维普资讯 http://www.cqvip.com

加重。无明显的咽喉异物史及急性咽喉炎史，囊肿直径1.5～3 cm，部位均在咽喉（咽侧壁、舌会厌隙、杓会厌襞外侧各一例）。3例病人均行颈外径路手术切除，术前或术中行气管切开。

1.2 治疗

由于患者入院时有明显的呼吸困难，入院即行紧急气管切开术并给予静脉输液等治疗，改善全身状况，3 d后在全麻下行颈前弧形切口，离断舌骨于甲舌膜进入咽腔，术中见囊肿约3 cm×3 cm，边界清，囊壁厚约2～3 cm，韧性好，基底位于中线偏右会厌之舌面。囊内容为黄白色牙膏体样无细胞结构物质，在直接喉镜及食道镜配合下完整切除肿瘤。颈部常规置放引流条，术后给予消炎止血，心电监测。病理结果证实为表皮样囊肿。术后5 d拔除气管套管痊愈出院。3例病人术后随访2年均未见复发，吞咽及发音功能无异常。

2 围手术期护理

病人对自身疾病认识不足，首次接诊病人时，护士应有的放矢地进行术前指导，告知疾病的危重性、治疗方案、预后及转归等，对恐惧手术者应耐心进行心理辅导，告知术后不影响语言交流并可在术后1 d进食半流饮食，一般术后3 d即可恢复正常生活。术前1 d准备好鼻胃管，按喉咽手术要求准备术区皮肤。做好气管切开准备工作，常规术前口服安定5 mg并禁食。

血压及血氧饱和度（SpO_2）监测，术后心电监测24～48 h，重视血压和SpO_2的改变，保持呼吸道通畅，严密观察呼吸频率和深度，术后患者床旁需备有强有力的吸引器。如作气管切开者，每2 h充分吸痰。交待病人和家属，保护好气管套管，严防异物和污物坠入，护理中经常检查气管套管固定绳是否系牢，防止咳嗽时脱出，管口"帘"污染应立即更换并定时湿化。术后次日给予高热量、高蛋白、高维生素的流质饮食5～6次/d，忌食刺激性食物，术后2 d开始可进半流食，进食时病人采取半坐位，防止引起呛咳导致误吸。病人出院时，应指导病人1个月内禁止食过硬的食物，积极预防感冒，进行适当的体育锻炼，定期复查、随访。

3 讨论

囊肿为临床常见病，但发生于喉咽部且体积巨大影响呼吸者较为罕见，常因呼吸困难而危及生命。值得注意的是此类病人发病隐匿，有的病人之巨大囊肿甚至穿过甲状软骨膜突向颈部，有学者认为与囊肿的发生有一定的关系，故强调随访的重要性。在追问病史时有病人回忆曾有误咽异物史，但因病史较长，无连续观察的病历资料，故不能确定咽部异物与囊肿之因果关系。喉咽较大囊肿患者当发生呼吸道感染或在剧烈活动时呼吸困难程度明显加重，因此，体积较大的囊肿一经发现当尽早切除。喉咽囊肿手术治疗的关键是选择适当的手术径路。较小囊肿或术前能够确诊者通常可以行支撑喉镜下切除。囊内容常为液状者，可行穿刺抽液以缓解病情，但当其为粘稠或半固体状者，则不能奏效。对于巨大的喉咽囊肿，为便于彻底切除和有效的止血，选择颈前或颈侧切开径路最为安全和恰当，但无论采取何种径路和手术方案，适时进行气管切开是非常重要的。

在护理方面一是应注意心理护理，病人担心手术影响呼吸常存有恐惧心理，护士应对患者客观细致地解释，减轻病人的矛盾及恐惧心理，使其有充分思想准备正确面对手术。二是教会患者术后不能说话时用手势和笔来交流，积极配合治疗和康复。三是术后护理应严密观察，保持呼吸道通畅，防止咽喉水肿引起呼吸困难、血氧饱和度（SpO_2）下降。术后给予4次/日雾化吸入，促进排痰、消肿，注意口腔护理，防止感染。总之，术前对患者进行全面身心评估，术后加强对切口渗血的观察与护理、确保呼吸道通畅、注意营养支持，重视患者的感受和需求，可帮助患者顺利完成手术治疗，减轻他们术前的忧虑和术后的痛苦，减少并发症的发生。

