

术中低体温的发生将影响手术患者切口感染率,增加寒战发生率,造成凝血功能障碍、出血量增加,影响患者的术后康复^[10-12]。研究认为,护士对术中低体温的重视程度不足,需提高认识水平,加强护理措施^[13]。有报道指出体表加温、输入液体预热、消毒液或灌洗液预热、二氧化碳气腹加温及呼吸器加温是预防术中低体温的有效措施^[6,14,15]。针对上述低体温的危险因素,作者采取了以下预防性护理措施:(1)手术前对患者进行腹腔镜术中低体温危险程度评估,对危险程度高者提前做好保温措施。术前进行心理疏导,缓解患者紧张、焦虑等不良心理。(2)术前 30 min 对手术间进行预热,保证手术间的温度在 22~24 ℃,尤其在手术第 1 个小时内保证手术间温度。(3)术中注意体表保温,如预热棉被覆盖,四肢套棉套,穿戴帽子、棉袜等。术中尽可能减少患者身体暴露面积及时间。消毒液事先加温至 36~37 ℃后再消毒,避免直接应用同环境温度的消毒液直接消毒。术中补液时将液体事先加温至 37 ℃,并在输注过程中注意输液瓶及输注血管的保温。另外,还应该进行呼吸器加温,即吸入的氧气应用呼吸蒸发器加热。

总之,EMs 患者腹腔镜手术低体温的发生率较高,与基础体温、麻醉时间、手术时间、术中补液量、输血量及失血量及二氧化碳用量有关。重视患者术中低体温对机体的影响并采取综合护理措施,有助于减少术中低体温的发生。

参考文献

[1] Ruffo G, Scopelliti F, Manzoni A, et al. Long-term outcome after laparoscopic bowel resections for deep infiltrating endometriosis: a single-center experience after 900 cases[J]. Biomed Res Int, 2014;463058.

[2] Afors K, Murtada R, Centini G, et al. Employing laparoscopic surgery for endometriosis [J]. Womens Health (Lond Engl), 2014, 10(4):431-443.

[3] Pergialiotis V, Vlachos D, Protopapas A, et al. Review of the various laparoscopic techniques used in the treatment of bowel endometriosis[J]. Minerva Ginecol, 2015, 67(4):353-363.

[4] 王敏,于力,周玲,等.腹腔镜保守性手术后联合促性腺激素释放激素治疗子宫内膜异位症的荟萃分析[J]. 中华医学杂志, 2016, 96(10):1258-1262.

学杂志, 2013, 93(39):3128-3130.

[5] 中华医学会妇产科学分会子宫内膜异位症协作组. 子宫内膜异位症的诊断与治疗规范[J]. 中华妇产科杂志, 2007, 42(9):645-648.

[6] 顾梅, 龚荣花, 尹恩静. 腹腔镜直肠癌术中低体温相关因素及其护理进展[J]. 护士进修杂志, 2012, 27(10):878-880.

[7] 马杜丰. 浅谈腹腔镜胃肠术中低体温的危险因素[J]. 按摩与康复医学, 2015(5):125-126.

[8] 张倩, 易杰, 黄宇光. 胸科手术患者术中低体温的危险因素[J]. 中华麻醉学杂志, 2015, 35(4):397-400.

[9] Yi J, Xiang Z, Deng X, et al. Incidence of inadvertent intraoperative hypothermia and its risk factors in patients undergoing general anesthesia in Beijing: a prospective regional survey[J]. PLoS One, 2015, 10(9):e0136136.

[10] 方茜, 王娟, 蒙婷婷, 等. 术中低体温对剖宫产产妇的临床影响[J]. 重庆医学, 2014, 43(27):3677-3679.

[11] Stamos MJ. Lessons learned in intraoperative hypothermia: coming in from the cold[J]. JAMA Surg, 2015, 150(6):575-576.

[12] Yamasaki H, Tanaka K, Funai Y, et al. The impact of intraoperative hypothermia on early postoperative adverse events after radical esophagectomy for cancer: a retrospective cohort study[J]. J Cardiothorac Vasc Anesth, 2014, 28(4):943-947.

