入也是重要的操作之一。如果为了辨认内腔而注入过量的空气,结肠镜的插入将越来越困难。注入过量的空气,会导致弯曲部变为急峻,使之难以直线化,伸长了肠管,使之短缩困难。其结果是插入困难,延长了插入所需的时间,增加了患者的痛苦。轴保持短缩法基本操作的要点在于适量地、灵活地调节肠腔内的空气量,不能多送气使肠管过度伸展,而应该是稍微减少空气量,使肠管变为柔软、短缩,肠管弯曲的角度变缓,再采用回转穿行技术便可几乎呈直线地插入了。

3.3 注重双手协调操作

单人操作法是通过角度操作与内镜旋转相配合,用左手调角度钮使内镜前端向上或向下,用右手旋转镜身使内镜前端向左右转动,使内镜的插入得以顺利地进行。通常在检查中要求术者右手不离开内镜。既使遇到急峻的弯曲,也尽量避免用右手操作角度钮[3-4]。

另外握持镜身的位置应距肛门不宜过近,以保持距肛门30 cm左右的地方为宜,这样容易保持镜轴呈直线状态。还可以肛门为支点,利用杠杆原理,这样就毫不费力的使内镜前端自由而容易地活动。如果握持内镜的位置距离肛门过近,旋转内镜将变得困难。

结肠镜单人检查操作的培训是消化科进修医师的必修课,也是诊治结肠疾病的有效手段之一。只要带教者认真带,受训者认真学,才能在今后工作中减少医疗纠纷的发生和患者的痛苦。

[参考文献]

[1] 王巧民,郑邦海,贾 勇,等.结肠镜单人操作技术临床应用与评价[J].中华消化内镜杂志,2003,20(6):405-406.
[2] 赵振富,钟震亚,王守安,等.乙状结肠直肠动脉直肠部的形态观测[J].局解手术学杂志,2003,12(4):249-252.
[3] 徐美章,施 红.结肠镜单人操作法的特殊手法运用[J].中华消化内镜杂志,2004,21(3):204.
[4] 吴克俭,张永文,费素娟,等.结肠镜单人操作法1 475例临床分析和操作技巧评价[J].徐州医学院学报,2007,27(2):104-105.

(编辑:郭光金)

·个案与短篇·

重症急性胰腺炎合并多器官功能障碍综合征抢救的护理体会

廖 容,罗宏利,余 正,唐万珍,曾钦文 (重庆医科大学附属永川医院,重庆 永川 402160)

[关键词] 重症急性胰腺炎;多器官功能障碍综合征;护理
[中图分类号] R657.51 [文献标识码] B [文章编号] 1672-5042(2010)03-0234-01

多脏器功能障碍综合征(multiple organ dysfunction syndrome,MODS)是重症急性胰腺炎(severe acute pancreatitis,SAP)常见的严重并发症,也是主要死亡原因[1],在其抢救过程中,护理工作对疾病的转归起着重要的作用。现将我院2004年1月至2009年12月期间收治85例SAP并发MODS患者的护理体会报告如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料

本组共85例患者,男性49例,女性36例。年龄22~94岁,平均年龄53岁。平均住院21 d。呼吸衰竭的46例次;循环衰竭26例次;肾功能衰竭16例次;肝功能损害14例次;消化道出血5例次;弥漫性血管内凝血(DIC)3例次。合并2个器官功能不全者9例、合并3个器官功能不全者5例;合并4个器官功能不全者3例。

1.2 护理方法

1.2.1 休克的监护 应设专人监护,密切观察生命体征及CVP的变化。血容量不足和休克时,立即给予深静脉置管术,积极抗休克治疗。根据医嘱及时准确使用血管活性药物以调节心率、保护心肌、纠正低血压。准确及时体液复苏,维持机体水电解质的平衡可减少SAP早期并发休克的发生;SAP后期患者给予营养支持、抗感染以预防后期并发休克[2]。

1.2.2 急性呼吸窘迫综合征(ARDS)的监护 ARDS是SAP最常见、最严重的并发症之一[3]。因此,必须严密观察呼吸频率、节律、深浅度、面唇色泽及周围血氧饱和度;监测呼吸功能,根据血气分析判断动脉血氧饱合度和酸碱平衡指标。当呼吸频率大于30次/min或小于8次/min,表示病情危重,此时须高度重视早期肺损害;若病人出现进行性呼吸困难、发绀、氧分压小于8 kPa,吸氧后无改善,则提示已出现ARDS。

合并ARDS的患者应管理好呼吸,纠正其低氧血症,早期行无创呼吸机进行机械通气,通气模式采用PSV,呼吸频率12~16次/min,FiO_2 <0.6,PEEP控制在5~15 cmH_2O。患者首次使用应指导其行深而慢有节律的呼吸,以触发呼吸机送气,改善缺氧状态。在使用呼吸机最初24 h内,注意患者与呼吸机配合是否协调,有无人机对抗。并根据情况随时调整呼吸机模

(下转第236页)

[收稿日期] 2010-03-21 [修回日期] 2010-04-02

在过去的防原医学教学中,教师采用传统教学方法授课时,只注重将尽可能多的知识点灌输给学生,忽略了知识点间的内在联系,导致学生被迫采取死记硬背的学习方法,难以获得理想的教学效果。由于防原医学课程本身内容的繁杂性和跨多个学科的特点,采用科学的思维进行讲解,帮助学生建立学科知识体系,进而建立系统的理论体系非常重要[3]。一方面有利于学生从整体上把握防原医学的知识结构,另一方面有利于学生综合应用已学过的医学基础理论来解决临床问题,从而提高创新能力。解剖学思维可以说是医学生的惯用思维方式,有利于系统化地理解和记忆诸多医学课程的理论体系,值得加强应用。然而,问卷调查结果表明有51.08%的学员认为教师授课时也应加强推理抽象思维的应用。

