维普资讯 http://www.cqvip.com

小儿淋巴管瘤手术治疗体会

杨铁成* 白德巍

淋巴管是一种错构瘤样新生物，尤以小儿为多发，由于生长部位不同、故也具有损害面容和影响器官功能的危害性、必须引起重视。自1985年至1998年间、我们共收治小儿各部位淋巴管瘤12例、均手术治疗和病理证实，现结合文献复习、将手术治疗体会进行报告。

一、临床资料

1.一般资料：本组男性8例，女性4例，年龄：8个月至8岁。

2.发病部位与分类：(1)部位：颈部2例；腋下2例；大网膜及肠系膜部2例；会阴部1例；臀部4例；右大腿部1例。(2)分类：单纯性淋巴管瘤(单房性)2例；海绵状淋巴瘤(多房性)8例；淋巴血管瘤2例。

3.治疗与转归：本组有3例术前曾采用硬化剂(尿素)注射治疗因无效而中转手术，另9例直接手术，术后有一例在半年内复发又做二次手术，结果均获治愈，经3～10年随访未发现再复发，小儿生长发育正常。

二、讨论和体会

1.对淋巴管瘤的病因分析和临床诊断

淋巴管瘤是一种错构瘤样新生物，其发生与胚胎的发育有直接关系。根据文献介绍：早在胚胎发育时期，静脉丛中的胚层裂隙融合形成大的原始淋巴囊，如果某些原发淋巴囊不能与中心静脉系统相连通就会产生具有较大囊腔的囊状淋巴管瘤，如果周围部分的原始淋巴囊组织与淋巴管系统主干不联通、则发展形成海绵状淋巴管瘤。从结构上看基本分为单纯性(单房性)和海绵状(多房性)淋巴管瘤，如与血管混合生长时又称为淋巴血管瘤。以上三种类型临床比较多见。淋巴管瘤的诊断不困难、主要表现在体表时、为皮下囊性包块、表现光滑，无压痛，透光试验阳性，穿刺抽出淋巴液便可诊断。如进行B超或CT检查将更能明确诊断。值得提出的是：海绵状淋巴管瘤易与海绵状血管瘤相混淆，仔细区别可发现前者皮色正常，后者稍为紫兰色外观，另外穿刺液的性质也表现不同，前者淋巴液、后者含红细胞。

2.关于淋巴管瘤的手术治疗

淋巴管瘤通常为良性肿瘤，俗称囊状水瘤。但由于生长部位不同或因并发症而损害面容或脏器功能。如本组有2例因大网膜和肠系膜淋巴管瘤并发急性肠梗阻(一例因肿瘤重力变化导致肠扭转、另一例因肿瘤压迫肠壁而并发梗阻)进行急诊手术。术中分别将肿瘤与病变肠段切除才获治愈。我们体会是对淋巴管瘤采用硬化剂(尿素、平阳霉素等)或放射治疗虽能减轻症状但不能达到根治、以手术切除较为理想。要求手术彻底切除囊壁(淋巴管瘤的内皮细胞)，防止复发。值得提出的是：对生长在脏器周围的淋巴管瘤手术时勿损伤神经、血管和脏器组织，保证小儿的生长与发育。本组一例右大腿海绵状淋巴管瘤由于肿瘤的面积大，手术切除的范围广，故将原位皮肤中厚皮片进行再植获得成功，保证术后肢体活动正常。我们体会：淋巴管瘤一经诊断，最好在婴幼儿期进行手术较为适宜，因为在此期间手术时不仅瘤壁易于剥离而且利于以后观察随访。本组术后除一例在半年内复发又进行了二次手术以外，其余全部达到一次手术根治，并且在3～10年间随诊小儿生长发育正常，未见淋巴管瘤复发。

(收稿：2000-02-21)

* 作者单位：114032 辽宁鞍山钢铁公司立山医院小儿外科

先天性巨结肠洗肠护理

周丽娜* 马淑英* 蒲秀清*

先天性巨结肠是一种常见的胃肠道畸形，其发病率为1/2000～5000[1]，占各种胃肠道畸形之第二位。本病治疗方法有手术和保守治疗两种方式。洗肠是本病保守治疗和手术前准备最重要的手段。现就我对清洁洗肠的护理体会总结如下。

一、临床资料：我院从1994年～1998年共收治先天性巨结肠30例，男24例，女6例，年龄最小3天，最大6岁，手术治疗14例治愈出院、保守治疗16例，以洗肠为主好转出院。

二、洗肠方法：1.物品准备：肛管2条(根据年龄大小选择适宜的肛管)，弯盘1个，治疗碗1个，50ml注射器1个，便盆1个、石腊油适量、手套一副，橡皮单(50×50cm²)1块，生理盐水500～2000ml，温度须保持在36～39℃。2.灌洗方法：①体位，取截石位，抬高患儿臀部，距床面约5cm左右，臀下垫尿布、尿布下垫橡皮单，以免浸湿床铺。将弯盘置于臀部前方5～10cm处，即方便记录排出量，又可避免灌肠液流出时污染床单。冬天应注意保暖，防止发生并发症。②插管：操作者位于患儿右侧，戴一次性手套，用石腊油滑润右手小指的前端，用右手小指前端先扩肛，使积存于直肠的粪块和积气排出。滑润肛管，顺骶骨弧度约偏左轻轻地插入肛门，缓慢的通过狭窄段达扩张段。③灌洗：用注射器抽取等渗盐水，每次的灌洗量按公斤体重10～15ml计算，总量一般不超过100～150ml/kg，反复灌洗，

