维普资讯 http://www.cqvip.com

应按常规消毒用5 mL空针7~8号针头向压痛点探索方向及深浅处来回拨动数次,在拨动时大多数患者可听到咔咔响声即取针。在针拨同时选用颈宁液6~10 mL加0.9%生理盐水注射液至20 mL,作椎旁高压注射。每3 d治疗1次,直到压痛点消失为止,治疗应以第5颈椎以上为重点。一般20 d为一个疗程,最长不超过30 d。

2 结果

疗效评价标准。优:症状完全消失,血压体征恢复正常,可正常工作。良:症状血压体征恢复正常,劳累后可偶现颈部不适。可:症状体征略有改善,仍需治疗。无效:症状体征无改变。本组45例患者中,优22例,占49%;良12例,占27%;可10例,占22%;无效1例,占2%。

3 讨论

颈宁液具有扩张血管,改善微循环,增加血液量,抑制血小板聚集和血栓形成,溶血栓、降低全血粘滞度等作用.在颈椎退变过程中,椎动脉外周有不少植物神经纤维组织,当退变发生到一定程度时,可因颈肌痉挛、颈椎骨变形、移位、骨赘刺激或压迫了椎动脉而造成脑供血不足,也可因植物神经组织受到刺激而反射性脑血管痉挛,造成脑的供血障碍,均可产生颈椎病假性高血压征。临床上血压升高与颈椎病相一致,随着颈椎病症状加重而升高。因此,凡具有上述表现经降压治疗疗效不佳而经颈椎病治疗显效者,首应考虑颈性高血压的诊断,及时摄颈椎X线片以协助诊断[2-3]。颈部疼痛及颈部软组织的痉挛出现,多为退变后局部无菌性炎症所致,而骨赘并非首要因素[4-5]。本组患者在随访后发现,影像学检查骨赘无改变,但疗效确很稳定,说明颈宁液配合针拨术可以增加软组织微循环,消除痉挛,改变动力平衡使骨赘压迫和椎体移位得以纠,这正是治疗本病的重要基础。

影响颈性高血压疗效的因素很多,作者认为有以下几点:①动脉粥样硬化使椎动脉管壁变硬弹性下降,致使疗效很差。本组有2例患者严重椎动脉硬化,MRI加强造影显示椎动脉在横突孔行程中,因变长、变细、迂曲而影响脑供血量。②钩椎关节有骨赘形成或者横突孔内有极小骨赘出现,以及先天性横突孔发育较小,均可使椎动脉管径变窄,形成交感性颈椎病假性高血压征,这类患者疗效极差。③在原发性高血压患者中,合并有交感型颈椎病患者,这类病人虽用药物对原发性高血压控制,本法疗效也很差。④在颈椎病患者中,同时患有高脂血症、糖尿病,必须首先控制高脂血症及糖尿病,否则因代谢紊乱最终导致动脉硬化而影响疗效。

[参考文献]

[1] 薛平武.针刺为主治疗神经根型颈椎病临床分析[J].颈腰痛杂志,2003,24(1):54-55.

[2] 黎 川,田小川,方卫东.脊髓型颈椎病高场强磁共振成像探讨[J].局解手术学杂志,2004,13(3):155-157.

[3] 冯金升,李勇枝,敬红平,等.颈肌退变与颈椎病[J].局解手术学杂志,2005,14(3):189-190.

[4] 肖翠君.老年高血压病与颈椎病的关系[J].中国误诊学杂志,2006,6(12):2326.

[5] 吕有魁,何宗宝,陈东昌.国内颈椎性血压异常发病机理研究概况[J].颈腰痛杂志,2007,28(1):61-62.

(编辑:郭光金)

食管癌根治术后并发胸内吻合口瘘的预防护理

朴莲玉[1],曲 杰[1],赵宏颖[1],沈兴艳[2],李 桃[2],秦翠萍[2] (1.佳木斯肿瘤医院胸外科,黑龙江 佳木斯 154002;2.佳木斯结核病医院,黑龙江 佳木斯 154002)

[关键词] 食管癌;胸内吻合口瘘;预防;护理
[中图分类号] R735.1 [文献标识码] B [文章编号] 1672-5042(2008)01-0068-02

食管癌根治术后并发胸内吻合口瘘是一种严重的并发症,也是术后死亡的主要原因之一。死亡率高达50%[1]。我院自1997年10月至2006年10月对150例食管癌患者施行食管癌根治术,术后并发胸内吻合口瘘,经采取各种有效的治疗护理措施后,明显降低了死亡率,先将护理体会介绍如下。

1 临床资料

本组患者共13例,其中男9例,女4例,年龄45~65岁。患者均在食管癌根治术后发生吻合口瘘。12例吻合口发生于术后7~14 d,1例吻合口瘘发生于手术后第33天。通过加强心理、管道、营养三个方面的护理,消除其病理情绪,保证引流通畅及全身营养供给。1例病人因术后胸内感染败血症于术后第18天死亡,其余12例均康复出院。

2 护理方法

2.1 管道护理

保持胃管通畅,将胃管固定,防止脱出,每隔20~30 min抽吸1次。胃肠减压管应保留6~7 d,负压在10.4~13.3 kPa。若胃管不通畅,可用少量生理盐水冲洗并及时回抽,避免胃扩张增加吻合口张力。并发吻合口瘘。待胃肠恢复功能,肠鸣音恢复,按医嘱则可拔除胃管。在拔胃管时遇有阻力应及时报告医生,不可强行用力拔出,以免撕裂吻合口。对已出现吻合口

