1 资料与方法

1.1 临床资料

患者,男,57 岁,以“右下肢静脉呈蚯蚓状改变 20 余年”入院,右下肢浅表静脉迂曲扩张呈蚯蚓状,局部融合成团块,患者站立时症状尤为显著。患侧肢体酸麻胀痛,右小腿内侧中下部及内踝部有轻度肿胀并稍有色素沉着,足背动脉搏动良好。双下肢活动正常,Trendelenburg 试验(+),Perthes 试验(+)。患者为大隐静脉主干型曲张,分支曲张较轻。术前右下肢静脉顺行造影证实深静脉通畅。

1.2 方法

患者采用硬膜外麻醉,平卧位,常规消毒术野,行右下肢大隐静脉高位结扎及剥脱术,在右腹股沟下大隐静脉汇入股静脉处切开皮肤及皮下脂肪层,切口长 3.0 cm,探寻大隐静脉主干,术中见右大隐静脉明显扩张,直径约 1.0 cm。切断并结扎大隐静脉主干及其属支,在距股静脉 2.5 cm 处将切断大隐静脉近端双重结扎,并分段将大隐静脉抽出。再分别在内踝前方及小腿外侧做小切口将曲张血管抽剥出。缝合切口,覆盖敷料,并用弹力绷带包扎。术后嘱患者抬高患肢 30°~40°,术后 24 h 可下床走动,以利静脉回流,避免术后深静脉血栓形成。早期进行踝关节伸曲和旋转运动。术后第 3 天开始换药,第 7 天出院,第 14 天门诊随访拆线。观察并记录大隐静脉走行及属支,用游标卡尺(精确度为 0.01 mm)测量其外径及长度。

2 结果

常规方法切开皮肤后找到大隐静脉根部,发现股外侧浅静脉距隐静脉裂孔下方 2.0 cm 处与大隐静脉汇合形成静脉窦,静脉窦上下缘略凹陷,大小为 17.50 mm × 9.30 mm。汇合处股外侧浅静脉外径 4.27 mm;汇合处大隐静脉外径 10.30 mm。汇合后从静脉窦内又发出内侧支和外侧支 2 条血管,内侧支外径 8.60 mm,外侧支外径 6.20 mm,外侧支从静脉窦发出后即有旋髂浅静脉汇入,汇合处旋髂浅静脉外径 4.20 mm。内侧支与外侧支分别走行约 2.8 cm 和 2.5 cm 汇入股静脉。股内侧浅静脉距隐静脉裂孔 12.7 cm 处汇入大隐静脉,阴部外静脉及腹壁浅静脉分别汇入内侧支。股外侧浅静脉全长 35.2 cm。

1:大隐静脉;2:股外侧浅静脉;3:阴部外静脉;4:腹壁浅静脉;5:旋髂浅静脉;6:静脉窦

图 1 股外侧浅静脉与大隐静脉汇成静脉窦变异

3 讨论

一般情况下,大隐静脉走行较恒定,属支多发生变异,大隐静脉主干及属支曲张常常形成静脉血栓,容易引起肺动脉栓塞,而大隐静脉主干及曲张属支剥脱不全也是静脉曲张复发的主要原因[3]。了解大隐静脉及其属支的变异,对大隐静脉选择高位结扎及剥脱术治疗,以及电凝法治疗都是极其重要的。在大隐静脉曲张手术中,必须要将曲张的大隐静脉抽剥完全,否则残余的曲张血管术后易形成较硬的包块,本例将股外侧浅静脉也抽剥完全。大隐静脉高位结扎及剥脱术治疗中,术者必须对变异的血管加以注意。

[参考文献]

[1] 彭裕文. 局部解剖学[M]. 北京:人民卫生出版社,2010:226.
[2] 张青云,高建国,耿艳侠,等. 下肢深静脉血栓形成的介入治疗进展[J]. 重庆医学,2010,39(13):1750-1752.
[3] 王建忠. 大隐静脉改良高位结扎加分支电凝术治疗大隐静脉曲张的疗效观察[J]. 临床医技, 2012,5(4):114.

