

细胞,细菌培养阴性,蛋白+ + ~ + + +,镜检:见大量红细胞。不良反应:治疗过程中20例感轻度腹痛、腰酸。治疗后3个月~1年复查:囊肿消失66枚,一次治愈率86.84%。10枚复发,体积均小于原囊肿体积1/3,再次进行穿刺硬化治疗,观察1年后未见复发,总有效率达100%。治疗过程中常见并发症为腹痛,4例有醉酒症状,如头昏、恶心及皮肤过敏等,一般次日症状自行消失,无需特殊治疗。

3 讨论

卵巢巧克力囊肿传统的治疗方法开腹手术治疗,依病灶切除范围的不同分为保守性手术、半根治性手术和根治性手术,但因为子宫内膜异位囊肿具有侵袭性生长特点,与周围组织粘连较重,故剥离困难,易术中导致囊肿破裂,引起盆腔内种植,或囊壁剥离不全,导致术后复发,术后再粘连发生率亦较高。腹腔镜下囊肿剥除术应用较为广泛,其缺点是痛苦较大,费用较高,治疗过程复杂且可复发形成新的粘连,同时也存在开腹手术中遇到的剥离困难,囊肿破裂,剥离不全等问题。而超声引导下穿刺治疗方法简单,且可反复治疗,治愈率较高,患者痛苦少,无水乙醇如无渗漏不会影响卵巢正常组织^[2]。无水乙醇能使囊壁上皮细胞变性、坏死,失去分泌功能,最后细胞脱落并被吸收,囊腔硬化、粘连以至闭合^[3]。三苯氧胺是一种非类固醇抗雌激素受体药,能与靶组织的雌激素受体结合,使雌激素受体减少,同时使孕

激素受体增多,使雌激素不能产生相应效应,致使异位的内膜萎缩,从而达到治疗目的^[4]。随着介入性超声的迅猛发展,已广泛的应用于临床诊断与治疗。经腹腔镜穿刺因囊肿位置较深,前方往往有肠管覆盖,不易选择进针途径。配带穿刺架的阴道超声引导下,穿刺抽吸囊液并注入无水乙醇硬化治疗卵巢巧克力囊肿,其定位准确,可在显示器上清晰的显示针尖的位置,避免损伤子宫、膀胱、大血管及肠管等周围组织,大大减少并发症的发生,提高成功率,减轻患者的痛苦^[5]。综上所述,经阴道穿刺治疗巧克力囊肿是一种安全有效、操作简便、创伤小、费用低、重复性好对卵巢功能无影响的治疗方法。

参考文献

- [1] 于彩崎,张秀枝,龚玮,等B超引导下阴道穿刺抽液注入无水酒精治疗巧克力囊肿[J]. 临床医学,2005,25(5):60
- [2] 高庆军,王辉,洪梅.经腹超声介入穿刺配合药物治疗卵巢巧克力囊肿的疗效评价[J]. 中国妇幼保健,2006,21(14):1919.
- [3] 张锐,郑军.彩超引导下阴道穿刺治疗巧克力囊肿的疗效观察[J]. 中国超声诊断杂志,2004,5(9):666
- [4] 黄学惠,李武,董文漪.卵巢巧克力囊肿保守性手术后检测异位内膜组织中雌孕激素受体指导用药的探讨[J]. 实用妇产科杂志,2001,17(3):158.
- [5] 徐涛,王秀梅,秦秀朵,等.经阴道卵巢囊肿穿刺抽吸硬化治疗的临床应用体会[J]. 东南国防医药,2006,8(5):370-371

(收稿日期:2008-06-25;修回日期:2008-08-21)

(本文编辑:黄攸生)

胆囊瓣修复肝外胆管良性病变护理体会

董章霞,金燕

(解放军第123医院外科,安徽蚌埠 233015)

[关键词] 胆囊瓣;肝外胆管;缺损;手术;护理

中图分类号: R 657.4 文献标识码: B 文章编号: 1672-271X(2009)01-0063-03

肝外胆管良性缺损或狭窄的治疗相对棘手,随着影像学的不断发展,该部位病变的检出并不少见,我院1995年1月~2007年12月,采用带蒂胆囊瓣修复肝外胆管良性病变21例,取得良好的效果,现将围手术期护理报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 21例中男12例,女9例。年龄24~76岁。肝总管部分缺损(1/3~1/2)14例(Mirizzi综合征型)型为7例和3例,胆囊、胆总管瘘4例,肝门胆管炎性狭窄(结石)5例,胆总管节段性狭窄2例。术后保持T型管引流通畅,1月后试夹管,每2个月造影一次,了解胆管愈合情况,保留T型管6~12个月。

