例,女16例,年龄41~62岁,平均49岁;对照组23例,其中男11例,女12例,年龄45~65岁,平均52岁。所有患者均为住院患者,出血量均在1 000 mL以上。

1.2 治疗方法

治疗组采用奥曲肽100 μg静脉推注,然后每小时以25 μg持续静脉滴注72 h;对照组采用生长抑素250 μg静脉推注,然后每小时以250 μg持续静脉滴注72 h。通过胃管观察各组的止血效果。疗效标准:48 h内无继续出血征象,血压、脉搏稳定为显效;48~72 h内无继续出血征象,血压、脉搏稳定为有效。72 h后仍继续出血为无效。

2 结果

治疗组在48 h内出血停止者18例,72 h内出血停止者26例,3例无效,故显效率62%,总有效率89.7%。对照组在48 h内出血停止10例,72 h内出血停止15例,11例无效,显效率23%,总有效率65%。治疗组有1例在静脉注射奥曲肽时有恶心、呕吐表现,继续静脉滴注后未再反复呕吐。对照组有3例患者应用生长抑素治疗过程中出现出血量增加、头晕、恶心。改用奥曲肽治疗后,无继续出血征象。治疗组与对照组总有效率比较有显著差异($P<0.05$)。

3 讨论

肝硬化并发上消化道出血是因门脉高压所致,门脉高压症并发胃粘膜病变的发生机制是:①门脉高压时,胃底毛细血管扩张、扭曲,形成静脉短路及动脉瘤,易破裂出血;胃粘膜血流量显著减少,胃粘膜缺血、缺氧,易受各种攻击因子损害,并发出血。②肝硬化时肝功能减退,对胃泌素灭活能力下降,胃泌素使幽门括约肌功能紊乱,胆汁返流破坏胃粘膜发生病变。③慢性肝炎,肝脏凝血机制缺陷,凝血因子缺乏,也是导致出血的原因之一。奥曲肽具有与天然内源性生长抑素类似的作用,其作用较强且持久。针对上述原因奥曲肽有利于消化道止血,并可通过收缩内脏血管而降低门脉压力和减少门脉血流,使食管、胃底曲张静脉内的血流量减少;抑制胃泌素分泌、胃肠蠕动;降低胃酸、胰液和胆汁分泌;减少肠道过度分泌,促进粘膜增生及血小板的凝集和血块收缩等功能,并可增强肠道对水和Na^+的吸收[2]。奥曲肽治疗上消化道出血,具有使用方便、止血迅速、疗效确切、副作用少等优点,应用奥曲肽,可提高止血率,降低病死率,值得临床推广使用。

[参考文献]

[1] 庞 辉,张兆美,周登河,等.门脉高压性胃粘膜病变38例临床分析[J].临床荟萃,1996,11(5):222.

[2] 高 波,常锦峰.善得定治疗肝硬化食管静脉曲张破裂出血的治疗分析[J].中国医药卫生,2004,5(19):16-17.

(编辑:何泓睿)

慢性泪囊炎合并鼻丘囊肿的手术体会

刘 勇[1],董 钏[2] (1.平武县人民医院五官科,四川 平武 622550;2.绵阳市中心医院耳鼻喉科,四川 绵阳 621000)

[关键词] 鼻部外科手术;慢性泪囊炎;鼻丘囊肿;单瓣吻合

[中图分类号] R765.9 [文献标识码] B [文章编号] 1672-5042(2010)03-0252-02

慢性泪囊炎是常见病、多发病,在众多慢性泪囊炎患者中,合并鼻丘囊肿者的报告极少[1]。鼻腔泪囊吻合术是我院五官科的主要手术之一,我科2009年3月曾收治1例慢性泪囊炎合并鼻丘囊肿患者,现就手术体会报告如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料

