DOI:10.16016/j.1000-5404.2004.22.041

3 讨论

子宫颈癌近年有明显年轻化趋势,与HPV感染增加密切相关[7,8]。资料显示至少有80%性活跃的成年人在某一时期感染过1种或1种以上的生殖道HPV亚型。多数宫颈HPV感染为亚临床型,即SPI,其具有CIN相同的临床和生物学行为,有潜在恶变可能[1],可归属于宫颈癌前病变范畴,常与CIN并存。本研究结果中显示CIN者皆伴发SPI,且30岁以上SPI患者合并CIN的比例(23.27%)较30岁以下者(14.35%)明显增高($P<0.05$),故早期发现SPI并进行定期随访对宫颈癌早期筛查极为重要。

阴道镜临床应用已有近80年历史,其在诊断CIN和辨别肿瘤与炎症方面有价值。宫颈SPI无特异性临床症状及体征,肉眼诊断困难。本研究应用电子阴道镜观察宫颈表面病变,采用罗马会议推荐使用的规范化阴道镜术语[9]及Reid评分标准,并以醋酸白色上皮为典型特征,其诊断宫颈SPI的敏感性、特异性、阳性及阴性预测值皆较高,且操作简便,无创,可重复性好,是早期诊断宫颈SPI的较好方法。其独特优势更在于可同时预测病变进展程度,发现不同级别的CIN,对指导临床治疗意义较大。

阴道镜图像诊断受一些相关因素的影响。醋酸白色上皮的发生机制尚未完全明确,文献[10]报道可能与HPV感染后产生某种特殊角蛋白有关。此外,外阴、阴道的白色念珠菌感染可产生典型的醋酸白色上皮且持续时间较长。性交后、阴道灌洗、炎症、创伤修复过程及鳞状上皮的不成熟化生均可导致醋酸白色上皮的出现[3],而引起假阳性,故临床工作中应重视阴道镜检查前准备工作及阴道镜专业医师的培训,以提高阴道镜诊断准确率。

关键词:阴道镜;人乳头瘤病毒亚临床感染;阴道镜图像诊断;阴颈组织诊断
中图法分类号:R711.320.4 文献标识码:B

参考文献:

[1] 连利娟. 林巧稚妇产科肿瘤学[M]. 北京:人民卫生出版社,2001.98-100,209-222.
[2] 张志胜. 阴道镜图谱[M]. 北京:人民卫生出版社,2002.6-11.
[3] 宋学红,王秋曦,宋玉芬,影视阴道镜在子宫颈病变诊断中的应用[J]. 中华妇产科杂志,2001,36(5):278-281.
[4] Baldauf J J, Dreyfus M, Ritter J, *et al*. An analysis of the factors involved in the diagnostic accuracy of colposcopically directed biopsy[J]. Acta Obstet Gynecol Scand, 1977, 76(5): 468-473.
[5] 卞美璐,刘树范. 子宫颈疾病的诊治[M]. 北京:科学技术文献出版社,2001.178-201.
[6] 陈忠年,杜心谷,刘伯宁. 妇产科病理学[M]. 上海:上海医科大学出版社,1996.78-79,86-88.
[7] 郎景和. 子宫颈上皮内瘤变的诊断与治疗[J]. 中华妇产科杂志,2001,36(5):261-263.
[8] Iwasawa A, Nieminen P, Lehtinen M, *et al*. Human papillomavirus DNA in uterine cervix squamous cell carcinoma and adenocarcinoma detected by polymerase chain reaction[J]. Cancer, 1996, 77(11): 2275-2279.
[9] Stafl A, Wilbanks G D. An international terminology of colposcopy: report of the nomenclature committee of the international federation of cervical pathology and colposcopy[J]. Obstet Gynecol, 1991, 77(2): 313-314.
[10] Schneider A. Pathogenesis of genital HPV infection[J]. Genitourin Med, 1993, 69(3): 165-173.

