维普资讯 http://www.cqvip.com

一、资料与方法

1.临床资料:本组87例,男54例、女33例,年龄14~67岁。胆脂瘤型中耳炎53例,骨疡型中耳炎31例,合并颅内并发症3例。

2.手术方法:患者侧卧位,患耳朝上,外耳道用新洁尔灭消毒,耳周用高效碘消毒,1%利多卡因肾上腺素液行耳道四壁及耳大神经、枕小神经、耳颞神经浸润、阻滞麻醉,耳后切口,完成乳突根治术和鼓室成形术III型。自外耳道口6点向耳甲腔做"C"形切口,上端达外耳道口12点,在12点剪断外耳道后上壁的皮肤及骨膜,将皮瓣修薄、翻转向后铺在乳突腔内,鼓膜表面放置明胶海棉和小碘纺纱条,乳突腔内放长碘纺纱条,外耳道口用抗生素油纱条压迫固定。(见图1,2)。



图1 经典式耳甲腔成形术切口



图2 改良式耳甲腔成形术切口

二、结果

所有病例耳甲腔成形完成顺利,术后随访6~36个月,耳甲腔宽大,无一例感染。

三、讨论

本术式有以下优点:1. 本术式采用强化加局麻,不需要切除耳甲腔软骨,患者痛苦小,医疗费用低,减少患者经济负担。2. 改良后的耳甲腔成形术切口,所用时间是经典耳甲腔成形术所需时间的二分之一,约8 min。3.虽然切口缘暴露软骨,但在严格的无菌操作下抗生素药膏油纱条的保护下,再加上全身抗生素治疗无一例出现感染。4.手术方法简单,无需特殊器械,适宜推广。

(收稿日期:2002-10-07)

非手术治疗肠梗阻病人的观察与护理

黄秀娟* 金 佳* 王丽华* 孙向宏*

肠梗阻是普通外科的常见疾病。治疗方法有非手术治疗和手术治疗之分,非手术治疗需要严密的观察和护理。自2000年1月至2001年12月,我院普外科共收治肠梗阻病人289例,其中98例入院后即手术治疗,其余191例非手术治疗,治疗过程中中转手术58例,133例经非手术治疗治愈。现就非手术治疗肠梗阻病人的观察与护理报道如下。

一、肠梗阻病人的心里特点

首先要掌握肠梗阻的发病原因,肠梗阻的主要致病因素为粘连,而引起粘连的主要原因是腹部手术。因此,肠梗阻的病人多数都有腹部手术史和反复发作病史。所以,肠梗阻的病人较其他手术病人有更严重的恐惧和担心,易产生紧张、焦虑 、和忧愁的情绪。肠梗阻的严重腹胀、频繁呕吐、阵发性腹痛是引起病人紧张、恐惧的主要原因;肠梗阻的反复性又使病人担心和忧愁。作者根据疾病和病人的心里特点,结合每个病人的具体情况,开展整体护理。护士以关心的态度、亲切的语言、科学的知识向病人解释清楚肠梗阻的发病原因,发病规律,疾病的发展过程,治疗方法,每项治疗措施的目的,以及预防方法和今后的注意事项。帮助病人解除紧张和担心,树立战胜疾病的信心,使他们能积极地配合医疗和护理工作的开展。

二、临床观察

肠梗阻的临床表现为腹痛、腹胀、呕吐和停止排气排便。肠梗阻的病理生理改变导致胃肠膨胀,体液、电解质丧失和酸碱平衡紊乱,肠绞窄坏死,感染和毒素吸收等。肠梗阻的治疗原则包括:纠正水、电解质、酸碱平衡失调;补充循环血量;降低肠内张力;应用抗生素,防止感染,解除梗阻原因,恢复肠道通畅;手术处理肠绞窄。根据临床表现、病理生理改变、治疗原则等而确立观察项目。

1.生命指征观察:注意病人的体温、呼吸、脉搏、血压、神志的变化。若病人脉搏加快、血压下降、体温升高,说明有肠绞窄坏死的可能,应及时向医生汇报。

2.临床体征观察:注意病人的腹痛、腹胀、呕吐的变化和排气排便的恢复。若腹痛、腹胀减轻,且停止呕吐,并恢复排气,

* 作者单位:154002 黑龙江省佳木斯市中心医院普外科

维普资讯 http://www.cqvip.com

说明梗阻缓解,肠道功能恢复;若腹痛、腹胀加重,腹部可见固定不变的肠型,说明梗阻未缓解,应中转手术。

3.治疗效果观察:观察红细胞压积、尿比重、血清离子、二氧化碳结合力、白细胞计数等的变化,甚至可以做血气分析。了解水、电解质、酸碱平衡失调是否得到纠正;血容量是否补足;感染是否存在。

