维普资讯 http://www.cqvip.com

三、讨论

变应性鼻炎是发生在鼻粘膜上的变应性疾病，临床上比较常见，其特点是治疗后容易复发，难以根治。目前除常用的药物疗法、脱敏疗法外，还有电凝、冷冻、CO_2 激光等物理疗法。以上诸法虽然均有一定疗效，但也只是对部分患者一定时期的疗效。特异性 IgE 主要分布在下鼻甲、中鼻甲前端粘膜浅层和表面的肥大细胞、嗜碱细胞的细胞膜上，尤其下鼻甲亦是变应原最易停留的部位。因此，本文采用微波热凝下鼻甲、中鼻甲前端粘膜，通过使下鼻甲、中鼻甲前端粘膜变性及阻断筛前神经传导来治疗长年性变应性鼻炎。

本文 60 例均只行一次下鼻甲、中鼻甲前端、鼻丘及其相对应鼻中隔部粘膜微波热凝术，并对其有效性和有效时间进行观察，结果疗效显著。微波温度较低，组织损伤极小，无炭化，无烟雾，无臭味。且对邻近部位安全，术后反应较轻，明显优于电凝、冷冻、激光等疗法。对下鼻甲粘膜肥厚者可适当增加热凝强度，有利于术后鼻腔通气的改善。术后一些病例出现鼻塞、多涕，这是由于鼻粘膜的炎症反应所致。术后每日给予 1% 麻黄素、强的松龙、氯霉素眼药水混合液滴鼻数次，可以改善鼻腔通气引流，减轻粘膜炎症反应，预防感染。术后一周每日清理鼻腔一次，一般术后两周鼻粘膜炎症反应逐渐减轻，鼻腔通气开始好转，粘膜逐渐恢复。本组病例术后除有短暂的鼻塞、多涕之外，无明显出血、疼痛等不适，无其他合并症发生。此疗法均在门诊进行，具有操作简单，痛苦小，费用低，便于观察随访等优点，是治疗长年性变应性鼻炎的有效方法之一。

（收稿日期：2002－04－26）

儿童急性上呼吸道炎症合并心衰的护理体会

程秀华* 韩丽红* 张淑华*

儿童急性喉、气管、支气管炎是耳鼻咽喉科急重症之一，其病理变化是喉、气管、支气管粘膜急性弥漫性充血、水肿，发展到深层，气管粘膜下层大片脱落，深度糜烂和溃疡，并凝集成干痂或假膜，阻塞下呼吸道而引起严重呼吸困难和缺氧，死亡率较高。自 1991 年以来，我科共收治了 15 例急性喉、气管、支气管炎合并心衰的患儿，在医护人员的共同抢救下转危为安，全部病愈出院。现将护理体会介绍如下。

一、临床资料

病例，女，2 岁。三天前因感冒而发热、咳嗽、在当地医院给予抗生素治疗，症状不见好转。一天前患儿出现呼吸困难，并呈进行性加重，于 1996 年 3 月 25 日以急性喉、气管、支气管炎急诊入院。入院时患儿呈急性面容、两颊潮红，鼻翼扇动，呈混合性呼吸困难。听诊双肺呼吸音粗糙，心音纯律齐，心率 120 次/min。入院后经足量的抗生素及大量激素治疗，症状缓解不明显，于 26 日在全麻下进行支气管镜检查，并行气管切开。术中见声门下有较多黑绿色干粘稠分泌物，总气道下段粘膜溃疡，出血，并有白色假膜，吸引器难以吸出，用镊气嘴钳分次取出。患儿术后症状缓解不明显，于 27 日病情加重，呈衰竭状态，神智恍惚，面色及口唇发绀，重度呼吸困难，烦躁不安，心率 220 次/min，呼吸 56 次/min，腹平软，无压痛，肝右肋弓下 9 cm，剑突下 6 cm。神经系统无明显异常，患儿已合并心衰。经反复多次吸出气管内分泌物，应用足量敏感抗生素，强心利尿药，吸氧及物理降温等综合治疗和精心护理。患儿终于转危为安，四周后，痊愈出院。

二、护理体会

1.心衰的护理。(1)快速深地黄化：立即静推西地兰 0.03 mg/kg 或毒毛旋花子甙 K 0.005 mg/kg，在用药期间要密切注意观察有无深地黄毒性反应，如有无心律失常、恶心、呕吐、头晕、嗜睡等症状，如有中毒反应应立即停药，同时补充钾盐，轻者口服，重者静脉点滴。(2)绝对卧床休息，限制活动，取坐位或半坐位，以改善肺通气，缓解呼吸困难，如患儿重度呼吸困难，烦躁不安，可行亚冬眠疗法，并配合物理降温，使体温控制在 36℃ 左右。因此时机体新陈代谢处于低水平，可减少组织耗氧量，增加机体对缺氧的耐受力，使中枢神经处于保护性抑制状态，从而减少中毒症状的发生。在冬眠期间，要注意观察生命体征变化及有无呼吸抑制，喉痉挛等症状，发现情况要及时处理。(3)立即高流量吸氧，在吸氧时，使氧气经过 50% ~ 70% 的酒精湿化后吸入，并密切注意氧疗效果。通过观察患者的感觉、面色、呼吸频率判断氧疗效果的好坏，及时流量血气分析值，从中找出与护理有关的不妥因素，如二氧化碳分压升高，说明气道有阻塞，应彻底清除痰液，使气道通畅。(4)给予静滴足量敏感的抗生素及肾上腺皮质激素类药物，严格控制液体输入量及滴速。保持出入量平衡，以免加重心脏负担。输液速度以 10 滴/min 为宜。调节水电解质平衡，纠正酸中毒，密切观察生命指征，意识，尿量的变化。做好特护记录，及时留送各种检验标本，备好各种抢救药品，做好抢救的应急准备。

