维普资讯 http://www.cqvip.com

2 防止造成假阴性凝集

造成假阴性的常见原因：①红细胞悬液过浓或过淡，抗原抗体比例不当，出现前带或后带现象；②误将溶血看成不凝集；③溶解抗原或血型物质的中和作用，未洗涤的红细胞悬液带有血浆中的血型物质，特别是轻度溶血时，部分红细胞释放出大量溶解抗原，可将血清中的对应抗体中和；④试验时间过短，较弱的凝集不能出现；⑤作用温度不当，ABO血型鉴定和盐水配血应在室温，而检查不完全抗体应在37 ℃进行；⑥轻度凝集被认为不凝集；⑦不完全抗体遮断引起的假阴性。

3 防止造成假阳性凝集

造成假阳性的常见原因：①红细胞串线形成被误认为凝集。②寒冷凝集，在肺炎、肝硬化等患者血清中的寒冷凝集素，效价很高，交叉配血时应在水箱中隔水加温到37 ℃，反复观察几次，在报告中注明有寒冷凝集现象；③某些受肠道G-b感染的病人红细胞可获得类B抗原；④获得性病理性自身冷抗体形成的凝集；⑤有些病人在注射青霉素后可产生青霉素抗体，能吸附在红细胞表面，与相应的血清发生凝集；⑥自发性或继发性凝固，这是由于采血时动作迟缓，血清自行凝固，或较多的钙离子污染[3]。因此各种仪器、用具要清洁、干燥，防止溶血，吸管、滴管要专用，标准血清必须符合标准，操作要认真，观察结果要仔细，注意病人有无输血史、妊娠史，填发报告单要正确无误。

4 交叉配血后的报告及配血后血标本的保存

交叉配血操作完毕后，应对试验进行核查，其内容包括受血者和献血员标本的正确与否、操作程序、反应条件、试验结果是否正确，完全确定后填写交叉配血报告，报告中应将受血者和献血员的姓名、性别、年龄、血型以及献血员的采集日期、血袋编号、血量等写上，以便在出现意外时查找原因。在发出报告和血液之前，再次核对受血者和献血员的血液标本并封闭或将容器盖拧紧后，一起放在1 ℃～6 ℃冰箱至少保存7 d，以便输血不良反应发生时复查。

（编辑：左艳芳）

人工股骨头置换术围手术期的护理

傅海燕
（安徽省建医院骨科，安徽 合肥 230022）

[关键词] 护理；人工股骨头；围手术期
[中图分类号] R248.2 [文献标识码] B [文章编号] 1672－5042(2004)03－0216－02

人工股骨头置换术是一种治疗老年髋部相应疾病有效的方法，它具有关节活动较好，早期下床活动，减少老年人长期卧床引起并发症的优点。本科于1996年7月至2003年11月对45例病人施行了人工股骨头置换术，均取得了很好疗效，现就围手术期的临床护理介绍如下。

1 临床资料

本组病人45例，男29例、女16例，年龄60～95岁，平均76岁。均为股骨颈骨折，根据病情需要分别采用了单极、双极人工髋关节假体施行人工股骨头置换术，手术效果满意，无一例感染，术后两周开始扶拐下床活动。

2 术前准备

2.1 患者的术前准备

老人体质虚弱，机体抵抗力低下，伴发慢性病较多。本组有16例患者分别合并有高血压、糖尿病、慢支、脑梗死伴有偏瘫等。根据患者的健康状况，拟定护理计划进行系统的护理，提高患者对手术的耐受力。护理方面尽量尊重其生活和饮食习惯，适时进行健康教育，介绍人工股骨头置换有关知识、同类手术的成功率以及手术效果，消除其顾虑，使其配合手术治疗。

2.2 人工股骨头的选择与消毒

人工股骨头头部直径为38～52 cm，每隔2 mm为一规格，人工股骨头应根据术前测量X光片的结果，按1.1～1.2放大率进行选择。消毒时臼和头柄分开，金属股骨头柄可高温高压消毒，塑料臼用福尔马林浸泡48～72 h。

3 术中配合

术中要注意无菌技术操作，防止感染，协助病人移动肢体，摆好体位。

4 术后护理

4.1 患肢位置

保持患肢外展位，防止外旋内收，双腿不能交叉，侧卧位时两腿之间放枕头，抬高患肢，促进深静脉回流，减轻患肢肿胀和疼痛，防止血栓的形成。随时注意患肢的位置，发现问题及时纠正，保持髋关节整个托起，不能只牵拉抬动患肢，以免脱位。

4.2 观察术后感染情况

观察术后体温和切口愈合情况，术后2～3 d内体温升高为吸收热，一般不超过38 ℃，如体温过高或3 d后仍发热，应考虑是否感染。切口要及时换药，注意观察局部有无红、肿、热、痛

