维普资讯 http://www.cqvip.com

出面圆钝，有膨大，无压痛，通过宽阔的脊与胫骨干骺端内侧相连。X线照片见：左胫骨内上侧干骺端有蒂状骨性凸起且有宽阔的基底，位于顶端的软骨帽不显影，软骨帽处无钙化点，骨皮质与邻近骨相连，骨松质与邻近骨髓腔相通。病理诊断为单发性骨软骨瘤。

二、讨论

1.病因：骨软骨瘤发病原因不一，有人认为是骨膜形成层产生的软骨结节；有人认为是骨膜形成小缺口，而使新骨长出骨膜外，骨膜纤维组织的发育障碍是主要原因；也有人认为发育过程中骨骺软骨的小块发生旋转，并向垂直方向生长形成骨软骨瘤。

2.诊断：本病起病缓慢，病史较长，早期病状不明显，随人体生长发育而增大突出。肉眼观察肿瘤有蒂或宽阔的基底，表面包有纤维组织膜；顶端包膜下为软骨帽，厚约1～5 mm。年龄小的软骨帽厚；成年后软骨帽退化变薄、消失。肿块长大压迫肌肉、神经，可引起局部不适、疼痛、压痛；也可并发相邻肌腱的骨囊炎而疼痛加重；或因瘤体骨折而疼痛。如果临床疼痛加重、肿块突然增大，或在人体生长停止后肿物继续增大，要警惕恶变的发生，一般可恶变为软骨肉瘤或骨肉瘤。由于患者常因关节疼痛、关节炎或触及肿块而就诊，因此应注意与下列疾病相鉴别。

膝关节结核，多见于青少年，有结核病史或接触史，可见局部肌肉萎缩，关节穿刺有米汤样脓汁，X线片见关节两侧骨质疏松或破坏，关节间隙变窄。

此外还有，着色性绒毛结节性骨膜炎，多为年轻人，关节穿刺呈暗棕色，内含红细胞及胆固醇；剥脱性骨软骨炎，多由外伤引起，X线常见股骨内髁密度增加并环绕以疏松之环，或股骨内髁外面软骨缺损之阴影。膝部胫侧副纫带钙化，多发生在外伤后，X线片见股骨内上髁邻近软组织内显示长度不等的圆形或新月形钙化；退行性骨关节病，多见于老年人，X线片见关节退变有骨赘形成。

3.治疗：文献报道本病有自愈倾向，对无症状者不需治疗，但要注意避免刺激肿瘤部位以免引起恶变，手术时应连同包膜、软骨帽、瘤骨基底部彻底切除，包括正常骨组织。手术切除彻底可治愈，否则复发率可达2%以上；多发者应先作活检，病理诊断为良性者可再次手术切除，如发生恶变，则需按恶性肿瘤的治疗原则。单发恶变率一般<1%，多发恶变率高达20%，本文病例观察一年有余发现骨瘤略有增大，但无恶变倾向，故仍在观察之中。

（收稿：2000-01-10）

脑室引流治疗化脓性脑室炎的护理体会

陈玉荣* 徐立彦**

脑室置管灌洗引流是近几年来我院用于神经外科治疗化脓性脑室炎的新疗法。通过用等量的抗菌素生理盐水进行脑脊液置换，使双侧脑室内及蛛网膜下腔保持着有效药物的浓度，降低脑脊液中的蛋白含量，减轻毒素反应，防止蛛网膜炎性粘连，缓解临床症状收到良好的治疗效果，现将在治疗中的护理工作介绍如下。

一、临床资料

本组病人共为10例，其中男性7例，女性3例，年龄17～63岁。病因：脑室外引流术后8例，开放性颅脑损伤1例，脑室内肿瘤术后1例。全部病例均有不同程度的意识障碍，高热9例，伴有剧烈头痛7例，恶心呕吐、反复抽搐5例。10例均出现颈强。脑脊液蛋白含量均在400mg以上，白细胞计数增高为$(38～130)\times10^9$/L。

二、方法及转归

本组病例在积极处理原发病灶和投与抗生素治疗的基础上，同时采用脑室内置管注药灌洗及引流治疗，均行双侧脑室置管，疗程5～7天。具体方法是：每500ml生理盐水加人庆大霉素24万U及地塞米松5mg，行脑室持续灌洗引流，每日量为500～1000ml，治疗结果：治愈7例，死亡3例。

三、灌洗引流的护理

1.为使引流通畅，防止或减少这些炎性脑脊液参与脑脊液循环，而造成阻塞蛛网膜颗粒，由此引起的交通性脑积水。常采取平卧位或行引流侧的侧卧位。

2.为保持引流通畅，达到充分灌洗的目的，避免在灌洗时引流管脱落、堵塞、折叠或受压等故障，首先是将引流管妥善地固定于床头。引流袋的高度以高出穿刺点8～12cm为宜（压力相当于0.78～1.18kPa）。病人的头部要做适当的限制，活动幅度不可过大。在作翻身治疗等操作时动作要轻柔、缓慢，不可牵拉引流管，防止引流管拔脱、折叠或受压。同时要注意观测引流液体的流动情况，有无堵塞的出现，如有引流管堵塞，应迅速地找出其原因并及时予以处理。严格控制灌洗速度，以每分钟10滴左右为宜，使灌入量等于或略少于引流量。

3.认真观察并记录引流液的性状、颜色及24小时引流量，一日或隔日送检引流液，根据检查结果调整抗生素用量，决定灌洗引流时间。

4.严格遵守无菌操作原则，保持灌洗管与引流接头的完整，尤其是在灌洗管发生堵塞进行冲洗时和更换引流袋时更应特别注意。随时保持局部敷料干燥，避免污染。室内每日行一次紫外线消毒照射，定时通风换气，用高效优氯净液湿式清扫地面，病室温度应保持在18～22℃，相对湿度以50%～60%为宜。

