维普资讯 http://www.cqvip.com

培养液吸干,使培养细胞暴露于空气中10秒钟,可以除去其中的少突胶质细胞,因后者在空气中很短时间内即会死亡。同时,当AST铺满培养瓶壁时,因AST贴壁紧密,经37 ℃、280 r/min摇18 h后倒去培养液并用新鲜培养液漂洗3次,可进一步纯化所得的AST。此外,选用新生大鼠也有利于获得高纯度的AST,因为AST的分裂高峰发生在动物胚胎晚期及出生以后[7],故一般选择出生以后的新生动物[8]。原代培养时接种细胞的密度可能会与AST的纯化程度有关,一般在原代培养时采用相对较低的接种密度,因神经元不再分裂增殖,且传代后大多会死去。

免疫细胞化学技术是鉴定细胞类型的可靠手段。NF200是神经元的分子标志物,本研究中,所有培养盖片均为阴性,说明其中不存在神经元。GFAP存在于胶质原纤维中间丝中,且它仅存在于星形胶质细胞中,是鉴定星形胶质细胞的特异性标志物[9],本研究中阳性染色发绿色荧光,实验中有95.8%细胞染色阳性,提示AST所占比例可能还要高于这一比例,因为受免疫细胞化学方法局限性的影响,如固定时细胞破裂导致仅有细胞核残留、染色深浅等,实际纯度可能还要高。Hoechst为染核的荧光染料,能显示培养盖片上的所有细胞核,便于计数细胞总数。总之,本研究所用方法能很好地培养和纯化AST,且具有简单、高效的优点。

[参考文献]

[1] Araque A, Parpura V, Sanzgiri RP, et al. Tripartite synapses: glia, the unacknowledged partern[J]. Trends Neurosci, 1999,22(5):208-215.

[2] Tournell CE, Bergstrom RA, Ferreira A. Progesterone-induced agrin expression in astrocytes modulates glia-neuron interactions leading to synapse formation[J]. Neuroscience, 2006,141(3):1327-1338.

[3] Elmariah SB, Hughes EG, Oh EJ, et al. Neurotrophin signaling among neurons and glia during formation of tripartite synapses[J]. Neuron Glia Biol, 2005,1:1-11.

[4] McCarthy KD, de Vellis J. Preparation of separate astroglial and oligodendroglial cell cultures from rat cerebral tissue[J]. J Cell Biol, 1980,85(3):890-902.

[5] Krenz NR, Weaver LC. Nerve growth factor in glia and inflammatory cells of the injured rat spinal cord[J]. J Neurochem, 2000,74(2):730-739.

[6] Lemons ML, Howland DR, Anderson DK. Chondroitin sulfate proteoglycan immunoreactivity increases following spinal cord injury and transplantation[J]. Exp Neurol, 1999,160(1):51-65.

[7] Barbin G, Selak I, Manthorpe M, et al. Use of central neuronal cultures for the detection of neuronotrophic agents[J]. Neuroscience, 1984,12(1):33-43.

[8] Imura T, Kornblum HI, Sofroniew MV. The predominant neural stem cell isolated from postnatal and adult forebrain but not early embryonic forebrain expresses GFAP[J]. J Neurosci, 2003,23(7):2824-2832.

[9] Horiuchi M, Tomooka Y. An attempt to generate neurons from an astrocyte progenitor cell line FBD-104[J]. Neurosci Res, 2005,53(2):104-115.

(编辑:余汇洋)

门诊导医护士对突发病的判断及急救护理

赖 燕,钟红铃,王丽红,张淑霞 (第三军医大学附属西南医院门诊部,重庆 400038)

[关键词] 急救护理;导医护士;突发病
[中图分类号] R472.2 [文献标识码] B [文章编号] 1672-5042(2008)01-0018-01

门诊导医护士是病人病情突变时最先到现场的医务人员,这就要求导医护士在医生未到之前做出相应的急救处理,为抢救争取时间和防止病人发生意外情况。我院自2002年6月在门诊大厅设立了专职导医护士,门诊部自2002年6月至2005年6月病人突发病情变化33例,经过导医的恰当及时处理,均达到了较好的治疗效果,现报告如下。

1 临床资料

本组病人33例,其中男23例,女性10例,年龄20~75岁,其中过敏性休克4例,晕针3例,室息2例,心脏急性发作4例,急性呼吸困难2例,高热惊厥6例,癫痫发作5例,出血7例。

2 典型病例的临床表现及急救方法

过敏性休克4例患者用药前做皮试均为阴性。2例于给药后2 min内出现过敏症状,表现为:突然面色苍白,出冷汗,脉搏细弱,血压测不到。1例于给药10 min后出现症状,首起皮肤红疹、瘙痒,继之喉头水肿,出现胸闷、呼吸困难、面色发绀、意识丧失、大小便失禁、脉搏细弱,血压为0。急救措施:立即停药,

(下转第24页)

