维普资讯 http://www.cqvip.com

复治愈。不但缩短了手术周期,节省了医疗费用,减轻了患儿家长的经济负担,而且成形术的尿道口位于龟头正位尿道开口,外形美观,消除患儿的自卑,促进了患儿心理损伤的愈合。

阴囊正中带蒂皮瓣设计合理,取材方便,容易成活。因为阴囊中隔两侧各有一血管为阴囊正中部位的皮肤供应血运,术中皮瓣设计塔形,又注意保留了皮瓣远端的真皮下血管网,所以皮瓣容易成活,其远端不易发生坏死[5-7]。阴囊正中线两侧各有1 cm无毛区,并且阴囊正中皮瓣转移后遗留的创面容易缝合消灭。所以阴囊正中带蒂皮瓣是供形成尿道的理想材料。本组17例无一例发生尿瘘。虽然病例少,但其优点是明显的。本文认为阴囊正中带蒂皮瓣除了设计合理,容易成活的因素外,还因为皮瓣形成尿道后,皮瓣对合的创面紧贴阴茎海绵体白膜,尿道两侧又与白膜缝合加固,加之尿道支架引流管采用硅胶管,刺激小,尿道分泌物少,不易感染,所以不易形成尿瘘[8]。

虽然阴茎阴囊型尿道下裂是采用阴囊正中带蒂皮瓣正位尿道口成形修复的良好适用证。但是本文认为,如果患儿的阴囊发育不好,应慎重考虑选择此术式。

[参考文献]

[1] 哲 明,关 超,李成军.阴囊带蒂皮管治疗尿道下裂27例[J].蚌埠医学院学报,1998,23(2):91-92.
[2] 何荣佳,周华扩.膀胱粘膜尿道成形术治疗尿道下裂48例[J].实用儿科临床杂志,1998,23(04):223-224.
[3] 于立新,白喜文.两种新的带血管蒂皮瓣法修复复杂尿道下裂[J].中华泌尿外科杂志,1998,19(8):504-505.
[4] 董德欣,岑 松,刘元晓,等.手术治疗尿道下裂12年回顾[J].2002,8(06):422-424.
[5] 胡 明,王翔本,丁方成.带蒂阴茎、阴囊纵隔联合皮瓣正位尿道开口Ⅰ期尿道下裂成形术[J].中华男科学,2002,8(6):431-432.
[6] 顾继礼,包养明,陈 仪,等.尿道下裂修补术的改进[J].临床泌尿外科杂志,2002,17(12):689-690.
[7] 杨 建,冯旭升.阴囊、会阴型尿道下裂尿道成形40例[J].郑州大学学报(医学版),2002,37(6):855-856.
[8] 王圣林,赵启明,楼雪玲,等.带蒂阴囊纵隔皮瓣Ⅰ期修复尿道下裂26例报告[J].中国美容医学,2002,11(5):446-447.

(编辑:王 林)

·个案与短篇·

腐败坏死性口底蜂窝组织炎1例的护理体会

刘淑艳,李晓焕
(佳木斯市铁路医院,黑龙江 佳木斯 154002)

[关键词] 护理;蜂窝组织炎
[中图分类号] R681.5 [文献标识码] B [文章编号] 1672-5042(2003)04-0265-01

腐败坏死性口底蜂窝组织炎是颌面部最严重的感染之一,同时波及颌下、颏下及舌下间隙的感染。近年来,随着医学水平的提高和人们自我保健意识的增强,此类严重疾患已较少见。2000年3月,我院口腔科成功地救治了一名腐败坏死性口底蜂窝组织炎的患者。现将护理体会报告如下。

1 临床资料

患者,女,31岁,已婚,农民,初中文化程度,该患者因右下后牙因龋坏致残冠数年,每年反复疼痛2~3次。五年前后牙自发性阵发性疼痛,以"口底蜂窝组织炎"收入口腔科治疗。入院时病人萎靡不振、颜面外观不对称,右侧颌下、锁骨上及颏下区弥漫性肿胀,皮肤潮红,皮温较高,触之剧痛。颏下区锁骨上可触及波动感,上下唇红、干燥、张口受限,张口度为0.5 cm。下颌第三磨牙前倾增生、残冠、叩痛明显,牙龈红肿,舌侧根尖区粘膜有一瘘道,有黄褐色脓液流出,口臭。入院后立即给予抗炎、对症治疗。随时根据细菌培养和药敏结果调整抗生素及局部冲洗液。经过全体医护人员的共同努力,病人痊愈出院。

2 护理

患者入院后,依据病情定为腐败坏死性口底蜂窝组织炎,我科经分析病情,对可能发生的并发症有充足的准备。制定了周密的护理计划及措施,准确及时完成各项治疗和护理。

2.1 心理护理

认真做好入院评估,找出存在的问题,做好心理分析。护理人员给以耐心、细致的解释,并辅以点头、微笑等肢体语言,态度和蔼,让患者产生信任及依赖感,帮助病人树立了战胜疾病的信心,消除了恐惧、紧张的心理,同时失眠也有所改善。

(下转267页)

[收稿日期] 2003-07-21 [修回日期] 2003-09-05

维普资讯 http://www.cqvip.com

顶起的方法。采用塌陷下方钻孔顶起方法，我们的体会难以应用，特别是对骨折超过3周者更困难。对带有关节面软骨的小骨折块也使复位后保持关节面平稳困难。本文认为应尽量使塌陷骨折上移，与正常高度相差小于2 mm，保持正常的膝外翻角。