（编辑：张天飞）

直肠癌合并爱滋病手术1例治疗体会

匡 毅 （重庆市肿瘤医院外科，重庆 400030）

[关键词] 直肠癌；爱滋病；手术
[中图分类号] R735.37；R719.8 [文献标识码] B [文章编号] 1672－5042(2005)04－0277－02

平常我们认为艾滋病离我们很远，实际上随着艾滋病的流行，医务人员很容易接触到该病，尤其是艾滋病毒携带者，因其无临床症状，血液传染性更强。本文就我院2004年12月1日收治的一例直肠癌合并爱滋病手术探讨如何避免院内感染和保护医务人员的问题，现报告如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料

患者女性，32岁。因肛门坠胀、便频、粘液便4月伴血便2次，于2004年12月1日入院。4月前出现肛门坠胀、便频，每日4～5次，时干时稀、量少、混有黏液。自购止泻药物服用无效。病后1月饮酒后血便，到当地镇医院诊治，行输液抗炎治疗半月，无效。入院前半月出现腹部隐痛，1周前饮酒后再次出现便血，肛门坠胀加重，大便每日7～8次，到医院行结肠镜检查，发现直肠管状腺癌，肠腔已狭窄，镜身不能通过。即往史：未献过血，也未接受过输血。不吸食毒品。7年前与丈夫分居，近3年交过3位男朋友，其中一位吸毒。

1.2 辅助检查

腹部平软，无压痛，未扪及包块，肝、脾无肿大。指肛检查发现距肛门8 cm处包块，质硬，尚有一定活动度。HBsAg +，

[收稿日期] 2005－01－15 [修回日期] 2005－03－01

维普资讯 http://www.cqvip.com

HBeAb +, HBcAb +, HB - PreS1 +, HCVAb -, RPR -, HIVAb +(初筛), HIV抗体确认报告为阳性。CD细胞检测报告: CD3 + CD4/CD3 + 24, CD3 + CD4 + 251, CD3 + CD8 + /CD3 + 74, CD3 + CD8 + 784, 结论为免疫功能低下。AIDS病毒载量检测: 1.288E + 05拷贝/ml。

1.3 手术治疗

经术前准备后, 在持续硬膜外麻醉下行直肠癌根治术。手术清除肠系膜下动脉根部淋巴脂肪组织, 切除直肠肿瘤以及肿瘤以下全部直肠系膜, 用双吻合器吻合乙状结肠和直肠。

2 结果

术后4 d肛门出现排气, 小便自解, 5 d开始进食, 手术切口甲级愈合。术后11 d出现肠梗阻, 经保守治疗而愈。术后未化疗出院。病理报告: 直肠局限溃疡型管状腺癌。

3 讨论

艾滋病, 尤其是艾滋病毒携带者, 因其无临床症状, 血液传染性更强。因此为避免院内感染和保护医务人员, 根据此例患者治疗体会到: 对需手术治疗的青壮年病员术前应常规检查艾滋病抗体, 确诊后需请传染科专家会诊, 明确艾滋病病情是否适合立即手术, 或先行抗病毒治疗再手术。手术人员在思想上对该病应有充分的认识, 但不必恐惧。手术组应选手术技术娴熟、平时配合默契、皮肤无损伤的人员。手术要戴护目镜保护眼结膜。戴双层手套, 切忌术中被缝针、刀、剪等器械误伤。术前必须准备好病毒阻断剂, 放置于手术室, 一旦术中发生误伤、暴露, 立即服用。麻醉方式宜选用持续硬膜外麻醉, 以避免污染呼吸机。术中对低值易耗品尽量使用一次性物品。手术器械可用常规器械, 但不宜使用腹腔镜。术中所弃垃圾集中焚毁。艾滋病毒对常用含氯消毒剂、乙醇、甲醛、湿热等很敏感, 因此, 术中使用的器械不出手术室, 擦试后化学药液浸泡即可杀死病毒。地面用含氯消毒液处理即可。术后病员住隔离病室, 所用的敷料、穿刺针、输液器等物品集中焚毁。地板每日以含氯消毒液处理。医务人员对病员进行诊疗应戴手套。护理人员对病人生活护理、基础护理以及操作治疗时, 一定要规范化, 将健康教育贯穿其中, 对患者或家属进行艾滋病知识的健康讲解, 使其解除恐惧心理, 积极配合治疗。规范化操作是减少交叉感染、防止职业性感染的保证。只有医护人员自身素质的不断提高, 真正掌握了艾滋病的相关知识和娴熟的操作技能, 才能克服恐惧心理, 增强责任感, 提高医疗护理质量和水平。

