

2.2.4 并发症的观察与护理 主支气管断裂伤的患者常合并有颈胸部的皮下气肿,可用手按压皮下气肿部位的皮肤,观察皮肤肿胀情况。范围小者一般可以自行吸收,无需特殊处理;对范围大者要严密观察气肿发展情况,防止气肿严重而压迫气管使呼吸困难加重。皮下气肿较多时,可在气肿部位用粗针头消毒皮肤后斜行插入皮下,促使气体从针头排出。

2.2.5 做好患者的基础护理与饮食指导 由于患者伤势较重,加之长期卧床、抵抗力下降,口腔内容易滋生细菌,因此保持口腔的清洁、预防感染很重要。在行口腔护理时要观察口腔内有无感染、溃疡的迹象,必要时可增加口腔护理的次数。要鼓励患者进食高蛋白、高热量、高维生素饮食来增强营养,增加抵抗力。在不能进食期间,应尽早补充静脉营养,给予营养支持。同时要注意做好皮肤护理,保持床单的干净整洁,每隔 2 h 为患者翻身叩背 1 次,防止坠积性肺炎和压疮的发生。

2.2.6 心理护理 患者由于是急性损伤,病情危急凶险,加之因置有气管插管无法与家人沟通交流,极易引发恐惧和紧张心理。可派经验丰富、善于沟通的护士专人看护,同时介绍一些治疗成功的案例帮助患者树立信心,还可以利用床旁呼叫器、语言、手势、信息交流卡等方式同患者进行沟通,耐心细致地讲解该病的治疗过程和预后,强调积极配合的重要性,取得患者的配合,促进患者的早日康复。

主支气管断裂伤的患者病情复杂,变化快,且进展迅速,因此要注意保持呼吸道通畅。此类患者多是采用气管切开法畅通气道,因为若是不完全断裂,经口插管可能会加重损伤及大出血,使呼吸困难进一步加重;如为完全断裂,气管插管无法插入气管近心端时就会将断裂的近心端气管完全推入上纵隔,导致患者因窒息而死亡。本例患者因气管碎裂范围至气管隆嵴处,只能采用气管插管法。而传统的气管插管法对本例患者而言,出现窒息的概率较高、危险性太大,使用改良的“穿针式”逆行气管插管法则相对风险小且安全。

在发病早期保持气道通畅,行逆行气管插管时做好配合工

作并密切观察病情变化是抢救患者生命的关键。而术后加强气道管理、做好气道湿化工作是防止痰痂和血痂形成的重要措施。同时,根据患者术中吻合口的张力、肺复张的情况适当使用呼吸机,可促使术后肺功能的恢复^[9]。给予合适的体位,做好胸腔闭式引流管的护理,给予合理的营养支持和心理护理,是预防感染发生、吻合口狭窄等并发症的有效措施。总之,对主支气管断裂伤的患者术前及时准确的评估和处理、术后严密的监测和护理能有效地减少各种并发症,促使其早日康复。

参考文献

[1] 滕清晓,王梅英,付国强,等. 颈部闭合性喉气管损伤 117 例[J]. 临床医学,2009,29(12):101-102.
[2] 倪长宝,张耕,周慧芳. 喉气管外伤的处理[J]. 天津医科大学学报,2010,16(4):636-637.
[3] 童超,张军,米林,等. 外伤性气管支气管断裂五例诊治体会[J]. 海南医学,2009,20(3):214-215.
[4] 刘小燕,刘文清,孙俊平,等. 外伤性气管支气管断裂 2 例护理[J]. 西南国防医学,2011,21(9):1005-1006.
[5] 田燕,乌兰,杨桂珍. 气管支气管成形术后患者的护理体会[J]. 中国肺癌杂志,2014,17(3):286-288.
[6] 韩志红. 外伤性支气管断裂 11 例诊治体会[J]. 中国医师进修杂志,2012,35(27):58-59.
[7] 马丽梅,孙照莲,焦丽. 气管及隆突部肿瘤切除 27 例气道重建围术期护理[J]. 齐鲁护理杂志,2011,17(15):13-14.
[8] 胡思琴,刘沙沙,杨春,等. 胸腔闭式引流护理运用于创伤性主支气管断裂患者体会[J]. 大家健康,2014,8(10):260-261.
[9] 宋福杰,王洲,刘相燕,等. 晚期外伤性主支气管断裂的围术期处理[J]. 中国医药导报,2013,10(23):155-157.

