文献报道认为,局部创面的负压吸引治疗能明显缩短创面愈合的时间,在糖尿病足溃疡的治疗上有积极作用,值得借鉴[4-5]。

因患者在发生大疱病变时,无相关的护理经验,常导致肢体感染及坏疽,所以加强糖尿病患者的健康教育、提高其自我保护意识和护理技能方面的问题亟待解决。对本病的早期诊断与及时治疗十分关键,应该引起广大医务工作者的重视。

[参考文献]

[1] 迟家敏. 实用糖尿病学[M]. 北京:人民卫生出版社,2009:578 - 579.

[2] 王志强,李 涛,邓兆旭. 经皮腔内血管成形术在糖尿病足治疗中的应用价值[J]. 实用心脑肺血管病杂志,2010,18(5):563 - 564.

[3] 国际糖尿病足工作组/IDF 顾问组. 糖尿病足处置和预防实用指南[J]. 中国糖尿病杂志,2008,16(1):63 - 64.

[4] 邓贱晚,王维平. 创面封闭负压引流技术促进伤口愈合的作用机制研究进展[J]. 中山大学研究生学刊(自然科学、医学版),2004,25(2):1 - 6.

[5] 牵金清,陈绍宗,李学拥,等. 封闭负压引流技术对加速慢性创面愈合的机制[J]. 中国临床康复,2002,6(4):520 - 521.

(编辑:左艳芳)

上颌窦穿刺致眼球外突护理 1 例

廖小琼[1],况维娜[2] (垫江县人民医院五官科,重庆 垫江 408300;涪陵区中医院护理部,重庆 涪陵 408000)

[关键词] 上颌窦穿刺;眼球外突;护理

[中图分类号] R765.4;R473.76 [文献标识码] B [文章编号] 1672-5042(2013)05-0572-02

慢性上颌窦炎是耳鼻咽喉科的常见病、多发病,多由于周围组织炎症迁延、窦口引流阻塞、全身抵抗力减弱、齿源性感染等因素造成。其发病主要是由于周围组织炎性迁移所致,常用上颌窦穿刺冲洗治疗慢性上颌窦炎。穿刺时向窦内注入抗生素,或注入替硝唑、甲硝唑溶液,甚至一些中成药制剂。作为一种传统治疗慢性上颌窦炎的方法,既有助于诊断,又可以用于治疗,但操作不当或不慎可发生并发症,甚至是非常严重的并发症,可危及患者的生命[1]。2011 年 9 月 1 例患者在门诊在行左侧上颌窦穿刺时,致左侧眼球外突,经过及时处理,眼球恢复正位,未见其他并发症。现将治疗及护理体会报告如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料

患者,男,67 岁,CT 提示双侧上颌窦炎。行双侧上颌窦穿刺治疗第 3 周时,行右侧上颌窦穿刺顺利,冲洗出脓性分泌物少许;行左侧上颌窦穿刺时,回抽出脓性分泌物,生理盐水冲洗通畅,鼻腔流出液体正常,患者未述不适,在冲洗约 100 mL 时,冲洗液内少许血性液体,患者突然述眼胀,眼球突出,停止冲洗,立即用冷生理盐水浸湿纱布块压迫眼球,呼叫医生,医生检查患者双眼视力 1.0,眼球活动度尚可,将四环素可的松眼膏涂入眼内,用纱布块包扎,然后用绷带做头部环形包扎加压眼球。

1.2 护理方法

主要护理方法:①耐心地做好解释工作,分散患者注意力,使患者从紧张恐惧心理中放松;②纱布块冷敷和加压眼部,尽量让眼球复位;③检查视力、眼球动度,了解是否损伤视神经、眼部肌肉;④眼内涂四环素可的松眼膏,滋润眼球,防止加压过程中损伤角膜;⑤加压时,松紧要适当。

