维普资讯 http://www.cqvip.com



中国局解手术学杂志 2003年第12卷第1期
Chin J Regional Anat & Operative Surg, 2003, Vol. 12, No. 1

1.体表降温:又分为头部重点降温和全身体表降温两类:(1)头部重点降温:头部降温应比身体其他部位更快更低。常用方法有冰水槽、冰帽降温、冷气帽降温。①头部冰水槽降温:使用前,先在槽内放一块塑料布,然后将头部放入槽内,两外耳道口用棉球填塞后,即可将冰屑和冰块包裹整个头部,同时注入适量冰水,除眼、鼻、口部外,头额和颈外皮肤均与冰屑、冰块、冰水直接接触。在长期使用冰水槽的颈部处垫以较厚的塑料海绵,以防后颈部组织长期受压而致坏死。若无冰水槽时,也可用冰帽替代。②冷气帽降温:目前可用微机自控颅脑降温抢救仪,即以一头盔式的冷气帽套在患者头上即可,机温控制在7~-3 ℃。(2)全身体表降温:其方法有冰毯、冰袋、乙醇擦浴、冰水和环境降温等。①冰毯降温:冰毯机是采用自动控制半导体的元件,使制冷的毯面作用在患者身上,通电后立即开始降温,制冷迅速,降温效果显著。目前国内常用的冰毯机有BT54-07AⅡ型半导体降温毯、康诺牌降温毯、富业牌半导体制冷冰毯机等。将冰毯置于患者床单下层或覆盖胸腹部,患者体温控制在32~34 ℃,慎防冰毯温度过冷过热。②冰袋降温:将冰袋置于血运丰富、血管浅在部位,如颈旁、腋下、腹股沟等处。冰袋可用化学冰袋,也可用乳胶手套或塑料袋等制作。③乙醇擦浴降温:用25%~30%的乙醇擦浴。擦浴用力均匀,在血管丰富部位擦浴时间延长。禁擦后颈、胸前区、腹部、足底等部位。④冰水降温:在患者床上铺一橡皮布,将患者平置其上,橡皮布四周兜起,原位实行冰水降温。也可用浴盆盛冰水降温,头部放在冰水外。由于身体大部分浸泡在冰水中,接触面积大,热交换效能高,降温迅速。⑤环境降温:将患者置于室温较低的房间内,使体温缓慢下降。一般可用空调控制室温,也可在房间内堆放冰块,电扇吹风降温,室内不要过多人员进入。这种降温法难于降至需要水平,故多与其他方法配合使用。

2.体内降温:采用以上方法体温仍降不到满意水平,可采用下列方法。(1)冰水保留灌肠:将4 ℃的冰盐水500 ml左右进行保留灌肠。(2)冰水洗胃:将4 ℃的冰盐水或平衡液250 ml左右,经胃管注入胃内,5 min后抽出。如此反复进行,至体温降至满意水平为止。(3)冰水静注:用4 ℃的冰盐水静脉滴注。(4)冰水体腔冲洗:体腔内冰盐水冲洗,若在做开胸、开腹手术时心脏骤停,可直接用冰盐水冲洗胸腔或腹腔,此方法降温速度较快。

二、温度的监测

脑复苏常采用的温度为32~34 ℃,不能用体温计测定腋下和口腔温度时,常用的方法是用热敏传感器持续监测鼻咽部温度、食道中部近心处温度、直肠温度、外耳道鼓膜温度。鼻咽部测得的温度可反映脑基底部的温度。食管与主动脉相邻,故食管中部的温度可代表身体中心的温度,是反映心温和脑温最为可靠的指标。直肠温度可代表腹部脏器的温度。脑温可通过直接脑室温度的测定和间接脑温测定来表达,后者简便、无创,为越来越多的学者所采用,主要包括颞肌的温度、密封鼓膜温度等。

三、注意事项

1.严密观察,随时调整:在整个降温过程中,应有专人负责观察病情,随时测定体温。严禁体温忽高忽低,因体温过低可引起肌束震颤致低钾血症和高钠高氯血症;体温过高可致高钾或复温性休克。如直肠温度低于32 ℃以下时,应自下而上去掉冰袋,但头部冰槽、冰帽不可去掉,体温回升时再加冰袋。