三、护理

护理主要包括静脉穿刺、胃肠减压和灌肠的护理。

1.静脉穿刺护理:肠梗阻病人输液量多、输液时间长,而且肠梗阻的病人需要离床活动。因此,静脉穿刺应采用上肢静脉,远离关节,妥善固定。

2.胃肠减压的护理:有效的胃肠减压是治疗肠梗阻的措施之一。放置胃管之前,要向病人讲明胃肠减压的作用,使之配合。放置胃管时动作要迅速而轻柔,胃管放置的深度要适当,保证其通畅。要观察流出胃液的质和量。如果流出的胃液不多,说明为高位肠梗阻;如果流出的胃液量很多,而且粪汁样液体,说明为低位肠梗阻,而且病情较重。

3.灌肠的护理:灌肠亦是治疗肠梗阻的措施之一。其作用是刺激肠蠕动、软化粪便、润滑肠道。常用的灌肠液有10%的氯化钠液、温肥皂液或液体石蜡等。用量为200~400 ml,可反复多次进行。因此,灌肠动作要轻,并且注意液体是否进入肠道,如果进入少量液体即不能继续灌入,说明梗阻位置很低,有肠道肿瘤的可能。

(收稿日期:2002-09-09)

经皮胸膜肺穿刺注药治疗空洞型肺结核的护理体会

刘英杰* 沈兴艳* 郑 杰* 韩丽影**

结核病临床工作中,临床医生对肺结核空洞的病人,特别是复治型肺结核空洞的病人有时是很棘手的。因为有空洞的存在,空洞内抗结核药物很难达到有效的MIC,致使结核菌长期在空洞内存活、繁殖、造成结核菌肺内的反复播散,结核病久治不愈成为难治性或耐药性肺结核(MDR-PTB)、最终成为慢性排菌的传染源,严重影响公共卫生。在现有的抗结核药物下,虽经多方努力调整治疗方案,但对复治型肺结核空洞的治疗效果仍不尽人意。2000年以来的一年半中,我科开展了用Dr.J针经电视透视指导下对肺结核空洞进行注药的新的空洞型肺结核治疗方法,取得了满意的疗效。现将有关的护理体会报告如下。

一、资料与方法

1.临床资料:选择2000年12月至2002年8月在我科住院治疗的肺结核患者40例。年龄在15周岁以上,不分男女。经做胸部CT确定为空洞型肺结核,空洞直径在2 cm以上,经有效抗结核和抗炎治疗后咯血停止,脓痰明显减少,但空洞仍然不见缩小的初、复治病例。出凝血时间正常,肺功能无明显受损。

2.方法

(1)药物:采用天津胸科医院研制的安克痨1号、2号、3号,对无链霉素过敏史的病人加用1 g链霉素。依据空洞的长和宽可算出给药的容积。

(2)活检针:本组病例均采用日本产外径为17 G的Dr.J同轴分体式切割针。主要用其外套和其引导针芯。

(3)经皮胸膜肺穿刺空洞内注药术:首先依据CT扫描确定空洞的具体位置,然后制定穿刺方案,包括体表穿刺点、穿刺角度和进针深度。穿刺时一般在电视透视下,经电视透视指导下使针尖进入结核空洞内,拔出针芯,注入造影剂见空洞内造影剂充盈良好既证实针已经进入空洞内。此时即可以经针注入高压过的抗痨凝胶安克痨。注药结束后拔除活检针,摄X光片存档,以便确认药物已经注入空洞和有无气胸形成。

3.护理

(1)术前护理:①心理护理:术前熟悉病人病情,选择好适应症,详细了解病人的病变部位及全身情况,对病人实施有效的心理护理。通过讲解,示范,请术后病人谈体会等方式进行健康教育,使病人了解穿刺的整个过程,消除思想上的顾虑,主动配合治疗的整个过程。②术前准备:首先要做胸部CT扫描、出凝血时间、肺功能检查。术前24 h内做碘过敏试验。术前10 min肌肉注射安定10 mg和度冷丁75 mg。并备齐穿刺和急救物品。

(2)术中配合:在X线电视透视的监视下,患者一般平卧在手术台上,手术时病人能看到穿刺针,因此在术中应该嘱病人闭目,应多询问病人的体会,如有不适应该尽快告知病人应怎样做?这样即可以消除病人的紧张心理,又可以为手术创造成功的机会。在注药过程中病人可能有呛咳和咳出抗痨凝胶的可能,这时要嘱病人深呼吸,尽量避免咳嗽并告诉病人咳出的是药物的颜色而非血,不要过度紧张,尽可能地配合治疗。术中后期病人随着药物注入即将结束可有轻度的胸闷感,这是因

* 作者单位:154007 黑龙江省佳木斯市结核病防治院三内科
** 佳木斯大学医学院第一附属医院