维普资讯 http://www.cqvip.com

1.小儿急性脓胸的病因及其危害

小儿急性脓胸主要因肺内感染灶的病原菌直接或经淋巴管侵袭胸膜引起,其中以肺炎并发急性脓胸最为多见。此外,也有继发于外伤性血胸、脓毒血症和败血症。经细菌学检查脓胸的致病菌常见于金黄色葡萄球菌或肺炎球菌的感染,由于细菌在繁殖过程中产生血浆凝固酶等毒素,表现脓液粘稠,含有大量纤维素,很容易在胸膜的脏,壁层上形成较厚的膜状脓苔,严重阻碍肺膨胀,影响肺通气,最终发生肺不张,导致小儿缺氧加重,甚至发生心、肺、肝、肾等多脏器功能衰竭而危及生命。

2.小儿急性脓胸的诊断与廓清术的时机选择

经过一段时间的治疗,小儿肺炎症状不见好转,体温持续升高,呼吸困难加重,并且病变侧胸形饱满时应考虑有脓胸发生的可能。如进行必要的X线胸透,B超或胸部CT检查将更能有助于对脓胸的诊断。关于治疗,作者认为应根据年幼而病情变化快的特点,尽快尽早地采取有效措施进行治疗。具体是:在抗炎,营养支持的同时,率先用穿刺抽液或闭式引流等简便方法治疗,其理由是防止大量渗出的脓液充满胸膜腔,纤维素沉着于肺表面,形成膜状脓苔压迫肺组织。当发现脓液粘稠,引流不畅并已在肺表面形成了膜状脓苔或多房性包裹时应积极中转廓清术治疗。廓清术的时机应选择在急性脓胸2~3周间较为合适,因为此时形成的膜状脓苔或包裹的纤维组织易于剥离,对肺损伤小,同时出血少,术后肺膨胀好,通气功能迅速恢复,血氧饱和度提高快,小儿缺氧的症状立即得到改善。总结本组病例,皆由儿科转入,脓胸发生后虽已进行胸穿抽液和闭式引流,但疗效始终不好,并且部分已发生了肺不张,经过采用廓清术治疗很快被治愈,无其他并发症发生。值得提出的是,廓清术对小儿损伤较大,手术进路最好不切除肋骨,由于是气管内插管全麻,强调做好围手术期管理,如:生命指征的检测,抗菌素的合理应用,营养液的配置及闭式引流的护理等,这些对小儿的早期康复都十分重要。

(收稿日期:2002-09-24)

小儿腘窝瘢痕挛缩的治疗

魏喜全* 曹长远* 艾深海* 陈先华*

下肢严重烧伤后,常遗留有腘窝部瘢痕挛缩,由于膝关节的解剖特点,使膝关节形成屈曲畸形,不能伸直,跛行姿态,甚至完全丧失行走功能。我科近年来收治此类患儿21例,采用综合治疗法后恢复较满意。现报告如下。

一、临床资料

1.一般资料:本组男15例,女6例,其中双腘窝瘢痕挛缩3例,共24处。年龄均在10岁以下。病程1年内17例,1~2年4例。其中膝关节屈曲挛缩畸形45°以上,伸屈活动度小于30°,严重跛行15例。膝关节屈曲挛缩畸形小于45°,伸屈活动度大于30°,轻微跛行6例。瘢痕溃疡及瘢痕下脓肿6例。

2.手术方法:本组采用全麻,另用0.5%奴夫卡因200 ml+付肾素1 mg注入瘢痕组织下,既能止渗血,又将正常组织与瘢痕组织分离,达到减少血管神经损伤。自挛缩最明显处横行切开瘢痕直达深筋膜,充分松解创缘四周粘连,两侧作锯凿形的辅助切口,并超过正侧线。引流脓液、切除溃疡炎性病灶及脂肪层。生理盐水、双氧水反复冲洗伤口。在血运良好状态下,缓慢将膝关节伸直到最大功能位,取腹部或大腿中厚或全厚片移植,其中5例采用局部皮瓣+游离植皮,植皮区包扎固定。

二、结果

为防止伤口感染,常规应用3~5 d天抗菌素,术后7 d拆包检查,无异常后两周拆线。本组植皮全部成活。回家采用白天活动,晚上夹板固定于伸直位。术后随访5~13个月者12例,腘窝瘢痕无复发,只有缝线瘢痕不影响功能。膝关节伸曲活动,蹲站,行走及跑跳自如,无明显跛行,近期效果良好。

三、讨论

1.腘窝瘢痕挛缩的手术时机多主张待瘢痕软化后进行,这样可以达到较好效果。但小儿生长发育期较快,且由于疼痛而不能自觉锻炼,使膝关节经常处于屈曲挛缩状态。一旦屈曲后,有时数天后即难伸直,加之家长不忍心强迫锻炼,而极易造成严重的屈曲畸形。时间过长,极易导致临近血管,神经,肌肉挛缩,增加手术难度而造成腓总神经损伤,造成下肢残废。鉴于以上理由,作者建议小儿腘窝瘢痕挛缩宜早治疗,及时纠正屈曲畸形,创造自行锻炼的机会。当然中厚植皮不能随小儿生长而扩大,因此一生内可能要多次手术才能定形,直到18岁左右,不能为了减少手术次数而推迟到18岁进行。有文献报道,早期使用全厚皮片移植可以使皮片随身体增长而延长,但全厚皮片只适用于创面不大的病人。