2.注意保护,避免冻伤:避免患者皮肤直接接触冰毯,定时翻身,冰袋应经常更换部位,注意保护耳廓、会阴、指趾等末梢部位,避免冻伤。用油膏保护角膜。保持口腔卫生,防止误吸。

3.防止寒战,降低氧耗:寒战不仅妨碍体温下降,且增加心率,使耗氧量增加,所以降温过程中,尽量防止寒战。若出现寒战,或紫绀、血压下降、尿少、无尿等末梢循环功能不良,可用冬眠药物,或用肌肉松弛药。

四、讨论

低温可降低脑细胞的耗氧率和血流量,延缓ATP的消耗,降低代谢反应,保护酶的活性,降低颅内压和脑水肿。低温分低温(36 ℃),轻度低温(35~33 ℃),中度低温(32~28 ℃),深低温(27~10 ℃),严重低温(9~5 ℃)。其中亚中低温(34~32 ℃)对脑组织有明显的保护作用,而对心血管等其他系统无不良影响,是脑复苏中降温的常用标准。脑复苏降温越早越好,原则上应与心肺复苏同时进行,但往往条件不允许,措施不力,达不到预期目标。心脏复跳后应立即进行,根据科室的具体条件,先行头部和体表降温,使直肠温度降到32~34 ℃为佳,头部温度缓慢降至28 ℃。如达不到预期温度,则采用体内降温。降温措施不应撤离过早,应持续到患者听觉恢复,能做指令性动作,逐渐撤除降温措施,让患者自然恢复体温。

(收稿日期:2002-12-09)

# 切开挂线对口引流术治疗肛门后位马蹄形脓肿临床观察

宋京立* 王 刃*

1999年至2001年我科采用肛门后位一期切开挂线加双侧坐骨直肠窝间隙对口引流治疗后马蹄形脓肿128例,收到满意疗效,现对该治疗方法疗效总结报告如下。

一、资料与方法

1.临床资料:本组共128个后位马蹄形脓肿,患者86例,男44例,女42例。年龄16~68岁,平均38岁。病程3~14 d。

* 作者单位:150010 哈尔滨市市中医院结直肠外科

维普资讯 http://www.cqvip.com



2.手术方法:骶麻成功后,患者取截石位,术区常规消毒,铺无菌巾,食指伸入肛门内,摸清脓肿的部位及范围,在两叶肛门镜下观察6时位肛隐窝是否红肿、充血、溃口,以判断内口位置,在肛门后位脓肿最高处做一放射状切口,长约3.0 cm,切开皮肤及皮下组织,用弯止血钳钝性分离至肛管后间隙,充分排脓,食指探查脓肿间隔,再向左右坐骨直肠窝间隙分离,引导至脓肿左右最前点,距肛缘2 cm处做长约2.5 cm的放射状梭形切口,切除少量皮肤及皮下组织分离直达脓肿,使三处切口底部相通(如两侧切口与后位切口距离超过5 cm可在两切口中间再做一放射状切口)。用左手食指伸入肛内,右手用探针沿后位切口基底部缓慢向肛门探查,寻找内口,在脓腔最高点薄弱处穿出,剪开探针上皮肤粘膜,并引入双10号丝线,一根结扎略紧,另一根做浮线,以便紧线时用,后位切口与左右两侧放射状切口分别用橡胶条引流,用1%双氧水,甲硝唑注射液冲洗创腔,修剪创缘,彻底止血,无菌纱布填塞创口,包扎,术毕。术后抗炎对症治疗,保持大便通畅,便后1:5 000 pp液坐浴后,紫草油纱填塞创口。5~7 d拆除引流条,8~10 d紧线,使挂线10~18 d脱落,定期肛门指检。

