

白减少。患者术中见巨型包虫囊壁旁可见大小约2 cm小囊性占位,并确认巨大包虫囊壁有胆漏存在,说明患者近期有包虫囊壁破裂,再出现细粒棘球蚴感染,并已形成包虫囊。当外科手术将包虫内囊切除,反复冲洗并缩小囊腔消除感染灶后尿蛋白方才消失,多次复查尿检均正常。因此考虑到患者肝包虫参与了肾损害。患者出现急性肾小球肾炎与上述结论符合。本例患者生活在新疆裕民县。该地以农牧业为第一产业。临床主要表现为反复发热、单纯蛋白尿,病程前25 d中尿蛋白逐渐降低,在去除包虫囊及相应感染灶并抗炎治疗后尿蛋白消失。新疆为包虫病高发地区,临床中包虫病潜伏期长,知晓率低,直接或间接导致肾脏损害(极少见),因此即使发现包虫囊后亦难以联系到肾损害的继发因素,易发生误诊,处理不当后果严重,特别是在无明显体征时查体,易导致包虫囊腔破裂致包虫性腹腔感染、休克,危及生

命。因此意识到本病的流行病史,明确诊断有无包虫囊壁破裂感染或机械性压迫肾脏尤其重要。

参考文献

- 1 王海燕,主编.肾脏病学[M].第3版.北京:人民卫生出版社,2008:1310.
- 2 李梦东,主编.实用传染病学[M].第2版.北京:人民卫生出版社,2000:532.
- 3 王海燕.肾脏病临床概览[M].北京:北京大学医学出版社,2010:253.
- 4 Rickard MD, Williams JF. Hydatidosis/cysticercosis: immune mechanisms and immunization against infection [J]. Adv Parasitol, 1992, 21:229-296.
- 5 Bresson-Hadni S, Vuitton DA. Echinococcoses [J]. Rev Prat, 2001, 51(19):2091-2098.
- 6 张 琰,温 浩,林仁勇,等.细粒棘球蚴病患者淋巴细胞及细胞因子变化的初步观察[J].中国寄生虫学与寄生虫病杂志,2007,25(3):209-212.

[收稿日期 2018-05-08][本文编辑 韦 颖]

护理研讨

3D 立体成像腹腔镜下行宫颈癌根治手术的 护理配合

朱聪萍, 王晓蔚

作者单位: 226361 江苏,南通市肿瘤医院手术室

作者简介: 朱聪萍(1970-),女,大学本科,学士学位,副主任护师,研究方向:手术室护理。E-mail: zhucongping@163.com

通讯作者: 王晓蔚(1964-),女,大学本科,学士学位,主任护师,研究方向:手术室护理。E-mail: 304404390@qq.com

[摘要] **目的** 探讨3D立体成像腹腔镜下广泛性子官切除及盆腔淋巴结清扫手术的护理配合措施。

方法 对52例3D腹腔镜下行广泛性子官切除及盆腔淋巴结清扫手术的护理配合过程进行总结。**结果** 52例3D腹腔镜下广泛性子官切除及盆腔淋巴结清扫均顺利完成手术,手术时间为180~250 min,术中出血量为100~200 ml;无并发症发生,术后恢复良好。**结论** 使用3D腹腔镜,术野显示清晰、立体,手术配合更加准确、精细,手术时间明显缩短。

[关键词] 3D腹腔镜; 广泛性子官切除; 盆腔淋巴结清扫术; 手术配合

[中图分类号] R 473.6 **[文献标识码]** B **[文章编号]** 1674-3806(2018)09-0937-03

doi:10.3969/j.issn.1674-3806.2018.09.27

随着微创手术的迅速发展,微创手术在妇科恶性肿瘤的临床治疗中获得了广泛应用,传统腹腔镜只能提供二维画面,缺少立体感,对手术者要求较高,3D腹腔镜的出现,其优良的三维视野既保留了2D腹腔镜的精细微创的特点,又兼有高清立体视野

的优点,大大提高了手术的精确性^[1],使医生在术中能更准确地分辨神经、肌肉,避免了术中并发症的发生,护理配合也更加精准、迅速。现将我院2015-02~2017-07运用3D腹腔镜进行宫颈癌根治52例的手术配合报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 收集我院 2015-02 ~ 2017-07 收治的 52 例患者, 年龄 29 ~ 68 (52.6 ± 6.4) 岁, 术前均经组织病理检查确诊, 全部施行广泛性全子宫切除及盆腔淋巴结清扫。手术方法: 患者行全身麻醉, 取膀胱截石位, 消毒铺巾, 留置导尿管。经脐孔做切口 10 mm 置入镜体, 维持气腹压力 12 ~ 15 mmHg, 左右侧麦氏点部各置入 5 mm 穿刺套管针 (trocar), 左右侧麦氏点上方各置入 5 mm 穿刺套管针, 置入举宫杯。超声刀、双极电凝依次切除双侧骨盆漏斗韧带, 打开阔韧带后叶前叶, 分别处理髂总、髂内、髂外、闭孔淋巴及脂肪组织, 清除盆腔淋巴结。游离子宫韧带、宫旁组织及部分阴道至宫颈下方 3 cm, 使用超声刀、单极电钩切除子宫及部分阴道, 将盆腔淋巴结置入一次性取物袋内, 并随切除的子宫一同从阴道取出。腹腔镜下缝合残端, 留置引流管一根, 冲洗盆腔, 创面止血, 终止气腹, 清点关腹。

