

原位肝移植尸肝切取的手术配合

高颖 刘燕英

(天津市第一中心医院,天津 300192)

关键词 肝移植;尸肝切取;手术配合

中图分类号 R617 文献标志码 B 文章编号 1006-9143(2008)02-087-02

原位肝移植手术供体肝脏来源包括尸体供肝和活体部分肝脏供肝。活体供肝即是对供体实施肝脏部分切除手术,将切除的部分肝脏作为供肝移植给受体。尸体肝移植是将全肝完整切除作为供肝,移植给受体。供肝切取、灌注和保存,是肝移植手术的重要环节,对肝移植手术的成功与否有着重要影响。现就有关尸体供肝供体切取手术物品准备、术中配合、器官保存及注意事项介绍如下。

1 临床资料

2002至2006年共完成肝移植手术2195例,尸体切取供肝2500例,经实验室检查肝炎系列、梅毒、艾滋病均为阴性的健康供体,脑死亡后进行供体切取。

2 物品准备

2.1 手术器械包 包剪剪刀2把,大止血钳2把,中止血钳6把,刀柄2把,刀片4片,纱垫2块,肝锅1个,小盆1个,板线1板经高压蒸汽灭菌。

2.2 杂物准备 器官袋、透析管路、22号弗雷氏尿管、输血器、20 mL和50 mL注射器、手术中单、无菌手套、手术衣依手术人员而定、碘伏1瓶、口罩、帽子、盘带等。

2.3 保存液准备 保温箱1个内置冰屑半箱,500 mL冰冻无菌盐水4瓶、1000 mL UW液4袋、3000 mL肾脏保存液灌入3升的营养袋内再冰冻成冰水混合物,250 mL无菌盐水1瓶,其余空间以冰屑填充。

3 术中配合

3.1 准备无菌台 由于条件限制因地制宜,将无菌手术台打在不易被污染处,并将用于无菌台上的物品全部于无菌台上摆放整齐,备用。其中弗雷氏尿管一定要试好气囊,保证气囊不漏气。灌注液挂好,并将管路连接好排气。协助手术医生穿手术衣戴手套。

3.2 手术中配合

3.2.1 供肝质量初检 供体切取采用腹部大十字切口,协助医生拉开右侧肋弓,观察供肝表面颜色,肝表而有脂肪颗粒,肝下缘是否锐利。如肝下缘变钝,表面发黄并可见脂肪颗粒即判断为脂肪肝。按脂肪肝轻、中、重分级来决定供肝的留取。一般中度以上脂肪肝采取放弃的态度,因中度以上脂肪肝术后易发生移植肝原发无功能或肝功能延迟恢复。

3.2.2 手术器械配合 开腹后分别给术者和一助每人1把止血钳,分离组织,见到腹主动脉立即递入挂线、空针,经腹主动脉取血后再递入剪刀行腹主动脉侧切口并将事先排好气的弗雷氏尿管的管路插入腹主动脉,并向气囊内注入20 mL无菌盐水,起到固定和防止灌注液返流的作用。用挂线将弗雷氏尿管固定于腹主动脉内。术者会立即分离门静脉,当门静脉侧切后立即递上事先排好气的门脉插管,并用挂线将管子

固定于门静脉内。此后术者利用灌入液体的时间游离肝脏。

3.2.3 术中脏器灌注 当腹主动脉插管成功后立即经腹主动脉灌入0~1℃的肾脏保存液3000 mL,同时在门静脉插管成功后立即灌入2~8℃的UW液2000 mL^[1]。低温的灌注液用以迅速降低脏器内的温度,尽量减少热缺血时间,利于肝脏的保存和术后肝功能的恢复。在灌注过程中护士要保证灌注液的顺利输入,注意管路是否扭曲、受压而影响流速。为避免换液过程中气体进入,在拔针前先关闭莫非氏管上方的卡子。肝脏取下后先剪破胆囊挤净胆汁后再置入肝锅内,继续灌入UW液2000 mL保存肝脏。在UW液灌入过程中如发现液体灌入速度减慢或停止,应顺时针或逆时针转动肝脏位置,有可能肝脏在移入肝锅时转位。与此同时应协助术者观察肝脏的颜色、软硬程度、流出道流出UW液的颜色、肝脏表面光滑程度等。以协助术者判断供肝的质量。将250 mL无菌盐水经输血管连接灌入胆道内行胆道冲洗。寻找胆道的方法可在断开的胰腺中部用手轻压见到有黄色胆汁流出的位置即为胆道。用输血管前部接头皮针处插入胆道,放液后见胆囊充盈即插入正确,如此冲入150 mL盐水即可。