3.2.2 骨折内固定难　对于单髁骨折通常用松质骨拉力螺钉与单侧支撑钢板并用，才能防止骨折倾斜移位；对于双髁骨折，可用骨栓或者松质骨拉力螺钉与双侧支撑钢板内固定并用，才能防止关节面塌陷骨折再塌陷，起到坚固的内固定作用。对于一些复杂的平台骨折、骨折块较小且不规则，难以达到坚强的内固定，在用拉力螺钉与骨栓固定塌陷型骨折时，不能用力太大，以免骨碎块突起，早期不负重是必须的。L-TCP钢板对Ⅴ型及Ⅵ型粉碎骨折难以起加压作用。

3.3 软组织损伤和皮肤挫裂伤易致伤口感染

本组感染均与皮肤切口有关。但Young[5]认为内固定的量与术后感染成正比。作者的体会是切勿强行Ⅰ期伤口缝合，可行延期缝合。对闭合性损伤，肢体肿胀较重，往往形成张力水泡，可先行外固定，1－2周后择期手术，术后及早明确皮肤坏死范围，并将坏死皮肤清除，用正常皮肤覆盖创口，可减少创口感染。造成本组部份病例治疗效果不良的原因除骨折复杂，软组织损伤严重外，切口大而多，剥离广，打开关节进行手术形成粘连亦有关系。有报道关节镜监护下手术成功[6]，可减少此类并发症，其次是感染，使得石膏外固定要延长。早期部分病人没用CPM帮助不负重运动也有一定关系。

［参考文献］

[1] Schatzker J, McBroom R, Bruce D. The tibial plateau fracture. The Toronto experience 1968－1975[J]. Clin Orthop. 1979, 138: 94－104.

[2] Merchant TC, Dietz FR. Long－term follow－up after fractures of the tibial and fibular shaft[J]. J Bone Joint Surg(Am), 1989, 71(4): 599－606.

[3] 刘　一，徐辛香，张　新，等. 胫骨平台复杂骨折的治疗[J]. 中华骨科杂志，1997, 17(6): 364－366.

[4] Honkonen SE. Indicatio for surgical treatment of tibial condylar fracture[J]. Chin Orthop, 1994, 302: 199－205.

[5] Young MJ, Barrack RL. Complication of internal fixation of tibial plateau fractures[J]. Orthop Rev, 1994, 23(2): 149－154.

[6] 侯筱魁，王　友，史定伟，等. 关节镜监护下治疗胫骨平台骨折[J]. 中华骨科杂志，1997, 17(1): 26－28.

（编辑：兰阳军）

（上接265页）

2.2 严密观察病情变化

患者入院时病情危重，右侧颌下、锁骨上及颏下间隙均有弥漫性肿胀，有广泛性的软组织水肿。水肿的范围达颈上部和锁骨平面。皮肤红肿、坚硬、触之剧痛，气管被推移向右侧。由于舌体僵硬、张口受限、吞咽困难，肿胀继续往舌根发展可压迫会厌及咽部而出现呼吸困难，随时有发生窒息、败血症、纵隔感染而危及生命。因而病人住抢救室，室内备有气管切开包、气管插管设备、呼吸机及氧气装置，严密观察病人生命体征变化，若有异常情况，及时给予处理。病室每日行紫外线灯消毒二次。

2.3 全身用药治疗

全身给予抗炎治疗，生理盐水250 ml、头孢唑啉钠5.0 g、甲硝唑1.0 g每日一次静滴。生理盐水500 ml、庆大16万U每日一次静滴。3 d后根据细菌培养结果改为生理盐水250 ml加维生素C 5.0 g每日一次静滴，同时使用庆大霉素4 d。因病人持续高热，将地塞米松加入头孢噻肟钠一组中静滴；前3 d为10 mg，第四、五天改为5 mg。此方案用药二周后再次根据细菌培养和药敏结果改为生理盐水250 ml，哌拉西林4.0 g、甲硝唑0.5 g每日2次，连续10 d。通过一段时间细心观察及时调整用药以及精心护理，病人病情基本得到控制。病人入院第一周体温均在38.5 ℃以上；第二周体温控制在37.5 ℃左右；第三周体温均在正常水平。

2.4 局部用药处理

病人入院当日即在颏下区用穿刺针抽出灰褐色脓汁5 ml，又在锁骨上2 cm处做一约1 cm左右切口，钝性向上分离，放出灰褐色脓汁约100 ml，放置橡皮引流条引流，每日换药二次，庆大霉素注射液反复冲洗，1%甲硝唑含漱剂含漱，3 d后病人右前胸及胸锁乳突肌后缘剧痛，中等硬度、皮色潮红、皮温增高，当即在2%利多卡因局麻下横向扩大引流口约5 cm大小，引出灰褐色腐败坏死组织约300 ml，3%双氧水反复冲洗伤口；放置3%双氧水引流纱条并24 h不间断地滴入3%双氧水于创口。第四天在右前胸区腋窝水平处做2 cm大小切口，放出灰褐色腐败性脓汁约60 ml，与颈部切口相通，将引流纱条改为引流管引流，24 h用注射器自引流管注入3%双氧水于创口。当日彩超报告右胸上部及锁骨上皮下积气，遂将伤口加压包扎。

3 营养调整

患者刚入院时，精神压力大，食欲不佳。随着精神负担的解除以及通过一周前期治疗效果好，食欲大增；每日鸡汤、肉、蛋、新鲜蔬菜、水果都能进食。

4 出院指导

经过全身抗炎治疗和局部对症处理，病人右颌下、颈前区、右肩部、前胸区红肿全部消散，拔除引流管，伤口Ⅰ期愈合。病人康复出院。嘱病人回去后注意休息，三个月后复查一次，多学习预防保健知识，有病及早就医，防止病情发展严重。经护士反复讲解，患者及家属复述，进行评价达标，出院指导效果满意。

（编辑：邱全光）