5.灌洗引流期间注意观察病人体温的变化，如体温高于

* 作者单位：154002 黑龙江省佳木斯大学口腔医学院
** 黑龙江省佳木斯市皮肤病防治院

维普资讯 http://www.cqvip.com

38.5℃即给予物理降温，头部枕以冰袋，30%酒精擦浴，高于39.5℃即给药物降温，无效时行人工冬眠。同时加强皮肤护理和口腔护理。密切注视病人生命体征改变，发现呼吸变浅、慢、瞳孔不对称、癫痫发作等症状时，应暂停灌洗，积极抢救，对症处置。

6.灌洗引流持续至引流液清澈透亮，体温正常，创口局部无红肿及渗出时，两次培养均为阴性后，先拔去灌洗管，再观察1～2天拔掉引流管。

四、讨论及体会

化脓性脑室炎是发生在脑室系统及其周围的炎症。是神经外科致命性颅内感染。其中脑室外引流占6%～39%。早期临床症状多无特征性，难以及时察觉其治疗至今仍是棘手问题。目前多主张以脑室内直接注入抗生素同时辅以静脉给药，其治愈率可以单纯静脉给药的5%～10%提高到30%～40%。近5年来我们采用庆大霉素加生理盐水行脑室内灌洗引流，使治愈率达70%，到目前为止，此法是一种较好的治疗方法。我们体会，脑室内抗生素灌洗引流，一方面高浓度的药液可直接越过血脑屏障，使病灶区维持有效的药物浓度可直接杀灭细菌，以利控制感染。另一方面灌洗引流能不断换掉脑室内的炎性脑脊液，从而减轻细菌毒素及有害代谢产物对神经组织的损害作用。我们使用双侧脑室置管引流，使高浓度药物均能达到双侧脑室，有利于彻底杀灭细菌及换去炎性脑脊液。

总之，化脓性脑室炎行脑室置管灌洗引流时，灌洗引流管的护理工作对病人的治疗效果非常重要。如护理不当致使灌洗引流管脱落、堵塞、再次感染等会给病人造成严重后果及不应有的痛苦，认真、细致、科学地进行护理，发现问题及时给予恰当处理，将会使病人得到满意的效果。

（收稿：2001-01-28）

硬膜外麻醉与腰麻联合应用的体会

白炳生* 暴 风* 孔凡库* 纪孝良**

在临床实践工作中，笔者选择有腰麻（又叫蛛网膜下腔阻滞麻醉SAB）适应症的手术患者，配合以连续硬膜外麻醉（CEA），积累了一些经验，现报道如下。

一、临床资料

1.一般资料：76例患者，（男40例、女36例），年龄12～63岁。这些患者，均能主动配合麻醉操作，无精神、神经系统症状；无感染性、化脓性疾病；无循环系统疾病；凝血机能良好。

2.操作步骤：根据手术需要，先选择CEA穿刺部位（T_{11-12}～L_{2-3}），常规操作，置硬膜外导管，暂不给药。然后进行腰麻，穿刺点为L_{2-3}或（L_{4-5}），确认为蛛网膜下腔后，以适当的方式和剂量注入局麻药。测试、调整平面，当SAB起效后，开始手术。术中可由硬膜外导管给药，以满足手术需要。

3.药物的选择与配制

（1）地卡因：1% Dicaine 1ml＋10%葡萄糖1ml＋3%麻黄碱1ml，投药2.5～3.0ml。起效时间5～10mun，维持约2.0～3.0h。

（2）利多卡因：2% Lidocaine 2.5～4.0ml＋10%葡萄糖1ml，起效时间2～5min，维持60～90min。

（3）CEA用药：Lidocaine、Dicaine与盐酸肾上腺素据患者病情配制。

二、讨论

1.严格掌握麻醉指症，不可轻易放宽。

2.熟悉局部解剖，严格无菌操作。

3.当需CEA注药时，应先用常规试验剂量的1/2至1/3，排除硬膜外导管误入蛛网膜下腔可能性后，少量、分次追加CEA剂量。

4.SAB与CEA的联合应用（CSE），具有起效快，效果确切，肌肉松弛良好，术中根据具体情况可追加药物，术后用CEA镇痛的优点。同时解决了单纯应用CEA有一定失败率，起效较慢及单纯应用SAB不能在术中追加药物的缺点，同时解决了术后镇痛的问题。因此，作者认为CSE有应用推广价值。

（收稿：2000-10-29）

* 作者单位：155900 黑龙江省双鸭山市集贤县人民医院
** 黑龙江省佳木斯铁路医院麻醉科

超声诊断胆囊异位并肝内多发胆管结石一例报告

苗志杰* 邹晓娉* 郑笑娟*

一、临床资料

病例：男性，36岁，因食欲不振，上腹部胀痛二月余，外院以超声检查未探及胆囊而介绍我院检查。查体：肝脾未触及，莫菲氏症阴性，肝功能及肝系列检查均为阴性。行彩色多普勒超声检查，使用仪器为日本东芝SSA-270A彩色多普勒超声诊断仪，常规进行肝胆检查。

超声所见：肝脏切面内径不大，肝左叶形态失常。肝被膜光整，肝内点状回声分布均匀，肝内胆管无扩张，沿右前支及右后支胆管内可见较长的呈串珠样排列的强光团，最大8 mm，后方伴声影。门脉左支失去"工"字结构、只呈现为一横行管状结构，长

* 作者单位：154002 黑龙江省佳木斯大学第一附属医院物理诊断科