从考试成绩看,两个年级均为实验班多知识点关联试题得分显著高于对照班,并且2004级的总成绩也明显高于对照班。这表明解剖学思维授课方式提高了学生系统理解辐射生物学效应理论的能力和记忆力,也表明此种突出以内隐方式存在的课程主线,增强学科知识的系统性的授课方式是成功的。

总之,防原医学是军事医学的主干课程,采用解剖学思维等新的教学方法是培养更优秀军事医学人才所要求的教学改革方向。如何更好地应用解剖学思维,进一步提高教学水平,还须开展广泛而深入的实践与分析。

[参考文献]

[1] 王春旭,李正莉,赵 虎,等.美国医学院校人体解剖学课程教学方法的启示[J].局解手术学杂志,2010,19(1):46-48.

[2] 曹世民,张生皆.解剖学思维与语言特点浅析[J].高教研究,2006,24(10):27.

[3] 郑玉涛.用联系思维法教好解剖学的概念[J].四川解剖学杂志,2008,16(4):70-71.

(编辑:左艳芳)

(上接第234页)

式及参数,必要时行气管插管,保障有效的通气量,维持氧分压大于10 kPa。并保持呼吸道通畅,做好消毒隔离,避免医源性呼吸道感染。

1.2.3 急性肾功能衰竭(ARF)的监护 护理SAP患者时应详细记录每小时尿量、尿比重。在补充足够的液体并排除肾前原因后,尿量小于0.5 mL·kg^{-1}·h^{-1}、血肌酐大于120 μmol/L和尿素氮持续升高时应考虑ARF,行连续性肾脏替代治疗(CRRT)。SAP并MODS时,即使没有出现急性肾功能衰竭表现,也可早期行CRRT。

1.2.4 肝功能损害的监护 肝损害的早期表现往往是转氨酶或胆红素的升高;晚期主要表现黄疸及凝血功能障碍,并可能出现肝性脑病、肝肾综合征、出血及感染等并发症[4]。应当观察患者的意识状态及肝功能变化。并注意有无乏力、恶心、黄疸及上消化道出血症状,对反应迟钝、神志淡漠或精神亢奋、定向力障碍者应立即通知医生防止肝性脑病的发生。

1.2.5 饮食护理与营养支持 禁食及胃肠减压是治疗SAP的必要措施之一。必须反复向患者沟通禁食的目的和胃肠减压的重要性,否则难以配合。本组患者有1例,不配合禁食措施,自行饮用饮料,最后导致病情加重。

2 结果

84例重症急性胰腺炎合并多器官功能障碍综合征患者经休克、急性呼吸窘迫综合征、急性肾功能衰竭、肝功能损害的监护及饮食护理与营养支持等抢救措施,治愈64例;5例因自动要求放弃治疗,死亡16例。

3 讨论

重症急性胰腺炎合并多器官功能障碍综合征患者应严密观察生命体征及各项监测指标,发现MODS早期征象及时报告医生处理,是提高抢救成功,降低死亡率关键。在本组病例中我们一旦发现患者心率大于100次/min,呼吸大于30次/min,就高度疑有休克、ARDS发生的可能性,及时报告了医生,且作相应处理,有效阻止和缓解了MODS发展进程。早期使用肾脏替代治疗对抢救MODS和改善患者预后起着积极有效的作用。目的是清除细胞因子与炎性介质及毒素,维持内环境稳定,减轻全身炎症反应,阻止MODS发生。本组病例凡符合SAP诊断标准,均进行了CRRT治疗,在此过程中,护理方面应注意:①严格无菌技术操作,及时更换管道;②结合入量、心率、血压、尿量、中心静脉压调整出量;③注意电解质、酸碱平衡的调整;④MODS发生后前72 h持续滤过,72 h后改为白天12 h滤过,此间重点补充容量;晚上12 h停止滤过,此间重点给药,如抗生素、生长抑素等。

SAP患者在心理上常处于应激状态,交感神经兴奋,出现紧张不安、焦虑、恐惧心理,易发生应激性反应,而加重急性胰腺炎。心理护理可达到缓解患者焦虑、恐惧心理,减轻应激状态,对治疗非常有益。

营养支持是SAP患者治疗中不可或缺的手段。SAP时由于消化功能障碍、经口摄入停止,而且由于炎症反应分解代谢增强,处于负氮平衡,出现严重的营养不良。一般采用深静脉途径持续均匀输入全营养混合液,即完全胃肠外营养,以高渗葡萄糖、脂肪乳、白蛋白等为主要能量。当患者临床症状好转,胃肠功能一旦恢复,即可给予肠内营养支持,通过置入空肠上端的营养管输入要素饮食,如安素、能全力等。

[参考文献]

[1] 周淑梅,王爱英,安 静,等.重症急性胰腺炎22例的护理[J].中国误诊学杂志,2009,9(35):8764-8765.

[2] 王黎滨,王笑微.37例重症急性胰腺炎并发腹腔间室综合征患者的护理[J].解放军护理杂志,2009,26(11B):40-41.

[3] 王 悦,赵丽静,尚尔杰.42例重症胰腺炎护理体会[J].局解手术学杂志,2004,13(3):211.

[4] 王海霞.重症急性胰腺炎合并急性呼吸窘迫综合征23例临床护理体会[J].中国实用医药,2009,4(31):174-175.

(编辑:郭光金)