[4] 王成伟, 马道新, 潘 顺, 等. C6胶质瘤细胞多药耐药基因启动子靶向的双自杀基因表达载体的构建及鉴定[J]. 中华神经外科杂志, 2005, 21(11): 691-694.
[5] Zielinska M, Zablocka B, Dybel A, *et al*. The role of protein kinase C and cyclic AMP in the ammonia-induced shift of the taurine uptake/efflux balance towards efflux in C6 cells[J]. Neurochem Res, 2005, 30(3): 349-354.
[6] Blobe G C, Stribling S, Obeid L M, *et al*. Protein kinase C isoenzymes: regulation and function[J]. Cancer Surv, 1996, 27: 213-248.
[7] Ron D, Kazanietz M G. New insights into the regulation of protein kinase C and novel phorbol ester receptors[J]. FASEB J, 1999, 13(13): 1658-1676.
[8] Basu A, Sivaprasad U. Protein kinase Cepsilon makes the life and death decision[J]. Cell Signal, 2007, 19(8): 1633-1642.
[9] Righetti S C, Perego P, Carenini N, *et al*, Molecular alterations of cells resistant to platinum drugs: role of PKCalpha[J]. Biochim Biophys Acta, 2006, 1763(1): 93-100.
[10] Couldwell W T, Antel J P, Yong V W. Protein kinase C activity correlates with the growth rate of malignant gliomas: Part Ⅱ. Effects of glioma mitogens and modulators of protein kinase C[J]. Neurosurgery, 1992, 31(4): 717-724.
[11] 方 胜, 袁先厚, 裴永恩, 等. p-gP、bcl-2和bax蛋白在人脑胶质瘤中的表达[J]. 肿瘤防治研究, 2003, 30(1): 72.
[12] Palmantier R, George M D, Akiyama S K, *et al*. Cis-polyunsaturated fatty acids stimulate beta1 integrin-mediated adhesion of human breast carcinoma cells to type Ⅳ collagen by activating protein kinases C-epsilon and -mu[J]. Cancer Res, 2001, 61(6): 2445-2452.

(编辑 龙 亮)

个案与短篇

文章编号:1000-5404(2009)04-0344-01

1例废墟中掩埋170余小时患者急救的护理体会

黄 敏,刘玉馥,褚玲玲 (第三军医大学新桥医院全军呼吸内科研究所,全军呼吸病研究重点实验室,重庆 400037)

在5·12汶川大地震中,我院深入到震中汶川县映秀镇参加抗震救灾救治工作,现将我院在一线救治1例在废墟中掩埋178 h 20 min患者的护理体会报告如下。

1 病例资料

患者,男性,32岁,地震时被垮塌的6层办公大楼埋压于一楼与二楼之间的楼梯间,呈头低脚高位,于被埋后178 h 20 min被救出,现场查体:血压0 mmHg,脉搏摸不清,神智恍惚,能正确回答部分问题,有幻觉,头部及全身多处皮肤擦伤伴感染,左前臂缺血性坏死,经现场扩充血容量治疗,10 min后血压恢复至100/60 mmHg,左前臂坏死端用止血带扎住并用夹板固定后,送临时野战医疗所,经吸氧、抗感染、继续补充血容量、保护胃粘膜、导尿等措施后患者血压平稳,在被救出10 h,患者小便达900 ml,未出现胃出血。由于临时野战医疗所条件限制,无法进行进一步化验、检查及治疗,于5月20日11:30乘直升飞机及救护车转送至后方医院,转送过程3 h,转送途中曾出现血压不稳,给予多巴胺40 mg、间羟胺20 mg加入生理盐水250 ml中缓慢静滴,维持血压。于5月20日14:30安全送达我院。

2 护理

2.1 现场急救的护理

确保现场抢救环境的相对独立,针对抢救现场媒体众多,人员杂乱不利于救治等情况,由战士围成隔离带,非医护人员及正在进行挖掘工作的消防战士禁止入内,在现场形成临时抢救点。迅速建立静脉补液通道,实施紧急救护。患者被救出时,周围静脉严重塌陷,我们立即分颈静脉、肘静脉、股静脉3组穿刺,静脉通道建立成功后分别输入生理盐水,5%的糖盐水,人血白蛋白,10 min内补入液体约1 000 ml。现场初步检伤后迅速结扎坏死肢体,转运过程中,减少结扎肢体活动,用夹板固定肢体,并让肢体暴露在流通的空气中。

