挂线造口术及单纯切开造口术在前庭大腺囊肿中的应用

Application of seton ostomy and incision ostomy in treatment of bartholin cyst

梁春梅,黄琼芝 (玉州区妇幼保健院,广西 玉林 537000)

[关键词] 前庭大腺囊肿;挂线造口术;单纯切开造口术
[中图分类号] R711 [文献标识码] B [文章编号] 1672-5042(2013)03-0313-02

前庭大腺囊肿是因前庭大腺管阻塞,形成分泌物聚集,通常由急性炎症消退后腺管堵塞,分泌物不能及时排除,脓液逐渐转变为清液所形成的囊肿,可继发感染形成脓肿[1]。前庭大腺囊肿或脓肿是女性外阴部位最常见的病变,囊肿通常为单侧椭圆形,也可发生于双侧,由于大阴唇后 1/3 向外膨出,多发于育龄女性。临床表现为局部肿胀、疼痛、行走及大小便受限,严重影响患者身体健康及生活质量[2]。为探讨挂线造口术和单纯切开造口术治疗前庭大腺囊肿或脓肿的临床效果,对患者行挂线造口术和单纯切开造口术治疗,现报告如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料

我院 2012 年 1 月至 2012 年 12 月收治 80 例前庭大腺囊肿或脓肿患者,年龄 22 ~ 61 岁,平均(34.7 ± 8.4)岁。首次发病者 74 例,发病次数大于 2 次者 6 例。其中前庭大腺囊肿 67 例,直径 3 ~ 9 cm;继发脓肿 13 例,直径 3 ~ 10.4 cm。随机将 80 例患者分成观察组和对照组,每组 40 例,2 组患者年龄、发病次数、症状表现等方面比较无显著差异,$P > 0.05$,具有可比性。

1.2 方法

2 组患者术前 1 d 均给予抗炎治疗,术后应用甲硝唑加阿莫西林胶囊进行抗炎治疗,保持患者外阴部位清洁,术后 1 d 采用高锰酸钾(1/5 000)坐浴。观察组采用挂线造口术进行治疗,囊肿处女膜外缘、小阴唇黏膜面及囊肿最低处,予以 3 ~ 6 mL 利多卡因进行局部麻醉。取 2 ~ 3 cm 切口至囊肿部位,排除囊液,中号弯血钳沿切口向上穿入囊腔直至腔顶位置顶起,麻醉状态下切开 2 ~ 3 cm,乳胶条推出囊腔,打结固定。术后 10 d 取出乳胶条。

对照组患者采用单纯切开造口术进行治疗,患者行局部麻醉,于处女膜根部外侧皮肤与黏膜交界处,自囊肿或脓肿突出薄弱位置做与囊肿或脓肿等长纵形切口,充分排除囊液,应用生理盐水彻底清洗囊腔,冲洗完毕后合成肠线缝合切口及囊壁和四周皮肤,黏膜间断缝合形成袋状。术后 1 个月内每周随访 1 次,观察患者外阴部位是否有红肿、切口渗血、血肿等情况。术后 1 个月后,患者生理期月经干净之后 1 周内进行随访,每月 1 次,持续观察6个月,记录患者外阴切口愈合及复发情况。

1.3 观察指标及统计学处理

观察 2 组患者手术时间、术中出血量、术后疼痛及不适情况、术后复发率。数据采用 SPSS 18.0 软件进行统计学分析,其中计量资料对比以($\bar{x} \pm s$)表示,采用 t 进行检验,计数资料对比采用 χ^2 检验,$P < 0.05$ 表示差异有统计学意义。

2 结果

对照组随访期间复发 3 例(7.5%),1 例出现轻度外阴不适,3 例出现切口少量渗血,5 例出现切口血肿。观察组未见明显不良反应和复发病例。观察组手术时间为(6.8 ± 3.4) min,术中出血量(11.7 ± 5.3) mL,术后发生疼痛及其他不适情况 2 例(5.0%);对照组手术时间为(24.5 ± 3.6) min,术中出血量(26.8 ± 8.9) mL,术后发生疼痛及其他不适情况 9 例(22.5%)。2 组患者手术时间、术中出血量、并发症、复发率等观察指标比较差异明显,$P < 0.05$,具有统计学意义。