二、结果

1.疗效判定标准:痊愈:症状体症消失,病灶彻底清除。好转:症状消失或明显改善,病灶基本消散。未愈:症状体征均无明显改善,病灶存在或后遗肛瘘。

2.疗效:86例全部治愈。疗程18~50 d,平均24.5 d。术后无并发症及后遗肛瘘,随访均无肛门移位等后遗症。

三、讨论

1.正确处理内口:肛腺感染是肛门脓肿形成的主要原因,正确寻找并处理内口是手术成功的关键,寻找内口可以从以下两方面探查:(1)若患者肛门有脓液排出,则证明内口已破,可通过探针探查确定。(2)若内口未溃破不能探通,可用左手食指在肛门内做引导,针指配合,寻找针指间最薄弱处的最高点,此多为原发内口,注意在寻找内口时应轻轻探查,以免造成假性瘘道。

2.要掌握挂线原则与紧线时间:如果炎症浸润大,挂线宜松,反之宜紧;如脓肿位置高,挂线宜紧,反之宜松;挂线一定要松紧适度,边切割边修复;当肌肉断离时,由于获得与周围组织附着的支点,所以断端距离小,创面疤痕小,这样就避免了出血及肛门失禁的危险。关于紧线时间,如果脓腔较大,可推迟紧线时间,待创腔缩小及括约肌与周围组织粘连后再分次紧线,挂线脱下时间最好在18~20 d左右。过早脱线易造成轻度肛门失禁。

3.术后换药:(1)用生理盐水棉球清理创面后,头三天,用1%双氧水冲洗脓腔后,再用甲硝唑注射液冲洗。(2)换药时忌用力去擦创面,这样会引起病人疼痛,创面出血,只需用生理盐水棉球吸去创面上的分泌物及粪便即可。(3)保证创面引流通畅(每次换药时,要活动橡胶引流条,以防止创面内感染及污物滞留,直至拆除为止)。紫草油纱填塞创面时,要保证创腔外紧内松,使肉芽从基底部生长,避免假性愈合。

4.术后抗生素应用:我科用头孢噻肟钠4.0 g,甲硝唑250 ml静脉点滴,每日一次,连用5 d,复查血常规,观察是否有进一步感染。

5.对切开挂线引流术的评价:通过对瘘道的机械切割,使局部组织缓慢分离并生长修复。当肌肉切断时,由于其与周围组织粘连,故断端分离小,创面瘢痕小,这样不会导致严重的肛门失禁,在主管外口与支管外口之间放置一橡胶引流条,形成固定而持续的对口引流,有利于支管管腔引流而使支管愈合,即可缩短愈合时间,又可防止因完全切开支管损伤肛旁周围组织形成瘢痕挛缩而引起肛门畸形及肛门移位。

(收稿日期:2003-01-23)

# 乳突鼓窦缺如三例报告

李 永*

胆脂瘤型中耳炎是耳鼻咽喉科一种常见病,以中耳乳突根治术为主要治疗手段。我科自1989年以来,在手术中发现了3例鼓窦缺如病人,现报告如下。

一、临床资料

病例1,女,31岁。因右耳反复流脓20余年入院。查体:乳突区无红肿、破溃及压痛。外耳道清洁后见鼓膜大穿孔,鼓室干燥。病例2,女,27岁。因右耳反复流脓17年,听力下降7年入院。查体:乳突区无红肿、破溃及压痛,外耳道少许干酪样分泌物、味臭,鼓膜松弛部大穿孔,穿孔处可见胆脂瘤。病例3,男,40岁。因左耳反复流脓21年,左侧偏头痛1月余入院。查体:乳突区无红肿、破溃及压痛。左外耳道可见粉红色肉芽组织,易出血。3例X线许梅氏位报告:胆脂瘤形成。遂在局麻下行中耳乳突根治术。手术过程:第1和2例,均采用耳内切口,暴露筛区及乳突骨质,未见骨质破坏。取筛区进路,去除部分骨质后见灰红色组织,质软、弹性好,严格无菌操作,穿刺抽出血液,遂定为鼓窦缺如。凿除上鼓室外侧壁,断除"骨桥"常

* 作者单位:161000 黑龙江省齐齐哈尔市解放军二〇三医院五官科