(编辑:魏 源)

颈部术后负压引流管的护理体会

张小燕,余 蓉 (四川大学华西医院耳鼻咽喉头颈外科,四川 成都 610041)

[关键词] 颈部;手术;负压引流管;护理
[中图分类号] R619;R473.6 [文献标识码] B [文章编号] 1672-5042(2012)06-0701-02

颈部手术后术区常需要有效地引流,以避免或减少手术创腔积液、皮瓣坏死、伤口感染等术后并发症的发生。颈部术后创腔放置引流管是防止由于颈部空间狭小,少量的积血、积液产生气管压迫而导致呼吸困难甚至窒息现象发生的重要措施[1]。尤其对于较大颈部包块及淋巴结清扫术患者,术后应常规放置负压引流管。术后对于引流管的良好护理是患者及时

[收稿日期] 2012-08-10 [修回日期] 2012-09-05

康复的重要措施。现将本科室 2010 年 10 月至 2011 年 10 月间 165 例颈部术后放置负压引流管患者的护理体会总结如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料

2010 年 10 月至 2011 年 10 月我科收治颈部手术且术后放置负压引流管患者 165 例,其中男 116 例,女 49 例,年龄 16 ~ 78 岁,平均 54 岁。喉癌、下咽癌颈淋巴结转移行淋巴结清扫术患者 108 例,其中皮瓣移植术 12 例;颈部淋巴结结核患者 16 例;腮裂瘘管、甲舌囊肿切除术患者 13 例;其他颈部包块切除术患者 28 例。单侧放置引流管 84 例,双侧放置引流管 81 例。上述患者均于手术结束前将长约 40 cm、管径约 0.5 cm 的骨科橡胶引流管一端置于术腔,另一端自手术切口下方 2 ~ 3 cm 处另做皮肤切口引出固定。手术切口缝合后引流管远端接标有刻度的一次性负压引流器。记录引流量,同时观察引流液颜色、性状以及有无皮下积液等。

1.2 方法

1.2.1 负压吸引管的观察与护理 患者术毕返回病房后,应清点引流管的根数及位置,是否标识放置时间,并检查引流管密封是否完好,避免漏气,保持引流管通畅,使其无扭转、受压、堵塞,定时挤压引流管,保证负压吸引有效。妥善固定好引流管及引流器,防止脱落。嘱患者活动时,引流器应低于引流管,避免气体及液体反流而引起逆行感染。

1.2.2 体位护理 全麻清醒后 6 h,轻轻摇高床头,给予半卧位休息,以利于呼吸及引流伤口内出血。变换体位时,应调整好引流管的长度。嘱患者勿过度活动头颈部,适当制动或减少说话,尽量使用手势或书写等方法沟通;指导患者正确的咳嗽方法,避免剧烈咳嗽,以减轻伤口疼痛及切口内出血的发生。

1.2.3 饮食护理 术后 2 周内通常给予鼻饲流质饮食,量由少到多,每次注入速度需缓慢,应给予高热量、高蛋白、高维生素的食物。管喂饮食时,注意流质饮食的温度、量及营养搭配。能正常经口进食的患者术后 6 h 开始进温冷流质饮食,利于吞咽,避免过热食物引起血管扩张,加重创面渗血,以后逐渐过渡到普食。食物中应搭配高热量、高蛋白、高维生素饮食,利于促进体力恢复,忌烟、酒和辛辣刺激性食物。对于乳糜漏患者,应尽量减少脂肪的摄入[2]。