2 结果

1 h 后患者未述不适,眼球恢复正位,检查视力及眼球活动度正常。再次行加压包扎,术后 3 d 未出现异常。

3 讨论

上颌窦位于上颌骨体内,分为前壁、后外壁、内壁、上壁、底壁,内壁即中鼻道和下鼻道外侧壁的大部分,仅在接近鼻腔底处骨质较厚,愈往上愈薄,在下鼻甲附着处最薄,是经下鼻道进行上颌窦穿刺的最佳进针部位。此例患者穿刺时,有落空感,回抽有脓性分泌物和空气,回抽顺利,无阻力,证明应在上颌窦窦腔内,开始冲洗出液体与注入上颌窦的液体大致一样多,冲洗液在 100 mL 左右时,冲洗液中见少许血性液体,患者突然诉眼胀,发现患者眼球外突。其原因可能是:①穿刺冲洗过程,穿刺针偏上,患者低头时穿刺针穿透上颌窦顶壁(加上患者年龄大,骨质较疏松);②由于穿刺时患者不配合,针尖位置过高,造成穿刺偏斜或摆动[2];③进针方向偏上,用力过猛致穿刺针穿通上颌窦顶壁(即眼眶底壁)进入眶内。

出现上颌窦穿刺引起眼球外突时应迅速、准确处理,使眼球位置最大程度恢复,以免影响视力和眼球活动度。因穿刺针穿透眼眶下壁可造成感染灶扩散并迅速形成眶内蜂窝组织炎及脓肿,致视神经萎缩[3-4]。如遇此情况应停止穿刺,拔出穿刺针,立即冷敷眼部,加压包扎眼球,密切观察病情变化,同时应全身用抗生素及激素,防止眶内感染。通过此例患者的护理,我们的体会是:穿刺时,进针方向深度与力度应准确;穿刺成功后,即使证明在上颌窦内,冲洗时应密切观察患者的眼球和面颊部,嘱患者不要随意改变头部位置。即加强护理工作,有助于穿刺术的进行,减少并发症的发生。

doi:10.11659/jjssx.1672-5042.201305060

[收稿日期] 2013-02-17 [修回日期] 2013-03-10

［参考文献］
[1] 沙金霞,张学华,徐玉华. 人文关怀在上颌窦穿刺术护理中的应用[J]. 黑龙江医药科学,2011,34(5):17 - 18.
[2] 崔志汉,刘 晶,史向阳,等. 上颌窦穿刺术常见并发症 446 例分析[J]. 人民军医,2006,49(6):347 - 349.
[3] 倪 嘉,黄茂华,冯德珍. 上颌窦穿刺中晕厥的预防及护理[J]. 局解手术学杂志,2008,17(3):203.
[4] 凌娅娅, 李巧荣, 王明松. 抚触在上颌窦穿刺中的应用[J]. 护理研究,2005,19(4):612 - 613.

（编辑:左艳芳）

先天性食管闭锁 1 例

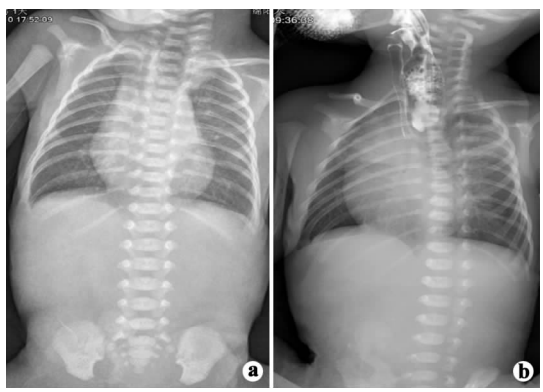
李 亭,王 军,郭春梅,何 平 （绵阳市人民医院放射科,四川 绵阳 621000）