[13] 刘刚, 苏晓曼, 闫秋菊, 等. 手术室护士对术中低体温认知现状及影响因素调查[J]. 中华现代护理杂志, 2012, 18(28):3383-3385.

[14] Horosz B, Malec-Milewska M. Methods to prevent intraoperative hypothermia [J]. Anaesthesiol Intensive Ther, 2014, 46(2):96-100.

[15] 柳建梅. 循证护理在腹腔镜手术中预防低体温发生的效应研究[J]. 实用临床医药杂志, 2014, 18(10):65-67.

(收稿日期:2016-04-13 修回日期:2016-06-20)

一次性高负压引流瓶在儿童脓肿切开引流术后的应用

陈小琴, 王秋鸿, 陈 敏

(重庆医科大学附属儿童医院肿瘤外科, 重庆 400014)

[中图分类号] R726.1 [文献标识码] C [文章编号] 1671-8348(2016)23-3306-02

软组织蜂窝组织炎是儿童较为常见的外科急性感染^[1],随着病情的演变,脓肿形成成为其转归的方式之一,此时手术切开引流是治疗脓肿的主要方法^[2]。脓肿切开引流后伤口需经过一段时间的换药才能愈合,如何缩短感染伤口的愈合时间,

加速脓腔的愈合速度,并在病程中减少患儿痛苦等是整个换药过程的关键。如今,以往传统的凡士林纱条、生理盐水纱条逐步更改为先进的纳米银抗菌凝胶及海藻盐等用于换药^[3],虽然较传统的换药有一点改进,但在换药流程上没有质的改变,反

作者简介:陈小琴(1986—),初级护师,专科,主要从事护理方面研究。

复冲洗伤口给患儿带来的疼痛感并没有消失。为减轻患儿痛苦,缩短疗程,本院自 2013 年 12 月采用较为彻底的清创术,术中使用大量的 1%聚维酮碘、过氧化氢及生理盐水反复冲洗脓腔,一期缝合伤口,密闭连接一次性高负压引流瓶系统,与传统换药方法相比疗效更好,且术后护理简单易行,患儿满意度高,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取本院外科 2014 年 4 月至 2015 年 4 月进行脓肿切开引流的患儿共计 511 例。其中,传统切开引流术患儿为传统引流组(268 例),其中男 152 例,女 116 例,中位数年龄 2 岁零 4 个月。采用一次性高负压引流瓶患儿为负压引流组(243 例),其中男 147 例,女 96 例,中位数年龄 2 岁零 8 个月。所有患儿手术均获成功,传统引流组和负压引流组两组患者的性别、年龄等基本资料差异均无统计学意义($P<0.05$),具有可比性。

1.2 方法

1.2.1 治疗方法 两组患者手术中、前期处理方式相同:术中清除坏死组织,并使用 1%聚维酮碘、过氧化氢及生理盐水反复冲洗,直至脓腔冲洗液干净,脓腔壁坏死组织减少。传统引流组术中脓腔填塞油纱条止血压迫,术后第 2 天开始换药,换药时过氧化氢及氯化钠溶液反复清洗脓腔,清除坏死的组织并进行常规消毒,填塞生理盐水纱条,敷料覆盖,根据肉芽生长新鲜后逐渐延长换药时间,直至脓腔生长至皮下,不放置纱条,皮肤愈合;负压引流组手术方式在前期手术后,一次性高真空负压引流装置 SAFE-VAC(德国美多医疗有限公司),出厂时预抽真空-95 kPa。由穿刺针引导,将引流管穿刺处距离脓腔 2~5 cm 安全部位皮下,引流管连接带有刻度的一次性高负压引流瓶,依据脓腔大小,留取足够带侧孔的引流管,使引流管引流区域(带侧孔)在脓腔内,缝合伤口,引流管穿出部位使用高黏性半通透膜封闭,检查无漏气后打开负压引流装置开关,此时脓腔与负压引流瓶呈密闭腔,二者负压平衡,脓腔内液体渗出后被负压引流瓶吸入,伤口敷料覆盖。术后第 2 天开始换药。

