大肌肌间沟2~3 cm,探查并清扫锁骨胸小肌三角内的Ⅲ站腋窝淋巴结及脂肪组织。将腋窝清扫结束后,再在标本中寻找蓝染者为SLN,所有SLN和非SLN均分别送到病理检查。据俸瑞发等[10]报道SLN检出率为87.9%,SLN预测腋窝状况的准确率为95.7%(91/95),假阴性率为6.5%(4/62),无假阳性者。

5 亚甲蓝在前哨淋巴结活检的应用意义和展望

目前乳腺癌前哨淋巴结活检是否为最佳示踪方法仍然存在诸多争议。本文认为单用亚甲蓝示踪具有安全、可靠、敏感性和准确性较高等特点,与联合染料、同位数示踪相比可获得相似的前哨淋巴结检出率、准确率,但是要依赖于手术者的经验。对于有经验的手术者来讲,即使是单用亚甲蓝作为示踪剂也能用很小的活检切口进行前哨淋巴结活检[15]。由于腋窝清扫引起术后上肢肿胀率为16%~18%,有16%~42%的患者存在不同程度的患肢运动障碍[16]。如果应用亚甲蓝通过SLNB可以判断整个腋窝淋巴结情况,对SLN阴性的患者不再进行腋窝淋巴清扫,那么会有相当多的乳癌患者可以避免ALDN术后并发症的出现,以提高乳癌患者的生活质量。所以,亚甲蓝在临床乳腺癌前哨淋巴结活检具有应用价值,尤其是基层医院。

[参考文献]

[1] 刘娟娟,王永胜.前哨淋巴结活检及其在保乳术中的应用[J].中国实用外科杂志,2008,28(7):578-581.

[2] Petrek JA, Heelan MC. Incidence of breast carcinoma-relatead lympnedema [J]. Camcer, 1998, 83(12): 2776-2781.

[3] lin PP, Ailison DC, wainstock J, et al. Impact of axillary lymph node dissection on the therapy of breast cancer patients[J]. J Clin Oncol, 1993, 11(8): 1536-1544.

[4] Cserni G, Boross G, Baltas B. Value of axillary sentinel nodal status in breast cancer[J]. World J Surg, 2000, 24(3): 341-344.

[5] Baichev G, Deliiski T, Popovska S, et al. Sentinel lymph node biopsy. The possibilities for axial staging in early breast cancer and the results in 187 patients[J]. Akush Ginekol (Sofiia), 1999, 38(3): 41-43.

[6] Bobin JY, Zinzindohoue C, Lsaac S, et al. Tagging. sentinel lymph nodes: a study of 100 patients with Dreast cancer[J]. Eur J Cancer, 1999, 35(4): 569-573.

[7] MCMasters KM, Tuttle TM, Carlson DJ, et al. Sentinel lymph node biopsy for breast cancer: a suitable alternative to routine axillary dissection in multi-institutional practice when optimal technique is used[J]. J Clin Oncol, 2000, 18(13): 2560-2566.

[8] 杨 微,窦拉加.乳腺癌前哨淋巴结活检的研究现状[J].中国当代医学,2008,7(8):87-88.

[9] 康华峰,王西京,刘小旭,等.乳腺癌前哨淋巴结活检的临床意义[J].陕西医学杂志,2005,34(10):1195-1196.

[10] 俸瑞发,卢学亮.美蓝在乳腺癌前哨淋巴结活检中的临床价值[J].实用癌症杂志,2005,20(2):177-181.

[11] 王永胜,王 磊,刘娟娟,等.临床腋淋巴结阴性乳腺癌前哨淋巴结研究[J].外科理论与实践,2001,6(4):206-209.

[12] Galimberti V, Veronesi P, Arnone P, et al. Stage migration after biopsy of internal mammary chain lymph nodes in breast cancer patients[J]. Ann Surg Oncol, 2002, 9(9): 924-928.

[13] 沈坤炜,沈镇宙.前哨淋巴结活检在乳腺癌治疗中的意义[J].外科理论与实践,2001,6(4):203-204.

