维普资讯 http://www.cqvip.com

会报告如下。

一、临床资料

1. 一般资料：本组 28 例，占同期急腹症的 12.7%（28/220），占同期腹腔内出血的 22.4%（28/125）。最大年龄 40 岁，最小为 18 岁，平均年龄 29 岁。

2. 临床表现：(1)发病时均以下腹痛为首发症状，偶可伴有恶心、呕吐、晕厥等。(2)发病时间均在月经中期以后，卵泡期破裂（17.9%），黄体期破裂 23 例（82.1%）(3)有停经史 8 例（28.6%），无停经史 20 例（71.4%）。(4)出现不同程度的腹腔内出血。腹腔内出血 800ml 以上者 8 例（48.6%）。(5)体征：轻者有下腹压痛，重者可有全腹压痛、反跳痛、肌紧张一般不明显。内出血多者移动性浊音阳性。(6)血清及尿妊娠反应除 1 例并妊娠呈阳性外，均为阴性。

3. 治疗方法与结果：手术治疗 18 例，保守治疗 10 例。全部治愈。

二、护理体会

手术治疗的病例，原则以纠正休克同时做术前准备。对出血不多，无休克采用保守疗法者，注意观察病情变化做好护理工作。

1. 术前护理：(1)术前做好心理护理，消除恐惧心理 (2)去枕平卧、保暖、吸氧、以增加脑血流量及氧的供给。(3)立即测量血压、脉搏、呼吸、体温，以了解病人生命体征的改变，并及时记录。(4)通知化验室做血常规、血型及交叉配血，以备输血用。(5)迅速建立静脉输液的通路，做好输血准备，并备好急救药品。(6)协助医生为患者作盆腔检查，后穹窿或腹腔穿刺可抽出不凝血。(7)静脉采取血样或留取尿液做妊娠免疫试验。(8)按妇科手术常规做术前准备。

2. 术后护理：(1)麻醉后观察：注意呼吸情况。全身麻醉者应去枕平卧，头偏向一侧，及时清除呕吐物和呼吸道分泌物，保持呼吸道通畅。在麻醉未清醒前，如出现躁动不安，应防止发生意外，做好床边护理。注意保暖，防止感冒。病人清醒后鼓励病人咳嗽，作深呼吸，并协助病人变换体位，以防发生肺部并发症。硬膜外阻滞麻醉病人术后去枕平卧 6h，以免发生头痛 (2)术后观察：病人回病室后，了解手术情况和处理措施。每 15～30min 巡视一次，监测生命体征变化。注意观察伤口敷料有无松散、浸湿和伤口渗血情况，有无内出血，腹膜刺激症状等，如发现异常，应及时报告，以便处理。要保持导尿管和输液管的通畅，避免受压和滑出。观察尿色、尿量，注意术中有无副损伤。(3)术后体位：术后次日晨给予半卧位，以减低腹壁肌肉张力，减轻腹痛。有利于腹腔引流，术后腹腔内的血性液体对脏器有一定刺激，半卧位后，液体以重力作用流向盆腔的子宫直肠凹，防止形成膈下脓肿。盆腔腹膜的吸收能力低于上腹部，液体坠积于盆腔可减轻手术后全身反应。半卧位后，腹腔脏器下移，膈肌活动幅度加大，有利于咳嗽排痰，防止肺部并发症的发生。(4)伤口疼痛：术后 24h 可根据医嘱注射镇静剂和镇痛剂。遇有病人诉说伤口疼痛时，要了解情况并作分析，如由体位不适，腹部胀痛或导尿管刺痛等引起，对症处理，不乱用镇痛剂。(5)腹胀：一般于术后 48h 可自行排气 如腹部胀气，可给腹部热敷，灌肠或肛管排气。鼓励病人早日离床活动，促进肠蠕动，尽早排气，避免肠粘连，以促进康复。(6)饮食：术后 24h 可进流食，术后第二天进半流食，三天后进普通饮食。(7)保持尿管通畅和会阴部清洁，拔下尿管后，指导尽早排尿，恢复排尿功能。保持会阴清洁，每日擦洗 2 次，预防逆行感染。

3. 非手术治疗病例的护理：(1)按医嘱禁食或给软食，保证液体量的输入。(2)绝对卧床休息，做好床边护理，避免下床活动引起出血。(3)观察腹痛、流血，有无头晕、眼花、出冷汗、面色苍白、脉细而弱、血压下降等症状。(4)避免突然变换体位及增加腹压的动作，保持大便通畅，禁止灌肠，以免引起反复出血。(5)遵医嘱准时准量准确的给予止血药物。(6)如发现急诊病例情况，及时报告医生，并做好术前准备工作。

（收稿：2001-03-12）

残角子宫妊娠破裂一例

丁玉梅* 马爱荣*

一、临床资料

病例，患者 25 岁，因停经 5 个月，持续性腹痛 1d，于 1999 年 6 月 28 日入院。患者孕$_1$ 产$_0$，月经周期 30d，有痛经史，末次月经 1999 年 1 月 16 日。无外伤史。婚前及早孕时未查体。停经 40d 出现早孕反应，停经 4 月感胎动。查体：体温 36℃，脉搏 116 次/min，呼吸 28 次/min，血压 12/8.5kPa。无贫血貌，心肺无异常，肝脾未触及。子宫底脐上 1 指，轮廓清楚，有宫缩，宫底左部压痛，胎心 172 次/min。妇科检查：宫颈光滑，宫颈管 > 1.5cm，宫口未开。诊断：5⁺月妊娠，先兆流产，胎儿宫内窘迫。静脉滴注 25%硫酸镁抑制宫缩，患者腹痛未减轻。入院后 8h 行 B 超检查，结果示：死胎、腹水。遂行药物引产。经静脉滴注催产素及口服米索前列醇引产 4d，宫口未开。7 月 4 日彩超疑双子宫单宫颈畸形。于 1999 年 7 月 5 日在硬膜外麻醉下行剖腹探查术。术中见腹腔内积血约 2000ml，右单角子宫，其宫体下段左侧突出一约 14cm × 12cm × 10cm 大小之包块，左输卵管连于包块左侧，包块上方有一长约 20cm 大小死胎。遂行残角子宫切除术，并将切断的左圆韧带及左附件缝合于子宫左角部。离体标本检查，残角子宫与右单角子宫不相通。病理诊断为残

* 作者单位：255036 山东省淄博市中心医院妇产科

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