维普资讯 http://www.cqvip.com



局解手术学杂志 2008年第17卷第2期
J Regional Anat & Operative Surg,2008,Vol.17,No.2

# 3L小敷贴在唇裂修补术中的应用

杜文秀,曾 俊 (第三军医大学附属西南医院手术室,重庆 400038)

[关键词] 唇裂修补术;小敷贴;应用
[中图分类号] R782.21 [文献标识码] B [文章编号] 1672-5042(2008)02-0132-01

由于唇裂修补术手术部位的特殊性,在伤口粘贴时,传统的方法常为使用蝶形胶布,这种方法存在着粘贴不稳、对术者(常为婴幼儿)皮肤刺激大、不能为伤口提供一个无菌屏障等缺点。我室采用经制作的3L公司生产的小敷贴粘贴唇裂修补术后的伤口,充分解决了以上缺点,现介绍如下。

## 1 材料与制作

将6 cm×7 cm的3L小敷贴置于手术台上。手术护士在无菌条件下,用线剪将小敷贴沿弧线将其多余部分剪去(图1),弧的大小应以不遮盖患者口鼻为宜。

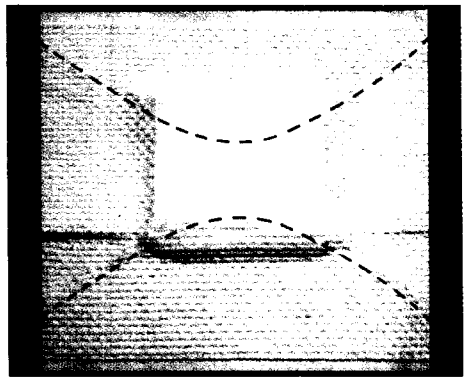


图1 沿虚线剪去的小敷贴

## 2 使用方法

伤口缝合完毕并清理干净后,将制作好的小敷贴的棉芯部分对准伤口,术者面对患者,左手固定小敷贴棉芯部分,右手以拇指和食指缓慢撕去一边的衬纸,其余手指将患者左面部的皮肤稍向内拨后将小敷贴粘贴其上,同法粘贴右面部,以降低伤口张力。

## 3 优点

取材及制作简单,因其为无菌敷料,术者可以在无菌台上根据伤口及患者面部大小随意剪裁,外形美观。敷贴具有棉芯且小巧,可以吸去唇部伤口渗液,使伤口保持清洁干燥,且为伤口提供了一个无菌屏障,促进伤口愈合。固定牢靠,不易滑脱。

(编辑:余汇洋)

[收稿日期] 2007-11-23 [修回日期] 2007-12-25

# 甘氨双唑钠配合放射治疗食管癌的护理

郑 颖,杜 敏,刘建华,干 霞,李 霞 (成都军区总医院肿瘤科,四川 成都 610083)

[关键词] 甘氨双唑钠;放射治疗;食管癌
[中图分类号] R595.4 [文献标识码] B [文章编号] 1672-5042(2008)02-0132-02

食管癌是常见的恶性肿瘤,手术治疗结合放、化疗仍是食管癌的首选治疗方法。为了总结甘氨双唑钠配合放射治疗食管癌患者的护理及预防毒副反应的方法,本文对2006年10月至2007年5月收治的18例放疗前滴注甘氨双唑钠的食管癌患者的护理进行回顾性分析报告如下。

## 1 资料与方法

### 1.1 临床资料

本组患者18例,年龄43~78岁,平均年龄64岁。均为各种原因不能进行外科治疗的食管癌患者,卡氏评分大于70分。

### 1.2 治疗方法

放射治疗前按体表面积每次800 mg/m$^2$加入到100 mL生理盐水中,充分摇匀后30 min滴完,给药后60 min内进行放射治疗。隔日1次,从放疗疗程开始连续用药至放疗疗程结束为止。患者均在模拟机下定位,三野照射前胸垂直野野宽7.0 cm,后背两斜野野宽5.0~6.0 cm,食道靶区剂量60~65 Gy,照射野范围包括:原发病灶及纵隔转移淋巴结,每日1次,每周5次,每次2 Gy。外照射过程中,2周校正照射野1次。定期检查血常规、肝功能。

[收稿日期] 2008-01-20 [修回日期] 2008-03-10

维普资讯 http://www.cqvip.com



## 2 结果

全部病例均完成放疗,治疗期间及随访期间未观察到严重的药物毒副作用。8例患者放射性食管炎;4例患者皮肤粘膜反应;1例患者血像变化;1例患者肝功能损害。

## 3 护理体会

放射性食管炎一般发生在放疗后3周左右,其发生机制是由于射线对食管粘膜损伤,导致粘膜充血、水肿、糜烂,甚至一过性狭窄,常在接受放疗20~40 Gy时出现,轻者导致病人思想负担加重,摄入不足,重者导致病人营养不良,丧失治疗信心,放弃或中断治疗,严重影响了病人的生活质量及疗效。故一旦发生应立即治疗,可给予思密达3 g,用温开水调成糊状(10 mL左右)加金因肽5 mL口服,每日3次,服药后30 min内不饮水,以利药物与食管粘膜充分接触。