患者,女性,37岁,因左眼流泪流脓1年入院,入院时检查双眼视力1.0,挤压左眼泪囊前壁有脓性分泌物流出,泪道冲洗不通畅,表现为下进上出。鼻腔检查未发现明显异常。

1.2 手术方法

采用切口局部浸润麻醉,眶下神经阻滞麻醉及的卡因鼻腔粘膜表面麻醉。麻醉后于内眦角内侧4~5 mm内眦韧带上方切开皮肤,长约15~20 mm,钝性分离,暴露泪前嵴,切开泪前嵴骨膜,将骨膜与泪囊一起从泪囊窝游离。用小弯血管钳将后泪嵴最薄弱处骨质顶破并扩大,伸入乳突咬骨钳咬除泪骨和泪前嵴,扩大骨孔至10 mm×15 mm大小。正常情况下,此时检查骨孔内侧应为鼻腔粘膜,但该患者此处为鼻丘气房。继续检查上下气房均见紫蓝色质软的新生物,经穿刺抽出淡黄色浆液性液体,诊断为鼻丘浆液性囊肿。在直视下摘除囊肿,保留鼻丘气房粘膜。去除鼻丘气房内侧薄骨板,扩大骨孔,显露鼻腔粘膜。"工"形切开泪囊及鼻腔粘膜,使前瓣较大,吻合泪囊和鼻腔前瓣,后瓣直接贴于骨孔缘以利于粘膜生长,同时可使鼻丘气房开放,以防囊肿复发。分层对位缝合切口。术后7 d拆皮肤缝线,行泪道冲洗,每周冲洗泪道1次,连续1个月。

2 结果与讨论

鼻丘囊肿是位于鼻丘气房内的囊肿,由于鼻丘气房属于筛窦的一部分,所以鼻丘囊肿相当于筛窦囊肿。筛窦囊肿以粘液囊肿最多,本例属浆液性囊肿,术后随访0.5年,泪道冲洗通

[收稿日期] 2010-02-01 [修回日期] 2010-03-12

畅,鼻腔未见新生物生长。

慢性泪囊炎是眼科常见疾病,传统手术疗效确切,已被大多数医生和患者接受。术前一般不必进行CT检查,故难以发现合并鼻丘囊肿。单纯鼻丘囊肿适于鼻内窥镜手术。若术前确诊最好行经鼻内窥镜下泪囊鼻腔造口术[2]。本例手术术式按照泪囊鼻腔吻合术术式进行,手术成功的关键是熟悉鼻、眼相关的外科局部解剖,了解泪囊与鼻腔的毗邻关系,认清鼻丘气房。其判断方法是:若造孔处有鼻丘气房,用咬骨钳咬开泪囊窝骨质时可见一空腔,且空腔内还有较薄的粘膜与骨质。切开鼻腔粘膜后应确认造孔处与鼻腔相通,必要时自造孔处取出鼻腔棉片,鼻腔粘膜厚约2~3 mm,若粘膜太薄弱应警惕鼻丘气房粘膜。吻合时只宜进行前瓣单瓣吻合,若前后均吻合则可能影响鼻丘气房引流,从而导致鼻丘囊肿复发[3]。

[参考文献]

[1] 郝继龙,阎亦农,谷树严,等. 泪囊鼻腔吻合联合筛窦引流术治愈慢性泪囊炎并发筛窦囊肿一例报告[J]. 白求恩医科大学学报,1993,25(3):56.

[2] 王丽天,柳 林. 眼科医师进修必读[M]. 北京:人民军医出版社,1999.302-309.

[3] 闵寒毅,叶俊杰. 改良的鼻腔泪囊吻合术[J]. 中国医学科学院学报,2005,27(3):377-379.

