维普资讯 http://www.cqvip.com

浊粘稠、夹有絮状物或颗粒，一般统称为"胆泥"，据Joseph研究认为胆泥的组成可能含有结晶物质，坏死脱落粘膜和纤维蛋白的混合物或粘胶性物质以及混有胆汁的脓液等。由于胆泥和正常清亮胆汁之间存在着声阻抗差异，因此探查时在胆囊内可探及点状、絮状或斑块状回声，这一特征不同于长期禁食的淤积胆囊，后者囊内光点呈均匀密集分布，肝内无扩张的胆道断面，可予鉴别。

10例胆总管内胆泥沉着声像图表现的患者，手术探查中可见胆总管增厚，呈"松软"管腔，胆总管切开后，有粘稠脓液和脓栓溢出，因而声像图显示胆总管内胆囊内胆泥沉着少见，易被漏诊，发现胆总管内胆泥沉着常提示病情严重。

超声声像图特点有助于胆道化脓性炎症的早期诊断和及时手术，避免病情发展到中毒性休克的阶段。超声检查简便、安全，对病人无损害、无痛苦，目前许多医院都已配备了这种设备，我们认为应把超声检查作为诊断本病的首选方法。

(收稿：1998－10－29)

吻合血管的腓骨移植和带血管蒂髂骨瓣转移治疗股骨病的护理

朱晓燕* 沈永霞* 郭祖艳* 刘 涛*

我院于1996年收治股骨上段重症纤维结构不良2例，采用吻合血管的腓骨移植及带旋髂深血管蒂髂骨瓣转移治疗，取得较满意疗效。现报告如下。

一、一般资料：本组2例，男，女各一，年龄为11岁和28岁。主要症状为：右髋疼痛，右下肢跛行。X线片示：右肌骨"拐杖"畸形，股骨头囊性改变，缺血坏死，股骨颈及股骨上段约16cm长增粗。

二、手术方法：本组2例均采用气管内插管全身静脉麻醉，仰卧位，患髋垫一沙袋。

手术分两组进行，一组游离腓骨中段，并游离出腓动脉、腓静脉。切取带腓动脉、腓静脉的腓骨段约20cm备用。另一组彻底清除股骨上段病灶，将其刮除，同时解剖出旋股外侧动脉、静脉，作好标记待用。取同侧髋骨约7cm×5cm×2cm，并解剖出旋髂深动脉、静脉蒂，连同髂骨瓣经股直肌下转移至股骨颈，并嵌于股骨颈，用加压螺钉固定植骨块。然后将腓骨植入股骨髓腔内，位置固定，用0/8线吻合血管，将腓动脉与旋股外侧动脉吻合，腓静脉与旋股外侧静脉吻合，重建腓骨血循环。术后，精心护理，髋人字石膏外固定3个月，一年后随访右髋疼痛减轻，右下肢活动基本正常。X线片示：髂骨、腓骨与股骨愈合。股骨畸形未加重，股骨头未继续塌陷。

三、讨论：骨纤维结构不良可发生在股骨，累及头、颈，严重者可发生股骨头缺血坏死，导致患肢功能障碍。其外科手术方法较多，按传统手术方式为病灶清除，自体(或异体)骨植骨术，但这只适于范围较小的病例。而对股骨上段(包括股骨颈)范围广泛或伴有畸形的患者，如按传统方法治疗，不仅骨的来源有限，且易发生骨折或加重畸形和股骨头坏死。而异体骨植骨，又易发生排斥反应。如行关节置换，因本组2例年轻，再加上费用昂贵，亦不适宜，故我们选用了本文报道的方法。

心理护理：由于病人长期患病，对自身疾病和手术方法均有顾虑，他们担心手术中疼痛、手术不顺利，不成功，或麻醉意外，害怕手术后发生并发症等，再加上手术室这个特定环境，使病人更加陌生和恐惧，这些都降低病人对手术的耐受力，影响手术的效果。因此，术前一天应了解病人思想、情绪，向病人介绍医护人员的临床经验，解释这次手术是带血管的骨移植，术后骨愈合成功率高，以消除其顾虑。向病人讲述麻醉效果及消除疼痛的有效方法，使病人对手术、麻醉及所处环境有所了解，以消除恐惧。增强病人战胜疾病的信心，能主动与医护人员密切配合。