(编辑 汪勤俭)

经验交流

文章编号:1000-5404(2004)22-2080-02

28例小肠瘘患者完全胃肠外营养的护理

Nursing of 28 patients with intestinal fistula receiving total paraenteral nutrition

宋 娟,张 超 (第三军医大学西南医院普通外科,重庆 400038)

肠瘘是肠管与空腔脏器、体腔或体腔外的异常通道。其发病率较高,并发症多,治疗难度大。许多患者可因长期营养不良而死亡。近30近来,全肠外营养的应用及强大控制感染使肠瘘的病死率由60%~70%下降到8%左右[1,2]。中心静脉置管为肠瘘患者提供了长期肠外营养支持的途径,目前已广泛用于临床。1996年1月至2002年12月之间,我科对收治的28例肠瘘病人采用中心静脉插管行完全胃肠外营养治疗,效果较好,现将护理体会介绍如下。

1 对象和方法

1.1 临床资料

本组28例小肠瘘患者,其中男性17例,女性11例,年龄25~67岁,平均43.5岁。入院时病史最长2年9个月,最短1 d,其中22例病史在2~100 d之间,病因分为:17例腹部手术后小肠瘘,其中肠道恶性肿瘤术后12例,其它手术后肠瘘5例;5例肠结核病人小肠穿孔伴急性腹膜炎;6例为腹部损伤行急症手术后。按瘘口部位分:6例为高位瘘,22例为低位瘘。按瘘口数量和有无伴随梗阻分:4例为多发性瘘,22例为单发性瘘,2例为单发性瘘伴远端肠梗阻。

1.2 治疗方法

所有病人均行全胃肠外营养(total parenteral nutrition, TPN),颈内静脉插管,置管深度为12~17 cm。治疗方案根据病人肠瘘部位,是否为多发性瘘,肠瘘引流量制定不同的肠外营养治疗方案,每日补充非蛋白热量104 kJ·kg^{-1}·d^{-1};蛋白质1.5 g·kg^{-1}·d^{-1},同时补充足量的水分、电解质、微量元素及维生素。应用TPN的时间最长70 d,最短10 d,平均应用肠外营养的时间为26 d。具体补液方案见表1。

作者简介:宋 娟(1965-),女,四川省崇州市人,主管护师,主要从事普通外科临床护理方面的研究。电话:(023)68765270
收稿日期:2004-06-30;修回日期:2004-10-05

?1994-2016 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved. http://www.cnki.net

表 1　各种营养素剂量表

输注液体 类型	剂量/d
20%脂肪乳	500 ml(或 250 ml)
10%GS	1 500 ml ~ 2 000 ml
20%力肽	100 ml
水溶性维生素(水乐维他)	467.07 mg
脂溶性维生素(维他利匹特)	10 ml
胰岛素	20 ~ 32 U

在病人腹腔内炎症局限后, 全身情况好转, 瘘口引流液减少后可配合行肠内营养, 最后改为肠内营养。

1.3　监测指标

平均血红蛋白浓度; 平均血浆白蛋白水平; 平均钾离子水平。

1.4　统计学分析

采用 t 检验。

2　结果

28 例病人中经完整治疗方案后存活 25 例, 3 例在治疗过程中死亡, 其中 1 例入院时为多发性肠瘘伴多器官功能衰竭, 并患有乙型肝炎, 入院第 16 天死亡。1 例为腺癌大网膜转移晚期并多器官功能衰竭, 入院后第 5 天抢救无效死亡, 最后 1 例为卵巢癌Ⅳ期, 癌性肠道腹壁瘘伴中枢性呼吸循环衰竭, 入院后 44 d 治疗无效死亡。存活的 25 例病人在肠外营养治疗后全身情况好转, 瘘口缩小, 引流量减少, 均可以进流质饮食。其中 10 例低位性小肠瘘口自行闭合; 9 例行手术闭合瘘口; 6 例带腹腔引流管出院行恢复性治疗。存活的 25 例中住院时间最长 1 例 231 d, 其余 24 例在 16 ~ 51 d 之间, 该 25 例平均住院日为 37 d, 平均单独应用静脉营养时间为 26 d, 此后开始使用肠外营养加肠内营养合并应用。治疗效果见表 2。

表 2　治疗前后监测指标比较($\bar{x} \pm s$)

监测指标	平均血红蛋白 (g/L)	平均白蛋白 (g/L)	平均钾离子浓度 (mmol/L)
TPN 治疗前	79.2±14.7	32.5±11.2	2.76±0.52
TPN 治疗后 15 d	97.1±18.4	45.3±7.8	4.06±0.50
P	＜0.05	＜0.05	＜0.05

3　讨论

3.1　营养液的配制

TPN 营养液是细菌和霉菌生长的良好培养基, 配制前治疗室用紫外线灯照射 2 h, 层流净化台用 75%乙醇棉球或纱布擦试, 配制时严格无菌操作, 尽量减少房间内人员走动。3 L 袋中一般不加入其它药物, 配液时注意混合顺序及配伍禁忌, 确保 TPN 溶液的稳定性。TPN 液应现配现用, 不能提前配制, 配好后的 TPN 液应在 24 h 内输完, 最多不超过 48 h。若因故暂时不使用, 应放置于 4 ℃的冰箱中保存, 但不能超过 24 h。

