维普资讯 http://www.cqvip.com

11287(19)

诸如呼吸情况，创面出血情况，脏器的色泽、动脉搏动，组织温度及微循环情况等的变化。有异常及时分析处理。该例抢救成功，主要在于发现及时，处理得当。当发现肠管发紫，创面苍白不渗血时，很快观察到呼吸由弱而停，用手触心前区心跳由很快而弱而停，意外发生在转瞬之间，立即采取了恰当的措施，才转危为安。

2. 氯胺酮是一种非巴比妥类快速作用的静脉麻醉药，以其较安全有效常用于临床。一般剂量不抑制呼吸，但静脉注射过快或逾量时，也可出现呼吸明显抑制。兴奋交感神经，心血管系统有明显的兴奋表现，常出现心率增快和血压上升。该患儿术中躁动，当时给静脉注射氯胺酮 40mg，旋即出现了呼吸心跳停止，剂量虽在 1～2mg/kg 常用量之内，但也发生了意外。用药过程中必须总结经验，根据病人的体质及耐受程度，调整药物剂量及静注速度。

3. 手术中应常规探查，手术后除探查手术项目外，应常规探查周围组织，该患儿首次手术切除阑尾时，因脓肿及粘连严重，进入困难，放弃了对回肠等的探查，却遗漏了回肠憩室。

（收稿：1993－04－09）

儿童卵巢囊肿蒂扭转 1 例

辽宁鞍钢长甸医院儿科　于秋静　常元春

（辽宁鞍山，邮政编码 114005）

35002，女，11 周岁。以“发作性腹痛 3 个月，加重 12 小时”入院。腹痛为左下腹，持续性，“刀割样”剧痛，难以忍受。查体：T35.8℃，P92 次/分，R18 次/分，BP11/9kpa，腹软，无包块，无压痛，左下腹轻反跳痛。血 WBC6.4×10⁹/L。诊断：肠痉挛、肠蛔虫症。经抗炎、解痉及止痛治疗，未缓解。入院第 3 天请外科会诊：诊断：肠系膜淋巴结炎，同意儿科治疗。入院第 4 天出现发热。体温 37.9℃，腹痛为排尿、便时加重，便后稍缓解。腹部耻骨联合上 1cm 处触及近圆形包块，边缘模糊、柔软、变形、触痛明显。做 B 超检查：盆腔见约 7.3×7.1cm 实质不均匀肿物，见多个小腔区，形略不规则。请妇科会诊：月经未来潮。肛诊：后穹窿明显触痛，于宫颈右上方可及一直径约 7cm 大小似囊性包块，与子宫不能分开，左部附件未触及异常。有压痛，因患儿不合作，双合诊不甚满意。考虑卵巢囊肿蒂扭转，于当晚做剖腹探查术。子宫中位正常大，其后上方可见有一紫兰色囊性肿物，直径约 9cm，与大网膜、肠管、脂肪、盆后壁、子宫后壁右侧圆韧带后叶均有粘连，肿物来自左侧卵巢；蒂直径约 0.8cm，以逆时针扭转 900 度（二周半），左输卵管呈紫红色约 8×3×1.5cm，伞端明显水肿。右输卵管充血约 8×2×1cm，右卵巢稍大。行左附件切除术。病理诊断，卵巢囊肿。

患儿年龄小，非卵巢囊肿发病年龄。提示腹痛病人，尤其对腹部包块不明显的应常规做 B 超检查。对下腹疼痛的女孩及时请妇科会诊，警惕本病的发生，仍及早诊断并手术治愈，以免影响以后的生育能力。此类病人我院共发生 4 例，均为 11 岁女孩，2 例来自外科病房，1 例来自门诊。

（收稿：1993－04－27）

35-36

腰椎间盘突出症术后并发症的预防及护理

河北省石家庄市第一医院　李云平　张　静

（河北石家庄，邮政编码 050011）

R473.6

腰椎间盘突出症是骨科的常见病、多发病，经长期各种非手术疗法治疗无效，病期在半年以上，或时轻时重症状反复发作者，以及典型的中央型椎间盘突出症合并出现脊髓神经受压症状者，均

腰椎，椎间盘突出，并发症，外科护理

维普资讯 http://www.cqvip.com

可作为手术治疗的指征。我院自 1989 年 1 月～1993 年 1 月间共手术治疗腰椎间盘突出症 176 例，经临床观察效果满意。但术后也出现了一些并发症，经精心护理及积极治疗均好转痊愈。现就术后并发症的预防及护理谈几点体会。