1.2.2 观察指标 术后各项常规护理及特殊情况的护理措施对比,其中包括房间空气质量优化、房间消毒隔离措施,以及伤口护理。同时,比较特殊细菌感染医护暴露率及防护措施,并对伤口的愈合情况进行追踪随访。

1.2.3 疼痛及疗效判断标准 采用 Wong-Baker 面部表情量表法对疼痛程度进行评级分,0~<2 分为无痛,2~<4 分为微痛,4~<6 分为有些痛,6~<8 分很痛,8~<10 分为疼痛剧烈,10 分为疼痛难忍。

1.2.4 感染或脓性分泌物处理 对患有脓肿的患儿,脓液常规行培养检查,根据脓液培养结果调整消毒隔离等级。据统计,耐甲氧西林金黄色葡萄球菌(MRSA)为最常见儿童脓肿多重耐药菌,对于 MRSA 感染护理需行分泌物接触隔离^[4-5];而在传统引流组中,由于患儿分泌物为引流状态,采取接触式隔离措施。单间病房严格控制探视人员,保证气温、湿度适宜,每日用空气消毒机消毒 2 次,保持室内空气流通,病室内采用专用拖布、扫帚、擦布,用完后 400~500 mg/L 含氯制剂浸泡清洗,晾干备用。医护人员操作前后需认真洗手或用消毒液消毒。使用专用体温计,用后浸泡消毒,患者污染被服使用双层

黄色口袋放置并做好标识,先消毒后清洗。患者出院后,病房及患者使用过的物品进行终末消毒,床头柜进行严格擦拭,房间紫外线照射消毒。患者敷料、引流纱条及分泌物均需接触隔离,以上措施都需完成。传统引流组与负压引流瓶组根据护理人员接触上述分泌物的概率进行比较,接触环节少为优势;对预防交叉感染所投入的措施越少,越有优势。

1.2.5 体位引流 对传统引流组患儿,应注意体位的安置,嘱其以患侧卧位^[6],使切口处在最低位,以利于局部引流。若引流量较多,需多次更换外层敷料。体位引流可能对患儿日常生活带来不便。本研究采用调查问卷的方法来评估体位引流的舒适度,制订 10 分制评分,其中包含体位引流对日常生活的影响,包含饮食、睡眠质量、活动等方面,统一分值规范,并收集资料进行分析。

1.3 统计学处理 采用 SPSS13.0 进行统计处理,计量资料用 $\bar{x}\pm s$ 表示,组间比较采用 t 检验;计数资料用率表示,组间采用 χ^2 检验,检验水准 $\alpha=0.05$,以 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结 果

2.1 伤口愈合时间、换药次数、时间及疼痛对比 负压引流组在伤口愈合时间、换药次数、疼痛评分方面均低于传统引流组($P<0.05$)。随访传统引流组时,其中 1 例患儿为臀部脓肿,局部血供差,肉芽生长不新鲜,最终形成窦道,行二次手术治疗,见表 1。

表 1 两组患儿伤口愈合及换药次数、疼痛的比较($\bar{x}\pm s$)

组别	<i>n</i>	伤口愈合时间 (d)	换药次数 (次)	疼痛评分 (分)
传统引流组	268	11.02±2.42	10.23±2.23	8.25±2.10
负压引流组	243	8.12±1.25	5.41±1.68	2.54±1.34

2.2 分泌物处理方式及院内交叉感染概率分析 负压引流组患儿的脓液及分泌物被密闭在一次性高负压引流装置内,医护及患儿家属对脓液及分泌物的接触概率降低,其接触者发生院内感染的概率显著降低。传统引流组因伤口的开放性换药、分泌物处理等所有过程中都有可能接触到脓性分泌物,造成院内交叉感染。

2.3 体位引流带来的不适 影响舒适性的原因主要是限制自由活动,强迫引流体位带来的不便。负压引流组因负压引流瓶内为一次性高负压,且与密闭的脓腔呈动态压力平衡,脓液产出后自然流入引流瓶内,无需体位引流,日常生活不受影响。