1.2 护理方法

1.2.1 术前准备 (1) 术前 1 d 巡回护士携带访视手册到病房访视患者, 除常规宣讲内容外, 重点向患者介绍 3D 腹腔镜的优越性, 可以用 3D 立体电影来进行形象比喻, 立体成像和放大功能使操作视野更加清晰, 医生护士术中判断更准确、更逼真, 进一步确保了手术的成功性, 提高患者的治疗信心。同时对患者的腹部条件进行评估, 对有无瘢痕、破损、感染逐项记录, 如有异常, 及时和手术医生沟通。(2) 特殊用物准备: STORZ3D 腹腔镜系统 1 套, 冲洗吸引装置、3D 偏光眼镜、妇科腹腔镜器械包 1 只, 输尿管钳、单极电凝钩、双极电凝钳、超声刀、举宫杯、(14)0 可吸收线、止血用物等, 并备好中转开腹的器械敷料。

1.2.2 术中护理 (1) 巡回护士配合: ①设备准备。患者入室前将全套 3D 腹腔镜设备和辅助用物摆放到位并调试好功能备用。②开放静脉。选择上肢或者颈部深静脉进行留置。③体位管理。采取改良型膀胱截石位, 患者全麻后采取低腿小角度截石位放置, 调节托腿架的高度至手术床面 10 cm, 双腿置于托腿板上并垫啫喱垫, 腘窝处紧贴托腿板近端弧形处, 以降低托腿板与床体板之间的高度, 使双膝关节与腹部平面之间的高度差达到最小值, 尽量放平大腿与腹部之间的角度, 尽量缩小双腿之间的角度。④气腹压力调整。根据 3D 腹腔镜特点和操作部位的不同, 术中及时变更气腹压力数值, 使二氧化碳压力维持在满足操作的最小区间范围, 常规压力为 10 ~ 12 mmHg。⑤仪器设备管理。常规准备二

氧化碳钢瓶、气腹机并检查气体是否充足, 设备功能是否正常, 做到安全使用。熟悉 3D 机组的各种功能和应用方法, 先将 3D 视频模式转换成二维输出模式, 待手术空间建立好以后再转回 3D 模式, 并将 3D 眼镜用 75% 酒精擦拭明亮替术者佩戴好。⑥视觉效果管理。建立适宜的暗室环境, 关闭无影灯及一组室内照明灯, 使用不透光窗帘尽量减弱背景光源, 偏光眼镜遇有模糊及时擦拭, 以保证图像的清晰度。⑦其他常规管理。包括防止低体温、观察相关指征防止高碳酸血症、防止术中压疮、标本收集保存于送检等。(2) 洗手护士配合: ①设备安装调试。洗手护士提前 20 min 洗手, 检查包括 3D 镜头在内的所有腔镜用器械的完整性并与巡回护士做好清点、整理和安装工作, 做好对白调试, 确保图像清晰。②协助消毒铺巾。无菌单在床尾反折折叠做成一口袋, 以安放 3D 腹腔系列器械, 妥善固定各种导线, 并测试超声刀、双极电凝等设备是否能正常工作以备用。③保持术野清晰。手术空间会随着组织分离和时间延长而产生一定量的烟雾和气雾, 干扰术者的视线, 器械护士可用直径 3 mm 以内的袋侧孔的硅胶管, 从 5 mm 确卡处置入, 间断使用低负压 (0.2 ~ 0.3 MPa) 进行吸引, 同时及时清除超声刀头血迹和焦痂, 用 80 °C 热水或者碘伏溶液擦拭 3D 镜头。④无菌器械台管理。准备好 3 个无菌台, 1 个供阴道操作使用, 摆放好举宫器及阴道消毒物品, 1 个腹腔镜器械操作台, 1 个常规器械操作台。建立器械相对隔离区, 接触肿瘤的器械单独放置不得交叉使用。根据手术步骤分别递予腹腔镜分离钳、输卵管钳、超声刀、双极电凝等器械, 腔镜器械较长, 传递时避免污染, 遵循手术隔离技术, 术中使用防滑螺旋纹套管或者用缝线固定, 手术结束先放气再拔穿刺套管, 避免烟囱效应造成种植^[2]。⑤其他。包括标本分类与巡回护士交接、器械的清洗与保养等。