[收稿日期] 2007-10-28 [修回日期] 2007-12-08

维普资讯 http://www.cqvip.com

灌注等,对多器官起保护作用[5]。本组应用乌司他丁后,从生命体征恢复时间看,生命体征均能在较短时间内恢复正常。

ANP在临床上主要表现为持续上腹痛、血清淀粉酶升高,出血、坏死,易并发休克甚至多系统损害,因此,早期诊断、早期积极治疗对ANP的预后十分重要。ANP的传统内科治疗包括:禁食、必要时胃肠减压、维持水电解质及酸碱平衡、适当选用抗生素、营养支持及对症处理等。近年来又提出重视个体化治疗[6]。本组通过对30例ANP患者使用UTI治疗结果表明,UTI在治愈率、改善临床症状、体征、实验室指标等方面明显优于传统治疗组,与以往报道相一致[6-7]。而其中对腹痛、发热、WBC、血AMY改善与对照组比较差异显著,且在临床治疗中未发生明显不良反应。本资料结果表明,急性胰腺炎时使用乌司他丁后不仅能抑制各种胰酶活性,同时由于其能够抑制内毒素及炎性介质释放,使腹部胀痛症状及体征得到较快缓解,使恶心呕吐消失,肠鸣音恢复。而且乌司他丁治疗的过程中没有发现过敏、皮疹、白细胞下降等副作用,肝肾功能及电解质指标监测也表明乌司他丁具有良好的安全性和耐受性。

综上所述,实验及临床研究均证明乌司他丁治疗坏死性胰腺炎效果显著,是在ANP治疗中具有良好应用前景的药物。

[参考文献]

[1] 中华医学会外科学会.急性胰腺炎的临床诊断及分级标准(1996年第二次方案)[J].中华外科杂志,1997,5(12):773-776.
[2] Yoshida K,Tokif F, Takeuchi T. Antienzime preparations in the treatment of acute pancreatitis[J]. Nippon Rinsho,1990,48(1):165-172.
[3] Old LJ. Tumor necrosis factor(TNF)[J]. Science,1985,230(4726):630-632.
[4] Bhatia M,Brady M,Shokuhi S,et al. Inflammatory mediators in acute panctreatitis[J]. J Pathol,2000,190(2):117-125.
[5] 覃 旭,柏庆堂,邹京晨.重症胰腺炎手术与非手术方法的分析[J].局解手术学杂志,2005,14(3):212-213.
[6] 张圣道.重症急性胰腺炎"个体化治疗方案"评估[J].临床外科杂志,2004,12(1):18.
[7] 熊 斐,林垂富.乌司他丁治疗急性胰腺炎的疗效观察[J].中国现代医学杂志,2004,14(6):105-106.
[8] 孙 宇,彭宝岗.乌司他丁治疗重症急性胰腺炎的疗效对比研究[J].临床医学,2003,23(3):13-14.

(编辑:郭光金)

(上接第18页)

取休克卧位,保暖,遵医嘱皮下注射0.1%盐酸肾上腺素0.1 mL;给抗过敏药,如地塞米松10 mg加入5%葡萄糖500 mL静脉滴注。密切观察病情,对病人体温、脉搏、血压、尿量作好病情动态观察记录,直至脱离危险期。

晕针3例患者均处于饥饿状态,坐位方式输液。其中2例在反复穿刺过程中发生,1例为初次输液病人。临床均表现为头昏甚至瞬间昏倒、意识丧失、心悸、面色苍白、四肢冰凉、脉细弱、血压偏低。急救措施:改坐位为平卧位,口服热开水或热糖水,给氧,指压人中、合谷穴,数分钟后病人自行缓解。

高热惊厥6例患者均为3岁以下病儿,其中1例有既往高热惊厥史,5例均诊断为上呼吸道感染,体温在38.5 ℃以上。临床表现为突然头后仰、意识丧失、眼球上翻固定、呼吸暂停、口吐白沫、面色紫绀、四肢抽搐。急救措施:立即给氧,指压人中、合谷穴,遵医嘱给予解热剂、解痉镇静剂,使病人侧卧,头偏向一侧,随时吸去口咽分泌物,必要时给予冰敷、酒精擦浴等物理降温方法联合降温。5例均在处理后3~5 min症状缓解。

癫痫5例患者,因突然摔倒在门诊大厅,随后出现强直性抽搐,两眼上翻,经询问家人病人间断性出现过伸舌、牙关紧闭、口吐白沫或血痰、全身肌肉抽搐,伴颜面青紫等症状。急救措施:让病人就地平卧,解开衣领、衣扣,头偏向一侧,尽快将手帕或衣角置于病人口腔中,防止咬伤舌和颊部,然后立即用手车护送病人到急救部做相应处理[1-2]。

3 护理体会

加强动态巡视,强化对病情观察的意识,尤其是对该疾病关键的症状或当前突出的症状进行观察。及时发现病情变化的先兆,配合医生及时处理。如过敏性休克病人一般最早出现皮肤过敏症状,如瘙痒、荨麻疹及其他皮疹等;高热惊厥病人的先兆表现为翻眼、眼球固定或颤动、面部和肢体小抽等;晕针病人的早期表现为头昏眼花、心悸、恶心欲吐、四肢无力。早期发现病情变化对医生采取救治措施具有重要意义。紧急情况下护士应争分夺秒进行治疗及处理。同时必要的心理护理和健康宣教工作对于患者及家属也是必须的。可多向病人讲解有关自身疾病的知识,使病人对疾病的预防、治疗和护理措施有全面的了解,并对极有可能发生的病情变化有充分的认识,能够识别病情突变的先兆表现,发生时的注意事项及简单处理方法[3]。

[参考文献]

[1] 吕园仙.门诊治疗中心护理工作面临的问题及对策[J].广东医学,2004,254(1):107-108.
[2] 陈 燕.健康教育在门诊病人中的应用[J].局解手术学杂志,2005,14(4):243.
[3] 陈 丽,王艳芹,王志敏,等.现代化医院门诊部的护理管理[J].齐齐哈尔医学院学报,2002,23(8):949-950.

(编辑:周小林)