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

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，嘱其定期问诊复查。

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