维普资讯 http://www.cqvip.com

切除术，术中快速病理报告：左侧卵巢浆液性囊腺癌。遂行子宫全切术＋双侧附件、阑尾、大网膜切除术，手术长4个小时，术中血压、脉搏、体温平稳。术后6小时，病人出现双侧腮腺肿胀，无红、热及波动感。给予双颊部按摩数次，华素片含化处理。第二天，腮腺肿胀消失，面部无不适感。

讨论：病人术后出现双侧腮腺肿大为术后应激性腮腺肿大，其发病机制是，行子宫全切术＋双侧附件、阑尾、大网膜切除术，手术时间较长，病人处于紧张状态，交感神经兴奋占优势，这使腮腺分泌粘稠的唾液，堵塞腮腺导管，引起腮腺肿大。经腮腺按摩以后，腮腺导管畅通，腮腺肿大可得到缓解。

（收稿：2000-02-18）

残角子宫妊娠二例分析

冯秀梅*

一、临床资料：残角子宫是一种较少见的畸形子宫，大多认为与妇女生育能力降低有关。残角子宫妊娠更为少见，且误诊率高，常因误诊造成严重后果。本文报道2例，并作简要的分析。

例1，30岁，孕$_2$产$_1$。因停经16周，剧烈腹痛1小时入院。既往月经规律，13 $\frac{3\sim5}{27\sim30}$，经量中等，无痛经。末次月经98.4.13。无外伤史。入院后血压由17/14 kPa下降至11/6 kPa，腹穿抽出不凝固血液，诊断"异位妊娠"入妇产科在抗休克同时行急症手术。术中见腹腔内有暗红色血液和血块，共约2200ml。宫体偏左，约孕2月大，质软，活动。右上角有蒂连接一孕10周大的残角子宫，其右角处有2×2cm的破裂口，有活动性出血，两子宫各连一正常的卵巢输卵管，行残角子宫切除术。术后查残角子宫与子宫腔不相通，胎儿身长11cm。病理报告：残角子宫妊娠。病理号9800632。

例2，25岁。停经11周，阵发性下腹部疼痛3天余入院。妇查：前位子宫、偏右，约40$^+$天妊娠大小，无压痛，其左侧可触及一如2月妊娠大小包块，与子宫分开，双侧附件未触及异常。行B超检查示子宫前位，偏右，8.0×7.4×6.0cm。其左侧有一与子宫质地相同的9.6×8.0cm回声区，内见一妊娠囊样暗区，未见胎心搏动。尿妊娠试验（－）。血RT检查无异常。诊断：残角子宫妊娠、死胎。剖腹探查：宫体增大，充血明显，其左侧有一残角子宫9.6×8.0×6.0cm，由纤维索与右侧子宫相连，两子宫各有一正常输卵管卵巢与之相联系。行残角子宫切除术。术后查残角子宫有一腔隙与子宫腔相通，内有胎囊及胎芽。痊愈出院。

二、讨论：残角子宫妊娠，胚胎组织多因胎盘功能不全停滞发育而死亡、钙化或石胎。又因为子宫肌层薄，而在妊娠4～6个月时发生破裂，少数残角子宫肌层发育好，妊娠可至足月，破裂后严重者发生失血性休克，死亡。其诊断较困难，常误诊为正常宫内妊娠，卵巢肿瘤及异位妊娠等。临床医师应加强对本病的认识，查病史、查体及B超检查等结果，全面分析，正确诊断。特别强调的是，因残角子宫或双子宫畸形，在妊娠中晚期查体或B超等检查时不易被确诊，只有出现异常时才被发现，处理十分被动，尤其误诊者。故而婚前及早孕时应作好各方面检查，及早发现生殖器官畸形。残角子宫一旦确诊后，应及时手术切除，以免造成严重并发症。

* 作者单位：255031 山东省淄博市侨联医院妇产科

（收稿：2000-04-26）

28P-2P0 脾脏切 贲门周围血管离断术 护理 63

脾脏切除加贲门周围血管离断术的术后护理体会

薛秀春*

R657.6 R473.6

脾脏切除加贲门周围血管离断术（简称二联术）是治疗肝硬化门脉高压症合并食管下段胃底周围曲张血管破裂大出血的常用手术。本文就近年来临床护理工作中遇到的二联术的术后并发症及护理要点，谈谈自己的体会。

一、术后出血的护理

1.术后腹腔内血管性出血：较少见，但病情凶险，常见原因为术中血管漏扎或结扎线脱落引起。临床多表现为术后生命体征的改变，因此护理中应密切观察病情，注意血压、脉搏、呼吸的改变，如果心率加快，血压下降，自腹腔引流管中有大量鲜红色血性液体引出，伴有血凝块，应立即汇报医师，同时给予快速输液输血，扩充血容量，应让病人绝对卧床休息，保持室内外安静，给病人精神安慰，消除恐惧，增强信心，作好再次手术的准备。

2.术后腹腔内渗血：因为手术范围大粘连重，创面大，加之肝硬化病人凝血机制差，术后创面渗血较多，自外流管中引出较多血性液体，一般不引起生命体征改变，应用输血止血药物等多能自行停止。