1.2.4 并发症的观察及护理 颈部术后最常见的并发症有:感染、皮瓣坏死、乳糜漏、出血等。我科 165 例颈部手术的患者,发生并发症 15 例,发生率为 9%。具体情况如下:①5 例在术后 48 h 内发生术腔积血积液,立即采取了清除积血、积液,重新放置引流管的方法,保持引流管通畅,严密观察颈部伤口敷料渗血及颈部肿胀情况,引流液的量、颜色、性质。5 例患者于 3 ~ 5 d 后伤口愈合。②7 例伤口感染,及时采取切开引流的方法,加强伤口冲洗及换药,2 例感染严重者均予以生理盐水持续脓腔冲洗。合理使用抗生素,观察体温变化,严格执行无菌操作。加强口腔护理,除每天常规 2 次的口腔清洗外,还使用益口漱口液随时含漱,以保持口腔清洁。同时每天用臭氧消毒机消毒病房 1 h,保持病房空气清新。7 例患者于 25 ~ 30 d 伤口治愈。③1 例皮瓣坏死较局限,将坏死组织剪除,给予伤口换药,合理使用血管扩张剂、抗生素,严密观察皮瓣血运,保持引流通畅,保持伤口周围皮肤清洁,每日使用 TDP 灯照射 2 次,改善末梢血运,12 d 后患者伤口愈合。④2 例患者在术后 2 ~ 3 d 后引流量逐渐增多,外观为乳白色米汤样液体,引流量均在 250 mL 左右,立即给予局部加压包扎,改用中心负压引流持续吸引,并予以静脉高营养支持治疗。护理中观察伤口敷料包扎是否牢固,保持引流压力在恰当的状态达到有效引流。密切观察生命体征变化,记录 24 h 出入量,保持出入量平衡。经治疗后 2 例患者分别于 5 d、8 d 愈合。

2 结果

颈部负压引流管放置时间 2 ~ 9 d,平均 3.5 d。引流量 10 ~ 850 mL,平均 120 mL。术后出现并发症共 15 例,其中术腔积血积液 5 例,伤口感染 7 例,转移皮瓣坏死 1 例,乳糜漏 2 例。通过及时治疗和良好的护理,本组患者均痊愈出院。

3 讨论

引流管的护理在耳鼻咽喉头颈外科日常护理工作中占有较大的比例,由于颈部血管丰富,术后创面容易渗血,若术后引流不畅易引起积血或形成血肿,较大的血肿可压迫气管导致窒息,危及患者生命;术腔引流不畅还会引起感染,使局部形成脓肿而影响伤口愈合[3]。故在术中妥善止血的基础上,术后充分引流是预防并发症的重要措施。负压引流可将伤口内渗血及时、有效地引出,保证术腔洁净干燥,使手术切口不受渗出液污染,减少了换药次数,减轻医护人员工作量及病人的经济负担。同时,通过外接标有刻度的引流器 ,便于对引流液及时观察,准确记录引流量及颜色变化,利于发现问题及时处理。术后拔管时间根据患者恢复情况而定,一般不应长时间放置,及时拔管也是预防术腔感染的重要措施之一。正确掌握颈部负压引流的应用方法及护理,对减少术后并发症,防止皮下积气、积液、皮瓣坏死及感染等起到重要作用。负压引流管的护理重点不仅包括有效引流、及时观察、正确操作,还应做好心理护理、饮食护理、体位护理、健康教育及并发症的观察和护理,只有做好有针对性的、全方位的引流管护理,才能提高护理质量,促进病人早日康复。

[参考文献]

[1] 李盛泽,郑秋华. 30 例巨大甲状腺肿术后颈部引流管护理体会[J]. 中国美容医学,2010, 19(3):300.

[2] 张红英,刘青青,肖 敏,等. 颈部淋巴结清扫术后并发乳糜漏患者的护理[J]. 护理学报,2010, 17(7) :55 - 56.

[3] 梁传余,秦学玲,安惠民,等. 耳鼻咽喉科理论与实践[M]. 成都:四川科学技术出版社,1999:333 - 337.

(编辑:杨 颖)