* 作者单位：255029 山东省淄博市第三医院

维普资讯 http://www.cqvip.com

灌洗速度应缓慢,注意注入量与粪水流出量应大致相等,直至排出的水内无粪渣为止。如果注入生理盐水后粪便不能排出,可来回上下左右改变肛管的位置,同时用左手掌按顺时针方向轻柔按摩腹部,促使粪便排出。

三、体会:1.本病的洗肠即是十分重要又是一项长期而艰苦的工作,护士必须具备全心全意为患儿服务的思想,对患儿多加爱护、体贴、安慰、鼓励,操作中要耐心,细心,决不能粗心大意,如操作粗暴,不注意观察患儿的情况,出入量是否大致相等,易发生结肠穿孔引起严重后果。2.必须用生理盐水洗肠,即不能用高渗盐水也不能用清水。前者可造成盐中毒,后者可引起低渗性水中毒,均可引起患儿死亡。3.插管时务求动作轻柔,宁慢勿快,切记粗鲁。插管时如肛管插入不畅,切不可硬性插入,应轻轻转动肛管,转换方向,退回肛管,试探性地推进。先天性巨结肠的洗肠,不仅要求操作技术的娴熟,还要求在操作的全过程中,必须认真,仔细的观察患儿的病情变化。

四、出院指导:①洗肠是训练排便习惯,建立排便系统反射的重要措施,而扩肛则是解除肛门痉挛,防止吻合口狭窄的最基本而有效的方法,不仅要教会患儿家长操作技术,还要讲明重要性及注意事项。②饮食指导:需行洗肠的患儿,应告诉家长,在保证供给患儿充足热量,蛋白质,维生素的同时,要将肉类及蔬菜充分精细加工后再食用,以防其中纤维阻塞肛管,造成洗肠困难。③定期复查,告知家长每月复查一次直至痊愈,遇有异常随时复查。

(收稿:1999-12-05)

中孕引产致颅骨残留宫腔伴足月妊娠一例

陈丽莉* 赵爱连*

一、临床资料:患者,女,25岁,已婚。因"39 $\frac{1}{7}$周妊娠,临产"于1999年6月5日入院分娩。产程进展过程中,当宫口开大3cm,行人工破膜时,发现宫颈上附有一骨片状物。取出后见其为大小1.5×1.8cm²的颅骨骨片。送病理证实为骨组织。但该病人分娩一体重3250g的男婴,经仔细检查,发育正常,无畸形。追问病史,该病人34个月前因未婚先孕达15周妊娠,到一个体诊所行引产术。自述经服雷夫妇尔引产术失败,后行取胎术。术后阴道少许流血6~7天自行停止。1个月后月经复潮,一切同常。无发热、腹痛、感染等症状。本次妊娠,孕期经过顺利,无腹痛及阴道流血。说明颅骨骨片系取胎引产而残留宫腔。

二讨论:一般来说,人工流产、引产、只要有小量组织残留宫腔,都会发生不规则阴道流血,甚至大量出血,导致休克。本例引产后颅骨残留、无不规则阴道流血,无月经改变,无感染、无腹痛且未继发不孕,实属罕见。建议病人应到正规医院做计划生育手术,同时,作为手术操作者务必提高手术质量,避免组织残留,术后常规检查胎儿及胚胎组织是否完整,必要时可行B超监测宫腔是否有残留物,以防危害病人健康。

* 作者单位:255029 山东省淄博市妇幼保健院

(收稿:1999-10-08)

经阴道全子宫切除术后的护理体会

曹艳杰* 马秀娟* 胡玉红* 孙盛梅*

我院自1990年~1998年,行阴式全子宫切除患者共89例,经严格全面的术后护理,均痊愈出院。现总结护理体会如下。

一、临床资料:本组病例共89例。子宫Ⅰ°脱垂45人;子宫Ⅱ°脱垂34人;子宫Ⅲ°脱垂10例。年龄,45~50岁的4人;50~60岁的52人;60~70岁24人;75岁以上9人。

二、护理体会:阴式全子宫切除术的护理工作是相当重要的。主要有术前准备和术后观察。

1.术前准备:(1)首先做好病人的思想工作,解除对手术的恐惧心理。患子宫脱垂病人的年龄多偏大,往往有老年人的唠叨,我们年轻护士应向对待亲人一样,处处给予关心,体贴,做耐心的解释工作,使病人有一种信任感。(2)阴式手术患者的术前准备与腹部手术不同,阴道每日用特定的冲洗液冲洗二次,将阴道四周涂乙氨软膏,每晚坐浴一次,共准备3天。术区备皮是重要环节,也不同于腹部手术,腹部手术时会阴不暴露在术区,而阴式手术恰相反。患者取膀胱截石位,外阴部暴露在外,要求备皮必须严格,而且不能太早,应在手术的前一天,以免阴毛长出。(3)术前灌肠:为推迟术后的排便时间,防止大便干燥,术前二天进流食或半流食,手术的前日晚及术晨行清洁灌肠。(4)术晨禁食水,给予安定10毫克肌注。

2.术后护理观察:患者硬膜外麻醉后回病房,常规去枕平卧,接通尿管,护理工作应注意以下几点、(1)术后意识是否清醒,常规测血压,脉搏,呼吸,并与术中血压,脉搏,呼吸对比,发现异常及时报告医生。遵医嘱行术后输液。(2)尿管是否通畅,阴式子宫切除患者插气囊尿管,可避免外阴部粘贴胶布造成阴道内感染,也可防止术后尿管脱落。留置尿管时间一般5~7天,应注意尿色,尿量。(3)术后24小时拔除术中阴道内填

* 作者单位:154002 黑龙江省佳木斯大学临床医学院妇产科