［关键词］先天性食管闭锁;消化道畸形;诊治
［中图分类号］R682.1 ［文献标识码］B ［文章编号］1672-5042(2013)05-0573-01

先天性食管闭锁是常见的消化道畸形之一,发病率较低,该病要求早期诊断,及时手术治疗,否则预后不佳。我院收治先天性食管闭锁 1 例,现将具体情况报告如下。

1 临床资料

患儿,男,G3P2,母孕 32 周,经阴道分娩 10 min 后入院,患儿口中吐沫,唇发绀,可见三凹征,双肺闻及散在啰音。临床怀疑吸入性肺炎或肺透明膜病。行 X 线检查示(图 1a):双肺透亮度可;上纵隔区见囊状低密度影,片内胃肠道未见积气;疑食道发育异常。观察 2 d 示患儿口中吐沫,排便少。行食管碘水造影(图 1b),示食道于支气管分叉上方层面闭锁形成盲端,颈段及上胸段食管呈囊袋状扩张,下胸段及腹段食管未见显示;部分造影剂经咽部返流至气管内;食管 - 气管间未见确切瘘道显示;双肺见片状影;片内腹部仍未见气体密度影。



a:X 线片;b:食管碘水造影

图 1 先天食管闭锁影像资料

2 结果

诊断为食管先天性闭锁,双肺吸入性肺炎。给予禁食、吸痰、给氧、保温、纠正脱水及电解质失衡,抗生素预防感染等对症、支持处理。因医院条件有限,遂建议并帮助患儿转上级医院治疗,但其父母经再三考虑后决定不转院手术治疗,自动出院。

3 讨论

先天性食管闭锁较少见,常伴其他畸形如心血管畸形、肛门闭锁等[1]。本病按闭锁部位及是否合并有食管气管瘘,可分为 5 种类型:①食管近段为盲端,远段与气管后壁相通形成食管气管瘘;此型最多见,据称约 86.5% 为此型。②食管近段与气管后壁相通,远端为盲端;此型少见,约占 0.8%。③食管近段及远段均为盲端,均不与气管相通,此型占 7.7%。④食管近段及远段分别通入气管后壁,均形成气管食管瘘,约占 0.7%。⑤食管气管瘘,但食管腔通畅,无闭锁,约占 4.2%。先天性食管闭锁有四种类型均存在食管气管瘘,分泌物经瘘口返流或食管盲袋内液体经喉返流入气管,诱发吸入性肺炎,呛奶和窒息是其常见症状,故本病首诊常表现为新生儿吸入性肺炎。本例为早产儿,生后即因口中吐沫,唇发绀而进行检查,当时未发现吸入性肺炎,其后或由于患儿吃奶,食管近端盲袋内液体增多,返流进入气管,故 3 d 后即可见吸入性肺炎征象。以下表现提示患儿罹患本病可能[2]:产前检查不能发现胎儿胃泡,其母亲羊水过多、腹围过大,生后常有口吐泡沫,喂水喂奶时发生呛奶、青紫等现象,不排胎便或排出少量大便。食管造影是本病的主要诊断手段,怀疑本病应及早进行造影检查以便确诊后手术治疗[3]。由于手术是本病唯一的治疗方法,故早期诊断,防治术后并发症,是提高本病患儿生存率的关键[4]。本例患儿已出现并发症,且家庭经济条件不好,故未能手术抢救,患儿最后死亡。

［参考文献］
[1] 张志波,黄 英,王大佳,等. 先天性食管闭锁术后短期 - 中期疗效评定[J]. 中国医科大学学报,2010,39(6):478 - 480.
[2] 王巧燕. 先天性气管食管瘘三例误诊分析[J]. 中国优生与遗传杂志,2011,19(6):100.
[3] 赵 军,周雪鸿,单振潮,等. 11 例新生儿先天性食道闭锁的诊断与治疗[J]. 宁夏医科大学学报,2011,33(11):1101 - 1103.
[4] 王华龙,陈 红. 先天性食道闭锁术后并发症的分析[J]. 中国妇幼保健,2007,22(31):4490.

（编辑:魏 源）

doi:10.11659/jjssx.1672-5042.201305061
［收稿日期］2012-12-20 ［修回日期］2013-02-26