2.2 临时野战医疗所里的监护与救治

2.2.1 密切观察病情变化、及时记录 监测血压、脉搏1次/5 min;给予导尿,观察尿的颜色、性质、量的多少;测体温1次/30 min,出现发热后(T 38.5 ℃)给予物理降温;观察结扎近心端的肢体肿胀情况及皮肤颜色及温度。患者血压稳定、尿量大于30 ml/h后,控制输液滴速至60~80滴/min,合理安排输液顺序,尽早输入抗生素,予头孢噻肟钠3.0 g加入生理盐水100 ml中静滴,1次/8 h。

2.2.2 基础护理 患者在黑暗环境时间长达170余小时,被救出后始终用纱布遮盖眼部,以防形成视盲;患者神智亢奋,有幻觉,由3名护士守护防止坠床;患者口腔异味明显,给予生理盐水漱口1次/2 h;患者痰多,为褐色粘液痰,考虑为地震时大量灰尘吸入所致,给予翻身拍背,1次/30 min;患者全身多处擦伤,给予及时清创、消毒;患者全身布满灰尘,给予擦洗,并对静脉穿刺部位进行反复消毒,减少医源性感染的发生。

2.2.3 心理护理 患者本身文化素质较高,有很强的求生欲望,虽然野战医疗所条件艰苦,但对患者的生命安全有基本的保障,对患者进行心理疏导,坚定患者必胜的信心。

(下转348页)

作者简介:黄 敏,女,重庆市人,主管护师,E-mail:hm19791206@sina.com
收稿日期:2008-10-12;修回日期:2008-11-27

病变清楚显示。本组病例口服稀释200倍的静脉用钆喷酸葡胺后,MRCP图像上胃与十二指肠内液体高信号被抑制,明显提高了MRCP的图像质量。另外,口服静脉用钆喷酸葡胺稀释液后在常规 T_1WI和 T_2WI扫描图像上胃肠道液体呈高信号表现,胃肠道内壁被衬托出来,有助于胃肠道病变的辅助诊断。临床应用研究证明,稀释后的静脉用钆喷酸葡胺作为口服胃肠道对比剂是安全的[6,7]。本组30例患者服后均无任何不适反应,实验结果与文献[6]报道一致,而且经稀释后的静脉用钆喷酸葡胺溶液无色无味,患者易接受。本研究每位患者所用钆喷酸葡胺仅1 ml,全部来源于MRI增强检查后包装瓶内的少量剩余对比剂,来源方便且不需收取患者额外费用,也不增加使用单位检查成本,是一种经济实惠、性价比较高的胃肠道阴性口服对比剂溶液,值得在MRCP检查中推广使用。

为了获得高质量的MRCP检查图像,检查前应注意以下几点:①患者空腹6 h以上,以尽量减少胃肠道内的潴留液体。②检查中患者屏气和屏气保持时间的配合是检查成败的关键,因此耐心训练患者的呼吸和屏气直到患者领会掌握是非常重要的一步,对于难以配合的患者可让患者家属在听到屏气口令后用手捂住患者口鼻,以协助其屏气。③检查前15 min让患者口服胃肠道阴性对比剂溶液,消除高信号的胃肠道液体干扰影。

参考文献:

[1] Michael A S, Sanjeewa H M, Dilrukshi M, *et al*. Magnetic Resonance Cholangio-pancreatography (MRCP)[J]. Surgery (Oxford), 2002, 20(5): 120b-120e.

[2] Kondo S, Isayama H, Akahane M, *et al*. Detection of common bile duct stones: comparison between endoscopic ultrasonography, magnetic resonance cholangiography, and helical-computed-tomographic cholangiography[J]. Eur J Radiol, 2005, 54(2): 271-275.