3.2.4 保存与转运 UW液灌入完毕后,剪断管路,将肝脏用无菌纱布裹好置于无菌器官袋内并用保存液浸泡保存。注意将取下的部分髂血管一同装入器官袋内。器官袋为3层,在夹层中置入无菌冰冻盐水冰块用以降温。器官袋要求塑料柔软、有韧性且稍大、上口可密闭。密闭后的肝脏置于盛有冰屑的保温箱内,保温箱内的温度要控制在8℃以内,供体的冷缺血时间应控制在12 h以内,以确保缺血离体肝脏的活力,利于血液循环建立后肝功能的恢复。

3.3 术中化验检测 术中化验检测结果直接决定是否保留供肝。我中心现对每个供体都进行现场快速检测,包括血型、肝功、梅毒、HIV等。在现场操作时可以采取等倍稀释血液后滴入视窗或先在视窗滴入原血1滴后再滴入缓冲剂或等渗盐水。等候20 min观察窗口即可出现结果。为保证化验的准确,可采取3套试纸。

4 注意事项

4.1 护士在整个器官切取的过程中由于手术环境特殊故配合要有计划,并熟练掌握手术过程步骤,以采取配合。尽量减少热缺血时间,热缺血时间应小于10 min。整个供体切取时间应控制在30 min以内。在供体切取过程中应保持严格的无菌操作,排液时不要浸湿无菌包皮。灌注液应确保低温(0~4℃)并保证灌注压在(7.84~9.8 kPa)灌注液距供体高度为80~100 cm。

4.2 切取术中应保证灌注液的连续灌入,护士应随时注意灌注速度、灌注量并及时与术者沟通来调整术中灌注液的分配。在灌注过程中应及时发现由于供肝扭转而造成的灌注不畅,避免灌注管路扭曲受压。为保证保存液渗入每个肝小叶还应轻柔供肝。

作者简介:高颖(1973-),女,护师,大专

急招(网络兼职)人员90-500/...

升降平台台选苏州步步高

上海山后破碎机出口全球!

4.3 手术完毕后应及时清点手术器械严禁遗落。在器官保存过程中还应注意冬季和夏季的气温变化,以确保器官的保存温度。

4.4 严格把好快速检测关,自保温箱取出的试纸应置于室温复温后方可使用,但试纸不应提前开封以免受潮失效。每个供体至少做3套现场快速检测,如有疑问应立即复验。术后将检测试纸带回医院留档,并由护士及医师共同签字确认结果。

5 小结

供肝切取过程中,配合工作的重点首先应第一时间内协助

助医生成功插入腹主动脉插管灌入保存液,其次做好UW液的合理分配使用保证有2000 mL的UW液用于保存器官。保存好切取的器官,并严把现场化验关。

参考文献:

- [1] 王颖,张利岩.肝移植临床护理手册[M].北京:人民军医出版社,2007.25
- [2] 刘永峰.肝脏移植[M].北京:人民卫生出版社,2004.38

(2007-08-24收稿,2007-12-10修回)

宫颈环切术治疗32例宫颈病变护理体会

陆星尘 陆卫芬 汤雅琴

(嘉兴市第一医院,浙江嘉兴 314000)

关键词 宫颈环形电切术;宫颈病变;护理

中图分类号 R473.71 文献标志码 B 文章编号 1006-9143(2008)02-088-02

宫颈病变主要包括宫颈糜烂、宫颈息肉、宫颈湿疣、宫颈上皮内瘤变(CIN)及宫颈癌,尤其是宫颈糜烂,如不及时治疗或治疗方法不当,将进一步发展成为癌前病变(CIN)或宫颈癌,严重威胁妇女健康。我院自2006年3月至2007年4月采用宫颈环形电切术治疗宫颈病变32例,疗效满意。现报告如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料 本组32例患者中未婚有性生活史2例,其余30例均为已婚经产妇,无宫颈锥切和子宫切除术。年龄22~53岁,平均年龄37.5岁。32例术前均经宫颈刮片及阴道镜下活检,结果分别为慢性宫颈炎18例,CIN 9例,宫颈赘生物5例。