* 作者单位：154002 黑龙江省佳木斯大学第一附属医院耳鼻喉科

维普资讯 http://www.cqvip.com

2.保持呼吸道通畅。由于气管套口很细小,加之患儿呼吸道粘膜充血、水肿,上皮糜烂、溃疡而产生大量痂皮和假膜,所以吸痰前应先滴入化痰药。同时行超生雾化,取蒸馏水300 ml加4%碳酸氢钠20 ml、硫酸庆大霉素8 U、糜蛋白酶4000 U配制而成。每4 h一次,每次15 min。吸痰时严格执行无菌操作原则,动作要轻柔,时间不应超过15 s,以免加重呼吸道损伤及引起交叉感染。

3.加强病室内管理。患儿因气管切开,所以要保持好病室的温湿度,以温度18~22 ℃,相对湿度70%~90%为宜。每日用2%~3%洁尔灭拖地两次,紫外线空气消毒,每日两次,严格控制探陪人员进入病室。

4.加强基础护理。(1)口腔护理:由于患儿一般状态较差,机体抵抗力低,口腔中致病菌可迅速繁殖,为防止并发症的发生,要做好患者的口腔护理,用生理盐水棉球擦洗口腔,每日3~4次。患儿进食后改用0.02%洗必泰液漱口。(2)皮肤护理:因患儿体质虚弱,出汗较多,所以要经常更换内衣。床铺要清洁干燥,每2 h翻身一次,防止发生褥疮等并发症。

(收稿日期:2002-04-26)

Austin手术治疗42例跨外翻

吕荣先* 周宝才**

跨外翻畸形是足部常见的下肢结构性畸形,呈进行性加重,并经常引起局部疼痛和活动障碍。保守治疗只能缓解症状,大多数病人需手术治疗。该病手术方法多达130种以上,我院于1998年3月至2001年3月,采用Austin手术治疗跨外翻患者42例,获得了满意的疗效,现报告如下。

一、资料与方法

1.一般资料:本组42例(75足),33例为双足,9例为单足;男性6例,女性36例;年龄21~64岁,平均36.8岁。术前X线片示跨外翻角25.3~39.6°,平均28.5°;跖间角(IMA)10.2~15.6°,平均13.2°。跖跨关节无骨性关节炎。主要症状为跨趾向外偏斜,跖跨关节内侧隆起、疼痛,12例病人有跖跨关节半脱位,6例病人第二趾形成锤状趾畸形。

2.手术方法:采用硬膜外麻醉或腰麻,在气囊止血带下进行,行标准的背内侧切口。在第一跖骨间隙分离,切断跨收肌联合腱。如果腓侧籽骨妨碍跖骨头外移,则将其切除。舌形切开内侧关节囊,蒂在远端,剥离、显露跖骨头、颈区域。适量切除跖骨头内侧骨赘。取关节面背侧、跖侧端连线中点为V形的顶点,将细克氏针从内向外插入此预定顶点,夹角约60°,用骨刀截骨。拔除导针,分离并向外侧推移跖骨头,移位程度为跖骨头宽度的1/4~1/2。将跖骨头嵌入跖骨干,向内侧较强力嵌入,可矫正轻度近端关节偏斜。行克氏针固定,修平跖骨近折段内侧皮质凸起。拉紧、缝合关节囊。术后石膏托固定3周。

二、结果

手术后跨外翻角矫正至10~24°,平均13.6°,IMA矫正至6~12°,平均7.9°。截骨处愈合时间6~8周,平均51.3d。本组42例中36例获得随访,随访时间1~3年,平均16.5月,根据胥少汀等评定标准,本组优34例,良2例,优良率为100%,术后无一例出现并发症。

三、讨论

跨外翻是足部常见的畸形,跨外翻畸形的基本病理改变有三点:(1)在跖趾关节平面,跨趾外翻畸形,有时发生近节趾骨基底部向外侧半脱位;(2)第1趾骨头内侧隆起,形成跨囊炎;(3)第1趾骨内翻。跨外翻畸形手术治疗主要是为了解除疼痛,极少出于美观上的原因。术前必须仔细检查患足,常规行足部X线摄片,包括站立位(负重时)和非负重时的正位、侧位和斜位摄片,及籽骨切线位摄片。根据跨外翻角、跖间角、跨囊炎等情况选择术式。手术矫正跨外翻畸形,有软组织手术、骨性手术、软组织手术合并骨性手术。本院曾选用多种术式,均有不同程度的畸形复发率,而采用Austin术式治疗跨外翻畸形共42例,无一例复发,该手术包括:(1)内侧骨突切除;(2)关节内第一跖骨头部"V"形截骨;(3)远端跖骨头向外移位;(4)近侧截骨端内侧凸起部切除;(5)内侧关节囊缝合。该术式截骨设计具有内在稳定性,由于较多的松质骨间接触,不愈合及延迟愈合很少见,切骨面在关节外,不影响术后关节活动。该术式适于中、轻度跨外翻畸形,跖骨间角应小于16°,关节应当无退行性改变,且活动时无疼痛。笔者认为该术式是治疗跨外翻畸形的最佳术式,可在临床上推广。

(收稿日期:2002-05-08)

* 作者单位:157000 黑龙江省牡丹江市骨科医院
** 牡丹江市解放军209医院外二科