(编辑: 左艳芳)

阴道助产术式的选择与体会

王 琼, 徐 波, 王 力 (达州市中心医院住院部妇产科, 四川 达州 635000)

[关键词] 阴道; 助产; 产钳
[中图分类号] R717 [文献标识码] B [文章编号] 1672 - 5042(2005)04 - 0278 - 02

作为助产士不仅要掌握各种助产技能, 而且要熟悉各种助产术式对母婴产生的不良影响。为了提高一次性助产成功率, 降低母婴损伤率, 作者对自1998年1月至2001年12月在我院头位阴道分娩2 318例, 先后选用产钳、单叶产钳、胎头吸引器等进行阴道助产的病历进行回顾性分析、总结, 报道如下。

1 资料与方法

本组头位阴道分娩2 318例, 其中行阴道助产159例, 助产率6.86%: 产钳54例(33.9), 单叶产钳65例(40.88%), 胎头吸引器40例(25.16%)。三种助产术式的产妇年龄、身高、体重、胎产次、骨盆经线、新生儿体重均无显著性差异。

2 结果

在胎头吸引器助产的40例中, 产妇阴道裂伤2例(5%), 阴道血肿1例(2.5%); 新生儿皮肤擦伤4例(10%), 头皮血肿25例(62.5%), 颅内出血3例(7.5%)。在产钳助产的54例中, 产妇阴道裂伤13例(24.07%), 宫颈裂伤2例(3.7%), 阴道血肿1例(1.85%); 新生儿皮肤擦伤1例(10%), 头皮血肿1例(1.85%)。单叶产钳助产65例, 致产妇阴道裂伤2例(3.08%); 新生儿皮肤擦伤2例(3.08%)。

3 讨论

产钳和胎头吸引是临床常用的阴道助产方法。产钳具有"钢盔样"保护作用, 但产钳放置于胎头两侧, 不能旋转胎方位, 位置一旦发生偏移, 易损伤胎儿面部皮肤或器官。产钳放置于产道内所占面积大, 牵拉过程中易损伤阴道黏膜组织, 甚至引起软产道撕裂伤或会阴侧切口加深延长。本组54例使用产钳, 有13例发生阴道撕裂伤, 发生率高达24.07%, 足以证明其不足, 因此, 助产士往往心有余悸, 导致剖宫产率升高。胎头吸引器助产, 虽不增加胎头娩出径线, 对母体产道损伤小, 但放置胎头吸引器到胎儿娩出的过程所花时间比产钳长1 ~ 4 min, 它主要是利用在胎儿头皮上产生的强大负压吸引力达到助产的目的, 这样就使头皮及颅骨承受很大的压力及牵引力, 极易导致头皮血肿、颅内出血, 甚至颅骨变形、胎儿死亡等多种并发症。本组40例使用胎头吸引器助产, 25例发生头皮血肿、3例颅内出血, 发生率高达70%, 后者可能不可避免的对新生儿脑组织的生长发育带来不利影响, 特别是在胎儿缺血缺氧的情况下, 胎头吸引器助产时间长, 对新生儿的损害更是无法估量。

[收稿日期] 2005 - 02 - 15 [修回日期] 2005 - 04 - 18