1.2 结果 全组胆管成形术均顺利实施,术后1月夹管无管旁渗漏现象。随访8月~10年,无明显胆管炎发作,复查肝功能无异常,T型管保留期间2月造影显示管腔连续性已形成,但管腔不完整,管腔内壁光滑无粘膜中断或虫蚀样改变,十二指肠排放无明显异常。本组术后6月拔管3例,8月拔管6例,但有4例存有局限性扩张征象。10月拔管4例,12月拔管8例,拔管后进行不定期B超检查,疗效满意。

2 术前护理

2.1 营养护理 积极纠正营养不良和水、电解质平衡失调,由于患者有反复的胆道系统感染,对肝功能损害较大,消化功能亦受影响,营养状况相对较差。应给予高糖、高蛋白、低脂肪、高维生素饮食,如瘦肉、蒸蛋、鱼等。食用各种新鲜蔬菜及水果补充维生素,如黄瓜、西红柿汁等。对于部分营养状况欠佳、进食差的患者,给予适当的静脉营养支持,必要时可输血改善全身情况。急性胆管炎禁食超过1周仍不能恢复进食者,要常规给予完全胃肠外营养(TPN)^[1]。

2.2 心理护理 肝外胆管良性缺损或狭窄术前不易同恶性疾病鉴别,反复多次的检查甄别,易导致患者思想负担较重,护士应耐心听取患者倾诉,向患者及家属阐明手术的重要性和必要性。针对患者畏惧心理,如担心手术能否一次成功、手术中可能出现意外及并发症等,护士应积极予以疏导,如讲解手术大致经过,术后出现的不适症状及应对措施,各类导管的护理及拔管时间,同时强调本病通过手术可以治愈,让患者做到心中有数,提高心理应对能力。

2.3 控制感染 引起胆道系统感染是本病严重后果的重要原因,术前必须加以控制,按照医嘱,合理应用有效抗生素,同时应注意预防身体其他部位的感染。如加强口腔、皮肤的护理,每天用生理盐水或朵贝液漱口2~3次,皮肤瘙痒时可用热毛巾擦拭以免抓破而引起感染,同时嘱患者穿棉质宽松衣裤,剪短指甲,保持皮肤清洁、干燥。

2.4 改善凝血功能 由于胆道疾病常累及肝脏致凝血功能障碍,术前补充维生素K和适量的凝血药物以改善凝血机制,为手术做准备。

3 术后护理

3.1 术后肝脏功能保护 本病术前多有肝脏功能的损害,加之手术创伤、出血、输血均可加重肝细胞的损害,所以术后要观察有无发热、腹痛、黄疸等变化,动态观察肝功能恢复情况,尽量避免使用对肝脏

损害的药物并继续保肝治疗。

2.2 引流管护理 引流不仅是重要的治疗手段,也是观察病情的重要窗口,应密切观察引流液的量、颜色和性质,并详细记录。交待患者及家属,注意保持引流管在位,防止意外拔出,并保持引流管通畅。

3.2.1 T型管护理 患者均为胆管成形修补吻合术,T型管护理尤显重要。正常引流液为深褐色或橙色清亮胆汁,24h量为300~800ml。如引流量过多,及时报告医生补充液体,以防电解质紊乱。如引流量过少,应挤压引流管是否在位、通畅。观察有无腹痛、腹胀、腹膜炎,以及有无胆道梗阻、胆漏发生。

3.2.2 腹腔引流管护理 腹腔引流管的通畅,对防止局部积液和感染起重要作用。因为术前肝功能不同程度的损害及凝血机制障碍等原因,所以观察并记录引流液的量、颜色及性状尤显重要。一般情况术后引流液为淡血性,不超过100ml。24h,48~72h引流量逐渐减少,当引流量超过100ml/h,考虑内出血可能。如果引流液呈黄绿色,伴有体温升高、有腹膜刺激征,应考虑胆漏,应立即报告医生。

3.2.3 胃肠减压护理 有效的胃肠减压是缓解术后腹胀,促进恢复胃肠功能的重要措施,由于该手术时间长、创伤大,术前禁食使胃酸分泌增多,导致胃粘膜血管扩张,易出现应激改变,所以术后常规应用胃酸抑制剂如西米替丁进行预防性治疗3~5天,本组无一例发生应激性溃疡。

3.3 饮食护理 术后的营养及饮食护理对保证手术的成功及防止术后并发症的发生有重要意义。肠功能恢复后可停止胃肠减压,试饮温开水20~100ml,观察有无腹痛、腹胀及呕吐等反应,再逐步给予饮水、流质、半流质至正常饮食,进食原则为进低脂肪、高碳水化合物、高蛋白及高维生素饮食,少食多餐,同时保持大便通畅。

3.4 术后早期活动重要性 患者术后由于有多根引流管和疼痛,一般不愿主动活动,所以须鼓励患者早期活动,如床上活动肢体,协助翻身拍背,进行有效深呼吸、咳嗽、咳痰等。以上护理可减轻术后腹胀,促进胃肠功能恢复,防止粘连性肠梗阻、肺部并发症和下肢静脉血栓的发生等。活动方式和量根据患者个体差异而定。

