体位若使用不当可造成患者生理学的改变,易导致循环、呼吸障碍、神经损伤和皮肤压疮等并发症^[3]。2005年1月至2009年10月,笔者通过对22例侧俯卧位手术患者体位的摆放和相应的护理,取得良好的效果,现作报道。

1 临床资料

1.1 一般资料 22例中,男14例,女8例;年龄18~73岁。病变部位及性质:第四脑室肿瘤手术2例,第四脑室囊虫1例,小脑半球肿瘤手术5例,桥小脑角区肿瘤手术10例,颈髓肿瘤2例,腰髓肿

瘤1例,颈髓海绵状血管瘤1例。手术时间4~7.5h。

1.2 方法 头颅颈部手术用头架固定,手术体位采用侧俯卧位摆放,摆放角度术者满意,并给以恰当护理。

1.3 结果 手术准备时间缩短,手术野暴露充分,手术医生操作方便并对手术体位、术中护理满意。未因手术体位的摆放和护理不当而发生任何并发症。

2 护理

2.1 体位摆放 患者全麻状态后进行体位摆放。1人站在患者头部,负责观察患者情况,保护气管插管、托扶头、颈部,2~3人分别站于手术床两侧,托扶背部、胸、腰部,向上轻抬患者呈30°半卧位,于腋窝投影处放置一软垫。搬动患者时要步调一致,将患者脊柱保持在同一纵轴位转动,避免牵拉或损伤。侧俯卧位垫与患者身体接触的部位是肩峰前侧面、肋骨、髂前上棘、股骨上端。下方手臂伸直放置身旁,身体前倾30°,放置软垫于身体侧,上方手臂放于托臂板上。下方腿伸直,上方腿屈膝放置软垫上,上方肩部、臀部、膝部用约束带固定。头颈部手术患

[收稿日期] 2009-12-18

[作者单位] 安徽省蚌埠市第三人民医院 手术室,233000

[作者简介] 张妮娜(1975-),女,护士。

者用头架固定头颈部,胸腰部手术患者头颈部用软垫头圈固定,双脚悬空避免脚趾受压。

2.2 各部位的摆放注意事项 头颈部:双眼用专用贴膜遮好,双耳用棉球塞好。患者依据手术部位采取左或右侧俯卧位,头部托于床上缘之后头向对侧倾斜,前屈并向对侧旋转。肩部:肩部上方垫厚方巾,用约束带将上肩部向背部下方牵拉,使头肩夹角开大。头(颈)前屈,下颌距胸骨柄 2 横指。颅骨拧钉子处皮肤用碘酊消毒,无菌操作下拧入颅骨的固定钉,安装头架。上肢:患者的手、肩处于自然下垂状,腋下垫软垫。手臂用托位架托起固定。托位架固定于床沿上方肢体的一侧,约在上肩水平的高度。躯干部:腹部软垫注意不要影响腹部换气。臀部:将厚方巾垫于臀部最高点处,在其上用约束带拉于床两侧,固定臀部。下肢:下肢自然分开,上方腿屈曲,膝关节与踝关节等骨隆突处皮肤较薄,故在此各垫 1 个软垫,预防压疮发生,垫软垫时注意勿压迫大隐静脉。在大腿中部垫厚软垫,用约束带固定于床沿两侧。根据手术部位手术医生要求适当调整摆放角度,患者全部体位摆妥后,患者身上盖手术巾,保暖并避免皮肤与金属接触。

2.3 避免脊髓损伤的护理 全身麻醉后,由于患者肌肉完全松弛,脊柱和各大、小关节均处于无支撑无保护状态。护理人员在搬动患者时,对患者身体的每一部位都要有足够的支持,在转换体位时,患者的头颈部、胸部、腰部、下肢等部位均设专人负责,统一协调,使患者的头颈部与脊柱同步转动,并始终维持在功能位。

2.4 循环、呼吸系统护理 侧俯卧位时体位要尽量使患者舒适,胸、腹部要有间隙,以防呼吸受阻。在全麻气管插管后,要妥善固定好钢丝导管,防止侧俯卧位时导管打折、扭曲、脱出而发生麻醉意外,术中及时观察导管的情况。

