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

维普资讯 http://www.cqvip.com

自身免疫机能低下,由此引起肠粘膜屏障功能受损,肠腔内的细菌和毒素易位,继而引起了腹水感染。从本组病例腹水培养发现有致病菌生长,充分说明了肠腔内细菌易位的严重性。②由于肝硬化病人长期营养不良,贫血,活动差,抵抗力低下,易患呼吸道感染,个别还因食道静脉曲张和痔上静脉曲张破裂,发生呕血和便血,导致细菌进入发生菌血症,继而引起腹水感染。③医源性促发感染因素:当腹水增多,严重影响病人的呼吸和消化功能时,需间断性,每次少量抽放腹水。在抽放腹水过程中,如果医护人员操作不当、无菌观念差则极易引起腹水感染。

肝硬化腹水感染的诊断主要依据症状体征和腹水化验,由于该病预后不佳,故要求早期诊断早期治疗。对肝硬化腹水感染(自发性腹膜炎)的治疗以保守治疗为宜。本组有4例转入外科手术,手术虽能清除感染之腹水,但术后腹水仍在外渗并且由切口渗出,可引发其他感染,另外病人术后仍需要抗炎及营养支持,这与保守治疗基本相同。本组术后3例因并发肝昏迷死亡,除自身病重外,分析与全身麻醉和手术创伤也多少都有一定的关系。腹水感染的致病菌主要来自病人的肠道,所以采用头孢三代抗菌素大剂量抗炎能使腹水感染得以控制,加之保肝和全身营养支持(每日输白蛋白和间断输血浆等),适当抽放腹水和利尿,其疗效比较显著,如本组14例采用保守治疗总治愈率72.2%,也说明了这一问题。

(编辑:朱志立)

基底动脉尖综合征8例临床分析

王安君 (鞍山市双山医院神经内科,辽宁 鞍山 114032)

[关键词] 基底动脉尖综合征;缺血性脑血管病;临床分析
[中图分类号] R743 [文献标识码] B [文章编号] 1672-5042(2008)01-0070-02

基底动脉尖综合征(top of the basilar artery syndrome,TOBS)系因基底动脉尖部的血循环障碍所致,以意识障碍、瞳孔异常及眼球运动障碍为主要表现的一组临床综合征。临床上较少见。随着临床医师对此病的认识及辅助检查的发展。特别是MRI的普及,TOBS的确诊率越来越高。现回顾我院收治的8例TOBS病例,结合文献临床分析如下。

1 临床资料

本组患者8例,其中男5例,女3例。年龄53~76岁,平均63岁。既往高血压病史6例,糖尿病病史1例,冠心病病史1例。8例患者均为突发起病,且发病过程中均伴有不同程度的意识障碍。嗜睡3例,一过性意识障碍3例,昏迷2例。其中去脑强直发作1例,瞳孔改变及眼球运动障碍6例,垂直运动障碍5例,动眼神经麻痹1例。肢体瘫痪4例,共济失调2例,双侧巴氏征阳性6例,视幻觉1例。8例患者均行头CT检查,其中3例行头MRI检查。头部CT、MRI显示:丘脑梗死6例(双侧5例),枕叶梗死3例,小脑梗死2例,颞叶内侧梗死1例,脑干梗死5例。

2 结果

全部病例均按照缺血性脑血管病治疗,抗血小板聚集、抗凝血、降低纤维蛋白原、防脑水肿,对症支持治疗。8例患者治愈1例,显效2例,有效2例,恶化1例,死亡2例。

3 讨论

基底动脉尖部是指以基底动脉顶端为中心的2 cm直径范围内的5条血管,即由双侧大脑后动脉、双侧小脑上动脉和基底动脉顶端形成的"干"字区域。各种原因引起的该区域动脉闭塞,出现突发意识障碍、瞳孔及眼球运动异常为主要表现的一组综合征即构成TOBS。TOBS的临床特点:①本病的主要病因为心源栓塞和动脉硬化性梗死;②一般起病急、进展快,症状、体征涉及多部位,主要临床表现为意识障碍、眼征、偏瘫或四肢瘫、共济失调、眩晕、呕吐等;③较早、较快的出现并发症,如上消化道出血、中枢性高热、肺部感染、呼吸节律的改变等;④头颅MRI显示基底动脉尖部5支动脉供血区的多处梗死。对于具有上述特点的患者及早行头部MRI检查,如果头颅MRI显示基底动脉尖部5条动脉供血区2处以上梗死灶即可诊断[1]。

本组病例发病过程中均有不同程度的意识障碍,主要由于中脑网状结构上行激话系统和丘脑网状核及下丘脑功能受损所致,瞳孔异常及眼球运动障碍是TOBS的另一个主要症状。本组5例眼球垂直运动障碍,为上丘脑水平垂直运动中枢病变或周围病变水肿压迫所致。1例动眼神经麻痹,主要损害了中脑导水管腹侧被盖内侧EW核造成瞳孔散大、动眼神经核或根受损表现为眼球运动障碍。1例出现视幻觉,与大脑脚、黑质、红核、中脑导水管旁灰质及小脑上脚损害有关。影像学特征为丘脑和脑干病变比率高,主要为基底动脉尖端发出分支动脉供血给中脑、丘脑、枕叶、小脑上部和颞叶内侧,供应中脑和丘脑血液的深穿支远较大脑与小脑血液的动脉细,侧枝循环建立更慢,故TOBS临床上主要表理为中脑和丘脑缺血症状,这与文献报道一致。由于TOBS仍然为急性脑梗死,但由于它的特殊性在治疗上也与常见脑梗死不同,认为临床上除按常规急性脑梗死治疗外,应及早诊断、充分应用脱水降颅压药物。因为脑水肿可以诱发枕骨大孔疝引起呼吸循环衰竭而死亡,故应充分脱水降颅压,以免形成脑疝危及生命,在临床上不能用大脑半球

[收稿日期] 2007-11-12 [修回日期] 2007-12-25