[收稿日期] 2004－02－22 [修回日期] 2004－03－16

维普资讯 http://www.cqvip.com

和渗出物,如出现上述现象,应及时通知医生,给予相应处理。

4.3 功能锻炼

早期锻炼对更好地恢复功能极为重要。术后伤口疼痛消失1~3 d即可在床上练习股四头肌运动、踝关节跖曲背伸运动、膝关节及足部活动,以主动锻炼为主,辅以被动活动。开始每2 h一次,每次5~10 min,逐渐增加锻炼强度,以不疲劳为宜。拆线后可在床上练习坐起,10~14 d可扶拐下床活动,术后2周开始行外展滑板锻炼。下床不坐低椅,坐凳时患肢自然下垂,不曲身向前,避免任何增加髋关节的运动。

4.4 预防并发症

因术后卧床,活动量减少,防止局部长期受压,促进血液循环,骶尾部及足跟每2~3 h按摩一次,或垫气垫、棉圈,并保持皮肤的清洁和床单的平整、干燥,防止褥疮的形成。另外,多饮水增加尿量,保持会阴部的清洁卫生,如留置尿管要注意无菌操作,保持尿管通畅,预防泌尿系逆行感染。鼓励病人扩胸、深呼吸、咳嗽以增进肺功能,保持呼吸道通畅及口腔的清洁卫生,预防肺部感染。

(编辑:张天飞)

B超引导下神经内镜辅助显微手术切除多房性脑脓肿1例

朱文武*,孟 辉,冯 华
(第三军医大学附属西南医院神经外科,重庆 400038)

[关键词] 多房性脑脓肿;神经内镜;显微手术
[中图分类号] R742.7 [文献标识码] B [文章编号] 1672-5042(2004)03-C003-02

本科于2003年5月收治一例多房性脑脓肿,采用神经内镜辅助显微手术切除,术中用神经内镜打通各个脓肿的分隔,直视下冲洗,吸除脓苔,取得了满意效果。本文对此进行总结分析,将其特点与诊治体会报告如下。

1 临床资料

患者,男性,3岁,反复发热、头痛、呕吐2个月入院。查体:右侧肌力正常,左侧肌力Ⅳ级,腱反射(+++),双侧锥体束征(+)。头颅MR检查示右侧大脑半球可见多个囊性低密度影,囊壁完整,厚薄均匀,占位效应明显,双侧侧脑室明显受压变形、狭窄,左侧侧脑室后角明显扩大,中线结构明显左移。病灶壁明显强化,可见大小脓腔达8个。

2 手术方法

2.1 手术设备

采用美国Zepplin神经内镜系统,硬质工作镜,外径6 mm,00角,镜内有照明、摄像、工作腔、吸引及冲洗通道。Leika-OHS手术显微镜。ALOKA术中B超,术中图像处理系统。

2.2 手术方法

采用全身麻醉,行气管插管,患者仰卧位,头左偏,取右侧额部半冠状切口,应用B超动态定位,穿刺抽出部分浓液,用含庆大霉素的盐水冲洗,在手术显微镜下切除表浅的脓肿腔;深部的脓肿靠近功能区,切除困难,在B超引导下用神经内镜探查,见窦道曲折,深约5 cm,腔内有大量浓液及脓苔,内镜下吸除浓液及脓苔后用庆大霉液冲洗,打通多个脓腔,使之充分沟通;再次B超检查,脓腔消失,脓肿壁与深部重要结构粘连重,为避免术后功能障碍,不切除深部脓肿壁。

3 结果

切除的脓壁病检为炎性组织,一周后复查头颅CT,脓肿完全消失,继续抗炎治疗至血象正常后再治疗两周,患者恢复好,无头痛及呕吐,体温正常,四肢肌力、肌张力正常,腱反射正常,双侧椎体束征(—),查血常规正常。

4 讨论

脑脓肿手术方法多,常用穿刺法、引流法、脓肿切除法。穿刺法简单,适用于单发性脓肿,不适用于多发性脓肿,可结合立体定向术使定位更精确,但患者常需多次穿刺才能治愈。引流术适用于脓肿壁较厚的单发性脓肿,亦不适用于多发性脓肿,术后可用抗生素液体反复冲洗脓腔至引流液清亮。脓肿切除术要在脓肿的包膜完全形成后进行,适用于病人的一般状况较好,能耐受开颅手术,脓肿又位于脑的非主要功能区且较表浅者。对深部和靠近功能区的脓肿,手术切除损伤大,易出现后遗症。神经内镜具有微创、直视的优点,对脑组织损伤小,能清楚显示脓腔内的情况,直视下吸除脓液及脓苔,对多房脓肿可打通各脓腔以利冲洗引流,防止术后复发。该患者脓肿较大,多达8个腔,深部脓腔与功能区粘连重,若勉强切除脓肿壁,术后易出现后遗症。应用神经内镜在直视下观察脓腔并沟通各个腔,冲洗彻底,损伤小,术后无后遗症。同时应用B超动态定位,可提示准确的穿刺路线,提高手术精确度。本手术方法创伤小,价格低廉,易操作,取得了满意的效果。

(编辑:张天飞)

* 现在重庆市云阳县人民医院外二科工作

[收稿日期] 2004-03-03 [修回日期] 2004-04-20