维普资讯 http://www.cqvip.com

中国局解手术学杂志 2000年第9卷第2期
Chin J Regional Anat & Operative Surg, 2000, Vol.9, No.2

称、整齐对合皮肤切口。缝合完毕，取出阴道内纱布。术后每日2次会阴护理、保持外阴部清洁，5天后拆线。

二、临床观察：用丝线全层缝合的176例产妇拆线后会阴切口无1例红肿，未见硬结及浸润块。出院后随访，均无不适、感觉良好。侧切口全部甲级愈合。对照组用肠线和丝线2～3层缝合的150例中，有21例产妇拆线后切口处有红肿、硬结及浸润块，占14%。两组比较有显著性差异，见附表。

附表 326例会阴侧切口缝合方法比较

方法	例数	红肿硬结	发生率
丝线全层缝合	176	0	0
肠线丝线2～3层缝合	150	21	14%

三、讨论：关于产科会阴侧切口的缝合，大多数产科医师助产士选用传统的皮肤及皮下脂肪、肌层分层缝合法。由于内层是用肠线缝合，需待其自行溶解吸收。肠线为异性蛋白质，因个体差异，在溶解吸收过程中组织反应较大，很多产妇对肠线十分敏感。而肠线吸收一般需14～15天左右，有的甚至需更长时间。这样有的产妇伤口处出现红肿硬结，有些局部出现较大的浸润块，触之疼痛，产妇常主诉活动受限，甚至不能坐下，给产妇带来很多痛苦及精神负担。而我院采用丝线间断全层缝合的176例产妇均取得了满意的效果。因此，我们认为会阴侧切切口采用全层缝合，缝合针数少，皮下不留异物（肠线），缝合口便于对合、局部血循环好，切口愈合快，无硬结、炎性反应小，产妇局部疼痛减轻、而且缝合简单，速度快，有利于缩短手术时间，具有很多优点，值得临床推广。

（收稿：2000-02-28）

190-191 卵巢癌 腹腔注药化疗 化疗反应 护理 57

卵巢癌腹腔注药化疗的配合及化疗反应的护理

关丽艳* 佟瑾凤 朱 弋

R737.310.5 R473.73

卵巢癌的治疗方法很多，有手术治疗、化学药物治疗、放射、免疫治疗等。目前，除主要采取外科手术治疗外，腹腔联合注药化疗已被广泛采用。据报道，腹腔内化疗可使药物以更高的浓度与肿瘤接触，使腹腔内肿瘤药物浓度比静脉药高10～100倍，而副作用小于全身化疗，临床效果较好。

一、临床资料：本组88例，年龄9～13岁之间，平均年龄43岁。腹腔放药213次。其中有腹水病人54例。术前放药19例，术后69例。

二、方法与配合

1.化疗方案：采用CAP化疗方案。C指环磷酰胺，A指阿霉素，P指顺铂（卡铂）。即环磷酰胺400毫克静注2天，阿霉素30毫克静注2天。然后进行腹腔放药（0.9%生理盐水500毫升加卡铂400毫克，0.9%生理盐水500毫升加干扰素2000～2500万单位滴入腹腔）。放药后进行水化和碱化疗法。

2.配合：①放药前15分钟给病人口服扑热痛19克。②嘱病人排空小便后取半卧位，常规消毒皮肤，以2%利多卡因局部麻醉，腹穿针刺入腹腔，若有腹水者放出腹水，一般一次量为3000毫升左右。最大剂量为4000～6000毫升。观察病人有无头晕、胸闷、腹部空虚等不适症状，并监测心率及血压，如病人出现不适感或有血压下降情况，立即减慢或暂停放腹水给予对症处理。③将0.9%生理盐水加卡铂400毫克和0.9%生理盐水加干扰素2000～2500单位迅速滴入腹腔，滴后拔出针头，干棉球压迫5～10分钟，敷盖纱布，胶布24小时后去掉。