2.5 眼睛和面部护理 头托固定头颈部时,需特别注意保护患者眼睛,将患者眼部放于头托凹陷处,避免眼睑部皮肤接触头托,对眼睛构成压力压迫眼球;同时注意调整面部皮肤与头托的接触部位,使前额、颧骨受力点均匀。为减少面部皮肤与头托的直接接触摩擦,先用干燥小棉条敷在双眼睑裂处,再将手术膜平整地覆盖于患者前额至鼻尖处面部皮肤,使手术膜与头托直接接触。对手术时间较长的患者,巡回护士每 1~2 h 检查 1 次患者眼睛、前额和颧骨受压情况,并调整受力点。头架固定头颈部的患者,注意使患者眼睑闭合,用眼贴膜贴敷于双眼睑处,避免

消毒液接触角膜引起灼伤。

2.6 器官护理 女性患者侧俯卧位时乳房是重要保护器官。摆放体位时,将乳房护送至体位垫中空处,使乳房不受任何挤压,避免损伤。男性患者侧俯卧位时要注意外生殖器的保护。

2.7 颈部、肢体护理 颈部固定时,要根据颈部生理弯曲,调节头架(头托)的高度和位置,防止颈髓损伤;上肢肘部自然弯屈,放置托臂板时,避免臂丛神经受损;腋窝、前臂和手的大小鱼际不应承受身体的任何重量,防止长时间受压引起尺、挠神经损伤;下肢约束带固定在腘窝上方 8 cm 处,避免腓神经受压损伤。

2.8 皮肤压伤的预防和护理 摆放体位时,仔细检查患者身体每个受力点的情况,遇瘦弱患者,在骨隆突处放海绵软垫,以缓解局部压力,预防皮肤压伤。侧俯卧位海绵垫弹性应适中均匀,有一定的韧度。经长时间手术后,检查患者受压部位,不应出现皮肤压红、压伤。术后用滑石粉按摩骨隆突处及长期受压部位,促进血液循环防止压疮发生。

2.9 头架处理 术前检查头架各部分是否完整,功能是否良好。术前固定头架螺丝时,位置适中,松紧适宜。螺丝太松起不到固定作用;太紧或位置不适宜造成颅骨骨折、器官损伤。术后头架、头钉取下及时洗刷干净;高压蒸汽灭菌备用。

3 讨论

神经外科手术的发展,对手术体位的要求不断提高,特别是显微神经外科的出现与成熟,手术床的革新,头架的发明,使手术体位更准确,也更易随时调整。在追求最佳手术疗效的同时,人们还追求手术创伤的降低。随着手术显露的减少,对深部结构的显露,要求手术入路更精确,也要求手术体位更准确。另一方面,随着手术时间的延长,医生和患者都需要采用舒适的体位,因此,手术体位的摆放是顺利完成手术的必备条件。正确的体位摆放,不仅有利于手术的顺利完成,而且有利于对患者的观察及护理。侧俯卧位与其他体位相比,手术视野暴露充分,便于手术医生操作,术者具有良好的视角,不易产生视觉疲劳;避免了空气栓塞的发生;不易使血液流入脑室或脑池,降低了急性脑积水的发生及蛛网膜下腔出血引起的血管痉挛;避免了腹部受压,对患者呼吸循环的影响小,不易发生气管插管脱落及面部压疮。侧俯卧位体位摆放所需用具简单,但需要专门培训护理人员配合摆放。在转换患者体位时,要有

足够的人手去支持患者身体的每一部分,以防止出现扭伤(例如颈部)。

在摆放体位的过程中,给以恰当的护理也不可忽视,避免脊髓损伤的护理、循环、呼吸系统的护理、眼睛和面部的护理、器官的护理、颈部、肢体的护理、皮肤压伤的预防护理等,对减少术后并发症意义重大^[4-6]。

本组患者应用侧俯卧位的摆放并给以相应护理,手术配合顺利,手术医生操作便利、舒适,器械护士传递器械方便,手术时间均不同程度缩短,手术并发症减少。

[参 考 文 献]

- [1] 符利君,吴怀兰,张南南,等. 显微神经外科手术中特殊体位的安置及护理[J]. 中华护理杂志,2005,40(6):469-470.
- [2] 段国升,朱诚. 神经外科手术学[M]. 北京:人民军医出版社,2006:26-28.
- [3] 杨翠芳. 神经外科手术俯卧位并发症的预防与护理[J]. 中华护理杂志,2005,40(1):63-64.
- [4] 陆朝蓉. 俯卧位神经外科手术病人眼部并发症的预防与护理[J]. 护士进修杂志,2008,23(16):1527-1528.
- [5] 赵俊英. 神经外科手术俯卧位并发症的预防与护理[J]. 中国医药导报,2009,6(5):93-94.
- [6] 杨树源,只达石. 神经外科学[M]. 北京:人民卫生出版社,2008:401-403.

