

约占 8%^[1]。患者可有月经量多、经期延长等症状。如果早期不进行处理,宫颈巨大肌瘤易改变宫颈的解剖位置,致使子宫及其韧带变形,周围脏器移位,即使开腹手术,亦增加手术难度^[2]。

微波凝固治疗是利用微波的热效应,使组织迅速凝固坏死,止血效果好,术中出血少,手术时间短;微波器辐射端刺入肌瘤内部,不需对肿瘤进行分离、切割、缝合、止血,避免了损伤周围脏器,简化了手术操作步骤。而宫颈锥形切除或宫颈切除术因手术视野小,局部切除操作困难,有可能损伤周围脏器,术中出血多,需缝合,手术时间长。本研究中,微波组患者治疗时的针状探头多点凝固,局部反应轻微,术后患者活动自如,创面愈合时间短,不影响正常生活和工作,患者愈合后局部无瘢痕,无宫颈粘连或狭窄,无腹痛及痛经并发症,能恢复成正常宫颈柔软的质地。对照组患者术后因局部炎性肿胀、线结反应致术后疼痛时间延长,术后恢复自如活动时间长,创面愈合较慢,术后切口有瘢痕组织形成。

微波凝固治疗子宫肌瘤时应注意以下几点:①功率不宜过大(35~40 W),凝固时间不宜过长(5~6 s),凝固组织不宜过深(病灶下肌层 2~3 mm),否则反易造成术后创面出血过

多,损伤子宫颈管;②避免接近月经中期手术,月经周期较短者,在治疗后用药物推迟月经,以利创面愈合,并减少对月经的影响;③术后部分患者有腰酸下坠感,数天后自然消失;④所有患者均在术后 2~3 h 开始出现不规则阴道排液,量较多,呈淡黄色水样,持续 7~14 d,7~10 d 阴道可有少量血性分泌物流出,历时 5 d 左右,不超过月经量,不需处理,若出血较多超过月经量应及时在窥阴器下观察,局部可使用纱条填塞、微波凝固止血等措施。

微波组织凝固作为一种新的物理疗法在临床上已经越来越广泛地得到应用。我们认为,微波凝固治疗子宫肌瘤具有操作简单安全、快速、疗效好、费用低、创伤小、康复快、患者不需住院及不需麻醉等优点。

参 考 文 献

- [1] 乐杰. 妇产科学. 北京:人民卫生出版社,2005:295.
- [2] 曹泽毅. 中华妇产科学. 北京:人民卫生出版社,2000:1745-1746.

(修回日期:2009-12-05)

(本文编辑:松 明)

· 短篇论著 ·

红外线照射预防经外周置入中心静脉导管所致机械性静脉炎效果观察

路清蒲 赵巧玲 孙洁

经外周置入中心静脉导管(peripherally inserted central catheter, PICC)作为药物输入途径,以其安全、使用周期长而被医护人员和患者所接受。但是由于置管后出现机械性静脉炎的比例高达 20%~25%^[1],给患者造成了极大的痛苦,也成为影响 PICC 临床留置时间的主要原因之一^[2],直接影响患者的治疗依从性。所以寻找直接有效的措施预防 PICC 所致机械性静脉炎的发生具有非常重要的意义。我科 2007 年 5 月至 2009 年 5 月对 PICC 置管患者应用红外线照射预防机械性静脉炎取得了良好的效果,现报道如下。

一、资料与方法

1. 临床资料:选取 2007 年 5 月至 2009 年 5 月在我院肿瘤科住院需 PICC 置管的患者 158 例,分为观察组和对照组,每组 79 例。2 组患者一般情况见表 1,经 χ^2 检验,差异均无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。