3.消化道出血：如果术后自胃管内有少量血性液体引出为正常现象。因手术行贲门周围血管离断术时往往挫伤胃粘膜。但如术后持续自胃管内引出血性液体，或呕吐出咖啡样液体伴

* 作者单位：213003 江苏省武进市人民医院

维普资讯 http://www.cqvip.com

中国局解手术学杂志 2000年第9卷第3期
Chin J Regional Anat & Operative Surg, 2000, Vol.9, No.3

血凝块，或伴有生命体征改变时要考虑术后合并消化道出血的可能、多因胃周血管离断后粘膜急性缺血，坏死糜烂、脱落引起。

二、术后肝功能衰竭的护理

肝硬化门脉高压症的病人，本身存在着肝功能不全的危险，特别是肝功能属B级或C级(Child分级)的病人，麻醉及手术创伤可加重肝功能的损害、出现腹水、黄疸及肝昏迷等。

1.腹水：术后护理应注意尿量及腹腔引流量，如术后尿量减少，出现少尿或无尿，应用利尿剂。术后观察腹腔引流可诊断腹水有无，如腹腔引出大量淡红色液体，考虑为腹水形成，要夹闭引流管，防止腹水大量丢失、进一步加剧低蛋白血症。同时加强支持治疗，应用白蛋白、血浆等。

2.术后黄疸：术后护理应注意尿液颜色及巩膜、皮肤粘膜、的颜色改变，如出现黄染要考虑黄疸出现，检查肝功能可明确。

3.术后肝昏迷：表现不一，多表现为术后苏醒困难、烦燥、嗜睡、行为异常或昏迷，术后护理中应加强神志、精神状态的观察。防止坠床，保持呼吸道通畅，吸氧吸痰，如有病情变化，及时汇报医师，并作相应处理。

三、术后发热的护理

手术创伤后发热，所谓"吸收热"，在重大手术创伤后较为多见，一般体温在38.5℃以下。但在二联术后、病人发热出现机会高，且体温可达38.5℃以上、即所谓"脾热"，分析原因可能为：①脾切除后，脾门血管血栓形成；②胰尾部损伤后引起胰液外渗刺激；③手术创面大，结扎组织多等。个别病人术后即出现高热，在排除感染因素的情况下、给予头部冷敷湿水擦浴等物理降温，同时可服用小剂量消炎痛即能降温，此时应注意病人出汗过多或退热时有无虚脱现象，注意病人的清洁卫生，及时更换汗湿的被单衣裤等。

四、其它并发症及护理注意点

术后保持胃管通畅，可防止胃扩张及胃病等；鼓励病人早日翻身，可防止肠粘连、肠梗阻的发生；查看伤口是否有渗血渗液，有无切口裂开或切口腹水渗漏表现。

(收稿：2000-06-11)

不同量自体脾组织移植后血中Fn和吞噬细胞活性的变化

雷 新* 陈维佩*

严重脾损伤后，可施行自体脾组织移植，但移植后功能怎么样？意见还不统一[1]。本研究拟探讨不同量自体脾组织移植后，血中Fn和吞噬细胞活性的变化。

一、材料和方法

雄性Wistar大鼠60只，随机分成假手术组、脾切除组、25%、40%、60%、80%、脾组织移植组。移植方法按文献[3]进行。移植半年后，各组动物取血1ml，肝素抗凝备用，用改良董元标及Ludtke的方法，用化学发光法测定外周血中吞噬细胞活性。同时另取血1ml肝素抗凝，用兔抗人Fn抗血清(1:20)，用免疫琼脂扩散的方法测定Fn含量。

二、结果

1.各组动物外周血中吞噬细胞活性变化

表1 各组动物外周血中吞噬细胞性变化($\bar{x} \pm s$)

假手术组	脾切除组	不同量脾组织移植组			
		25%	40%	60%	80%
366±82	113±25●	310±62	702±340	428±211	685±168

注：●与各组比较 $P<0.05$

表1说明假手术组和各移植组与脾切除组之间均有显著差异，但各移植组间无明显差异。表明脾切除后，血中吞噬细胞活性降低。

2.各组动物血浆Fn含量

表2 各组动物PFn含量的(mg/dl)($\bar{x} \pm s$)

组别	PFn
假手术组	17.81+1.84
25%脾组织移植组	13.72
40%组	14.44+1.11
60%组	15.4+1.57
80%组	15.4+1.57
脾切除组	13.38+1.57●

注：●与40%60%80%及假手术组比较，$P<0.05$；
*与25%组比较，$P>0.05$

表2说明脾切除后，PFn明显下降，而脾组织移植可以明显增高PFn含量，且移植量与Fn含量呈显著正相关，说明移植量越大，Fn含量越高。但当移植量是25%时，不能显著增加Fn含量。

三、讨论

已确认脾脏有两大主要功能，一是血液过滤器，脾内大量巨噬细胞吞噬各种抗原物质。二是产生抗体及一些调理素，包括Fn等[1]。所以脾切除后血浆Fn下降。另外，Fn等调理素可

* 作者单位：400038 重庆市第三军医大学外科应用解剖与手术学教研室