(收稿日期:2015-05-06 修回日期:2015-07-15)

1 例嗜酸性粒细胞性胃肠炎临床分析*

杨 阳,唐国建[△](江苏省常州市金坛区人民医院检验科 213200)

【关键词】 嗜酸性粒细胞性胃肠炎; 嗜酸性粒细胞; 组织学活检
DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2016.02.060 文献标志码:B 文章编号:1672-9455(2016)02-0286-03

嗜酸性粒细胞性胃肠炎(EG)是以胃肠道组织中嗜酸性粒细胞异常浸润为特征,并伴有外周血嗜酸性粒细胞增多和胃肠道症状为主的一种少见的变态反应性疾病。病变可累及食管到直肠的全胃肠道黏膜层、肌层、浆膜层,可发生于任何年龄,以男性多发为主。本院 2014 年 11 月 2 日收治 1 例 EG 患者,现报道如下。

1 临床资料

患者,男,17 岁,20 余天前开始腹泻,为黄色稀烂便或水样稀便,每日 7~8 次,伴呕吐和腹胀不适,在当地医院就诊,给予头孢类抗菌药物治疗无效,拟诊断为“腹泻待查”收住本院。入院查体:体温 37.1℃,脉搏 84 次/分钟,呼吸 16 次/分钟,血压

110/80 mm Hg,神志清,无皮肤、巩膜黄染,锁骨上未扪及淋巴结肿大,腹部平坦,全腹无压痛、反跳痛、肌紧张,肝脾肋下未扪及。实验室检查结果如下,粪便常规:少许黏液,脓细胞 3~5/HP,红细胞 2~3/HP,吞噬细胞 0~1/HP,隐血弱阳性;血常规:白细胞计数 $18.9 \times 10^9/L$,嗜酸性粒细胞计数 $11.93 \times 10^9/L$,嗜酸粒细胞比值 63.1%,推片瑞氏染色镜检见嗜酸性粒细胞明显增多,见图 1;尿常规:酮体(+),尿蛋白(+-),镜检白细胞 $51/\mu L$;血生化:总蛋白 64.2 g/L,清蛋白 36.3 g/L,谷氨酸氨基转移酶 8 U/L,尿酸 $571.5 \mu mol/L$,乙型肝炎病毒标志物表面抗体阳性,其余各项阴性;超敏 C 反应蛋白 10.9 mg/L;粪便查找寄生虫虫卵和阿米巴滋养体及包囊为阴性;红细胞

* 基金项目:江苏省临床医学科技专项(BL2012047)。
[△] 通讯作者,E-mail:tguojian1971@sina.com。

沉降率、结核菌素试验、结核抗体、肿瘤标志物均在正常范围或者阴性;腹部彩超显示腹部中量积液;腹腔积液检查:李凡他试验(++) ,白细胞计数 $11.3 \times 10^9/L$,为渗出液,腹水结核分枝杆菌图片检查为阴性,腹水经离心取沉淀涂片瑞氏染色,镜检嗜酸性粒细胞占 94% ,见图 2;肠镜检查:提示结肠多发性红肿糜烂。肠镜在回盲部、升结肠、结肠肝曲、乙状结肠、直肠、横结肠取 6 点活检病理切片作 HE 染色镜检见小肠黏膜部有大量的嗜酸性粒细胞浸润,见图 3。排除其他引起小肠嗜酸性粒细胞增多的可能,诊断为 EG。患者确诊后每天给予醋酸泼尼松 30 mg 口服,一周后症状明显缓解,大小便常规正常,腹腔积液消失。随诊未复发。