[14] 刘哲斌,吴 炅.乳腺癌内乳前哨淋巴结活检的研究现状[J].中华普通外科杂志,2006,44(19):1357-1359.

[15] 罗 静,杨 枫.乳腺癌前哨淋巴结活检的方法和临床意义[J].局解手术学杂志,2004,13(5):347-349.

[16] 刘 纯,李振平.同手亚甲蓝标记乱腺癌前哨淋巴结活检64例分析[J].中国肿瘤,2008,17(10):893-895.

(编辑:郭光金)

大肠埃希氏菌感染的临床护理

罗洪梅 (第三军医大学大坪医院野战外科研究所普外二科,重庆 400014)

[关键词] 术后感染;大肠埃希氏菌;护理
[中图分类号]R619.3 [文献标识码]B [文章编号]1672-5042(2009)06-0425-01

大肠埃希氏菌又名大肠杆菌,主要寄生在大肠内,一般不致病,在一定条件下可引起肠道外感染,如腹膜炎、胆囊炎、尿道感染、腹泻等。该细菌属多重耐药菌,能同时对β-内酰胺类和氨基糖甙类药物产生耐药[1]。2008年12月至2009年2月我科发生2例大肠埃希氏菌感染病例,通过精心治疗与护理治愈出院。现将报告如下。

1 临床资料

病例1,女性,72岁。全麻下行经腹会阴直肠癌根治性切除、乙状结肠腹壁造口术。留置尿管于术后10日拔出。尿管拔出1周后患者出现尿频、尿痛。尿培养提示大肠埃希氏菌感染。药敏试验显示对哌拉西林、舒巴坦敏感。应用哌拉西林、他唑巴坦治疗6 d,患者症状明显缓解。

病例2,男性,63岁。全麻下行根治性远端胃大部切除、胃空肠吻合术。术后13 d开始出现高热。B超检查提示右侧腹腔积液。穿刺获脓液培养有2种细菌生长(溶血性链球菌和大肠埃希氏菌)。药敏试验提示对青霉素+β内酰胺抑制剂类敏感。应用他唑仙哌拉西林、他唑巴坦治疗后,患者症状缓解。

(下转第437页)

[收稿日期] 2009-08-22 [修回日期] 2009-09-19

料。责任护士多与病人接触交流，对病人的家庭情况、受教育程度以及对待疾病的态度等进行了解，观察一些主要症状和体征，并及时记录整理，同时制定合理的心理护理措施。

2.3 运用合理的情绪疗法

运用合理的情绪疗法，指导病人改变非理性信念，合理情绪疗法强调情绪的来源是个体的想法和观念，个体可以通过改变这些因素来改变情绪。责任护士通过与病人沟通和交流，评价出病人的心理状态，指出病人哪些是非理性思想，并进行合理分析。帮助病人建立正确的信念，使之处于相对心理健康状态，让治疗顺利进行。

2.4 个体化心理护理

由于病人的职业、文化程度、家庭环境、认知水平等不尽相同，其护理干预的需要及对健康教育内容的理解存在差异。因此，在进行心理护理过程中要因人而异，针对不同问题采取不同的护理干预措施。如对文化程度高的病人重在调动其内在潜质，详细介绍病情。及时反馈治疗及护理信息，讲解激素的疗效、副作用和不良反应，让病人明确激素治疗肾脏疾病的目的和意义，以免病人盲目依赖激素治愈病情，使病人对疾病治疗的认知更加全面。同时要反复叮嘱出院后维持用药的重要性，定期复查的必要性。

采用激素治疗肾脏疾病是一个漫长而复杂的治疗过程，在疗效上有个体差异，而且效果缓慢。长期使用激素治疗肾脏疾病会出现副作用及不良反应，对病人造成复杂多变的心理影响[2-3]。医护人员要掌握病人的心理，学习心理学知识，加强心理学素养。运用心理护理的技巧及方法，热情周到的服务于病人。并针对不同病人采取个体化心理护理干预措施，同时应争取病人家属及朋友对病人的关心和支持，从而树立病人的自信心，促进病人的早日康复，减少并发症的发生。

[参考文献]

[1] 钟艳姿. 肾脏病病人使用糖皮质激素治疗时的心理护理[J]. 中国实用医药，2008，3(32)：112-114.