临床资料

本组患者 176 例。男 98 例、女 78 例，年龄最大 68 岁，最小 24 岁。病程 3 个月～30 年。随访时间 6 个月～4 年。术后主要并发症及发病率为：尿潴留 12 例(17%)；脑脊液漏 9 例(5%)；术后出血 2 例(1%)；神经粘连 4 例(2%)；复发 2 例(1%)。

护理与讨论

1. 术后尿潴留：髓核摘除术后需平卧位，往往存在排尿困难尿潴留问题。因此，术前应锻练床上排尿。对患者进行耐心解释，做到预防在先。通过术前锻练术后多能自行排尿。一旦出现尿潴留应查找原因：①检查伤口有无渗血及引流管是否通畅，有无血肿压迫。若考虑血肿存在应即时清除；②了解术中是否存在马尾神经粘连受压；③对确不习惯床上排尿者给予诱导排尿。经上述处理无效应在无菌条件下放置导尿管，4 小时定时开放。12 例病人中 10 例 24 小时后拔除尿管可自行排尿，2 例放置尿管 6 天后可自行排尿。

2. 脑脊液漏：虽然手术中操作认真仔细但仍然存在术后脑脊液漏的病员。首先接病人时应注意了解术中情况及手术切除范围，硬脊膜是否有损伤及损伤程度、修补情况等。掌握以上资料对术后并发症的判断及治疗护理均能起指导意义。病员回房后要观察伤口引流量及颜色。若引流液颜色变浅呈淡黄色且量较多，或拔除引流管后切口部位膨隆，出现囊性肿物及渗出液较多并头痛头晕等症状时，应首先考虑脑脊液漏的存在。处理：及时报告医生，取头低位，快速静点生理盐水，切口部位加压砂袋，采用间断关闭引流管的方法，即开闭 12 小时。此期间密切观察引流量及颜色。若 12 小时引流液少于 10ml 可视为拔管指征。我们体会：病变范围广，手术创面大的病员术后容易出现脑脊液漏。本组 9 例中占 5 例。8 例病员采用以上处理均治愈，仅 1 例行手术修补。

3. 术后出血：我院均在局麻下行全椎板减压髓核摘除术。手术时间短、创面小、出血量少，一般不予输血。术后放置引流管，采用平卧位。应注意观察血压脉搏等血流动力学的变化。若病员血压下降脉搏增快，引流管渗血较多或局部敷料被血渗透，应考虑术后出血。处理：应切口局部压砂袋；通知医生；根据病人血压及出血量的多少及时给予止血药物及输血。必要时手术探查。

除上述主要并发症外还应预防下肢血栓性静脉炎、腰肌萎缩等症状的发生。主要预防措施为：加强术后功能锻练。术后 24 小时可协助病人做直腿抬高 30° 至 70°；逐渐加大幅度及次数，3 日后可令其主动直腿抬高并行屈膝屈髋活动。术后两周开始床上腰背肌群锻练，增加腰肌力量，使肌肉韧带弹性尽快恢复。保持腰椎生理弯曲的存在，增强脊柱的稳定性。无异常情况下四周可下床活动。一旦发生下肢血栓性静脉炎应及时应用抗菌素活血化瘀于溶栓疗法。

对术后出现的神经根刺激症及脊髓损伤等症状，应视病变严重程度适量减少活动。若一周后神经根刺激症状日渐加重，患者腰痛呈阵发性抽搐样痛疼。翻身时加剧，平卧时减轻，局部有叩击痛、压痛剧烈，皮温不高，体温正常或低热，37.5℃至 38℃，白细胞不高或偏高但中性增高血沉快应考虑椎间隙感染。术前 24 小时应用抗菌素可起预防作用。一旦发生大量应用抗菌素可治愈。

4. 术后复发：病人术后症状减轻或疼痛消失，经对症治疗并辅以理疗，若症状反复发作，经半年仍不能缓解者应进一步检查，是否存在复发之可能，必要时可行二次手术治疗。

总之，为避免和减少并发症的发生，术前应预防指导，术后应认真观察病情精心护理，积极配合医生做好各种治疗。早预防、早观察、早发现、早处理是预防各种并发症的主要关键。

(收稿：1993－11－13)