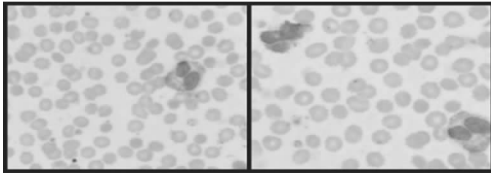


图 1 抗凝血涂片瑞氏染色油镜下表现

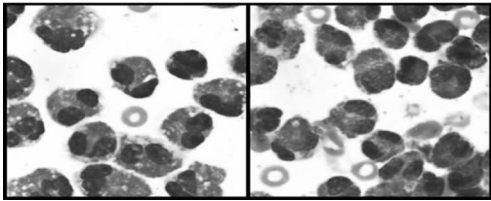
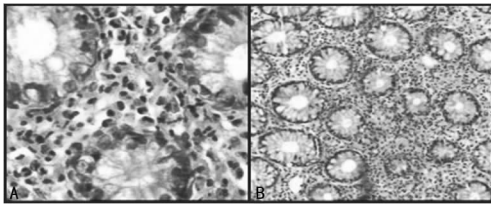


图 2 腹腔积液离心涂片瑞氏染色油镜下表现



注:A 为高倍镜,B 为低倍镜下。

图 3 肠镜取组织做病理切片 HE 染色

2 讨 论

EG 是一种原因不明的疾病,少部分患者有哮喘或者食物过敏史。Talley 等^[1]提出的诊断标准:(1)存在胃肠道症状。(2)病理活检显示从食管到结肠的胃肠道有 1 个或 1 个以上部位的嗜酸性粒细胞浸润,或有放射学结肠异常伴周围嗜酸性粒细胞增多。(3)除外寄生虫感染和胃肠道以外嗜酸性粒细胞增多的疾病,如结缔组织病、嗜酸性粒细胞增多症、克罗恩病、淋巴瘤、原发性淀粉样变性 Menetrier 病等。腹腔积液型 EG 除了满足以上标准外,患者出现腹腔积液,并且腹腔积液中的嗜酸性粒细胞明显增多,可以排除其他原因引起的腹腔积液。Simon 等^[2]在 2010 年提出的高嗜酸性粒细胞综合征的标准,较 Talley 有所区别在于:(1)至少两次血象检查嗜酸性粒细胞计数超过 $1.5 \times 10^9/L$ 或者其他组织出现典型的、症状明显的嗜酸性粒细胞浸润。本例患者各项检查表明符合腹腔积液型 EG 的诊断标准。

EG 并非罕见,只是误诊率很高^[3]。分析主要原因为:(1)对 EG 认识不充分。早在 1973 年 Weisberg 等^[4]提出 EG 的三联征是腹疼、恶心呕吐和腹泻。如果患者有胃肠道三联征反复发作,用抗酸、解痉、消炎等治疗无效,在治疗中复发、加重或有过敏病史者,应该考虑本病;(2)临床表现无特异性。如本例

患者的特点与慢性细菌性痢疾,炎症性肠炎,肠结核或结核性腹膜炎的症状类似,很难确诊;(3)部分患者就诊时外周血嗜酸性粒细胞尚未升高,有研究报道未出现外周血嗜酸性粒细胞增高的患者约占 20%^[1],若未及时进行内镜检查和病理检查,很难考虑到 EG 的可能。

