

鼻咽纤维血管瘤摘除术的护理配合 PDF转换可能丢失图片或格式，建议阅读原文

https://www.100test.com/kao_ti2020/286/2021_2022__E9_BC_BB_E5_92_BD_E7_BA_A4_E7_c67_286127.htm

报告23例鼻咽纤维血管瘤摘除术。针对手术时容易忽视的问题和危险因素，从3方面讨论手术配合要点：提高病人手术适应能力；制订完善的手术配合计划；严格按控制血压要求做好各项护理配合。

1 配合要点及分析 1.1 提高患者手术适应能力 1.1.1 患者均为年轻人，对手术后脸上是否留有疤痕十分关注，尤其是鼻侧切开进路者。术前1日巡回护士访视病人，在病房护士术前特殊教育的基础上再一对一进行指导。介绍手术室的特殊设置和具体手术时间安排，简要介绍麻醉和手术方式、手术后填塞物带来的不适等。告知病人我们将提供最精细的针线供医生缝合颜面切口，可最大限度减少疤痕形成，使患者对积极配合手术有足够的认识。 1.1.2 本病的主要症状是鼻衄和鼻塞，病人对手术室的环境气氛极为敏感。本组有1例病人进入手术间看见麻醉桌上的喉镜及鼻导管插管钳即发生晕厥。此后，我们注意保持手术室整洁无血迹，麻醉前不开无影灯，掩蔽手术器械等以避免一切消极暗示所带来的负面影响。患者离开亲人进入手术室就失去了对自己的主宰，一切都由医护人员掌握了。得体的称谓，恰当地使用指令性语言，有利于使病人在最佳状态下接受手术。 1.2 制订配合计划 由于病情不同，麻醉和手术方式各异，除做好常规的计划外，根据不同病人的具体情况详细制订各个环节的配合措施。本组1例巨大鼻咽纤维瘤，肿物直径5cm，往前突出于右鼻孔外并粘满血污，往后覆盖整个后鼻孔，重度贫血。入院3天肿物出血4

次，每次100~200ml不等。接到手术通知后，器械、巡回护士均参加术前病例讨论，对手术困难作充分估计，与主刀医生、麻醉师取得联系，力求在配合方法和要求上达成共识。肿瘤巨大，基底宽，出血迅猛是手术中威胁病人生命的危险因素。我们以18G静脉留置针开放肘前静脉1条、大隐静脉2条，以保证输液、输血及血管活性药物的应用；锁骨下静脉穿刺测中心静脉压；桡动脉穿刺测平均动脉压；用量杯准确测量降压前后每小时尿量；备齐各种抢救药物；硝普钠和多巴胺稀释后备用。本例手术历时4h，控制性低血压40min，术中出血达4300ml，由于术前计划周全，术中配合默契，病人顺利度过手术关。

1.3 控制性降压的管理

1.3.1 控制降压程度。

在满足手术要求的前提下，尽可能使血压维持在较高水平。降压程度控制在不超过原水平的40%或收缩压降至比术前舒张压低0~2.7kPa范围，防止降压速度过快，并将降压时间集中在肿瘤剥离尤其是基底剥离时(此时出血最多)，且力求不超过50min。

1.3.2 合理调节患者体位。

控制性低血压时将手术床床头逐渐抬高10度~30度，血压下降过低或停止降压后血压回升至正常时放平手术床。因为身体各部位距心脏水平每垂直升高1.3cm，则升高部位的血压将降低0.13kPa(1mmHg)，尽量使手术部位高于身体的其他部位，使手术区局部的脉压更低，血供来源更少，更有效减少出血。

1.3.3 预防低血容量性休克。

降压期间使尿量保持在 $1\text{ml}\cdot\text{h}^{-1}/\text{kg}$ 以上，根据出血量、血压、尿量、中心静脉压等合理调节输液、输血速度；加强对皮肤色泽、湿度及血管充盈时间的观察，保证重要器官的血流灌注。

2 讨论

外科病人强烈要求了解术式、并发症预防、疼痛程度及应对方法和饮食注意事项。在病房护士进

行共性问题指导和教育的基础上，手术室护士术前1日再一对一根据麻醉和手术方式指导病人术中配合行为，能最大限度地提高患者对手术的适应能力。手术配合计划的制订要兼顾麻醉、手术方式及医生的操作习惯和患者的具体情况，操作过程相互穿插。每例术后对计划的实施进行评价，不断修正，使下一例手术的配合更加默契。结合术中观察，借助手术图谱能详细了解手术的每一步骤；麻醉学书籍能使我们了解麻醉要求及相关知识、注意事项；手术室护士除阅读本专业书刊、杂志外，广泛涉猎相关学科的医学专业书刊，能不断提高自身素质，工作才能主动和有预见性。100Test 下载频道开通，各类考试题目直接下载。详细请访问 www.100test.com