三、护理

1.心理护理：放药前向病人介绍腹腔放药的目的、方法，让病人了解给药方案及护理措施，配合治疗，参与护理。

2.放药后护理：药物注入腹腔后，2小时内协助病人每15分钟更换1次体位。即平卧头低位；平卧头高位；左侧卧位；右侧卧位；俯卧位；患侧卧位，以保证药物均匀分布、达到治疗效果。放药后按医嘱硷化疗法并采用3天水化疗法。嘱病人多饮水，保持较多的尿量，减少肾脏受损的机会。

3.胃肠道副反应的护理：腹腔内注入大量化疗药物，因剂量大、速度快、加之放出大量腹水，大量蛋白丢失，病人机体抵抗力下降，容易引起胃肠道反应，表现为恶心呕吐，食欲下降、腹痛、腹泻等症状。护士要注意观察病人的进食量、呕吐量、性质等，可遵医嘱应用止吐药物，并鼓励病人多吃一些高蛋白、高维生素、易被接受的饮食。

4.骨髓抑制副反应的护理：应用化疗药物后，均有不同程度的骨髓抑制反应，表现为白细胞血小板减少。为此，放药后可遵医嘱给予升血细胞的药物，并用抗菌素控制感染，观察病人有无出血倾向，一旦出血予以处理。

5.心、肝、胃功能损伤副反应的护理：CAP方案中的阿霉素可导致心肌损害。因此，心电图不正常者不得使用，化疗期间心电图出现异常，也应立即停药。多数化疗药物通过肝脏代谢，长期使用，对肝脏有一定损害，一般停药后可逐渐恢复。也可以在化疗同时给予保肝药物。另外，许多药物对肾脏均有直接毒性作用，化疗前、后大量利尿（包括饮水和输液），每日尿量至少2000毫升。

6.局部毒性反应的护理：任何一种化疗药物对组织都有一定损害作用，有些化疗药物对血管刺激很大（如阿霉素），应在

* 作者单位：110001 沈阳市中国医科大学附属第一医院妇产科

维普资讯 http://www.cqvip.com

穿刺成功后再给药，发现药液漏出血管外，及时进行局部封闭，选择刺部位时，要从远端血管开始，经常更换穿刺部位，减轻血管及局部组织的损害。

四、讨论

1.术前腹腔内放药化疗，用于抑制腹水，并可使肿瘤缩小，防止肿瘤扩散，以利肿瘤切除，并使部分晚期病人获得了尽可能切除的机会，但不可过久，一般不超过2个疗程，以免造成难以恢复的骨髓抑制。2.术后腹腔内用药化疗，可用于巩固手术效果，消灭残余肿瘤组织，疗效得以继续巩固，延长各期病人的生存时间。3.护士通过采取各种措施及加强护理以减轻癌症化疗副作用等方面，越来越显得重要。

（收稿：2000－02－18）

延迟性脾破裂的诊治

李铁男* 史炼钢**

延迟性脾破裂是外伤性脾破裂的一种特殊类型，系指腹部外伤48小时以后才表现腹腔大出血症状的脾破裂，它不仅指包膜下脾破裂出血，还包括脾破裂后脾周围血块脱落继发出血和脾脏裂孔小出血缓慢者。我院自1978年1月到1999年4月间，共收治外伤性脾破裂125例，其中延迟性脾破裂19例。现报告有关临床资料，讨论分析其诊治问题。

一、临床资料：本组共19例，男性11例，女性8例；年龄在19～63岁之间，平均44岁。受伤原因：交通事故6例、殴斗3例、坠落伤2例、跌伤4例、轻微撞击伤4例。均为腹部闭合性损伤。其中6例误诊，误诊为宫外孕1例，急性胰腺炎2例，胸壁挫伤1例，骨盆骨折1例，肾挫伤1例，后腹膜血肿1例。其余13例术前诊断延迟性脾破裂。伤后出现脾破裂出血的间期均在2天以上，5天以内的8例，10天以内的4例，最长者达15个月。入院时13例患者有早期休克或休克表现，血压稍低或正常，脉搏100次/分。6例生命体征平稳，血红蛋白平均8.0克/%。全组均行诊断性腹腔穿刺，13例抽出不凝血；B超检查6例，发现腹腔内积血，脾脏裂痕或脾内液性暗区。CT及MRI检查5例，发现脾脏楔形裂孔，脾被膜积血，腹腔积血。X线透视腹平片发现左膈肌抬高、动度减弱7例，合并肝破裂1例，骨盆骨折2例，肋骨骨折3例，后腹膜血肿2例，左肾挫裂伤1例。手术治疗15例，全脾切除术7例，脾修补术5例，不规则脾部分切除术3例，非手术治疗4例，全组病例均存活，手术无并发症发生。