虽然 EG 的误诊率高,但是全面的检查对于本病的确诊很有意义。目前诊断 EG 的主要方法是实验室检查、内镜检查和影像学检查^[5-6]。EG 病变常可累及消化道各段,主要分布于胃窦、十二指肠、回肠末段和回盲部,可表现为片状糜烂,可覆薄白苔,黏膜水肿和散在出血点。内镜检查时取胃肠道黏膜活检病理检查可见大量的嗜酸性粒细胞浸润是诊断 EG 的关键,当病理镜检每高倍视野嗜酸性粒细胞大于 20 个,更有助于确诊^[7]。目前内镜应用越来越广泛,尤其是小肠镜的应用大大减少了 EG 诊断的误诊率^[8-9]。根据嗜酸性粒细胞侵犯的部位将 EG 分为黏膜型、肌型、浆膜型,本例患者腹腔积液中查见大量的嗜酸性粒细胞,诊断为浆膜型。一旦临床已考虑到 EG 的可能,接下来的鉴别诊断并不难,但应注意排除其他引起嗜酸性粒细胞增高的疾病,如寄生虫感染、药物过敏、嗜酸性粒细胞增多症、炎症性肠病及恶性肿瘤等所致的继发性胃肠道嗜酸性粒细胞浸润等^[10-11]。虽然 EG 的诊断标准很明确,但是也有 EG 伴空肠异位胰腺的病例报道^[12],也为临床该病的诊断提供了更多的参考。本病血清学指标一般为阴性结果^[5-6],如果临床怀疑此病,可以减少相关血清学检查。治疗上,EG 是自限性疾病,但不用激素治疗易复发,采用泼尼松 30~40 mg/d,一般在用药后 1~2 周明显好转。对于激素治疗无效的患者可服用色甘酸钠或抗组胺类药物。

综上所述,EG 诊断的关键是患者外周血、腹腔积液中嗜酸性粒细胞增多,组织学活检可以依据嗜酸性粒细胞的浸润深度和广度对 EG 进行确诊并分型。合理地运用上述检查方法和医生的全面考虑,避免了误诊的发生,给患者经济有效的治疗,减轻了患者的痛苦。

参考文献

- [1] Talley NJ, Shorter RG, Philips SF, et al. Eosinophilic gastroenteritis: a clinico-pathological study of patients with disease of the mucosa, muscle layer, and sub-serosal tissues[J]. Gut, 1990, 31(1): 54-58.
- [2] Simon HU, Rothenberg ME, Bochner BS, et al. Refining the definition of hypereosinophilic syndrome[J]. J Allergy Clin Immunol, 2010, 126(1): 45-49.
- [3] 张福文,董荣芬,李柏,等.嗜酸细胞性胃肠炎 13 例分析[J]. 临床误诊误治, 2007, 20(2): 26-27.
- [4] Weisberg SC, Winkle WV. Eosinophilic gastroenteritis [J]. Am J Dig Dis, 1973, 18(1): 1005.
- [5] 薛珊,赵春明.嗜酸细胞性胃肠炎临床诊断要点分析[J]. 浙江中医药大学学报, 2012, 36(10): 1084-1088.
- [6] 肖文斌,刘玉兰,王智峰.嗜酸细胞性胃肠炎的诊断和治疗[J]. 中华消化内镜杂志, 2002, 19(3): 145-148.
- [7] 叶妮娜,米雪勤,赵洪川,等.12 例嗜酸细胞性胃肠炎临床分析[J]. 胃肠病学和肝病学杂志, 2008, 17(1): 73-75.
- [8] 李渊,周洪美,顾芳,等.嗜酸粒细胞性胃肠炎内镜检查的诊断价值[J]. 中华消化内镜杂志, 2006, 23(4): 275-276.
- [9] 宗晔,赵海英.1 例嗜酸细胞性胃肠炎小肠黏膜表现[J]. 胃肠病学, 2014, 19(15): 315-316.

- [10] Rothenberg ME. Eosinophilic gastrointestinal disorders (EGID)[J]. J Allergy Clin Immunol, 2004, 113(1): 11-28.
- [11] 王海英. 因嗜酸性粒细胞增多症为首要表现的蝇蛆病 1 例[J]. 检验医学与临床, 2013, 10(10): 1339.