[3] Romagnuolo J, Bardou M, Rahme E, *et al*. Magnetic resonance cholangiopancreatography: a meta-analysis of test performance in suspected biliary disease[J]. Ann lntern Med, 2003, 139(7): 547-557.

[4] Delaney L, Applegate K E, Karmazyn B, *et al*. MR cholangiopancreatography in children: feasibility, safety, and initial experience[J]. Pediatr Radiol, 2008, 38(1): 64-75.

[5] 史进忠, 尹培尧. 核磁共振MRCP成像原理及成像技术[J]. 医疗设备信息,2007,22(3):100-101.

[6] Hirohashi S, Hirohashi R, Uchida H, *et al*. MR cholangiopancreatography and MR urography: improved enhancement with a negative oral contrast agent[J]. Radiology, 1997, 203(1): 281-285.

[7] 陈燕萍, 张雪林, 成官迅, 等. 口服钆喷替酸葡甲胺溶液行MR胰胆管成像的初步临床应用[J]. 中华放射学杂志, 2003, 37(1): 75-79.

[8] 虞晓菁, 章士正. 口服枸橼酸铁铵在磁共振胰胆管成像中的价值[J]. 中华放射学杂志, 2004, 38(10): 1087-1089.

(编辑 栾 嘉)

(上接344页)

2.3 后送途中的监护与救治

后送途中没有监护设备,在直升飞机和救护车上噪音大,用水银血压计测血压听不清,我们根据患者主诉、脉搏次数及强度、尿量、皮肤温度、颜色观察病情。保证静脉补液通道的通畅,尿量大于30 ml/h。到达我院时患者体温38.5 ℃,脉搏108次/min,血压128/75 mmHg。对患者进行进一步检查,会诊后进行手术治疗,患者现恢复良好。

3 讨论

通过这次在一线救治伤员,我深刻体会到:现场救护中,要掌握先脱险后救人的原则[1]。

3.1 早期抗休克治疗是治疗成功的关键

由于患者长时间未进食,身体多处受伤,血压测不到,尽快重建组织灌注,避免氧债积累和缺氧时间过长;目标是防止多器官功能障碍综合征及多器官功能衰竭的发生[2]。因此,我们迅速建立静脉补液通道,及时补充血容量,补液速度快,直到血压稳定后才控制输液滴速。在野战医疗所不能进行化验的条件下,小便量是监测肾功能是否良好、血容量是否充足的重要指标,必须严密监测。

3.2 早期抗生素的应用

患者左前臂坏死,头部及全身多处皮肤伤伴感染,抗生素必须及早应用,并且保证抗生素的血药浓度。因此,合理安排输液顺序尤为重要。

3.3 合理的伤肢处理

是治疗挤压伤和挤压综合征最基本的环节,早期正确的伤肢处理能打断病例改变的恶性循环,从根本上改变预后。肢体损伤严重不能保全的,应尽快截肢,现场条件不允许截肢的,应用止血带扎住坏死肢体,做好固定,尽早后送[3]。

3.4 必要的心理干预

对地震灾后的伤员及早进行心理治疗是非常必要的,重大灾后易并发精神障碍,其发生率为10%~20%。及早的进行心理干预,可以舒缓伤员的恐怖、悲痛、焦虑等不良情绪,减轻应激损伤,进行心理治疗,调整伤员的心理状态尤为重要[4]。

关键词: 地震伤;急救;护理

中图法分类号: R473.6 **文献标识码**: B

参考文献:

[1] 李宗浩. 创伤的现场救护[J]. 城市防震减灾, 2000, (5): 27-29.

[2] 孙永华. 不断提高对创伤性休克的认识和处理能力[J]. 危重病急救医学,2005,17(1): 1.

[3] 周 静, 裴红英, 鹿钦英. 抢救严重挤压伤及挤压综合征护理体会[J]. 贵州医药, 2006, 30(6): 572-573.

[4] 张宗琏, 蒋小燕. 地震灾害的紧急救援[J]. 中国全科医学, 2004, 7(24): 1810~1811.

(编辑 栾 嘉)