术晨，手术护士主动向病员作自我介绍，与病员交谈，尽量满足其合理要求。在交谈中核对病员的病室、床号、姓名等，耐心听取病人的意见和想法。

对移植物血循环的观察及处理：由于手术需吻合血管，而疼痛、寒冷尤其是手术室温度过低、都可使病

* 作者单位：610041 华西医科大学附一院外科手术室

维普资讯 http://www.cqvip.com

人血管痉挛，导致移植组织供血不足，移植物坏死的不良后果。故手术中除减轻病人疼痛外，使室温保持在25℃。随时注意保暖，防止病人受凉。

手术中应观察保持移植段（腓骨）组织颜色红润，保障右下肢皮肤颜色、温度及血运正常。因患者施行腓静脉与旋股外侧静脉吻合，右旋股外侧静脉常被截断，可能出现下肢暂时性静脉回流障碍或静脉血栓形成。因此，我们严密观察右下肢及趾端皮肤的颜色、温度及肿胀情况。术后第二天患肢可出现明显疼痛、肿胀，更重要防止血运障碍，如患肢肿胀严重，可松开石膏，减少局部压力，或变换体位，以促进静脉回流，可保证移植物的成活。此外，在术中给予低分子右旋糖酐，复方丹参液静脉滴注，可使血管扩张，改善移植物的血液循环。对移植组织，我们用肝素生理盐水进行局部灌注，可保护移植组织血管床，有利于移植物的成活。

因手术创面大，时间长，为保证植物的成活，预防手术野的感染相当重要。一般在手术前半小时将头孢菌素2.0克溶于100ml生理盐水内静脉滴注或椎注，如手术时间长达6－8小时，6小时后可再加2.0克。

手术人员严格无菌技术操作，洗手护士监督施术者遵守无菌原则，台上器械放置有序，以无菌巾覆盖。手术应在宽敞、明亮的层流手术间进行，术前用O_3消毒两次。此外，应防止非手术人员乱窜手术间，以减少手术间内交叉感染的机会。

（收稿：1998－12－20）

30

131－132 米非司酮 治疗 异位妊娠 护理

米非司酮治疗异位妊娠临床观察及护理

王玲娣*

6 R714.22 R473.71

我院1997年10月～1998年10月用米非司酮治疗22例异位妊娠患者，取得一定疗效。

一、临床资料：22例异位妊娠患者，年龄19～38岁，平均年龄28岁，均为住院病人，其中经产妇18例，未产妇4例，22例患者均有30～50天的停经史和不规则阴道流血以及程度不等的下腹痛及肛门坠胀感，均无晕厥史，尿HCG（绒毛膜促性腺激素）阳性或弱阳性。经B超检查，明确诊断为宫外孕。入院时血压脉搏均在正常范围，无异常妊娠破裂和急性内出血体征，肝肾功能正常，无禁忌症。

二、结果：22例服米非司酮患者除2例在观察中出现腹痛加剧、血压下降等内出血征象，改急诊手术治疗。其余20例均治疗成功，服用5～12天，尿HCG转阴，复查仍为阴性。其中3例服药后一周，尿HCG仍为阳性，再予等量米非司酮口服3天，在腹药后5天HCG转阴。22例患者血HCG较服药前明显下降。如住院病人病情稳定，血HCG＜100Iu/L，尿HCG阴性，出院随访。一般在服药后10～44天血HCG可完全恢复正常。患者腹痛及肛门坠胀、盆腔包块亦随之消灭。

三、给药方法及用法：1.择合适对象：（1）孕龄＜50天；（2）血HCG＜5000Iu/L；（3）异位妊娠包块最大直径＜4cm；（4）治疗前无腹痛或仅有轻微腹痛，即之异位妊娠破裂和腹腔内活动性出血的表现。2.用法：第一天晨空腹顿服米非司酮片300mg，第二天、第三天分别顿服150mg，空腹服药共3天，每天一次。如五天后尿HCG仍为阳性，血HCG＞100IU/L，再予等量米非司酮继续同法口服。

四、护理体会：（1）用药前准备：对服药对象进行血压、脉搏、呼吸、血红蛋白、出凝血时间、肝肾功能检查。用药前必须问病人讲清药物效果，用药后可能出现副作用，做好心理护理，消除一切思想顾虑。服药注意事项：（1）向病人说明服用的方法，不要漏服，否则影响药物的效果；（2）服药时不能同时口服水杨盐酸、消炎痛和其它镇痛药，避免发生拮抗作用；（3）服药后不宜立即加用活血化瘀中药，以免其中活血成分增加，输卵管病灶出血；（4）要向病人讲明在服药的过程中可能出现的一些情况，如阴道排出粘膜管形、胃肠道反应等。（3）密切观察病情变化：（1）观察血压、脉搏，注意病人面色，每隔2－4小时测血压1次；（2）注意病人腹痛情况，阴道流血情况；（3）观察病人血HCG、尿HCG的变化，其中血HCG每周一次，尿HCG隔天一次，直到正常。（4）嘱患者卧床休息，避免多活动，协助生活护理。

* 作者单位：312000 浙江省绍兴市第二医院 妇产科