3 讨论

前庭大腺位于女性外阴两侧大阴唇后,被球海绵体肌覆盖,腺管长约 1 ~ 2 cm,内侧开口于阴道前庭后小阴唇和处女膜交界处。在分娩、性交等情况污染外阴时,易发生炎症和感染,分泌物不能及时排出,聚集于腔内形成囊肿或脓肿,造成腺管阻塞[3]。前庭大腺囊肿或脓肿是妇科临床治疗领域常见的多发疾病,起病较为缓慢,无典型症状,在临床中易被忽视。急性炎症发作期会严重影响患者生活质量,可导致患者行走不便、性交不适、局部胀痛等,一般经期病情会加重,且易反复发作[4]。

传统治疗前庭大腺囊肿或脓肿的术式有造口术和切除术。因行切除术后患者前庭大腺功能丧失,可造成阴道干涩,影响患者正常生活,因而多主张采用前庭大腺造口术进行治疗[5]。单纯前庭大腺切开造口术,创口较大、术中出血较多,术后需要更换引流纱条防止切口闭合,术后疼痛及不适较明显,切口局部易形成炎性瘢痕,复发率较高。挂线造口术治疗前庭大腺囊肿或脓肿,具有创伤小、手术时间短、术中出血少、术后伤口护理简便、不易复发等应用优势,能够良好保留患者前庭大腺功能和患者外阴常态,避免切口硬结和瘢痕形成[6]。本组资料也表明挂线造口术治疗前庭大腺囊肿或脓肿疗效优于单纯切口治疗,能够有效缩短手术时间,减少并发症,降低复发率,是临床治疗前庭大腺囊肿或脓肿痛苦小、疗效确切的理想术式。

DOI:10.11659/jjssx.1672-5042.201303034
[收稿日期] 2013-03-06 [修回日期] 2013-04-03

［参考文献］

［1］尹保娜. 前庭大腺囊肿的治疗进展与疗效分析［J］. 中国煤炭工业医学杂志,2012,32(03):79 - 81.

［2］董 宇. 改良前庭大腺囊肿(脓肿)造口术 180 例分析［J］. 长春中医药大学学报,2009,01(05):133 - 135.

［3］季红薇,刘丽虹. 两种不同术式处理前庭大腺囊肿及脓肿［J］. 中国临床医生,2009,07(05):64 - 66.

［4］朱广梅. 改良造口术治疗前庭大腺囊肿和脓肿的临床观察［J］. 临床合理用药杂志,2012,14(31):39 - 41.

［5］王丽英. 挂线造口术治疗前庭大腺囊肿的效果观察［J］. 中国民族民间医药,2012,09(20):100 - 102.

［6］刘焕英. 挂线造口术在前庭大腺囊肿或脓肿治疗中的应用［J］. 临床合理用药杂志,2009,13(17):16 - 18.

（编辑:杨 颖）

56 例多发性创伤患者的院前急救与护理

Frist aid and nursing of multiple trauma in 56 cases

李琼英 （重庆市万盛经开区中医院护理部,重庆 万盛 400800）

［**关键词**］多发性创伤;院前急救;护理

［**中图分类号**］R641 ［**文献标识码**］B ［**文章编号**］1672-5042(2013)03-0314-02

多发性创伤是指在同一机械致伤因素作用下,机体同时有 2 处或 2 处以上解剖部位和器官受到损伤,并至少有 1 处损伤危及到生命。近年来,多发性创伤患者迅速增多,据 WHO 资料统计全世界每年创伤病人中有 20% 的患者因伤后没有得到及时有效的现场急救而死亡,且多发性创伤在不断增加,占外伤的 50% 以上[1]。因此急救医务人员对多发性创伤患者进行及时、准确、有效的院前初期的救护和快速地转运是十分重要的环节。现将我院 56 例多发性创伤患者的院前急救护理进行回顾总结分析。