1.2 手术方法 采用美国WALLACH LEEP(环切电刀),电压220 V,透热输出功率50 W,电凝功率25 W。32例患者住院手术28例,门诊手术4例。均于月经干净3~7天进行手术,术前排除生殖道急性炎症并于阴道灌洗3天。手术时间5~40 min,平均7 min,术中失血量为5~50 mL,平均12 mL。术毕用明胶海绵填塞止血。

2 护理

2.1 术前护理

2.1.1 心理护理 由于患者对自己所患疾病不能正确认识,往往会产生心理负担。表现为紧张不安、失眠等。护理人员应适时地与患者沟通,关心体贴患者,了解患者的思想顾虑(病情、治疗效果、经济、夫妻感情、工作等),对患者及其家属耐心解释LEEP手术的意义,该手术时间短,痛苦小且不影响妊娠。我们还请已成功手术的患者现身说法,增强患者治疗信心。

2.1.2 术前准备 患者月经干净3~7天,禁止性生活,血、尿常规,凝血功能及心电图检查均正常。检查仪器是否正常,根据病变范围选择不型号电刀,准备电凝止血器、明胶海绵、止血纱布、标本袋等。

2.2 术中配合 电切时及时排烟通气,充分暴露手术野,减少废气吸入。调整机器至电凝状态起止血作用。切除病变组织用10%甲醛溶液固定,送病理。

2.3 术后护理

2.3.1 并发症的观察及护理 出血:术中创面出血行电凝止血,同时用明胶海绵填塞,必要时用阴道碘伏纱布压迫止血,术后24 h取出。严密观察会阴垫的更换次数及出血量。2~3天出现淡黄色阴道分泌物,量少,术后1周阴道分泌物增多,术后1~2周创面脱痂出现阴道流血,出血量少于经量。如果出血量大于经量则应门诊复查^[1]。感染:术后常规使用抗生素3天。观察体温变化及阴道分泌物有无异味。2周内避免劳累和过分增加腹压。禁忌浴、阴道冲洗及性生活3个月,保持会阴部清洁。宫颈管粘连狭窄:属后期并发症。可能与创面感染、术后出血时间长,患者年龄近更年期及锥切深度等有关。术后1个月复查宫颈管情况,必要时行宫颈管扩张术。

2.3.2 随访 术后1周、1个月、3个月各随访1次,记录创面情况。本组2例CINⅢ级术后3个月重新阴道镜下活检,至少随访5年。

3 结果

本组患者中有4例术后1~2周阴道流血超经量,复查创面有活动性出血点,其中2例重新电凝止血,另2例电凝止血后仍有活动性出血点,给予创面局部明胶海绵及阴道内填塞纱布,24~48 h取出,并对症止血及抗感染治疗后效果良好。术后8周宫颈完全修复,外观光滑,外形恢复自然状态。2例CINⅢ级术后3个月重新阴道镜下活检未发现异常。本组病例术后随访未发现创面感染及宫颈口粘连闭锁并发症。

4 小结

LEEP手术是目前诊断和治疗宫颈病变安全有效的方法之一,它具有操作简单、手术时间短、费用低廉、并发症少等优点,尤其是可获得全部的病理学检查标本,可进行更为准确的病理学检查,完全可以达到预防和治疗宫颈癌的目的。做好术前准备,术中配合及术后并发症的观察及护理,提高治疗效果。

(2007-08-21收稿,2008-02-26修回)

作者简介:陆星尘(1971-),女,主管护师,本科

升降高空作业平台,质优价廉 有电脑-兼职人员100-300元/天 换热磨 选双盛换热磨!相信品牌

[迈动机电]专业动力传动元件商 宝运莱棋牌大厅,点击进入 真空烘箱——吴江峻伟真空烘箱

加盟德昌茶庄一个有故事的品牌 升降平台台选苏州步步高 有电脑-兼职人员100-300元/天

该用户其他文档

