维普资讯 http://www.cqvip.com

畅有效。防止肠胀气，胃管一般在肠蠕动恢复出现排便通气后拔除，注意保持胃肠减压的负压吸引，防止扭曲、受压、脱落。(2)加强腹腔双套管的护理是负压刀切肝术后护理的重点之一。术后如发现双套管引流出鲜红色腹液超过200ml/h，应及时报告医生，及时检查处理。保持双套管引流通畅，负压吸引力保持在4.0～5.4KPa，注意无菌操作，同时注意观察引流液的量、颜色、性质等。(3)术后第二天给以半卧位，以利于伤口引流。联合应用广谱抗生素，以防感染。术后鼓励病人咳嗽、勤翻身，叩背，必要时给予超雾化吸入，每日1～2次，使粘稠痰液易于排出，鼓励和帮助病人早期肢体活动。术后12小时之后可翻身，改变卧姿，双套管于术后3～7天视情况拔除。(4)在患者由静脉营养向进食过渡过程中，早期以清淡、营养、易消化饮食为主，并注意少量多餐，逐步过渡到正常饮食状态。

4.结果：36例负压刀肝切除的手术患者无手术死亡。术中出血量少，术后患者无一发生并发症，术后恢复良好，全部康复出院。

5.讨论

通过本组的36例使用负压刀肝切除的病人护理特点，我们体会：(1)使用负压刀肝切除的病人术后精神状态较过去传统手法切肝病例好，而且术后腹腔引流液明显减少，病人自觉症状较少。(2)加强术前护理，配合医生做好术前各种检查，术前三天用抗生素，以抑制肠道细菌，术前三天用抗生素，以抑制肠道细菌，术前晚清洁灌肠，以减少血氨的来源和消除术后可能发生肝昏迷的部分因素，为加强营养、多食用动物肝及内脏、瘦肉、鸡蛋、鱼类、豆制品、新鲜蔬菜、因胃纳差，进食少者，必要时可静脉途径补充营养，以改善患者术前营养不良状况。(3)加强术前心理护理，与病人交谈，排除其患者紧张、恐惧、焦虑的心理，以取得配合治疗。同时，还应向病人交待手术后置引流管情况，防止其翻身时发生脱落。(4)加强术后护理，密切观察病人的病情变化，生命体征，保持胃肠减压持续有效。其中，术后3天拔除胃管15例，术后2天拔除胃管21例。注意观察腹腔双套管是否通畅，是否有血性液引出，同时观察引流的量、颜色、性质等。术后第二天嘱病人取半卧位，鼓励和帮助病人做早期肢体活动，促进早日恢复。

(收稿：1999－03－09)

21例急性化脓性胆道炎症声像图探讨

金 松* 杨彦民 郑春梅*

胆道系统的超声显像可分为胆囊和胆管，胆管以肝门为界，分为肝内胆管及肝外胆管。急性化脓性胆道炎症是胆道外科严重疾病之一，多由胆道结石、蛔生物等所引起，常需要紧急手术处理。目前，有关本病的超声报道甚少，我院经手术治疗17例，非手术治疗4例，均痊愈。现报告如下：

一、资料和方法：B超仪器主要使用SDU－500，探头频率3.5MH，病人取仰卧位，探头对其右上腹及中上腹部做多切面观察。对肝脏、胆囊及胆总管中异常声像图，详细记录其回声特点、部位、形状及范围，然后采取左侧卧位及坐位，观察异常声像体位变化而移动。

本组21例中，男9例，女12例，年龄28～79岁，平均53.5岁。

二、结果：本组21例均有腹痛，且Murphy阳性，伴寒战、高热17例；恶心、呕吐12例；黄疸11例；中毒症状1例；血象WBC总数及分叶增高14例。经手术及术后病理证实准确率81%(17/21)。17例为坏疽性胆囊炎，其中伴胆囊结石9例，伴化脓性胆管炎10例，伴胆管结石7例。

声像图特点是胆囊肿大，有的胆囊壁呈双边影，囊内除发现结石外，可探及点状、絮状或团块回声，常沉积在胆囊后壁的前缘，随体位变化可缓慢移动，团块状回声在移动时可变形。伴化脓性胆管炎表现为胆总管及肝内多个胆管扩张，而以胆总管扩张最明显，管壁增厚，回声强。探查可见在扩张的胆总管内有局限性强光点或光斑回声，随体位移动不明显。

讨论：17例胆囊增大伴胆泥沉着者，手术中可见到胆囊张力高，胆囊壁增厚、水肿并有灶性坏死，胆汁混

* 作者单位：154002 佳木斯大学医学院附属第一医院普外科

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