维普资讯 http://www.cqvip.com

(5)观察用药后副反应，主要是恶心呕吐、头晕乏力等早孕反应。大多数病人反应较轻，持续时间短，重症者给予对症处理可缓解。(6)服药后的患者如出现 HCG 上升、腹痛剧烈、急性内出血等情况，做好配血、输血的手术前准备。(7)做好病人出院指导，嘱其定期门诊复查。

五、讨论：米非司酮终止早孕是一种安全、可靠、简便和有效的非手术方法。米非司酮是作用于受体水平的新型抗孕酮药物。通过其抗孕酮作用，引起脱膜及绒毛变性，导致出血和体内 HCG 水平急剧下降，阻止胚胎发育，引起胚胎死亡。为让死亡胚胎自然吸收，避免输卵管平滑肌收缩，导致死亡胚胎剥离后出血，故不需加用米索前列醇。用米非司酮治疗异位妊娠必须有一些适应症，选择合适对象，保守治疗仍有一定的失败率。故在服药过程中密切观察病人病情及生命体征变化，做好病人生活护理，使患者处于较佳心理状态，创造舒适的环境。对于有急性内出血输卵管妊娠破裂，必须立即做好手术前各项准备，改手术治疗。

(收稿：1998－11－19)

传统手术刀、微波刀及负压刀切肝术后的护理特点

张晓琼* 王 雨 余 波* 邢庆春*

本文通过回顾性研究、比较传统手法切肝、微波刀及负压刀三种不同切肝方法的特点，来探讨这三种不同切肝方法的围手期护理特点及侧重点。

一、资料及方法

1.临床资料及分组：1990 年 1 月至 1998 年 8 月我科的肝癌患者行肝叶切除的 533 例，男 312 例，女 212 例，年龄 17～68 岁，平均 43 岁。根据切肝方式的不同，分为三组：TOG 组(传统手术组)，351 例，MWX 组(微波刀组)138 例及 MVK 组(负压刀手术组)44 例。分别统计三种切肝方法的断肝时间、手术时间、术中出血量、术后住院天数、术后肝功的恢复至正常的时间，术后并发症发生的例数及肝昏迷发生的例数(见附表)。

2.切肝方法：(1)传统切肝法，我科对于较小范围的肝叶切除，一直采用钳夹碾碎—钳间剪断—结扎钳内管道的方法，用手即可控制肝脏出血，不需肝门阻断。较大的肝叶切除，如左右半肝、左三叶切除时，则在切肝前先作第一肝门阻断，一次阻断时间为 15～20 分钟。(2)微波刀切肝法，使用我院与四川联合大学合作研制的 8 针植入式微波刀，沿切线将微波针插入肝实质，利用微波辐射使周围组织加温固化，3～5 分钟内使切面固化，切线较长时，可分段固化，最后沿固化层面断离肝脏，不需肝门阻断。(3)负压刀切肝方法，使用我院与成都济民医用设备有限公司共同研制的 JIMIN－261A 型医用负压手术刀，沿用高频电刀于肝表面灼出的切肝线，作"啄木鸟"式敲击切线之肝组织，待吸出 1.0cm 之深沟时，刀头改用"琉头式"顺肝内管道方向反复吸刮，使断面上的血管、胆管"骨骼化"，一一钳夹，切断，结扎断面内各种管道，最后离断病肝。

附表 三种切肝方法的观察内容

观察内容	TOG	MWK	MVK
平均断肝时间(分钟)	27.3	13.6	23.1
平均手术时间(小时)	5.9	4.2	4.4
平均术后住 ICU(天)	28.2	19.5	16.0
术前 AST(IU/ml)	69.7	73.3	79.3
术后 7 天 AST(IU/ml)	133.6	99.8	84.5
术中平均出血量(ml)	500	150	300
术中平均输血量(ml)	734	290	360
术后腹腔引流量(ml)	551	260	270
术后出现并发症(n)*	36	9	1
术后发生肝昏迷(n)	11	0	0
术后 30 天内死亡(n)	2	0	0

注：*并发症包括肝部感染、肾功能障碍、消化道出血、腹水、腹膜炎，术后出现上述任何一种并发症即收录入此项，同时发生多种并发症者不只记为 1 例。

二、结果：TOG 组在断肝时间、手术时间、术后住院时间较 MVK 及 MWK 组均显著性延长，术中出血量显著高于 MVK、MWK 组，以 MWK 组出血量为最小，TOG