2. 材料与方法:选用美国巴德国际有限公司生产的三向瓣

膜式 PICC 导管,敷贴采用施乐辉透明敷贴,红外线治疗使用 T1 型红外线治疗仪(四川产),该治疗仪发射的红外线波长范围 2~25 μm 。对照组 PICC 置管后给予常规护理,即置管成功 24 h 后更换贴膜 1 次,以后每周更换 2 次,如发现贴膜污染、潮湿、脱落则及时更换。观察组除给予相同的护理外,置管 24 h 后,将已预热的红外线治疗仪辐射头垂直对准穿刺部位上方 8~10 cm 处进行照射,距离 30~40 cm,以患者自觉局部温热、舒适为宜,每次照射时间 30 min,每日 2 次,连续照射 1 周。由专人对患者局部血管及皮肤情况连续观察 2 周,比较 2 组患者机械性静脉炎发生率。

3. 静脉炎评定标准:采用美国静脉输液护理学会静脉炎程度判断标准^[3]进行评定。Ⅰ级——穿刺点疼痛、红和(或)肿,静脉无条索状改变,未触及硬结;Ⅱ级——穿刺点疼痛、红和(或)肿,静脉有条索状改变,未触及硬结;Ⅲ级——穿刺点疼痛、红和(或)肿,静脉有条索状改变,可触及硬块。

表 1 2 组患者一般情况比较

组 别	例数	性别(例)		年龄(岁)		病程(月)		病种(例)		穿刺部位(例)		
		男	女	<50	≥50	<6 个月	≥6 个月	恶性肿瘤	良性疾病	头静脉	肘正中静脉	贵要静脉
观察组	79	38	41	33	46	62	17	58	21	7	28	44
对照组	79	36	43	28	51	56	23	53	26	6	37	36

4. 统计学分析:用 SPSS 13.0 版统计软件进行统计学分析,2 组间静脉炎发生率比较采用 χ^2 检验, $P < 0.05$ 为差异具有统计学意义。

二、结果

观察组经红外线照射后仅 1 例患者 (1.27%) 发生 II 级机械性静脉炎,而对照组患者 I、II、III 级静脉炎均有发生,发生率为 10.12%,2 组间静脉炎发生率比较,差异有统计学意义 ($P < 0.05$),见表 2。

表 2 2 组患者机械性静脉炎发生率比较 (例)

组别	例数	I 级	II 级	III 级	发生率 (%)
观察组	79	0	1	0	1.27 ^a
对照组	79	4	3	1	10.12

注:与对照组比较, ^a $P < 0.05$

三、讨论

PICC 引起的机械性静脉炎是一种无菌性炎症,是由于植入的导管型号和血管粗细不适宜、置管过程中反复探刺血管、导管材料过硬等原因所致。临床上尚难以完全避免 PICC 置管引起机械性静脉炎发生。因此根据机械性静脉炎产生的病理生理变化,寻求有效的方法,最大限度地减轻静脉内膜损伤后的组织反应是预防机械性静脉炎可行的方法之一。应用红外线照射可以对照射局部形成温热刺激,促使毛细血管扩张,改善微循环,促进静脉内膜组织新陈代谢,从而达到活血化瘀、消炎止痛的目的。寇京莉和韩斌如^[4]应用增强型透明贴使 PICC 置管引起的机械性静脉炎的发生率下降为 6%;赵桃月和翁媛英^[5]应用冰敷,罗玲芳和夏春芳^[6]应用复方七叶皂苷凝胶,分别使 PICC 置管引起机械性静脉炎的发生率下降为 5% 和 4%,我们应用红外线照射使 PICC 所致机械性静脉炎的发生率降为 1.3%。

由于 PICC 置管引起的机械性静脉炎通常发生在穿刺后 48~72 h,好发于穿刺点上方 8~10 cm 处^[7],因此应用红外线

照射时宜对准穿刺点上方沿静脉走向 8~10 cm 处,必要时可沿置管静脉走向上下移动照射,针对机械性静脉炎发生的时间,照射应尽早开始,但考虑到置管 24 h 内穿刺点易出血的问题,所以观察组患者均选择置管 24 h 常规更换敷贴后开始照射。观察组 79 例患者中有 1 例患者在置管后 13 d 发生 II 级静脉炎,可能和患者体形瘦、上肢缺乏脂肪组织保护及置入的导管长时间刺激血管壁有关,给予地塞米松外敷加红外线照射治疗后好转。