2.由于关节活动,瘢痕经常受到牵扯,增加局部张力,瘢痕增生严重,加之瘢痕上皮不耐磨,易破裂感染,反复发生溃疡。由于长期反复溃破,久而久之形成瘢痕癌(多见于成年人)和瘢痕下脓肿。对于瘢痕下脓肿按常规应先切开脓肿引流,待炎症消退后三个月,再切除瘢痕后植皮,本组6例采用彻底切除脓肿,并立即植皮,6例皮片均100%成活,达到了预期目的。手术的关键在于彻底清除脓肿及其肉芽创面,直达正常组织并止

* 作者单位:400038 重庆市第三军医大学门诊部

维普资讯 http://www.cqvip.com

血。清洗创面，用皮片完全覆盖，不打洞，不引流。

3.用中厚皮或全厚皮片修复腘窝挛缩畸形，手术简便易行，效果可靠，易于推广，绝大多数畸形能迅速纠正，其缺点是中厚皮容易挛缩复发，需要在术后使用夹板固定3～6月，本组采用晚间固定于伸直位，白天放开活动，只要家长认真执行的，均能获得满意效果。在瘢痕范围较小，局部又有条件形成皮瓣或软化的瘢痕皮瓣，仍然以局部转移皮瓣加中厚植皮为宜，以获得永久性的功能改善。

（收稿日期：2002－10－12）

手术室工作人员的自身防护

李 珠*

近几年来，经血液、体液传播的疾病如爱滋病、乙型肝炎、梅毒等呈日渐上升的趋势。手术室工作人员在工作中接触大量沾有病人血液体液的布类，器械及污物，如不切实作好自我防护极易感染以上几种疾病。本文总结工作中的经验，介绍几点防护措施以便借鉴。

一、术前准备工作

1.病人准备：所有病人术前均应做常规乙肝三系检查和HIV测定，查明阳性患者，应在手术通知单上注明。口鼻或切口分泌物培养的MRSA阳性者亦注明。

2.环境准备：手术室工作人员按规定严格执行消毒隔离制度。对于污染手术应准备一次性布类包及其他一次性用品，将暂不使用的物品移出手术间以减少术后物品的消毒工作。手术间门口应挂明阳性标志牌，减少医护人员不必要的出入以控制环境污染。

3.医护人员的准备

(1)用一次性塑料围裙，以免手术中血液或冲洗液浸湿术者衣裤。

(2)洗手护士及手术人员均戴两副手套进行操作。带有血迹的针头穿过第一层手套时有大部分血迹和细菌被阻隔，这样就大大降低了医护人员术中的感染机会。

(3)如巡回护士手上有伤口或对病人进行穿刺、抽血时，均应戴一次性手套进行操作。

(4)如遇感染性手术则使用一次性鞋套或靴子，以防血液滴于医务人员脚上或沾于鞋底后走出手术间而引起环境污染。戴上护目镜或有透明防护膜的口罩，防止术中病人血液、体液溅出进入术者眼睛而感染疾病。

二、术中注意事项

1.严格执行无菌操作和消毒隔离制度。洗手护士应尽量减少血迹或体液沾染器械、布类、地面的机会，减少清洗消毒工作。

2.将锐利器械如解剖刀，穿刺针头等置于弯盘递给术者，不可直接传递。用毕，医生将其放回弯盘，护士再连弯盘一起取回，避免了在传递中误伤任何一方。

3.将用过的针头套回，以免误伤操作者。

三、术后整理

1.将所有一次性锐利器械如刀片、缝针、穿刺针头等弃入专门收集锐器的坚固塑料容器内（此容器亦为一次性，盖子盖上后就无法打开）。将其装到三分之二时，就将盖子盖上。送往专门的处理场所高温焚烧处理。

2.将一般感染器械先用清洗液刷洗，再用热水冲洗擦干即可重新送去高温高压消毒。特殊感染器械则需用消毒液浸泡消毒半小时后再清洗，或将器械装入耐高温高压的塑料袋内高温高压消毒30 min后再清洗。

3.巡回护士整理用物或接触、转移病人时均应戴一次性无菌手套，以保护双手不被病人的血液、体液污染。

4.每天手术结束后，用消毒液擦洗手术间的四周墙壁及室内所有的物品，如无影灯，手术床，器械台，电刀，吸引器等。

5.每例手术后，就应更换手术床或运送病人的推车上的床单、被子，保证一人一套床单被子，杜绝交叉感染。

6.每次手术后，治疗车，器械台均用浸有酒精的一次性纸巾擦干后再使用。

四、医源性垃圾的分类

病人的体液、普通垃圾以及特殊病人的用物分别放置。

五、手被锐器刺伤后的处理

1.立即挤压手指，边洗边用流水冲净血迹，一般需两分钟。冲洗后再用碘伏消毒。

2.马上向院感染科汇报。按程序让受伤者填写事故的经过。然后给受伤者进行心理护理，抽血化验，预防性的注射乙肝疫苗以及抗AIDS病毒的针剂。并在相关病人的同意下，抽取他们的血液进行检查，如查明此病人为HIV阳性或乙肝三系阳性，则对受伤者及时进行治疗。

（收稿日期：2002－09－18）

* 作者单位：310004 杭州市解放军117医院机场路分院手术室