228例肛门周围脓肿治疗体会

刘东业,杨铁成,马 颖 (鞍山市双山医院肛肠科,辽宁 鞍山 114032)

[关键词] 肛周脓肿;治疗体会;肛肠外科
[中图分类号] R605 [文献标识码] B [文章编号] 1672-5042(2009)01-0064-01

肛门周围脓肿是肛肠外科常见病,是指直肠肛管周围软组织内或其周围间隙发生的急性化脓性感染[1]。本文通过对2000年至2007年10月收治的288例进行回顾性总结,结合文献学习,将治疗体会报告如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料

本组资料来源于肛肠科、普外科。男性144例,女性74例。228例均表现肛门红肿、疼痛,其中194例发热($T>38℃$),部分病例还表现排便受限和患侧下肢活动受限。肛门左侧64例,右侧36例,会阴侧15例,骶尾侧113例。204例经彩超检查,其中164例声像图表现病变区皮下有液性暗区,提示已形成脓肿。

1.2 治疗方法

手术切开、换药和全身抗炎,对感染较重,脓肿较大者在骶管或鞍麻麻醉下切除感染的肛窦、肛腺及其附近的感染组织,如发现有肛瘘存在时还应据情做切除或挂线治疗。中西医结合治疗,如解毒汤熏洗和广谱抗菌素抗炎治疗等。

2 结果

本组196例经手术治疗好转,另22例采用中西医结合方法治疗好转,本组病例全部被治愈,无并发症发生。

3 讨论

肛门周围脓肿源于致病菌的感染。分析致病菌感染的途径,病理解剖专家们认为:当肛管皮肤破损时,粪便易滞留在肛门的隐窝内,细菌侵入肛门引起了感染;此外,当肛门周围的肛腺管堵塞时,肛腺液排出不畅,局部微循环障碍,肠源性细菌趁机由肛腺窝侵入肛腺继而发生感染,形成脓肿;再者,肛瘘也是引起肛周脓肿的病因之一,一些患有慢性疾病,如糖尿病等,当病人营养不良,自身抵抗力低下时最易发生肛门周围感染[2]。

肛门周围神经和血管极为丰富,一旦发生感染,炎症会很快扩散,病人疼痛难以忍受,故需尽快治疗。对感染早期,脓肿尚未形成者,可采用保守方法,即中西医结合方法治疗,每日给广谱有效的大剂量抗菌素抗炎,局部用中药解毒汤熏洗等[3]。对已形成脓肿范围较小的病人可在局部麻醉下手术切开,将脓肿开窗,排净脓液后清除脓腔内坏死组织;对脓肿范围较大,如马蹄形脓肿应在骶管或鞍麻下,彻底切除感染的肛窦、肛腺及其附近坏死组织,然后在经换药,靠新产生的肉芽组织来填充脓腔,最终达到愈合。如果是因肛瘘并发的肛周脓肿,术中可据情做瘘管切除或挂线治疗。值得提出的是,无论采用哪一种方法治疗肛周脓肿时,勿忘记对同时患有其他系统疾病的治疗,如前面提到的糖尿病等。对已做手术切开者,在整个治疗中,叮嘱病人应适当地控制排便,保持肛周清洁,使其尽快愈合,减少瘢痕,防止肛门狭窄,保护好肛门排便功能。

[参考文献]

[1] 刘东业,杨铁成,时爱华,等. 会阴与肛门直肠外伤35例诊治体会[J]. 局解手术学杂志,2007,16(6):404.
[2] 柳 著,刘丽娟,张 岚,等. 一次性切开根治术治疗肛周脓肿198例[J]. 西部医学,2008,20(3):193.
[3] 李会萍. 中西医结合治疗肛周脓肿228例[J]. 现代中医药,2008,28(5):43.

[收稿日期] 2008-10-30 [修回日期] 2008-11-17

(编辑:侯晓宇)

食管癌患者围手术期的呼吸道管理

步月红,庞会娟,李 艳 (佳木斯市结核医院,黑龙江 佳木斯 154002)

[关键词] 围手术期;食管癌;呼吸道管理
[中图分类号] R619;R473.6 [文献标识码] B [文章编号] 1672-5042(2009)01-0064-02

食管癌是常见的肿瘤,外科手术切除仍是食管癌治疗的主要手段。手术时间长、创伤大,加上气管插管等侵袭性操作,极易导致下呼吸道和肺部感染[1]。我科从2003年1月至2007年7月共收治食管癌65例。因注意加强围术期呼吸道管理,减少了肺部感染的发生,提高了治愈率,缩短了住院时间,取得了良好的效果。现报告如下。

[收稿日期] 2008-10-25 [修回日期] 2008-11-10

1 临床资料

本组65例中,男56例,女9例,年龄46~83岁,平均66.8岁。肿瘤位于食管上段8例,中段41例,食管下段累及贲门者16例。有慢支病史18例,肺气肿1例,合并糖尿病3例,有吸烟史44例。入院时有肺部感染12例。肺功能检查:轻度限制性通气障碍6例,不完全性通气阻于术前1~3 d使用。手术方式:经左胸食管癌根治术20例,三切口吻合术45例。结果:左肺感染2例,右肺感染4例,哮喘1例,死于呼吸衰竭1例。

