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

维普资讯 http://www.cqvip.com

通过巨噬细胞表现的 Fn 受体促进和加强巨噬细胞的吞噬功能，故脾切除后 Fn 等调理素含量下降，外周血中吞噬细胞活性自然降低。所以脾切除后血中 Fn 含量下降和吞噬细胞活性降低，削弱了机体免疫功能，是病人容易发生 OPSI(脾切除后凶险性感染)的重要原因。

脾脏在抗感染中的作用已毋庸置疑，但移植脾由于血流量不足，组织结构变化等原因，其在抗感染中的作用和功能还有争议。我们以前的实验资料显示[2,3]，大鼠移植脾组织虽然在再生重量及组织结构等方面与原脾相差较多，但在抗感染过程中也起了作用。本实验资料也表明，各移植组特别是移植量大于25%原脾重量时，PFn 血中吞噬细胞活性明显高于脾切除组，提示移植脾产生调理素，促进吞噬细胞活性等方面的功能是明显的。

本实验中可能由于测定方法不够敏感，血中 Fn 和吞噬细胞活性各移植组之间没有明显差异，但从25%脾移植组的 PFn 与脾切除组之间没有明显差异，提示当移植量太少时，再生移植脾的功能恢复也不够理想，当临床情况允许的条件下，可适当增加移植量。

参 考 文 献

1. 雷新，陈维佩. 脾损伤自体脾组织移植的研究进展. 国外医学外科学分册，1994，21(1)：5.
2. 雷新，陈维佩. 不同量自体脾组织移植中脾小体数量和面积的观察. 第三军医大学学报，1997，19(1)：112.
3. 雷新，陈维佩. 不同量自体脾组织移植抗肺炎双球菌感染的实验研究. 中华实验外科杂志，1996，13(1)：5.

(收稿：2000-01-03)

巨大膀胱结石一例

谢绍聪*

一、临床资料：患者男性，26岁。二月前无明显诱因出现排尿困难，尿频，尿急，尿痛，间中有血尿；曾以"尿道炎"多方治疗无效而就诊。问诊：几年前曾出现类似症状，经当地乡医治疗症状消失。查体：腹平软，膀胱区轻度隆起，触及质硬无移动性肿物约 10cm×9cm。B 超检查：膀胱腔内见一 10cm×9cm×8cm 巨大椭圆形强回声光团，后伴明显声影；膀胱壁明显增厚，毛糙，左侧壁局部呈囊袋状向外突出，囊壁光滑，深约 2.6cm，开口约 1.7cm；双肾盂均见分离液性暗区，最宽处 2.7cm。B 超诊断：①巨大膀胱结石并慢性膀胱炎、膀胱憩室；②双肾轻度积水。X 线检查：膀胱区见一 10cm×9cm 高密度影。X 线诊断：巨大膀胱结石。

手术所见：切开膀胱后，吸尽尿液，见膀胱内巨大结石，约 11cm×8cm×8cm，取出结石称重约 615g。

二、讨论：膀胱结石常见，多为上尿路下移所致，结石均较小，此例膀胱结石如此巨大，且症状不明显，实属罕见。分析原因：膀胱刺激症状反复发作未引起患者重视，未到正规医院作检查，以致延误了诊断及治疗，使小结石在膀胱内随时间推移而逐渐增大。此例形成时间估计有 5 年以上。

(收稿：2000-05-31)

* 作者单位：529600 广东省阳春市人民医院

2f1-2f2 高寒地区 前列腺增生症 治疗 65

高寒地区前列腺增生症治疗体会

孙复正* 何俊龙*

R697.320.5

在高寒地区，前列腺增生症(BPH)患者多并发慢性支气管炎、肺气肿、肺心病。手术是治疗 BPH 的主要方法。在冬季有上述合并症的病人行前列腺摘除风险较大。由于进行正确围手术期治疗，控制合并症并恰当地选择手术时机，大大地提高了手术安全性。我院从 1990 年 1 月至 2000 年 1 月手术治疗前列腺增生 136 例，术后效果良好。现报告如下。

一、临床资料

本组 136 例，年龄 50～86 岁，平均 68.3 岁。病程 3 月至 10 年之间。以排尿困难入院 98 例，急性尿潴留入院 38 例。通过直肠指诊，B 超检查，膀胱造影测定，Ⅰ°28 例，Ⅱ°72 例，Ⅲ°36 例。

136 例中伴有慢性支气管炎、肺气肿、肺心病例数及比率见表 1，治疗方式见表 2。

表 1 前列腺增生症伴有呼吸系统疾病比较表

并发症	例数	比率(%)
单纯慢性支气管炎	28 例	20.59%
肺气肿	14 例	10.29%
肺心病	8 例	5.88%

* 作者单位：154002 黑龙江省佳木斯市佳木斯铁路医院泌尿外科