3.5 出院指导 由于需保留T型管6~12个月,带管时间较长^[2],故要教会患者出院后T型管的护理。首先要妥善固定好引流管,严防误拔,其次加强引流管口周围皮肤的护理,必要时用氧化锌软膏保护管口周围皮肤。T型管末端夹闭用保护帽或无

菌敷料包裹,一般情况下无须每天消毒更换。指导患者注意劳逸结合,适当进行身体锻炼以提高机体抵抗力,遵医嘱口服保肝利胆药物。如有发热、腹痛、黄疸立即与医院联系。告知患者1个月后门诊复查肝功能和肝胆B超,2个月后进行T型管造影了解修补部位愈合情况,拔除T型管前仍要行T型管造影。

参考文献

- [1] 吴守玲,詹瑾,徐琳,等.先天性胆总管囊肿围手术期护理[J].四川省卫生管理干部学院学报,2003,22(4):532
- [2] 侯金华,高显清,龚兵,等.胆囊瓣修复肝外胆管良性病变缺损21例[J].白求恩医学院学报,2008,6(1):6

(收稿日期:2008-06-24;修回日期:2008-08-25)

(本文编辑:黄攸生)

54例咳嗽变异性哮喘患儿临床分析

袁滨

(南京市浦口医院,江苏南京 210031)

[关键词] 儿童;咳嗽变异性哮喘

中图分类号: R 562.25 文献标识码: B 文章编号: 1672-271X (2009)01-0065-02

咳嗽变异性哮喘(cough variant asthma, CVA)是引起儿童尤其是学龄前和学龄期儿童慢性咳嗽的常见原因之一。临床表现不典型,易被误诊,治疗失当则会延误病情。现将我院2004年1月至2007年6月确诊的CVA患者治疗情况分析如下。

1 临床资料

1.1 对象 本组病例54例均来自我院儿科门诊及住院患儿,其中男31例,女23例;年龄<3岁的11例,3~7岁26例,>7岁17例;最小9个月,最大14岁;病程最短40天,最长6个月。

1.2 诊断标准^[1] 咳嗽持续或反复发作>1个月,常在夜间和(或)清晨发作,运动后加重,痰少,临床无感染征象,或经较长期抗生素治疗无疗;气管舒张剂治疗可使咳嗽发作缓解(基本诊断条件);有个人过敏史或家族过敏史,变应原试验阳性(辅助诊断条件);气道呈高反应性特征,支气管激发试验阳性(辅助诊断条件);除外其他原因引起的慢性咳嗽。

1.3 临床特征 有过敏史者22例;有明显诱因者38例,其中上呼吸道感染21例,吸入刺激性气味者5例,吸入冷空气者6例;运动后发作者6例。无明显诱因16例。全部患儿均有复发性,顽固性咳嗽,多以夜间或清晨发作为主,无明显喘息,其中刺激性干咳41例,咳少量白痰13例,胸闷18例,流涕21例。全部病例体温正常,咽部轻度充血者15例,患儿肺部听诊呼吸音粗,未闻及干湿性罗音,其中28例就诊前曾

给予抗生素及止咳化痰药治疗2周以上,24例口服抗生素1个月以上,均无效。

1.4 辅助检查 外周血白细胞计数正常42例,轻度升高12例,白细胞分类全部正常;冷凝集试验及PPD试验无异常;X线胸片或胸透示双肺纹理增粗38例,肺功能测定28例,FEV₁为预计值的60~60%者8例。

1.5 治疗方法 给予糖皮质激素(布地奈德气雾剂)吸入治疗,根据个体情况联合使用支气管扩张剂(沙丁胺醇)、茶碱类药物。临床症状消失后,首先停用茶碱类药,再停用支气管扩张剂。

1.6 治疗结果 28例患者3天后咳嗽减轻,1周咳嗽消失,其余病例于3周后症状消失。

2 讨论

咳嗽变异性哮喘是哮喘的一种潜在形式,是典型哮喘的前驱症状^[2]。董宗祈等^[3]报道,慢性咳嗽患儿中有31.4%为本病,且任何年龄都可以发病。Holinger等^[4]咳嗽变异性哮喘在慢性咳嗽儿童中占32%。本组患儿在随访6个月~2年的过程中,先后有9例出现哮喘症状,说明本病的本质是哮喘。

多数学者认为CVA的发病机制与典型哮喘的发病机制相同,以慢性气道变应性炎症与气道高反应性为本质。可能与以下因素有关^[5]:气道过敏性炎症,高反应性存在,炎症细胞介质直接刺激位于咽喉、气管、大小支气管上皮的咳嗽受体引起咳嗽;支气管收缩引起机械性变形,牵引刺激咳嗽受体;