1 资料与方法

1.1 临床资料

2010 年 1 月至 2012 年 12 月我院院前救治 56 例多发伤患者,其中男 42 例,女 14 例,年龄 8 ~ 72 岁。造成多发伤的原因:交通事故伤 36 例,工伤事故伤 14 例,高空坠物伤 4 例,利器伤 2 例。闭合性损伤 36 例,开放性损伤 20 例。2 处部位损伤的 34 例,3 处部位损伤的 12 例,4 处以上部位损伤的 10 例。56 例患者均氧气吸入,8 例行气管插管并予以呼吸机辅助通气治疗,9 例无自主呼吸,8 例行口咽导管通气。56 例全部使用 18 ~ 22 G 一次性静脉留置针(Y 型)建立静脉通路输液。

1.2 护理措施

1.2.1 快速出诊与伤情评估 安全脱离危险现场。护士接听急救电话后,详细询问事故发生地点,受伤部位以及受伤后的症状、受伤时间、意识、联系电话并详细记录。迅速准备好现场抢救药物,在 3 ~ 5 min 内出诊。在紧急处理后,生命体征平稳的情况下,迅速解开患者的衣裤暴露全身,以便及时对患者进行全身检查,通常采用国内提倡的“CRASHPLAN”顺序[2]。经过检查迅速作出初步伤情评估,以先救命,后保护功能;先重后轻;先急后缓的急救原则,准确实施急救护理方案。

1.2.2 保持呼吸道通畅 怀疑有呼吸道梗阻的病人,护士应及时清除口、鼻、咽的异物。经初步检查后,没有颈椎、脊柱损伤,可将患者置于侧卧位,头偏向一侧,避免误吸。因颅脑损伤引起舌根后坠者,可用舌钳牵出,将下颌托起。对呼吸、心跳骤停的患者能及早正确进行心肺复苏,行口咽导管通气,同时充分给予氧气吸入。

1.2.3 控制活动性出血 指压止血法,即用拇指压住出血血管的近心端,使血管被压闭,阻断血液流出,然后在伤口处敷料加压包扎并抬高患肢 2 min 以上,以控制继续出血;对胸部有伤口引起开放性气胸的患者,要尽快采取各种方法封闭开放的伤口;对四肢大动脉出血不止的患者,可用橡皮止血带止血,在扎止血带时应用纱布或布类适当的衬垫,并记录止血带使用的时间。止血带一般每隔 30 ~ 60 min 放松一次,放松时间为 2 ~ 3 min,放开止血带时应同时压住伤口,不能突然放开,以防大出血导致休克;伤口的异物、血块不能在现场随意取出,以免再次大出血;创面外露的断端、内脏严禁回纳入伤口,以免引起深部的感染;断离的肢体用无菌包包好,有条件者可以低温保存,不能将断离的肢体浸泡在任何液体中,并随同患者送到医院[3]。

1.2.4 建立有效的静脉通道 迅速建立 2 条以上有效的静脉通道,补充血容量不足。受伤的肢体不能建立静脉通道,尽量选择上肢静脉或选择离心脏近的静脉,如颈内静脉,液体能快速的进入体循环,达到快速恢复有效循环的目的。补充有效血容量时,应遵循先晶体后胶体;需多少补多少;先快后慢的原则,晶体与胶体的比例为 3:1,密切观察患者的血压,根据血压随时调整液体的滴速。建立静脉通路时,使用 18 ~ 22G 一次性静脉留置针(Y 型),留置针管腔大,保证大量补液的通畅,又容易固定,不易脱落。本组病例中全部建立了有效的静脉通道,其中 20 例建立了 2 条有效静脉通路,13 例建立了 3 条以上静脉通路,保证了抢救药物的顺利使用。

DOI:10.11659/jjssx.1672-5042.201303035

［**收稿日期**］2012-02-10 ［**修回日期**］2012-03-25