二、典型病例报告：例1.刘×，男，1.5岁。住院前1周被摩托车撞伤，因发热以"肺炎"为诊断收入儿科。因腹痛，经查有腹膜炎，B超发现腹腔内积血，腹穿不凝血。手术行不规则脾部分切除术。术后10天痊愈出院。例2.王××，女18岁。入院前2天睡眠中从双层床上坠下，有左上腹痛，2小时后缓解。以"急性胰腺炎"为诊断收入院。查体有休克表现，腹膜炎，腹穿有不凝血，急诊手术脾下极破裂出血，行修补术。例3.李×，男性，52岁。入院前5天发生交通事故，经CT检查发现脾脏楔形裂伤，检查生命体征平稳，腹腔穿刺无凝血，采取非手术治疗获愈。

三、讨论

脾脏实质甚为脆弱，稍受外力极易破裂，脾脏是腹腔内最易因外伤而发生破裂的脏器，脾破裂占闭合性腹部损伤的26.2%，发病高。并且大部分因脾蒂或脾包膜受损，造成突然大量持续性腹腔内出血，表现为严重的失血性休克，这种病人诊断明确，急诊手术，予后好，死亡率低，仅1%左右。但是，还有一小部分病人，或脾脏包膜下破裂，或脾包膜裂伤较小，局部血块凝集并与周围脏器粘连暂止血，或伤后出血缓慢，伤后经过一段无症状或症状较轻的隐匿期，而于伤手48小时以后才表现出脾破裂的症状，称为延迟性脾破裂。

一般认为延迟性脾破裂的发病机制有三种：(1)脾包膜下血肿破裂。(2)部分病人是开始破裂后局部血块并与周围脏器粘连形成血肿，再次外伤继发(二期)出血。本组有一患者，因外伤有骨盆骨折住院，7天后跌倒后出现脾破裂。(3)还有部分患者脾破裂裂伤较小，出血缓慢，持续一段时间后才表现出症状和体征。

延迟性脾破裂的诊断可根据以下判断：(1)有腹部外伤或其他外伤史；(2)具有腹痛－缓解－突然腹痛史，缓解期48小时以上；(3)有腹腔内出血的症状和体征或左上腹包块；(4)X线检查左侧膈肌升高活动受限、左上腹高密度阴影或胃肠道被挤压；(5)B超、CT或MRI发现脾脏裂痕或包膜下血肿。但最后确诊应依据手术或病理证实。在其隐匿期最常见的症状是左上腹持续性疼痛；最突出的体征是左上腹压痛，血压下降和腹穿或腹腔冲洗阳性。

随着脾脏功能研究的进展，人们注意到脾切除术后凶险性感染(OPSI)发生的可能，以及部分脾脏损伤可经保脾手术或非手术治愈的可能，使脾脏损伤的确诊越来越重要。而延迟性脾破裂距受伤时间较长，大部分在2天以上，个别病例长达数月或数年，症状不典型，诊断较困难，易发生误诊。大多数误诊是由于询问病史时对左上腹及其它外伤史重视不够，而被由于脾破裂引起的其它症状或体征所迷惑，未抓住问题的主要矛盾。同时在观察中要有高度的警惕性，大多数病例根据典型的病史和诊断性腹穿可确诊。近年来一些新的诊断技术陆续应用于脾脏损伤，使脾脏损伤的诊断大为提高，如B超、CT、MRI，尤其是腹腔冲洗术的应用，使脾破裂的确诊率大为提高，该技术的敏感性达95%。但是，腹腔冲洗阴性不能除外脾脏挫伤，因为，脾包膜下血肿破裂之前，该项检查则难以确诊。B超诊断脾损

（转第126页）

* 作者单位：116100 辽宁省大连市金州区医院
** 大连市中心医院