[文章编号] 1000-2200(2010)07-0752-01

· 个案报道 ·

CA125 在 1 例男性非霍奇金淋巴瘤患者中的表达

王海燕,王尚云,韦涌涛

[关键词] 非霍奇金淋巴瘤;癌抗原;淋巴结

[中国图书资料分类法分类号] R 733.4

[文献标识码] B

患者,男,66岁,2004年颈部出现肿大淋巴结,经口服阿莫西林后消失。后颈部和腋窝反复出现肿大淋巴结,时大时小,实验室检查:CA125、LDH皆正常,消炎治疗无效,于2007年7月行颈部淋巴结切除,送上海肿瘤医院做病理检查,结果:右颈部淋巴结大量免疫母细胞样异型大细胞(B细胞)增生;免疫球蛋白重链基因及T细胞受体基因重排检测未能提示克隆性淋巴瘤组织增生性证据,考虑为淋巴瘤组织不典型增生。2009年1月病情加重,消瘦明显。查体:全身淋巴结肿大,伴少量胸腔积液、腹腔积液,心包少量积液,实验室检查:CA125(化学发光法)125 u/ml,LDH 374 u/L,并呈持续增高趋势。再次病理活检示:左锁骨下淋巴结结构破坏,包膜增厚,包膜外瘤组织浸润,CD3(+),CD20大细胞(+),CD43(+),CD21(-),CD30(-),CD10(-),考虑为血管免疫母细胞性T细胞淋巴瘤(NHL),经环磷酰胺、长春新碱、VP-16化疗1周后LDH、CA125开始下降,继续治疗2个周期后瘤体明显缩小,降至正常。

讨论 癌抗原CA125临床上常为卵巢上皮癌的肿瘤标志物^[1],同时也是非卵巢癌的重要参考指标^[2]。有报道^[3]部分NHL患者血清CA125水平会升高,可能与NHL的分期、疾病发展监测、肿瘤的浸润和治疗有一定关系。本例患者由初期单处单纯淋巴结肿大,发展至多处淋巴结不典型增生,同时伴CA125异常增高,最后经淋巴结穿刺活检及免疫酶标志确诊为淋巴瘤。CT检查未发现有其它实体瘤征象。经COPD方案化疗,完全或部分缓解后,胸、腹腔积液消失,

CA125水平降为正常,当病情复发时,血清CA125随即增高,与归薇等^[4]报道的病例相一致。

根据NHL患者病情的发展变化,考虑CA125水平升高的可能原因:(1)淋巴瘤细胞扩散到胸腹部,分泌的淋巴因子刺激间皮细胞分泌CA125,瘤体越大、恶性程度越高,CA125的值越高。(2)由淋巴瘤自分泌,有些男性患者没有胸、腹腔积液,淋巴瘤分泌的淋巴因子无法刺激间皮细胞分泌CA125,但是CA125仍然会升高,这说明NHL瘤体本身有可能分泌CA125。(3)考虑在瘤体增大,CA125升高时,手术切除淋巴瘤,将病理组织采用超声波粉碎,离心取上清液检测CA125,如果明显升高说明由瘤体自身分泌,此想法尚待证实。

总之,目前对于NHL患者,尤其男性患者中CA125活性升高的原因众说纷纭,尚未有统一的见解,还有待进一步探讨。因此,联合LDH、CA125的动态检测和组织病理学检查,对NHL的诊断、病情的发展及疗效评价都有很大的帮助。

[参 考 文 献]

- [1] Lazzarino M, Orlandi E, KLersy C, et al. Serum CA 125 is of clinical value in the staging and follow-up of patients with non-Hodgkin's lymphoma; correlation with tumor parameters and disease activity[J]. Cancer,1998,82(3):576-582.
- [2] Camera A, Villa MR, Roccos, et al. Increased CA125 serum levels in patients with advanced acute leukemia with serial involvement [J]. Cancer,2000,88(1):75-78.
- [3] Apel RL, Fernandes BJ. Malignant lymphoma presenting with an elevated serum CA125 level[J]. Arch Pathol Lab Med,1995,119(2):373-376.
- [4] 归薇,焦士兰. 非霍奇金淋巴瘤与CA125表达的相关性研究[J]. 国外医学:内科学分册,2005,12(31):153-155.

[收稿日期] 2010-01-10

[作者单位] 山东省青岛市第八人民医院 检验科,261000

[作者简介] 王海燕(1973-),女,主管检验师。