* 作者单位：610083 成都市成都军区总医院全军普外中心

维普资讯 http://www.cqvip.com

组肝功恢复较 MVK、MWK 两组差，以 MVK 组恢复最好。

TOG 组术后 10.2%的病例出现并发症，MWK 组及 MVK 组分别为 6.6%及 2.2%，术后 TOG 组有 3.3%的病例发生肝昏迷，而 MWK 组及 MVK 组无肝昏迷发生，术后 30 天死亡率为 0.6%，而 MWK 组及 MVK 组无手术死亡。

三、讨论：对肝癌患者围手术期的护理直接关系着患者的预后，但不同的切肝方式，围手术期间的护理重点也有所不同，要求做到有的放矢，每个护理内容都应围绕着帮助患者术后尽快康复这一目的来实施。

本文统计的资料显示，传统手法切肝给患者造成的损伤大，手术时间长，术中出血量多，术后患者肝功及全身状况的恢复慢，并发症多，肝昏迷的发生率和手术死亡率显著高于其它两组病人，术后护理应重点注意以下几点：(1)严密监测生命体征。(2)术后密切观察神志状态。(3)注意肝功的变化。根据我们的经验，肝叶切除术后 3 天内 AST、ALT 明显升高，总胆红素显著升高，皮肤、巩膜可出现黄疸，或黄疸加深(术前即有黄疸者)，术后经积极处理后，术后 7～10 天，AST、ALT 可恢复至术前水平或接近正常水平，如术后 14 天，黄疸持续加深，酶学水平居高不下，甚至继续上升，则提示预后不良。(4)腹腔引流液及胃液的观察。

微波刀切肝具有凝固、止血、切割的功能，具有切肝时间短、止血效果好、安全性大的优点。本文中 MWK 组病例有 64 例未有术中输血，术后并发症发生率仅 6.6%，肝功恢复较快。但是微波辐射可造成远处血管内的红细胞溶血，出现血红蛋白尿，本组中 6 例出现血红蛋白尿，2 例发生肾功不全，加之手术中切除、凝固组织后，断面上仍残存少许固化组织起防出血、防胆漏的作用。因此术后应注意以下几点：(1)腹腔引流管应保持至 14 天，因为术后 6～10 天断面上残留的固化组织发生软化、溶解、吸收，断面周围的较大的胆道及血管可能被微波辐射及引起热损伤，在固化组织溶解可发生出血、漏胆，因此腹腔引流管的拔除时间应延长至 2 周。(2)利尿及碱化尿液。因为微波辐射引起溶血、导致血红蛋白尿的发生，为预防肾功不全，可于术后用 5%碳酸氢钠 250ml/日静滴，连用三日，碱化尿液同时适当利用。(3)体温的监测。经微波刀切肝后的病人，于术后 1 周左右体温又从正常升至 38.5℃左右，但血常规中白细胞一般不升高，此种发热可能是由于创面坏死组织吸收引起的反应，一般对症处理即可。但体温超过 39.0℃或有白细胞升高，病情加重、患者易疲劳，乏力等情况时，应警惕创面感染的发生，应及时向医生报告。

负压刀在我科于 97 年试用，目前已实施 44 例，它是利用负压将肝组织吸碎而保留较坚韧的肝内血管和胆管另做处理。使用负压刀切除肝叶，肝断面直径 0.3mm 以上的管道能充分显露，故术中结扎很彻底，手术时间短，术后并发症很少，病人恢复快。因此用负压刀切肝后，术后护理无特殊要求，按常规腹部手术后的护理即可。但是手术中、术后肝创面出血为渗血，故术前予以立止血，如有 PT 延长者，应于术前纠正凝血功能。术后在使用止血药的同时，加强营养支持，促进创面的愈合。

围手术期

(收稿：1998－12－11)

133-134 四肢骨折 粉碎性骨折 护理 32

四肢多处多段粉碎性骨折围手术期的护理

曾 宏* 陈 珂* 班新能**

R683.420.5
R473.6

四肢多处多段粉碎性骨折是临床较常见的急性创伤，多伴有失血性休克，需紧急处置，术后需外固定，以保持内固定的稳定性。多肢体制动、长期卧床，严重影响着机体的恢复，如何维持机体的动态平衡，预防并发症，如何应用动静结合治疗，促进骨折愈合和功能恢复，是护理工作的中心要点，笔者以 1995 年 4 月至 1997 年 10 月收治 10 例四肢多处多段粉碎性骨折，护理取得满意效果，总结如下：

一、临床资料：本组 10 例，男 7 例，女 3 例，最大年龄 58 岁，最小年龄 28 岁，平均住院天数 78 天，最长达 128 天。双股骨中段及双胫腓骨粉碎性骨折并上肢肱骨骨折 5 例；单侧股骨、双胫腓骨粉碎性骨折并单上肢

* 作者单位：833200 新疆兵团奎屯医院骨科
** 新疆兵团电大护校