[收稿日期] 2007-10-28 [修回日期] 2007-12-08

维普资讯 http://www.cqvip.com

瘘的病人,应继续保留胃管接胃肠减压抽吸胃内容物,防止胃液反流,减少胸腔内感染,有利于瘘口愈合。保持有效的胸腔冲洗和引流是治疗吻合口瘘的主要措施。术后一般需要保留胸管7~8 d,通常是拔除胃管后再拔胸管。目的是矫正呼吸循环机能的障碍、预防和控制感染、观察是否发生吻合口瘘,病人口服美兰后观察引流管是否有含美兰的液体引出。定时挤压胸腔引流管,防止阻塞,注意观察并记录24 h引流量和颜色。

2.2 营养护理

术前根据病人的吞咽程度,给予饮食指导,鼓励病人进食高热量、高蛋白、高维生素、易消化的事物,并注意饮食卫生。有贫血、脱水、营养不良者酌情给予输血、输液、静脉高营养等,以增强机体抵抗力,提高病人对手术的耐受性。术后严格控制进食时间,计划补液量,供给充足的营养。吻合口瘘发生后,病人常有高热,机体处于应激和高分解代谢状态,基础代谢增加,加上每天丢失大量的消化液,机体免疫力下降,感染难以控制,致使吻合口愈合缓慢或难以愈合,因此,充足的营养供给是吻合口瘘愈合的重要条件。禁食期间持续胃肠减压。我们根据每日引流量及排泄量的总量,计划补液。停止胃肠减压24 h后,若无呼吸困难、胸内剧痛、患侧呼吸音减弱及高热等吻合口瘘的症状,可开始经口进食,根据医嘱给病人进食。观察进食后有无梗阻、疼痛、呕吐、腹泻等情况。胃肠道症状严重者应再次禁食,给予静脉营养。食管胃吻合口术后,应少量多餐,防止进食过多、过快[2]。

3 讨论

临床分析认为吻合口瘘的发生原因有:①术前准备不足,营养状况不佳;②术中操作不当,使吻合口张力过大,血运不良等;③术后拔管过早;④食管特有的解剖特点。本组4例术前准备不足,引起吻合口瘘,3例为术中使用吻合器不当致部分钽钉脱落组织受损引起吻合口瘘,3例为术后过早拔除胃管,引起胃扩张所致,还有3例则是术后进食不注意,由于食物刺激作用使吻合口扩大过度,引起吻合口瘘。食管癌术后并发胸内吻合口的发生危害性大,有效预防吻合口瘘发生很重要。早期严密观察病情变化,尽早发现吻合口瘘,是保证伤口尽快愈合的前提。对发生吻合口瘘的患者,应加强各方面的护理,消除其病理情绪,保证引流通畅及全身营养供给,使患者得以早日康复[3]。

总之,吻合口瘘病人的护理在整个治疗过程中起着很重的作用,它影响着病程和预后。因此,做好该并发症的护理,对保证疗效,减轻病人痛苦意义重大。

[参考文献]

[1] 王寿强.食管癌贲门癌术后胸内吻合口瘘的治疗[J].实用肿瘤杂志,2002,17(5):347-348.
[2] 程毓芳,焦红朵,黑红仆.胸内食管胃温和口瘘的观察与护理[J].洛阳医专学报,2002,20(2):156.
[3] 孙 勇,熊 刚,吴 蔚,等.食管贲门癌术后胸内吻合吸胸胃瘘的临床处理[J].局解手术学杂志,2005,14(3):151-152.

(编辑:周小林)

肝硬化腹水感染18例诊治体会

郝云鞍 (鞍山市双山医院消化内科,辽宁 鞍山 114032)

[关键词] 肝硬化;腹水感染;治疗
[中图分类号] R572 [文献标识码] B [文章编号] 1672-5042(2008)01-0069-02

腹水感染又称之为自发性腹膜炎,是肝硬化常见的严重并发症之一。其病程凶险,可危及病人性命,故早期诊断和积极有效的治疗对病人预后十分重要。我科2000年至2007年5月共收治肝硬化腹水感染患者18例,现回顾性临床分析,将诊治体会报告如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料

本组患者共18例,其中男性12例,女性6例,年龄38~72岁。根据2000年西安"第十次全国病毒性肝炎会议"修订的诊断标准及Chid-Pugh评分标准,18例完全符合肝硬化腹水。均有发热(体温大于38 ℃)和腹痛,个别还表现腹胀与腹泻,全腹有压痛伴肌抵抗和反跳痛,腹穿抽出脓性腹水。腹水培养有致病菌大肠杆菌或金黄色葡萄球菌生长,对头孢三代抗菌素敏感。

1.2 治疗与转归

本组4例危重患者转入外科经手术治疗(腹腔冲洗),术后全部切口裂开,腹水外渗,死亡3例,治愈1例。另14例采用保守治疗:头孢三代抗菌(头孢曲松钠,头孢他啶)抗炎,全身营养支持(完全静脉高营养和部分静脉高营养疗法)保肝治疗和适当腹穿抽出脓性腹水,除2例因并发多脏器功能衰竭死亡外,其余12例治愈,总治愈率72.2%。

2 讨论

腹水感染是肝硬化最严重的并发症,临床治疗比较棘手,分析腹水感染的病因可能与下列因素有关:①肝硬化病人由于肝功能失代偿,白蛋白合成障碍,加之门静脉高压,腹腔有腹水外渗,这表明病人存在严重的营养不良和低蛋白血症,导致其

[收稿日期] 2007-10-16 [修回日期] 2007-12-18