

游戏。其次是在阴茎阴囊部涂少量风油精等清凉药物,可缓解阴茎勃起,减轻瘙痒不适感。在上述方法无效时,可使用安定等镇静药物,口服或静脉给药。

3.3 包皮水肿的预防及护理 术后会发生不同程度的包皮水肿,主要与手术后静脉和淋巴回流不畅、术后出血、包扎过松、过早拆除敷料和包皮本身比较疏松有关。术后弹性网状纱布包扎固定一周,换药后仍需加压包扎,以免形成阴茎皮肤水肿^[6]。阴茎包扎选用敷贴比较好,包扎简单,松紧适宜,易固定易拆除,还可避免包扎过紧。术后 3~5 d 患儿尽可能在床上平卧,以减轻阴茎皮肤水肿。包扎敷料不宜拆除过早,一般在 7~8 d 为宜,发生较重包皮水肿较少,且手术切口已完全愈合。本组发生中度包皮水肿 16 例,与过早拆除敷料有关。如果敷料拆除后包皮水肿较重,经毫米波照射,可有效减轻水肿。

3.4 术后出血的预防及护理 术后出血主要与术中止血不彻底、包扎过松、患儿哭闹和阴茎勃起有关。手术中止血采用双极电凝较好,止血简单可靠,对组织损伤小。本组采用双极电凝止血患儿术后无出血,同时应注意包扎不宜过松。本组 8 例少量出血患儿是由于包扎过松引起,通过外用弹力绷带加压包扎出血停止。对有活动出血患儿宜在手术室麻醉下止血包扎,保证止血效果。

3.5 尿管堵塞的预防及护理 尿管堵塞与患儿躁动、哭闹引起膀胱内出血有关。本组发生尿管反复堵塞 3 例,就是由于镇痛镇静不全,患儿躁动、哭闹引起膀胱内少量出血,导致尿管反复堵塞。故要重视早期的镇痛镇静护理治疗,同时加强引流管的护理,术后一般留置尿管 3~6 d,保持导尿管通畅,要妥善固定,防止扭曲、受压和脱落。应告知家长和患儿留置管道的重要性,常规放置支被架,防止盖被压迫阴茎引起疼痛,避免无意中抓脱管道。应经常观察引流尿液的性质、颜色及量,避免引流不畅。术后 3~6 d 拔出导尿管后,创面予 0.5%聚维酮碘清洗,并予涂红霉素软膏,以防感染^[7]。鼓励患儿多饮开水,以达到自动冲洗的目的。对因出血发生尿管堵塞患儿应用等渗盐水反复冲洗抽吸,保持尿管通畅。对反复冲洗抽吸无效,可提

前拔除尿管。对尿液污染敷料,可用吹风吹干,保持干燥清洁,用聚维酮碘擦拭尿道口、龟头及周围,或将碘伏纱布包绕尿管与尿道口衔接处^[8],避免切口感染。

随着生活水平和认识的提高,隐匿阴茎正逐渐受到家长和医生的重视,临床上有手术需求的患儿逐年增多,而手术后常见不适与并发症的预防及护理直接影响手术后的康复过程。充分了解术后常见不适与并发症的发生原因,术中、术后采用相应的预防措施,合理制定术后护理计划,加强术后护理,是手术治疗和护理成功的关键。

参考文献

[1] 梁朝朝,王克效,陈家应,等. 合肥地区 5 120 名男性青少年外生殖器疾病的流行病学调查[J]. 中华医学杂志, 1997,77(1):15-17.
[2] 李正,王慧贞,吉士君. 实用小儿外科学[M]. 北京:人民卫生出版社,2001:180.
[3] 吴在德,吴肇汉. 外科学[M]. 北京:人民卫生出版社, 2006:142.
[4] 张咏梅,江智霞,蒋映兰,等. 经阴茎腹侧松解固定治疗小儿埋藏阴茎手术前后的护理[J]. 护士进修杂志,2009,24(2):128-129.
[5] 王春芳. Brisson 术矫治小儿隐匿阴茎围手术期的护理[J]. 现代中西医结合杂志. 2008,17(2):284.
[6] 苗武峰,苏建民. 隐匿型阴茎治疗手术体会[J]. 医药论坛杂志,2007,28(15):35-36.
[7] 朱建英,项伟菊. 小儿隐匿阴茎的围手术期护理[J]. 中华医学研究杂志,2006,6(3):330-331.
[8] 田秀珍,杨秋月. 碘伏与新洁尔灭在尿管护理中的疗效比较[J]. 广西医学,2006,28(8):1308-1309.