2 护理

2.1 术前护理

术前指导病人进行深呼吸、有效咳嗽训练。每日3次,每次10 min。方法:取半卧位或坐位,胸腹肌放松,以增加膈肌的活动余地。嘱病人缓慢深吸气,吸气末停滞1~2 s后缓慢呼气。深呼吸有助于肺部分泌物的排除及改善静脉血流回心,增加呼吸肌力和控制短促呼吸,刺激肺泡表面活性物质产生,从而防止肺泡塌陷,获得最大通气量。有效咳嗽方法取半卧位或坐位,深吸气末停滞片刻后用力咳嗽,气体快速冲出,其运动促进分泌物向上运动或被咳出。对入院已有肺部感染者,立即静滴抗生素控制炎症,给予止咳化痰药物及雾化吸入以减少痰液。留痰作培养,并根据结果及时调整抗生素[2]。

2.2 术后护理

病人未清醒期间,取平卧位头侧向一边,及时清除口、鼻、咽喉分泌物。对不能自行排出痰液者,用吸引器吸出分泌物,防止误吸。术后常规雾化吸入,嘱病人深呼吸,使气雾随吸气到达终末细支气管,达到局部用药,稀释痰液,有利于排痰。正确的口腔护理可减少口咽部细菌定植,防止细菌移行至下呼吸道影响呼吸。保持胃管通畅引流十分重要。有报导胃腔内细菌逆流定植口咽部致吸入下呼吸道是革兰氏阴性杆菌所致医院内肺炎发病机制。因此,因经常检查胃管是否有阻塞扭曲,连接负压引流器后仍用针筒定时抽烟,及时倾倒负压器内引流液,并取合适半卧位,减少胃液返流。

加强吸入性器具的消毒管理是减少肺部感染的重要措施。本组病人术后长时间吸氧、雾化吸入,采用一次性输氧管、吸氧管,湿化瓶内水24 h更换;湿化瓶每周消毒1次,雾化液每次更换,雾化喷嘴或面罩每次用后浸于0.5%过氧乙酸消毒液中半小时,凉用备用。胸腔内留置导管、胸内积血积液可增加感染机会。保持胸闭引流通畅,可维持胸内负压,促进肺膨胀,减少肺不张和肺炎的发生。经常检查吸引装置负压装置状态是否正常,用调节器调节压力,避免负压过大,引起纵膈摆动,以及引流液倒吸入胸腔内。检查引流管内液面是否随呼吸波动,定时挤捏皮管,经常变换体位,提高引流效果[3-4]。

[参考文献]

[1] 赵本芹.181例老年病人腹部手术后呼吸道并发症的预防与护理体会[J].局解手术学杂志,2004,13(2):128.

[2] 孙春梅.食道癌根治术的围手术期护理[J].当代护士(专科版),2008,(5):34-35.

[3] 邱 萍,程雪梅,崔同云,等.食管癌病人围手术期呼吸道管理的探讨[J].护理实践与研究,2008,5(9):26-28.

[4] 薛金凤,刘世芳,秦义民.食道癌病人的术前术后护理体会[J].内蒙古民族大学学报(自然科学版),2008,23(3):252-253.

(编辑:郭光金)

气管切开病人的呼吸道护理

傅世敏 (第三军医大学附属西南医院神经外科,重庆 400038)

[关键词] 气管切开术;呼吸道护理

[中图分类号] R473.6 [文献标识码] B [文章编号] 1672-5042(2009)01-0065-02

气管切开术是临床抢救和治疗的重要措施。气管切开对脑外科病人具有解除呼吸道梗阻,增加有效气体交换量,便于清除呼吸道分泌物和气道内滴药,有利于控制肺部感染等作用。我科2006年1月至2007年1月50例气管切开病人,现将呼吸道的护理体会报告如下。

1 临床资料

本组50例气管切开病人,其中男性31例,女性19例,年龄最小2岁,最大89岁,平均55岁,重型颅脑损伤9例,脑出血30例,肿瘤11例,气管切开时间最长75 d,最短7 d。通过科学及时的呼吸道护理,本组病人均达到了预期的护理效果。

[收稿日期] 2008-10-30 [修回日期] 2008-11-28

2 术后呼吸道护理

2.2 加强气道护理

气管套管的纱布长时间摩擦颈部,使局部皮肤发红甚至糜烂。可将纱布带套上止血带在将纱布的两端与外套管两端固定,松紧度适宜。气道口应用湿纱布覆盖避免异物进入。吸痰是保持气管切开病人呼吸道通畅的重要而又最基本的措施。加强翻身、拍背、吸痰,让其被动咳嗽一次,意识不清、咳嗽排痰困难者,应随时清除气道中的痰液,吸痰时要严格遵守操作规程,注意无菌操作,应快速、准确、轻柔地用吸痰管抽吸分泌物,禁忌将吸痰管上下提插,每次吸痰不超过15 s。重视气管内导管的消毒,常规每6~8 h进行一次清洗,分泌物稠厚又多时,可随时清洗,煮沸消毒好后立即安上,以防长时间的脱离,引起外