- [12] 姜仕柱, 郑仕杰. 嗜酸细胞性胃肠炎伴空肠异位胰腺 1 例[J]. 广东医学, 2013, 34(1): 145.

(收稿日期: 2015-04-29 修回日期: 2015-07-25)

1 例直肠阴道隔子宫内位异位症行结肠造瘘术的临床护理

陈利婷, 邱 涛(第三军医大学西南医院, 重庆 400038)

【关键词】 预防性结肠造口; 直肠阴道隔子宫内位异位症; 结肠造瘘术

DOI: 10. 3969/j. issn. 1672-9455. 2016. 02. 061 文献标志码: B 文章编号: 1672-9455(2016)02-0288-01

深部浸润型子宫内位异位症(DIE)是指病灶浸润腹膜下深度大于或等于 5 mm 的内膜异位症, 最常发生于骶韧带、子宫直肠窝和直肠阴道隔, 可侵犯结肠壁及阴道穹窿^[1-2]。当病灶侵犯直肠阴道隔时, 多表现为继发性、进行性加剧的痛经和性交痛, 以及周期性大便带血等症状^[3]。治疗以手术切除为主, 在全身麻醉腹腔镜下切除内膜异位症病灶。预防性横结肠造瘘口多在术后 3~6 个月回纳, 有利于直肠吻合处的愈合, 预防肠痿的发生^[4]。由于手术难度大, 范围广, 存在一定的并发症, 术后密切观察、加强护理、积极预防感染及营养支持治疗, 才能保证手术的成功。因此, 作者对本院妇科 1 例实施腹腔镜手术治疗直肠阴道隔子宫内位异位症并行横结肠预防性造瘘术的患者进行全面准确的护理, 患者恢复良好, 效果满意, 现报道如下。

1 临床资料

患者为 30 岁已婚育龄期妇女, 孕 0 产 0; 因“痛经并进行性加重 2⁺ 年, 便血 7 月”入院。外院检查肠镜示: 直肠占位病变, 疑诊“直肠癌”, 于 2013 年 6 月 14 日在外院行剖腹探查活检术, 病理结果符合“子宫内位异位症”, 术后于 2013 年 7 月开始给予诺雷德 3.6 mg 皮下注射治疗半年, 治疗效果不佳。入院后查体发现病灶已达双侧盆壁, 下界距肛门齿状线约 90 mm, 侵犯直肠及阴道壁, 已引起直肠肠腔受压、狭窄, 仅容 1 指尖。完善检查未见手术禁忌证, 经病案讨论及普外科会诊后, 于 2014 年 1 月 3 日在全身麻醉下行腹腔镜直肠阴道隔子宫内位异位灶切除+盆腔粘连松解术+阴道后壁部分切除术+直肠部分切除吻合术+横结肠预防性造瘘术+双侧输卵管通液术。术后给予预防感染、补液、营养支持治疗。术后第 13 天, 患者阴道流血增多、清亮, 查双侧输尿管三维成像结果: 考虑左输尿管下端损伤合并输尿管盆腔阴道瘘, 于 2014 年 1 月 20 日在全身麻醉下行腹腔镜左侧输尿管双 J 管置入术。经完善术前检查, 全面的手术风险评估及充分的肠道准备, 术后密切观察病情变化, 及时处理, 以及系统全面的造口管理, 患者及家属已熟练掌握造口护理技术操作, 未发生吻合口瘘, 造口脱垂、回缩、狭窄及周围粪水性皮炎等并发症, 腹部伤口愈合良好, 顺利出院。

2 讨 论

2.1 术前护理 (1)术前检查。指导患者完善各项常规检查: 泌尿便常规、凝血指标、肝肾功能、糖类抗原 125(CA125)、乙型肝炎病毒抗原抗体、输血前核酸检测、胸片、心电图、腹部超声及盆腔 CT 等。(2)阴道准备。术前 3 d 开始予有效碘浓度为 900~1 100 mg/L 的聚维酮碘消毒液擦洗阴道, 1 次/日。(3)肠道准备。由于患者病灶位于直肠阴道隔, 侵犯直肠壁及阴道后壁, 术中须行肠切除肠吻合术及阴道壁部分切除术, 因