(编辑:张天飞)

使用硬质灭菌盒包装手术器械存在的问题与对策

周娅颖,魏静蓉,施建辉,易 斌 (第三军医大学西南医院设备器材科消毒供应中心,重庆 400038)

[关键词] 硬质灭菌盒;手术器械;灭菌

[中图分类号] R613 [文献标识码] B [文章编号] 1672-5042(2010)03-0253-01

硬质灭菌盒是从国外引进的一种新型包装材料,具有操作简单、运输便捷、可提高灭菌质量及延长储存时间等优点,近年来逐渐在我国医院用于手术器械的灭菌包装。由于其特殊的材质和结构,在硬质灭菌盒的使用及维护中仍存在许多问题,若处理不当不仅会增加日常工作量,还会影响灭菌盒的正常使用[1]。本文针对我院使用125个灭菌盒包装手术器械中出现的问题,探讨灭菌盒的清洗与维护方法,以及制定其使用及管理流程,为有效地保障灭菌盒的正常使用提高参考。

1 存在的问题

包装手术器械的布类敷料,使用后通常由医院洗衣房统一清洗、消毒、烘干后重复再用。而硬质灭菌盒使用后则由消毒供应室清洗、晾干后再装放器械进行灭菌。当大量采用硬质灭菌盒装放手术器械灭菌时,直接增加了去污区清洗工作量,若交接流程设置不规范,则会影响日常工作的正常开展,也不利于灭菌盒的周转使用。

金属铝材构成的硬质灭菌盒虽传热快、质量轻、防潮及阻隔性能好。但铝材质较软、耐腐蚀性差。若日常维护和保养不当,灭菌盒表面容易出现凹陷和斑点腐蚀,对器械盒的美观和使用寿命有一定影响。

2 对策

2.1 规范硬质灭菌盒的使用流程

为加快灭菌盒周转使用,有效缓解清洗区工作量,我科与手术室共同探讨硬质灭菌盒的使用流程,制定封闭盒箱、带孔外盖与装载篮、手术器械分两次送洗的流程。规定手术护士用装载内筐归纳整理手术器械,以便手术台上的使用与管理,术毕打开器械轴关节,随装载筐送进供应室自动清洗机清洗;相对清洁的封闭盒箱和带孔外盖则由巡回护士在手术开台后预先送往供应室手工清洗,送洗时在交接卡内注明手术间号、器械盒型号、器械名称及责任护士姓名等,以便核查和记录。该使用流程的设置缓解了去污区的清洗工作量,同时也避免了封闭盒箱和带孔外盖的二次污染。

2.2 硬质灭菌盒的正确保养与维护

大量使用硬质灭菌盒时,要增配或改造清洗水系统,以保证使用去离子水做最后冲洗。用不起毛的软布和中性清洗剂清洗,带孔外盖的密封胶条不可拆开,过滤膜在可见污染的情况下拆开清洗或1~3个月清洗一次[2]。外盖锁锁定期用水溶性润滑油或专用油保养,以保持关节的灵活度及有效性,不能用封闭盒箱盛装酸性、碱性液体,以免腐蚀箱体。卸载及运输时避免相互碰撞,若重叠摆放时用高吸水性的超细纤维毛巾隔开,不可用力拖拽,以免擦伤铝盖表面,器械装放的重量与摆放方法按照国家标准及灭菌盒的使用说明执行。

3 体会

硬质灭菌盒具有灭菌彻底、无菌保存期长和使用成本低等优点[2]。虽然多数医院未能配备专用的清洗设施,但采用手工方法清洗灭菌盒,只要流程规范合理,维护和保养方法得当,不仅不会影响日常工作,还可提高手术器械的灭菌质量。

[参考文献]

[1] 肖 莹,郭 颖,陈 妍. 蛇牌铝制消毒盒装载的手术器械在手术室供应系统中的应用[J]. 吉林医学,2008,29(22):2039-2040.

[2] 魏静蓉,李 斌,施建辉,等. 手术器械包装器具的使用现状及需求分析[J]. 局解手术学杂志,2010,19(1):24-25.

[收稿日期] 2010-01-15 [修回日期] 2010-03-16

(编辑:何泓睿)