2.4 深部脓肿引流 在随访患儿中,深部脓肿如髂窝脓肿等深部脓肿,均需安置一次性高负压引流装置,被称为绝对适应证。

3 讨 论

一次性高真空负压引流瓶由引流管及高负压引流瓶组成,引流管引流区域安置于被引流创面下方,密闭创面,相对于传统引流方式而言,高真空负压引流是一种更高效的引流方式。其“高效”体现在引流的全方位性和彻底性上,被引流区内的渗液、脓液和脱落坏死组织能被更彻底、更及时地引出体外,造就 1 个包括引流通道的“零聚集”被引流区^[7-8]。本研究发现,其能够显著加快感染腔隙的闭合和感染创面的愈合,由于密闭的引流可有效防止交叉感染的概率, 缩(下转第 3312 页)

性多发淋巴结肿大,可能有淋巴结肿大和衰退史,常见脾大。有些患者具有全身症状,如发热和不适。

发病时疾病总是表现为Ⅲ/Ⅳ期。骨髓受累常见 30%~50%,在小细胞为主的病例中常见,但一般不影响预后。对大多数患者,病情呈惰性迁徙过程,并在多年后多次复发^[3]。尽管疾病对放疗和(或)化疗反应良好,但多会复发。也就是说,应用目前的治疗方法不能治愈滤泡性淋巴瘤,除非是Ⅰ期疾病和滤泡性大细胞淋巴瘤。该病中位生存期是 5~10 年,高达 30%发热患者会自发消退,少数患者疾病进展迅速,常常转化为侵袭性淋巴瘤并早期死亡。

滤泡性淋巴瘤有时表现为皮肤局部疾病,预后很好,但晚期可发生播散。原发性皮肤滤泡性淋巴瘤不同于普通型滤泡性淋巴瘤,其中只有少数具有 B 淋巴细胞瘤(Bcl-2)免疫反应和 Bcl-2 基因重排。滤泡性淋巴瘤有时也可发生于其他结合部位,尤其是胃肠道^[4]。少数情况下,滤泡性淋巴瘤可发生于儿童。与成人肿瘤不同,大多数患者的疾病为Ⅰ/Ⅱ期;头颈部常常受累;大多数病例是混合型和大细胞型(Ⅱ级或Ⅲ级);疾病可治愈。

¹⁸F-FDG 为示踪剂的 PET-CT 对淋巴瘤浸润病灶有较高的敏感性、特异性,有助于临床更准确的分期,从而指导治疗^[5]。Wirth 等^[6]回顾性分析了 1997~2006 年间 42 例未治疗的早期滤泡淋巴瘤,这些患者经¹⁸F-FDG PET 检查发现,经活检证实的滤泡性淋巴瘤病例中 97%的病例具有 FDG 亲和性,其中 19 例因¹⁸F-FDG PET 检查而改变分期:13 例(31%)分期上调至Ⅲ~Ⅳ期,使原计划的累及区域放射治疗调整为全身系统性治疗,6 例(14%)所累及范围扩大,包括 4 例从Ⅰ期上调至Ⅱ期。

本例患者确诊为淋巴瘤行化疗后第 1 次 PET/CT 检查把

皮下 FDG 代谢增高结节影误诊为炎性病变是因为忽视了临床上比较少见的滤泡性淋巴瘤皮下浸润的特点,希望通过这例患者的临床症状及 PET/CT 图像分析,为以后此类病患的早期诊断及临床分期提供帮助。