3.2　TPN 并发症的观察及护理

3.2.1　与置管有关的主要并发症　①气胸: 置管时易发生, 穿刺中严密观察患者有无胸闷、胸痛, 呼吸困难等临床表现, 如有应立即拔管。护理措施: 协助患者取半坐位, 给予高流量吸氧, 监测生命体征 1 次/15 min, 严重者可行胸腔抽气或胸腔闭式引流。②血管损伤: 在同一部位反复穿刺易造成血管损伤, 表现为出血或血肿形成。护理: 立即退针, 局部压迫。③空气栓塞: 患者突然出现呼吸困难、紫绀、神志不清、心动过速、血压下降等表现。护理措施: 立即取头低脚高、左侧卧位。④导管堵塞: 导管堵塞是常见的主要并发症之一, 应注意管道不能扭曲、打折, 妥善固定。如输注刺激性强或粘附性强的药物, 输注前后需用生理盐水冲管, 以保持导管通畅; 输液完毕, 用 25 U/ml 的肝素稀释液封管。

3.2.2　感染性并发症　①穿刺部位感染: 导管入口处是感染的重要来源, 导管入口处局部皮肤每日用安尔碘消毒穿刺部位, 更换敷料 1 次, 如敷贴出现松动、潮湿或被污染时应及时更换。换药时严密观察导管入口处部位有无红肿热痛等炎症反应。②导管性感染: 所有的操作均应严格无菌操作, 每 24 h 更换输液导管 1 次, 更换输液器时用安尔碘认真消毒; 肝素帽或正压接头每周更换 1 次, 更换时令病人屏住呼吸。

3.2.3　代谢并发症　①高血糖症: 是由于 TPN 输注速度过快, 单位时间内输入过量葡萄糖或患者胰岛素分泌相对不足所致。如患者突然出现口渴、多尿、脱水、心慌、血压下降甚至昏迷应考虑为高糖、高渗性昏迷的可能。文献[4]报道 TPN 并发高糖、高渗性昏迷患者病死率达 40%。护理措施: 严密监测血糖、尿糖, 停输含大量葡萄糖的 TPN 液。②低血糖症: 是由于突然停输高渗葡萄糖溶液或 TPN 液中胰岛素含量过多所致。临床表现为心率加快, 面色苍白、四肢湿冷、乏力甚至休克。护理措施: 在进行 TPN 治疗时, 应计算输入量, 24 h 匀速输入。但有报道称 24 h 匀速滴注 TPN 亦会发生低血糖[5]。发生低血糖后立即给予输注葡萄糖, 停用 TPN 时逐渐减慢输液速度, 及时调整胰岛素用量, 定时监测血糖。③高脂血症: 脂肪乳剂输注速度过快或总量过多可发生。表现为面色潮红、恶心呕吐、寒战高热、骨骼肌疼痛、头痛、肝功能损害、血脂升高等症状。护理措施: 立即停输脂肪乳剂, 对长期应用脂肪乳剂的病人应定期检查肝肾功能、血清甘油三酯, 作脂肪廓清试验以了解人体对脂肪的代谢、利用能力。

关键词: 肠瘘; 肠外营养; 护理

中图法分类号: R473.6　　文献标识码: B

参考文献:

[1] Dardai E, Pirityi S, Nagy L. Parenteral and enteral nutrition and the enterocutaneous fistula treatment. Ⅱ. Factors influencing the outcome of treatment[J]. Acta Chir Hung, 1991, 32(4): 305-318.

[2] Archer S B, Burnett R J, Fischer J E, Current uses and abuses of total parenteral nutrition[J]. Adv Surg, 1996, 29: 165-189.

[3] 吴阶平, 裘发祖. 黄家驷外科学(中册)[J]. 第 6 版. 北京: 人民卫生出版社, 1999. 1105.

[4] 于润红. 急危重症抢救[M]. 沈阳: 中国医科大学出版社, 1983. 77.

[5] 陆　谨, 黄建业, 梅志军. 3 例匀速全肠外营养并发低血糖报告[J]. 上海护理, 2001, 1(1): 38-39.

(编辑　薛国文)

?1994-2016 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved.　http://www.cnki.net