

总之, 护理安全是医疗质量的基本内涵, 只有对手术室护理工作中存在的风险因素充分认识, 同时加强管理, 才能杜绝或减少手术室风险发生, 确保手术安全, 才能最大限度地保护自己、病人以及医院的合法权益, 减少医疗纠纷的发生, 确保护理工作的安全。强化护理风险防范意识, 提高应对能力。对容易发生护理缺陷的工作环节进行分析、讨论, 提出整改措施。以使安全管理制度班班得到落实。工作中可充分发挥质量督查小组长的作用, 发现事故隐患, 及时杜绝; 出现失误苗头及时反馈; 在缺陷事故发生频率高的时段, 如急诊手术陡增, 护理人员过于疲劳时,

应加强人力投入, 合理调整人力结构, 发挥团队协作精神, 创造宽松、融合的工作氛围, 减轻护理人员的心理压力, 提高应对和防范能力, 使护理风险降低到最低限度。

参考文献

[1] 张利霞. 基层中医院手术室护理现状[J]. 中国当代医药, 2010. 22.
 [2] 关毅. 手术室护理安全隐患与防范措施[J]. 医院管理, 2010. 17.
 [3] 陈筱军, 张水红, 陈静宜. 中华临床护理学杂志[J]. 2011, 5(108): 5418.
 [4] 魏革, 刘苏君. 手术室护理学[M]. 北京: 人民军医出版社, 2009: 175.

手术联合中医辨证治疗急性期阑尾周围脓肿的体会

张伟¹ 董小牛² 胡小明²

(1 浙江省湖州师范学院医学院 313000; 2 浙江省富阳市中医医院 311400)

【中图分类号】R656.8

【文献标识码】B

【文章编号】2095-1752 (2013) 05-0296-01

笔者在富阳市中医医院实习过程中, 发现手术联合中医辨证治疗急性期阑尾周围脓肿效果良好。为此, 收集了富阳市中医医院从2006年10月至2012年10月采用手术联合中医辨证治疗急性期阑尾周围脓肿的病例43例, 现将有关情况总结如下。

1 临床资料

本组病例43例, 男性23例, 女性20例, 年龄18-63岁, 病程3-9天, 所有患者均表现为右下腹肿块伴压痛, 肿块直径5-20cm。根据病史、查体及B超检查诊断为阑尾周围脓肿。

手术探查及治疗经过: 采用右下腹直肌切口, 术中先找到脓肿壁两种组织粘连的间隙, 用手指钝性分离, 进入脓腔, 吸尽脓液, 仔细钝性分离脓肿壁, 直到找到阑尾。切除阑尾后根据阑尾根部和盲肠壁炎症水肿程度, 采用阑尾残端结扎, 单纯结扎、周围组织覆盖, 全阑尾切除, 盲肠壁间断缝合等不同方式处理残端, 所有患者常规用双氧水冲洗脓腔及切口, 脓腔处放置引流管, 应用头孢类抗生素或甲硝唑静滴抗菌。同时采用中医辨证治疗, 采用“大黄牡丹汤”加减: 生薏仁、败酱草、大黄、牡丹皮、桃仁、芒硝、冬瓜仁中药口服治疗5-10天, 平均7天。

2 治疗结果

43例全部治愈, 切口一期愈合37例, 感染5例。未发生肠瘘, 术后远期并发粘连性不全性肠梗阻4例, 保守治疗后痊愈。住院时间7-15天, 平均10天。

3 讨论

阑尾周围脓肿作为急性阑尾炎一个常见病理类型, 其发生率约占急性阑尾炎, 4-10%^[1]。一般认为阑尾周围脓肿是炎症局限化的表现。如果立即采取手术易造成感染扩散、肠瘘、切口感染等并发症。所以主张保守治疗以待脓液自行吸收, 仅在保守治疗效果不佳、脓肿有再破裂的危险或全身中毒症状严重时才主张手术, 手术也多采用单纯引流以防止并发症的发生^[2]。但阑尾周围脓肿保守治疗由于抗生素很难到达脓腔内, 只能靠脓肿自行缓慢吸收, 故脓肿消散往往时间很长。患者可出现不同程度的毒素吸收的症状。部分患者形成阑尾炎性包块最终仍需手术治疗。我们采用一期手术可以有效的彻底消除病灶, 引流脓液, 缓解患者中毒症状, 同时去除脓肿壁形成的粘连, 减少肠梗阻的发生。只要操作得当,