参考文献

[1] 陈光祥,蔡亮,张伟,等.¹⁸F-FDG PET/CT 在淋巴瘤结外侵犯中的诊断价值[J]. 放射学实践,2013,28(1):95-98.
[2] 何延辉,徐慧琴,汪会,等.¹⁸F-FDG PET/CT 显像在评价不同病理亚型淋巴瘤疗效方面的价值[J]. 安徽医科大学学报,2015,50(2):194-197.
[3] Raizer JJ, Rademaker A, Evens AM, et al. Pemetrexed in the treatment of relapsed/refractory primary central nervous system lymphoma[J]. Cancer, 2012, 118(15): 3743-3748.
[4] 纪小龙,申明识. 我国淋巴结外淋巴瘤的临床特点[J]. 癌症,1999,18(5):570-572.
[5] Pakos EE, Fotopoulos AD, Ioannidis JP. ¹⁸F-FDG PET for evaluation of bone marrow infiltration in staging of lymphoma: a meta-analysis[J]. J Nucl Med, 2005, 46(6): 958-963.
[6] Wirth A, Foo M, Seymour JF, et al. Impact of ¹⁸F fluoro-deoxyglucose positron emission tomography on staging and management of early-stage follicular non-hodgkin lymphoma[J]. Int J Radiat Oncol Biol Phys, 2008, 71(1): 213-219.

(收稿日期:2016-04-15 修回日期:2016-06-22)

(上接第 3307 页)

短住院时间,可以避免频繁换瓶,明显减少了护理人员工作量;最重要的在换药时儿童产生的恐惧、不配合等不良事件发生率降低。此外,本研究采用的一次性高负压引流瓶为带有刻度的刚性塑料且透明,既防碎,又便于观察和记录引流液的量及性状,操作省时简便,无需每日倾倒引流液和频繁更换引流装置;引流液量记录方法简便易学,使用持续负压引流后伤口无需加压包扎。以上优势也在 VSD 引流技术中充分体现^[9-10]。

总之,一次性高负压引流瓶能明显减轻脓肿患儿的换药疼痛不适,缩短治疗时间、拆线时间和出院时间,防止交叉感染,减少院内感染概率。患儿使用更安全放心,护士操作省时简便,既降低了劳动强度,又提高了工作效率。

在使用一次性高负压引流瓶进行脓肿负压吸引引流时,应注意:引流期间防止引流管堵塞,可定时挤压引流管;拔管时间为术后 5~7 d,具体根据创面的大小、引流量、性质决定,过早拔除易导致治疗失败;拔除前可行超声检查,确定引流通畅及伤口下无积液;拔管时要消除负压,以免吸附血管、神经等引起损伤。

参考文献

[1] 赵燕,刘立宏,高明月. 95 例儿童蜂窝组织炎的护理[J]. 护理实践与研究,2011,8(7):59-60.
[2] 王芊芊,崔极哲. 13 例儿童眶蜂窝织炎并眶区脓肿的临床

分析[J]. 中国实验诊断学,2016,20(1):132-133.
[3] 王丽嫦. 普通敷料与湿性敷料在脓肿切开引流术后伤口护理中的临床效果比较[J]. 中国当代医药,2013,20(6):142-143.
[4] 袁颖. 骨科切口 MRSA 感染病人的护理对策及防控干预[J]. 全科护理,2012,10(20):1843-1844.
[5] 陈雨青,金丹群,卢松建. 儿童耐甲氧西林金黄色葡萄球菌感染致严重脓毒症 12 例分析[J]. 临床儿科杂志,2015,33(1):28-31.
[6] 贾可. 改良式体位引流治疗肺脓肿的临床观察与护理[J]. 护士进修杂志,2010,25(17):1576-1577.
[7] 黄敏. 高真空负压引流装置在甲状腺术后的应用与护理[J]. 现代医药卫生,2014,30(7):1051-1052.
[8] 郭红心. 负压封闭引流技术治疗软组织感染和慢性皮肤溃疡[J]. 中国保健营养,2013,33(18):82-82.
[9] 许喜林,陈岳奇,陈诗强,等. VSD 负压封闭引流技术在骨科开放伤及感染创面中应用研究[J]. 中国医药科学,2012,2(12):231-231.
[10] 李小红,樊海英,陈代丽. 16 例负压封闭引流(VSD)治疗感染创面的护理要点[J]. 四川医学,2012,33(1):190-191.

(收稿日期:2016-04-18 修回日期:2016-06-25)