我们认为,在置入 PICC 导管后早期使用红外线照射可以有效地预防和减轻由于静脉内膜损伤引发的局部炎症反应,改善患者的主观感受,最终达到预防 PICC 置管引起机械性静脉炎的目的。

参 考 文 献

- [1] 郭丽鹃,王立,任少林,等. 预防 PICC 置管并发症的护理方法. 实用护理杂志,2003,19:5-6.
- [2] 郑春辉,王凤,陈强谱. 经外周穿刺置入中心静脉导管的并发症及防治. 中华护理杂志,2004,39:700-702.
- [3] 宋向阳,李武平,孙惠英,等. 抗肿瘤药物性静脉炎的防护研究进展. 护理研究,2006,20:1417-1419.
- [4] 寇京莉,韩斌如. PICC 穿刺后应用等增强型透明贴预防机械性静脉炎的临床观察. 中华护理杂志,2007,42:661-662.
- [5] 赵桃月,翁媛英. 冰敷预防 PICC 致机械性静脉炎的效果观察. 护理学报,2009,16:58.
- [6] 罗玲芳,夏春芳. 复方七叶皂苷凝胶预防 PICC 所致机械性静脉炎效果观察. 当代护士,2009,4:1680.
- [7] 陶立芳,袁玲,陈颖君,等. PICC 后机械性静脉炎的预防. 护理研究,2005,19:2707.

(修回日期:2009-11-09)

(本文编辑:松 明)

· 短篇论著 ·

超短波联合耳咽管通气治疗儿童分泌性中耳炎的疗效分析

罗花南 王路 张国华 陈顺金 黄爱新 李湘平 刘雄

分泌性中耳炎是以中耳积液及听力下降为主要特征的一种非化脓性炎症,小儿发病率高,是引起小儿听力下降的最常见原因之一,其形成机理为咽鼓管黏膜肿胀、管腔阻塞致中耳通气引流不畅。该病的治疗方法甚多,但疗效均不太确切。近年来,我科在应用常规药物的基础上,联合应用超短波与耳咽管通气的方法治疗儿童分泌性中耳炎,效果满意,现报道如下。

DOI:10.3760/cma.j.issn.0254-1424.2010.06.027

作者单位:510515 广州,南方医科大学南方医院耳鼻喉头颈外科(罗花南、王路、李湘平、刘雄);广东省中山市小榄镇人民医院耳鼻喉科(张国华);广东省东莞市人民医院耳鼻喉科(陈顺金);广东省广州市白云区第一人民医院耳鼻喉科(黄爱新)

通信作者:刘雄,Email:liux1218@126.com

一、资料与方法

1. 研究对象与分组:选取儿童分泌性中耳炎患者 134 例,均经专科检查确诊。将 134 例患者分为常规药物组(A 组)38 例,常规药物+耳咽管通气治疗组(B 组)32 例,常规药物+超短波治疗组(C 组)34 例,常规药物+超短波+耳咽管通气治疗组(D 组)30 例。4 组患者的性别、年龄、病程等比较,差异均无统计学意义 ($P > 0.05$),具有可比性。

2. 治疗方法:①A 组,给予常规的药物治,即抗炎——头孢类或红霉素类,抗过敏——开瑞坦 (0.2 mg/kg/d, 1/d),减轻充血——0.5% 麻黄素滴鼻 (2 次/d) 或用糖皮质激素喷雾,促进纤毛摆动——吉诺通 (20 mg/kg/d, 3 次/d)。②B 组,在上述常规药物治疗的基础上应用耳咽管通气治疗,方法为先清除患者鼻腔分泌物,嘱患者含水闭嘴,将坡菜策皮球的橄榄头塞于