维普资讯 http://www.cqvip.com

角子宫妊娠。

二、讨论

残角子宫临床少见，由一侧副中肾管中下段发育缺陷所致。根据病变，可分为三种类型。Ⅰ型残角子宫发育不全：无宫颈有宫腔，与发育侧单角子宫腔相通；Ⅱ型残角子宫发育不全：无宫颈有宫腔，与发育侧单角子宫腔不相通，仅有一纤维带相连或其中有极细小管相通；Ⅲ型残角子宫是始基子宫，无宫腔，宫颈为一实体。本病例属Ⅱ型。由于残角子宫肌层发育不良，不能随妊娠月份增大而增长，至妊娠16～20周时往往自然破裂。本例婚前及早孕时未全面查体，入院后B超未发现子宫畸形，在出现引产失败后，经彩超提示，剖腹探查才明确诊断。应引以为戒。

（收稿：2001-02-19）

238例胆石症手术护理体会

黄 艳* 王春芳** 刘继荣*

胆石症是外科临床较常见的急腹症之一，轻者表现腹痛，重者可并发中毒性休克，危及生命。自1990年至1999年间我们收治各种胆石症412例，其中238例经手术治愈，现结合文献复习将护理体会报告如下。

一、临床资料

1.一般资料：本组男性132例，女性106例，年龄最小35岁，最大78岁，平均住院21.5d。

2.胆石症分类：肝内胆管及胆总管结石56例，胆囊结石74例，胆总管结石108例。

3.症状与体征：见附表。

附表 症状和体征统计表

症状与体征	腹痛	呕吐	发烧	黄染	腹块	T>38℃	WBC20.0×10⁹/L
例数	238	224	219	162	74	203	197
百分比	100	96.2	90.8	65.5	31.1	85.1	82.8

4.治疗与转归：本组病例均经手术治疗，术式分别为：胆总管切开取石"T"管引流术；胆总管切开取石，胆囊切除，胆总管与空肠Rouxy吻合术；单纯胆囊切除术。术后辅以抗炎和静脉高营养支持治疗，结果并发胆汁瘘4例，胆道出血1例，切口裂开2例，死亡2例，其余均治愈。

二、护理体会

1.以病人为中心，开展新型的护理模式，把心理护理贯穿到病人住院的始终。过去，传统的护理是护士机械性地执行医嘱，一切都是以疾病为中心进行工作。随着现代医学科技的发展，转变了旧的护理模式，开展了以"病人为中心"的整体护理，护士工作也不再是过去那种简单的打针发药，疾病监护的技能活动，而是包括有心理护理在内的复杂创造性工作。我们体会：由于职业的关系，护士要有"特殊的面孔"来接待病人，即用微笑、热情的态度消除病人的陌生感，用温和、开导和鼓励的语言帮助病人减轻各种心理负担，配合医生检查，尽快诊断和治疗。特别是那些需要手术和老年病人，往往表现思想负担过重，情绪消沉，担心手术后达不到预期的效果，有的甚至想放弃治疗。因此，对病人的心理护理要贯穿到病人住院的始终，用我们周到的工作，美好的语言达到医生、患者、家属三满意。

2.护士具有高超、娴熟的护理技术是保证胆石症手术成功的关键。

对胆石症病人的护理包括以下几点：

(1)术前护理：①皮肤护理：胆石症病人绝大部分伴有黄疸，要针对黄疸引起的皮肤瘙痒进行皮肤护理，每日用温水擦洗皮肤2次，剪短指甲，避免因搔抓而损伤皮肤。②口服肠道抗生素和多种维生素(和维生素B族和C)，肌注维生素K，预防感染和减少术中出血。③手术前1d晚和术日晨二次洗肠，在送入手术室前下胃管和留置导尿管，肌注术前针(如：阿托品，鲁米那等)，避免术后发生便秘，腹胀和尿潴留。

(2)术后护理：①密切观察生命体征变化，术后吸收热一般在38℃左右，如果3d后仍持续高热，应注意有腹腔感染的可能，在做好降温的同时主动向医生报告病情。②有效的胃肠减压是减少腹胀和防止吻合口裂漏的重要措施，术后胃管持续抽液3d，如进行胆肠吻合时可适当延长。③胆道手术后放置"T"引流管尤为重要，注意妥善固定，为保证引流通畅，每日多次挤捏，如发现无胆汁引流时，用注射器抽吸或用无菌生理盐水少量冲洗，认真记录24h胆汁的引流量，每隔一日换引流袋一次，防止逆行感染。④输液护理：术后禁食期间每日需从静脉输入抗菌素，维生素和各种量营养液，要严密观察输液速度和进液量，由于体弱和老年病人对体液调节能力差，输液速度不宜太快，要防止肺水肿发生。⑤饮食护理：由于胆汁外流，病人常有厌食和食欲减退的表现，此时应做好心理暗示疗法，鼓励和引导进食高糖高蛋白低脂肪的膳食、水果，促进切口愈合。⑥其他护理：适当翻身活动，正确的体位(半坐位)和室内卫生清洁对病人的早日康复也很重要。本组病例术后虽有并发胆汁漏，胆道出血和切口裂开，但由于精心护理除两例死亡外其余均获治愈。

（收稿：2000-12-04）

* 作者单位：111300 辽宁省辽阳灯塔市中心医院外科
** 鞍山钢铁集团立山医院外科