[2] 王海凤，于 萨，刘 佳，等. 乳腺癌术后乳房缺如的心理护理干预[J]. 局解手术学杂志，2008，17(3)：208.

[3] 冯爱军，赵施竹. 护理干预对终末期肾病病人不良心理的影响调查[J]. 中国误诊学杂志，2008，8(8)：2009-2010.

（编辑：郭光金）

（上接第423页）

2 治疗与护理方法

2.1 治疗要点

大肠埃希氏菌属多重耐药菌，能水解第三代头孢菌素和单环β-内酰胺类抗生素，对喹诺酮类和氨基糖甙类药物也有较高的耐药性[2]。应用β-内酰胺抑制剂疗效较好，可选用以下药物：哌拉西林/他唑巴坦、头孢哌酮/舒巴坦、氨苄西林/舒巴坦、亚胺培南。如果合并有其它细菌感染，应结合药敏试验选用敏感抗生素。

2.2 护理要点

大肠埃希氏菌感染患者首选单间病房隔离，在隔离病房门上或患者的病床前挂“接触隔离”标识，床旁放置快速手消毒剂。房间入口处准备隔离衣、手套、帽子、口罩。注意不可将大肠埃希氏菌感染患者与气管插管、深静脉置管、有开放性伤口或免疫功能抑制患者安置在同一房间。患者连续3次标本培养未发现大肠埃希氏菌或无其它细菌生长，方可解除隔离。在医疗和护理中注意：①医护人员在执行各种诊疗、护理操作时，应作好统筹安排，尽量集中进行，减少接触次数。②严格无菌操作技术，当需进行二项或二项以上操作时，应先进行无菌操作，再行可疑污染操作，最后行污染操作。在进行侵入性操作，特别是中心静脉置管、气管插管或切开、留置尿管、放置引流管等操作时，应当避免污染，减少感染的危险因素。③作好个人防护措施，进入房间与患者进行接触性操作时，必须穿隔离衣、戴手套、帽子、口罩，如整理床单，更换被服，伤口换药，倾倒引流液，造口护理等，离开病房时脱去隔离衣、手套。④作好消毒隔离措施，对患者经常接触的物品、设备表面以及地面，应当每天进行清洁和擦拭消毒。一般医疗器械如听诊器、体温表、血压计应专用。不能专用的物品如轮椅、平车、心电监护仪等，使用后进行消毒。

3 讨论

广泛、大量应用抗生素已成为外科临床的普遍现象，也是导致多重耐药菌感染的潜在因素。临床医师在应用抗生素时应严格遵循国家《抗菌药物临床应用指导原则》，正确合理地实施抗菌药物给药方案，减少或延缓多重耐药菌的发生。一旦发生多重耐药菌感染，应进行药敏试验，选用敏感抗生素控制感染[3]。

医护人员由于职业的特殊性，职业暴露的机会随处可在，必须加强安全防护知识，除对已发现的感染病例进行隔离防护外，在临床工作中接触患者血液、体液、分泌物、排泄物、伤口敷料时，应戴手套，进行洗手和手的消毒。对可疑患者要按感染患者的方法处理。总之，控制和减少多重耐药菌感染应是大家共同关注的问题。

[参考文献]

[1] 李介华，肖正儒，梁金水，等. 清远市1997～2000年大肠埃希氏菌临床分离株的耐药性监测与分析[J]. 中国抗生素杂志，2002，27(7)：401-405.

[2] 彭 佳，王国华，陈 坤，等. 核心链霉亲和素基因的克隆及其在大肠埃希氏菌中的表达[J]. 现代检验医学杂志，2008，23(4)：1-3

[3] 古旭东. 大肠埃希氏菌感染的分布常态及其耐药性观察[J]. 实用医技杂志，2008，15(9)：1123-1124.

（编辑：蒋登金）