(收稿日期:2011-03-01)

• 基层园地 •

提高痰涂片检测抗酸杆菌阳性率的体会

范辉泽(江苏省兴化市唐刘卫生院 225723)

【关键词】 肺结核; 抗酸杆菌; 痰涂片
DOI:10. 3969/j. issn. 1672-9455. 2011. 15. 034 文献标志码:B 文章编号:1672-9455(2011)15-1856-01

肺结核病是当今全球范围对人类具有威胁性的传染性疾病,是发展中国家的头号传染性疾病杀手。由于肺结核病的生物学性和社会因素以及近几十年来对结核病的忽视,造成全球性的疫情回升。在我国肺结核病是国家重点控制的乙类传染病。建国后党和政府采取多种措施使我国肺结核病发病率呈下降趋势,因近十几年来经济的持续发展及人口的流动性增加,结核病的发病率在逐年增加,部分地区有蔓延趋势。特别是近年来艾滋病毒及艾滋病患者多的地区,肺结核病的发病率与病死率均有大幅增高^[1]。常规的痰涂片找抗酸杆菌是诊断肺结核病的依据和考核疗效随访病情的重要指标,疑诊肺结核病的患者均应痰涂片或培养^[2]。

1 临床资料

从 2005 年兴化市疾控中心要求基层社区服务中心开展常规痰检找抗酸杆菌工作至今,共检出抗酸杆菌阳性患者 50 例。

其中男 32 例,女 18 例,年龄 17~78 岁。其中农民 32 例,教师 2 例,学生 1 例,外地打工人员 8 例,自由职业人员 7 例。临床均以长期低热、盗汗、乏力、食欲不振、消瘦、咳嗽和咯血等征状,一般以干咳或只有少量黏液痰或无痰。此外临床上尚有一些患者,特别是老年患者长期以慢性支气管炎等征状掩盖了肺结核。体格检查无特殊。实验室检查肝功能、肾功能正常,白细胞总数略高或正常,红细胞沉降率加快。经抗感染、抗病毒对症治疗两周以上无效,进行痰检抗酸杆菌阳性,结合症状体征 X 线检查,并排除肺肿瘤、肺炎,符合肺结核病诊断。经过早期联合适量规则全程抗结核化疗,症状好转或病情稳定。

2 结 果

共 50 例确诊肺结核病患者,痰涂片找抗酸杆菌均阳性,在涂片中找到抗酸杆菌。结果报告:以 1+阳性 12 例。2+阳性 21 例,3+阳性 9 例,4+阳性 8 例。均送兴(下转第 1858 页)

或切开的创伤,减轻患者痛苦和经济负担。BiPAP 的运用可以扩张痉挛的气道,改善通气血流比值,从而有效纠正低氧血症和二氧化碳潴留,改善患者临床症状^[3]。

本组病例中,通过治疗前后效果的比较,显示患者无创正压通气治疗前后的临床症状、血气分析均有明显改善,且无明显并发症发生。与常规治疗组比较,差异有统计学意义。治疗组经 BiPAP 呼吸机治疗后动脉氧分压(PaO₂)和 SpO₂ 较治疗前和对照组相同时段治疗后均明显升高,动脉二氧化碳分压(PaCO₂)显著降低,说明在常规治疗的基础上,早期合理应用 BiPAP 呼吸机治疗重症哮喘,能迅速改善临床症状,改善血气及血氧饱和度,疗效明显优于对照组。BiPAP 通气治疗,其本质为压力支持(PSV)与自主呼气状态下呼气末正压(PEEP)结合形式^[4],PSV 的特点是自主吸气时施以正压,较高的吸气压力(IPAP)用于克服哮喘患者的气道高阻力,增加通气量,减少呼吸功和氧耗,改善呼吸机疲劳。为避免气压伤,本治疗组 IPAP 从低到高,逐渐升高,即从 8 cm H₂O 开始,经 10~20 min 逐渐增加到合适的治疗水平,不超过 16 cm H₂O。另外,支气管哮喘哮喘急性发作时气道反应性增高,支气管广泛痉挛,加之小气道的黏液痰栓引起气道堵塞,表现为肺动态过度充气(DPH)^[5]。由于 DPH 的存在,肺动态顺应性降低,其压力-容积曲线趋于平坦,在吸入相同容量气体时需要更大的压力驱动,从而使吸气负荷增大;DPH 时呼气末肺泡内残留的气体过多,呼气末肺泡内呈正压,因而存在较高的内源性呼气末正压(PEEPi)。BiPAP 呼吸机呼气相提供呼吸末正压(PEEP),能对抗 PEEPi,机械性扩张支气管及肺泡,降低气道阻力,防止小气道塌陷,有效排除二氧化碳,增加氧合,改善组织缺氧及临床症状^[6]。

无创正压通气经鼻、面罩无创性连接,不需要气管插管或气管切开,减少了患者的痛苦,不破坏呼吸道防御屏障,减少了肺部感染的几率;操作简单,正常治疗的同时可以保证患者正常的进食、说话等功能;基础药物能溶解黏稠的痰液及痰栓,缓解支气管痉挛,加速呼吸道黏膜纤毛运动,使痰液易于咳出;采

用双水平正压无创机械通气加基础药物治疗重症支气管哮喘,可以减少患者呼吸肌负荷,迅速改善患者临床症状和血气指标,早期使用无创呼吸机能够改善患者抢救成功率。有报道伴有高碳酸血症的重症哮喘只有 3%~5%需要气管插管机械通气^[7]。对于尚未达到插管上机标准的患者,尤其是伴有呼吸衰竭而又无明显无创通气禁忌证的患者,早期使用无创正压通气对于改善患者的病理生理状况、避免插管有积极的意义^[8]。无创双水平正压通气治疗重症支气管哮喘是即安全又有效的一种方法,值得临床推广应用。