加上术后联合应用抗生素, 并不增加手术并发症。

在施行一期手术治疗阑尾周围脓肿的过程中, 既要看到手术对阑尾周围脓肿治疗的安全性, 同时又要时刻警惕感染扩散、肠瘘、切口感染等并发症的发生。切口选在脓肿内侧旁或腹直肌切口, 时间短的也可选用麦氏切口, 术野暴露尽量充分, 急性阑尾周围脓肿与周围肠管、网膜粘连疏松, 易于钝性分离, 但一定要在直视下进行, 避免损伤炎性水肿的肠管、血管。阑尾基底穿孔可盲肠浆膜水肿较重者, 仅做根部稍稍结扎, 将临近的系膜、皱襞等组织缝合覆盖, 用大网膜填塞等, 可减少肠瘘的机会; 同时要切除炎症较重的网膜组织, 消除坏死物、粪石等。用抗生素液(甲硝唑液)冲洗腹腔并吸净, 腹腔不留残余液体, 则可以减少术后腹腔感染及肠粘连的机会; 将阑尾残端尽量移至于侧腹壁, 可减少肠瘘的发生, 便于炎症的局限, 利于引流, 处理残端不满意者要留置引流管, 只要手术操作细致、得当是可以取得满意疗效的, 但不盲目追求I期切除率。术中发现确实难以处理的阑尾, 不妨改做引流术。

中医认为, 肠痈是因饮食不节, 损伤脾胃, 湿热内蕴, 或食后急走, 肠道运化失司, 致肠道气血瘀滞, 瘀滞化热, 热积不散, 瘀热盛而肉腐, 败血浊气壅遏, 酿而成脓。在其病程的演变过程中, 始终存在着正邪相争, 决定着热毒的局限与扩展、吸收与蔓延。故气滞血瘀是肠痈的病理基础, 瘀滞化热毒是其主要的病理环节, 热邪轻重与正气盛衰是其病理变化的关键。所以我在阑尾脓肿的治疗过程中, 使用清热解毒、行气活血、祛瘀散结的“大黄牡丹汤”加生薏仁、败酱草, 若身体虚弱者还要注重“扶正”。因此, 根据中医传统医学分期辨证用药, 常能取得令人满意的效果。方中大剂量清热解毒、活血化瘀药物, 能明显改善腹腔血液循环。本方以冬瓜仁清肠去滞, 生薏仁、败酱草消滞排脓为主药; 配以: 大黄、牡丹皮清热解毒凉血; 桃仁活血; 芒硝泻下通便。

参考文献

[1] 张铭琏. 阑尾脓肿的诊断与治疗[J]. 中国实用外科杂志, 1994, 14(5): 268-279.
 [2] 吴阶平, 裘法祖. 黄家驹外科学[M]. 第6版. 北京: 人民卫生出版社, 2000. 1147-1148.

洁悠神使用中的“小问题”

宋海龙

(内蒙古鄂尔多斯市中心医院烧伤科 017000)

【中图分类号】R608

【文献标识码】B

【文章编号】2095-1752 (2013) 05-0296-01

洁悠神长效抗菌敷料是一种新型长效纳米抗菌隔离材料, 兼有“物理抗菌”和“隐形纱布”双重功效。它从抗菌和保持创面清洁等方面给创面提供了一个良好的修复环境, 从而促使创面愈合。我科从2010年9月引入洁悠神以后, 在各种烧伤创面的应用中均取得了良好的疗效, 但也发现了一些存在的问题, 现报告如下:

使用方法: 面颈部及会阴暴露创面, 清创后喷洁悠神, 自然晾干, 包扎创面清创后喷洁悠神, 均匀涂抹药膏后包扎。

发现问题:

1. 干燥: 面部创面使用洁悠神长效抗菌敷料后以口周表现明显, 洁悠神晾干后, 面部可感觉到明显的紧绷感, 唇及口角处干燥, 可导致张口困难, 影响进食进水, 强行张口唇及口角出血; 关节处创面使用洁

悠神晾干后, 可因活动致皴裂, 甚至出血; 应对办法: 可涂抹少量红霉素软膏或者湿润烧伤膏于患处, 可起到明显改善作用。

2. 疼痛: 面颈部和会阴暴露创面喷洁悠神后, 自然晾干, 面部可感觉到明显的紧绷感、疼痛不适, 应对办法同上, 可起到明显改善作用。

3. 过敏: 使用洁悠神长效抗菌敷料后过敏病人较少见, 表现为皮肤发红, 伴或不伴丘疹, 一般停止使用后即可恢复, 无需口服及外用抗过敏药物。

我科在各种烧伤创面的治疗中广泛使用了洁悠神长效抗菌敷料, 其有使用简单, 不产生耐药性等优点, 以上内容为我们在两年多的应用过程中遇到的一些问题以及解决方法, 特拿出来与大家共同学习讨论。