此, 须充分清洁肠道。手术前 3 d 告知患者进食半流质饮食, 手术前 1 d 下午遵医嘱给予福静清(复方聚乙二醇 4000 口服溶液用粉)2 袋加入 1 500 mL 温开水中口服, 手术前 1 d 晚上及术晨予 0.2% 肥皂水清洁灌肠, 将肠道内的残渣、气体排出, 达到清洁肠道的目的。术前 12 h 禁食、8 h 禁饮。(4)皮肤护理。术前 1 d 清洁脐部, 先用棉签蘸松节油滋润脐孔 3~4 min, 然后用酒精棉签彻底清除污垢, 最后用干棉签擦干; 操作时动作轻柔, 以免损伤脐部伤口。告知患者术前 1 d 晚上修剪指甲, 沐浴更衣, 做好个人卫生。(5)心理护理。患者为育龄期妇女, 有生育要求; 术前应告知患者手术后受孕的可能性及疾病转归等。入院后责任护士应经常巡视患者, 耐心倾听患者的内心感受, 进行相应的心理护理; 让患者拥有积极乐观的心态接受手术治疗。

2.2 手术后病情观察及护理 (1)一般护理。直肠阴道隔子宫内位异位灶常引起盆腔及肠粘连, 周围脏器解剖变异及血管生成, 致使手术风险增大, 带来更多并发症^[5]。因此, 术后应重视患者的主诉、密切观察病情及监测生命体征变化, 注意尿量及引流量的情况, 监测血常规及 C 反应蛋白(CRP)结果等, 以更早发现手术并发症, 如腹腔内出血、输尿管损伤等。(2)盆腔感染的护理。严密观察患者体温变化, 每 4 小时测量体温 1 次, 遵医嘱按时输入抗菌药物治疗。患者术后持续发热, 最高体温 39.4℃, 查血象、CRP 及降钙素原均高于正常, 给予物理降温及药物退热对症治疗; 并取盆腔引流液及痰液培养加药敏试验, 证实有盆腔感染, 根据药敏试验结果, 改用阿米卡星抗感染治疗, 并加强阴道擦洗治疗。患者于术后第 14 天体温恢复正常, 血象下降, 停止输液治疗, 并指导患者注意会阴清洁, 加强营养。(3)输尿管损伤的护理。主要有机械损伤和电热损伤。机械损伤易发现, 而电热损伤由于发展过程较缓慢, 早期无明显症状体征, 常在手术后 1 周左右发生体温异常升高、腰腹部胀痛时检查发现^[6]。患者于术后第 13 天阴道流血增多、清亮, 考虑左输尿管下端损伤合并输尿管盆腔阴道瘘, 于 2014 年 1 月 20 日在全身麻醉下行腹腔镜下左侧输尿管双 J 管置入术。术后盆底置入菌形引流管 1 根, 密切观察并记录引流液的颜色、性状及量; 经引流管给予盆底甲硝唑冲洗控制感染, 并严格无菌操作。(4)饮食护理。患者因行肠道手术, 术后应禁食 5~7 d, 待造瘘口有便样液体流出或排气后可逐渐进食; 食物应由少到多, 由稀到稠, 适当增加纤维素的摄入, 避免摄入易产生刺激性气味和易产气的食物; 饮食营养均衡, 利于患者恢复。**2.3 横结肠预防性造口的护理** (1)观察造口的血液运行情况。造口的血液运行主要根据造口黏膜的颜色来判断, 因此, 通常选用透明的造口袋, 以便每日检查造口情况。黏膜表面湿润光滑, 呈粉红色或鲜红色属于正常颜色。如果造(下转封 3)