使用冷水及中性肥皂液清洗皮肤,保持照射野干燥,穿宽松、吸水性好的棉质衣服,避免摩擦、搔抓照射部位皮肤。放射性皮炎一般表现为照射局部出现红斑伴有烧灼感或刺痒感、触痛斑状、湿性皮炎、中度水肿。在发生Ⅱ级放射性皮炎时即开始给予贝复喷雾剂和百多帮软膏外用,通过处理无1例发生Ⅳ级放射性皮炎。严重时应暂停放疗,待局部区域基本愈合后再恢复治疗,防止发生皮肤坏死、溃疡和出血。

病室内定期通风,限制探视人员,每日饮水1 500 mL以上,每日用紫外线照射消毒病房,消洗灵液拖地、擦试床头柜及床旁椅,避免交叉感染。注意保持口腔、肛门及会阴部清洁。女性患者若在月经期更应注意外阴清洁,每天更换内衣裤,预防感染发生。对白细胞数小于$1.0\times10^9$/L者给予保护性隔离,住单人病房并按医嘱皮下注射升白针。本组有1例患者出现Ⅲ度白细胞减少,仅给予生白片口服后恢复正常。在滴注甘氨双唑钠后可导致患者转胺酶一过性升高,给予保肝药物多烯磷脂酰胆碱(易善复)后转胺酶在1周左右恢复正常。

(编辑:蒋登金)

# 无症状脑梗死临床及影像学分析

王安君 (鞍山市双山医院神经内科,辽宁 鞍山 114032)

[关键词] 脑梗死;影像学;病理改变
[中图分类号] R743.3 [文献标识码] B [文章编号] 1672-5042(2008)02-0133-02

无症状性脑梗死(silent brain infarction,SBI)是指无脑卒中病史,无神经系统症状及体征,而影像学检查(头颅CT或MRI)却发现脑梗死病灶;或虽有脑卒中病史,而影像学检查发现了不能解释其症状和体征的非责任病灶[1]。本文将2000年至2007年,我院收治的62例无症状性脑梗死病人进行临床及影像学分析,报告如下。

## 1 临床资料

62例患者中男32例,女30例;60岁以下31例,60岁以上31例;伴有高血压病33例,高血脂43例,冠心病18例,糖尿病16例。全部病例均为其他疾病行CT或MRI检查时发现病灶。全部病例均无脑梗死病史,多数患者有如头晕、肢体麻木、睡眠障碍、记忆力下降等表现。

## 2 方法与结果

60岁以下的患者中,CT检查发现病灶者15例,共37处,MRI检查发现病灶者17例,共39处;60岁以上的患者中,CT检查发现病灶者24例,共72处,MRI检查发现病灶者26例,共76处。病灶位于基底节区29例,位于放射冠区9例,位于侧脑室前后角区5例,位于桥脑1例,多发病灶36例。77%的患者病灶小于15 mm,23%的患者病灶大小于15~20 mm。

## 2 讨论

SBI是一种常见的脑血管疾病,其发生与小动脉的粥样硬化和微栓塞有关,病理改变的实质是一种特殊类型的腔隙性脑梗死。在早期,小动脉管壁的中层平滑肌细胞增生,出现胶原纤维及玻璃样变,导致管壁逐渐变厚,使管腔形成狭窄甚至闭塞。因为这些小动脉是无分支的终末动脉,一旦发生闭塞则易发生缺血性坏死。这些病变以直径小于100 μm的穿通支动脉为主,故腔隙性脑梗死病灶好发于基底节与白质,且呈多灶性。虽然SBI的发病率较高,但因患者无明显症状所以容易被漏诊。通过对本组资料的分析,可以总结SBI有以下一些特点:①存在高血压、冠心病、糖尿病等危险因素;②临床上患者常常出现头晕、肢体麻木、记忆力下降等症状,但由于症状不明显常易被忽视;③病灶多为腔隙性脑梗死灶;④随着患者年龄的增长,梗死病灶的数量有所增加;⑤发病部位以基底节区及放射冠区为多;⑥MRI检查效果较为可靠,能发现一些CT检查所未显示的病灶。

SBI的预后主要发展为症状性脑梗死、老年性痴呆、假性球麻痹等,因此对SBI要提高认识,老年患者常存在高血压病、高血脂、冠心病、糖尿病等危险因素,所以在接诊老年患者时,对于一些如头晕、肢体麻木等非特异性症状要引起重视,尽早进

[收稿日期] 2007-10-10 [修回日期] 2007-12-26