2 结果

52 例 3D 腹腔镜下广泛性子官切除及盆腔淋巴结清扫均顺利完成手术, 手术时间为 180 ~ 250 min, 术中出血量为 100 ~ 200 ml; 全程手术配合紧跟医生操作节奏, 未因护理问题延误手术和麻醉时间; 术后回访患者无各类并发症发生, 恢复良好。

3 讨论

3D 腹腔镜手术作为一种先进的治疗手段, 可以实现精确操作, 清晰度高, 具有较强的立体感, 使各血管、神经、组织的解剖层次更清楚, 更直观^[3], 护士在配合过程中观察术者操作更逼真、清晰, 能迅速

理解其动作意图,从而使配合工作更加仔细、主动。但我院3D腹腔镜手术开展时间不长,对于其特殊性和术中配合要点,护士还要加强理论学习和操作培训,熟悉所有仪器设备的性能、安装和使用方法,必要时须安排参加医疗组术前讨论,了解术中的特别需要,做到精准配合。开放静脉要避免下肢,一是体位需要,而是要把此类妇科患者的术后下肢深静脉血栓风险降至最低;有研究^[4]报道称妇科手术下肢深静脉发病率约为8%~25%,所以术中体位要采用改良膀胱截石位,角度和高度在不影响操作的前提下,要尽量减小和降低,以增加患者舒适度、减少术后并发症;由于3D腔镜的立体视觉效果,分离和切割更加精确,在完全满足清晰度的前提下可以相对于2D腔镜操作时适当调低气腹压力,以进一步减少气腹过程中可能产生的并发症;3D显示器最佳视线是平视,术中要始终保持操作者正对显示屏,

另外,初期使用偏光镜,无论是医生还是护士,易引起视觉模糊或重影,对操作深度判断有误差,一旦遇有此类情况,要立即调整眼镜盒休息片刻,不过经过一段时间适应,会快速适应。

参考文献

- 1 Tanagho YS, Andriole GL, Paradis AG, et al. 2D versus 3D visualization: impact on laparoscopic proficiency using the fundamentals of laparoscopic surgery skill set[J]. Laparoendosc Adv Surg Tech A, 2012, 22(9): 865-870.
- 2 冯建萍, 张萍, 李彤来, 等. 妇科手术体位的持续质量改进[J]. 实用临床医药杂志, 2011, 15(20): 105-106.
- 3 朱丹, 周力, 主编. 手术室护理学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2008: 12.
- 4 吴贤, 赵华, 伍翠华. 无瘤操作模式在宫颈癌腹腔镜手术中的应用及评价[J]. 现代医药卫生, 2013, 29(19): 2943-2944.

[收稿日期 2017-11-17][本文编辑 韦所苏]

护理研讨

经鼻内窥镜下外伤性视神经病变手术的护理

黄玉英, 梁有琼, 韦月珍

作者单位: 530021 南宁, 广西壮族自治区人民医院耳鼻咽喉头颈科

作者简介: 黄玉英(1972-), 女, 大学本科, 学士学位, 副主任护师, 研究方向: 耳鼻咽喉头颈科临床护理及管理。E-mail: huangyuying555@126.com

【摘要】 目的 总结并探讨经鼻内窥镜下外伤性视神经病变手术的护理要点。**方法** 选择该院2016-01~2018-01施行鼻内窥镜下经鼻视神经管减压术的11例患者, 应用术前术后全面的护理措施。**结果** 11例患者经过治疗和护理后, 其中4例在术后7d内视力提高, 2例出院后1个月复诊视力有提高, 手术前后比较差异有统计学意义($P < 0.05$), 5例手术前后视力无改变。**结论** 对经鼻内窥镜下外伤性视神经病变手术患者及时的术前准备和术后并发症的观察与护理, 有利于患者视力恢复, 提高患者的生活质量。

【关键词】 鼻内窥镜; 外伤性视神经病变; 护理

【中图分类号】 R 473.76 **【文献标识码】** B **【文章编号】** 1674-3806(2018)09-0939-03

doi:10.3969/j.issn.1674-3806.2018.09.28

外伤性视神经病变(tramatic optic neuropathy, TON)是临床常见的一类眼外伤, 主要指眼眶上方额、颞部遭受突然的钝性外力作用后而导致的视神经病变^[1]。TON的后果较为严重, 68%~78%患者伤后即无光感。因此, 应尽早给予积极治疗, 以及时挽救患者的视功能^[2]。近年来, 鼻内窥镜下经鼻视神经管减压术因具有手术径路直接、良好的术野照

明和放大倍率下直视操作、微创、并发症少、面部无损伤等特点, 成为治疗TON较理想的手术方式^[3]。我院于2016-01~2018-01共施行11例鼻内窥镜下经鼻视神经管减压术, 取得良好效果, 现将护理体会报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选择我院2016-01~2018-01施行