参考文献

- [1] 中华医学会呼吸病学会哮喘学组. 支气管哮喘防治指南(支气管哮喘的定义、诊断、治疗及教育和管理方案)[J]. 中华内科杂志, 2003, 42(11): 817-822.
- [2] 王嘉, 孙武装, 于卫芬. 无创正压通气在危重症支气管哮喘治疗中的应用价值研究进展[J]. 国际呼吸杂志, 2007, 27(11): 862-865.
- [3] 朱蕾, 钮善福, 张淑平, 等. 经面罩机械通气治疗慢性阻塞性肺疾病呼吸衰竭患者的回顾性分析[J]. 中华结核和呼吸杂志, 2003, 26(7): 407-410.
- [4] 周建新, 王宝国. 实用呼吸机治疗学[M]. 2 版. 北京: 人民卫生出版社, 2005: 10.
- [5] Rodrigo GJ, Rodrigo C, Hall JB. Acute asthma in adults: a review[J]. Chest, 2004, 125(3): 1081-1082.
- [6] 黄建果, 郑玉琼, 刘亮, 等. BiPAP 治疗哮喘的临床观察[J]. 华西医学, 2006, 21(1): 56.
- [7] 钮善福. 机械通气治疗危重哮喘呼吸衰竭[J]. 临床肺科杂志, 2005, 10(3): 272.
- [8] 吴凯, 朱晔涵. 重症支气管哮喘无创正压通气的疗效评价[J]. 中国临床医学, 2006, 13(2): 212-213.

(收稿日期: 2011-02-19)

(上接第 1856 页)

化市疾控中心复查确诊。

3 讨 论

3.1 随着检验技术的发展, 肺结核的实验诊断技术和手段不断发展和完善, 一些新技术的运用提高了肺结核病的确诊。特别是结核杆菌的体外培养和药物敏感试验, 结核病的免疫学诊断技术, 结核病的分子生物学诊断技术的运用为结核病的实验诊断技术带来了广阔前景。由于条件的限制, 资金设备的有限投入, 常规的痰涂片找抗酸杆菌仍然是基层社区卫生服务中心诊断肺结核病的重要技术。因检验科工作的特殊性 & 检验科人员缺乏对结核分枝杆菌的生物学性状培养特征生化反应抵抗力变异性的认识, 容易使肺结核病漏诊。提高检验科人员特别是年轻检验人员痰检找抗酸杆菌的基本功尤其重要。

3.2 在临床上, 如久咳、咯血、低热、乏力、锁骨上下或肩胛区湿啰音, 老年人慢性咳嗽或曾患过渗出性胸膜炎患者均应常规痰检。痰标本的收集以清晨第一口从肺深部咳出的痰, 盛无菌痰盒, 注明与送检单一致的患者姓名、编号、日期。痰标本以脓样干酪样或黏稠状为合格, 取材时应挑取脓样干酪样颗粒或带褐色血丝痰约 0.05~0.1 mL, 均匀涂在玻片右 2/3 处自行干燥, 用萘-尼抗酸染色(加热法)。10×100 油镜在淡蓝色背景下抗酸杆菌呈红色, 按下列标准报告: 阴性, 300 个视野未见抗酸杆菌; +, 300 个视野 1~8 条; 1+, 100 个视野 3~9 条; 2+, 10 个视野 1~9 条; 3+, 每个视野 1~9 条; 4+, 每个视野大于

或等于 10 条。

3.3 假阳性和假阴性的因素 假阳性: 玻片的划痕深处会滞留染料呈并排波纹状, 容易与抗酸杆菌混淆。染色时如同时放在一个染缸里, 抗酸杆菌会脱落污染阴性涂片。正确的操作把每一张涂片分别染色。在镜检加香柏油时, 防止滴棒把抗酸杆菌带到阴性涂片造成假阳性。

假阴性: 合格的痰标本是诊断肺结核的关键, 痰应从肺深部咳出, 而不是唾液和鼻咽部的分泌物。痰标本和涂片应避免阳光直射, 因抗酸杆菌受阳光照射或干热条件下会失去抗酸性。未选好合格的痰颗粒涂片, 抗酸杆菌很容易在黄绿色浓稠奶油样小粒团里找到, 涂片时应挑取这种标本颗粒涂片。涂片制作或染色不当, 如涂片标本量少以至涂片太薄或标本量多涂片太厚, 影响光的透过, 使视野过亮或过暗, 影响镜检结果。染色时脱色时间或复染时间过长, 影响抗酸杆菌着色和背景蓝色过深, 难以发现抗酸杆菌。

参考文献

- [1] 朱明康, 石应康. 临床医学概要[M]. 2 版. 北京: 人民卫生出版社, 2010: 247-248.
- [2] 刘运德, 楼小良. 微生物学检验[M]. 2 版. 北京: 人民卫生出版社, 2003: 276.

(收稿日期: 2011-04-06)