

参数是否正常,透析器及活性炭灌流器有无凝血现象,如有异常及时处理。对躁动不安的患者要适当固定肢体,防止发生意外。透析结束时要充分压迫止血。

### 参考文献

- [1] 孟祥芳,潭素娥,赵洪兰. 活性炭血液灌流治疗重度药物中毒病人的护理 [J]. 中华护理杂志, 1997, 32 (3): 147

- [2] 冯丽,王梅. 维持性血液透析病人长期双腔透析导管的使用及护理 [J]. 中华护理杂志, 1997, 32 (5): 261

(收稿日期 2000-12-04)

## 经鼻腔鼻窦内窥镜手术的配合体会

贾磊,边秀莲

(山东省立医院,山东 济南 250021)

我院经鼻窦内窥镜治疗鼻窦及相关眼科疾病、颅底外科疾病 186 例,现将手术的配合体会报告如下。

### 1 资料与方法

1.1 临床资料 186 例中男 146 例,女 40 例,6~78 岁,病程 2h~15 年。鼻窦息肉 124 例,后鼻孔单发息肉 6 例,筛窦上颌窦化脓性病变 36 例,外伤性视神经管骨折 4 例,蝶筛窦自发或外伤性脑脊液鼻漏 2 例,后鼻孔膜骨性闭锁 2 例,上颌窦化脓性炎 10 例,鼻中隔偏曲 2 例。

1.2 手术方法 患者均行鼻窦内窥镜手术,术后随访 3 个月~2 年,治愈率为 83.87%,显效率为 12.9%,总有效率为 96.7%。

### 2 手术配合

2.1 术前准备 手术室护士术前探视患者,了解患者完成眼科检查,如视力、视野、瞳孔反射等及摄面颅骨、鼻腔鼻窦平片,行 CT 或 MRI 等检查情况,向主管医师了解病变范围及手术方式,向患者介绍鼻窦内窥镜手术的特点,消除其心理负担,主动配合手术。

2.2 手术器械准备 使用德国 Story 公司生产的整套鼻窦内窥镜器械,包括冷光源及显示器,镜头直径 4mm,偏角视野分为 0 度、30 度和 70 度。配套器械主要有粘膜切开刀,钝性神经钩,各角度咬骨钳,各种型号开筛钳,上颌窦钻孔器,微型剪刀,吸引器,各种型号剥离器,刮匙,鼻镜,枪状镊,血管钳等,鼻腔内窥镜及配套器

械术前分别高压蒸汽灭菌或用福尔马林加高锰酸钾熏蒸消毒。

2.3 药品及物品准备 手术间备 1% 丁卡因,副肾素,生物胶,立止血,杜冷丁,氟哌啶,无菌温盐水,凡士林纱条或碘仿纱条,敷料棉片,吸引器,并常规准备急救药品,心电监护仪。

2.4 术中配合 (1) 患者取仰卧位,头部抬高 15~30 度,面鼻术区用 75% 酒精消毒,铺无菌巾,接冷光源及导线,根据病情、患者配合程度及术式全身麻醉或局部麻醉,或两者结合使用。以 1% 丁卡因 20ml 加副肾素 2ml 用于鼻腔粘膜表面麻醉,1% 利多卡因 10ml 加副肾素 4 滴用于局部浸润麻醉。将消毒的内窥镜及相关器械置于手术台平盘上,并备 70℃ 无菌生理盐水,用于浸泡内窥镜以防镜片结雾影响操作;(2) 手术过程中巡回护士密切注视患者脉搏、血压及呼吸变化,了解患者有无脉搏加快,面色苍白,出冷汗,呼吸急促,口唇紫绀等体征,尤其是局麻下手术时间长,病变范围较大,患者体质弱或出血较多时,更应严密观察上述体征的变化,并随时向手术医师汇报,据医嘱及时处理。术前应建立静脉通道,输入葡萄糖或生理盐水,并根据病情及时调整所输药物;(3) 对局麻下过于敏感或疼痛耐受性较差的患者事先常规肌注杜冷丁及氟哌啶以提高疼痛的耐受性。本组 3 例因过于紧张、疼痛、出血而虚脱,即暂停手术,降低头位,经吸氧,

输液或注射高渗糖,病情平稳后继续手术,术中密切观察患者术腔出血情况,对易出血体质,如肝功能不正常或病灶易出血的患者,及时提醒手术或麻醉医师输入 706 代血浆或全血以维持血容量。对有心肺等重要脏器病变的患者行心电监护并及时作相应的处理;(4) 手术结束后术腔填凡士林或碘仿纱条。护送患者返回病房时,观察患者意识、脉搏、呼吸及面色变化,是否吐血或有频繁吞咽动作,以判断有无活动性出血并及时向医师报告处置。局麻患者使用杜冷丁后起立或活动时动作应平缓,以防体位变化发生体位性低血压而摔倒。

### 3 讨论

鼻窦鼻窦内窥镜手术具有多角度,视角大,照明效果好,分辨率高,损伤小,视野清晰,病灶清除彻底等诸多优点<sup>[1,2]</sup>。对此类手术护理配合应做到以下几点:(1) 掌握鼻腔鼻窦解剖及相关疾病知识;(2) 系统了解鼻窦内窥镜手术的要求及程序;(3) 了解内窥镜的知识;(4) 术前与主管医师讨论手术方式;(5) 需对器械和巡回护士进行内窥镜手术的专门培训。

### 参考文献

- [1] 许庚,李源. 内窥镜鼻外科学 [M]. 广州:暨南大学出版社, 1994. 15
- [2] 王荣光,许庚,郭宝煌. 鼻内窥镜手术图解 [M]. 北京:解放军出版社, 1998. 25

(收稿日期 2000-11-07)