维普资讯 http://www.cqvip.com

微量泵注射药物治疗心衰的观察和护理

赵 敏 （新疆兵团农七师医院干部病房,新疆 奎屯 833200）

[关键词] 心衰;微量泵;药物护理
[中图分类号] R743.33 [文献标识码]B [文章编号]1672-5042(2006)03-0208-01

微量注射泵是将药物精确、微量、均匀、持续地泵入体内的一种泵力仪器,临床上常用于注射各类血管活性药、强心药、抗心律失常药等。我科在2002年至2003年用微量注射泵推注多巴胺和多巴酚丁胺治疗心衰25例,现报告如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料

本组患者25例,男性17例,女性8例。年龄32~76岁。其中感染性休克4例,心肺复苏术后4例,扩大性心肌病5例,风湿性心肌病并发心衰4例,心肌梗塞后6例,心肌炎2例。

1.2 用药方法

5%葡萄糖50 ml(糖尿病患者用0.9%的氯化钠注射液)加入多巴胺或多巴酚丁胺。多巴胺与多巴酚丁胺同时使用时可按1:4或1:5的比例配制,使同一速度下多巴胺起到扩张肾血管、增加肾血流量的作用(<5 $\mu g \cdot kg^{-1} \cdot min^{-1}$),而巴酚丁胺起到增加心肌收缩力的作用(10~20 $\mu g \cdot kg^{-1} \cdot min^{-1}$)。

2 应用微量注射泵的操作步骤及注意事项

注射前检查泵的电路和报警装置,用50 ml注射器吸取药液,其乳头与延长管相连,排气后将其放入泵的针管夹内,推动滑座至可注射状态,选择所需的流量(ml/h),按泵启动键,可见注射指示标转动,立即连接静脉通道。配药时严格无菌操作,泵入前排尽注射器及泵内空气,防止泵的压力将空气压进血管内,每24 h重新更换注射器。开始注射后定时检查药物是否有渗漏,当注射泵报警时,应及时找出原因,作出相应的处理。报警常见的原因有脱管、管受压、阻塞或滑座与注射器分离、注射开始而三通未调至"ON"位置等。使用药物过程中,将参数($\mu g \cdot kg^{-1} \cdot min^{-1}$)准确换算成微量泵的固定参数(ml)输入泵内显示器,并可根据医嘱作出相应的调整。由于给药的药物浓度高,应选择血管走向较直,容易固定且便于观察的部位进行静脉穿刺。循环衰竭的患者避免下肢静脉穿刺,以减少药液外渗及静脉炎的发生。

3 药物使用过程中的观察和护理

多巴胺和多巴酚丁胺均能增加心肌耗氧量,引起心律失常,应密切观察患者的心率及心律的变化,尤其注意是否发生心动过速。多巴胺可抑制呼吸中枢使肺通气量降低,还能引起肺内分流,干扰通气灌注比(V/Q),故应注意患者的呼吸及血氧饱和度。多巴胺对心力衰竭的治疗主要是扩张周围血管和加强心脏收缩,而多巴酚丁胺可产生正性心力作用,使血压升高,故注射过程中应密切监测血压的变化,当血压升至正常时调节注射速度。应记录每小时尿量及24 h尿量。多巴胺能引起皮肤血管收缩,导致组织局部缺血缺氧坏死,注射药物过程中要观察注射部位的皮肤有无药物渗出,若有外渗,可用酚妥拉明5~10 mg加生理盐水5~10 ml,在外渗区浸润注射,以防皮肤坏死。

微量泵能准确控制用药速度并保证最佳血药浓度,同时也限制了液体的入量,可减少心脏负荷,纠正水钠潴留。使用微量泵注射多巴胺和多巴酚丁胺的患者血压均平稳上升,并通过调节药物剂量及两者的比例使血压逐渐趋于稳定。在所治患者中,无一例出现心力衰竭加重或并发肾功能衰竭。

[收稿日期] 2006-01-25 [修回日期] 2006-04-28
（编辑:朱志立）

阑尾炎临床局解手术学分析

孟 镔[1],胡振龙[1],曹 剑[1],李大巍[2],李仁杰[1],苑进凯[1],李 飞[1] （1.安徽理工大学医学院临床外科解剖教研室外科手术组,安徽 淮南 232001;2.义乌市第三人民医院外科,浙江 义乌 322000）

[关键词] 阑尾炎;手术学
[中图分类号] R714.255 [文献标识码] B [文章编号] 1672-5042(2006)03-0208-02

阑尾炎是外科的常见疾病,为进一步提高阑尾炎的诊疗水平,特别是对异位阑尾炎的诊断和治疗水平,本文对2 000例有完整资料的阑尾炎病例,进行了临床症状、体征观察和临床局解手术学分析。现报告如下。

[收稿日期] 2006-01-15 [修回日期] 2006-03-31

1 资料与方法

1.1 临床资料

本组资料共2 000例,其中男性1 576例,女性424例。10岁以下120例;11~40岁1734例;40岁以上146例。观察2 000例病人的症状、体征、病理类型、治疗方法、解剖位置并进

维普资讯 http://www.cqvip.com

行临床局解手术学分析。

1.2 治疗方法

非手术治疗138例(6.9%),主要是抗感染及用中药配合治疗;手术治疗1 862例(93.1%),主要是阑尾切除术。

2 结果

2.1 症状及体征

疼痛出现的部位:位于右下腹者占80.7%;位于右腰者占9.9%;位于脐周者占7.8%;右肝下战1.4%;左下腹战占0.2%。高热:出现高热者占21.5%;消化道症状:出现恶心呕吐者占81.2%。所有病例均有腹部压痛;反跳痛阳性者占63.9%;结肠充气试验阳性占92.3%;闭孔内肌试验阳性占69.2%。

2.2 病理分型及解剖位置

急性单纯性占30.9%;急性化脓性占33.6;坏疽穿孔性伴周围脓肿占30.8%;慢性占1.5%;特殊型(新生儿、小儿、妊娠妇女、老年人)占3.2%。阑尾位于右髂窝占87.5%;骨盆腔入口占10.1%;右肝下占1.4%;腹膜后占0.2%;左髂窝占0.1%。阑尾的长度为0.3~33.8 cm,以6~9 cm最多,占91.1%;12 cm以上者少见,仅占0.4%。

3 讨论

本组资料显示阑尾炎的发病以青少年为多,这可能因青少年好动和吃饭习惯有关。青少年进食快、运动量大,学习或工作压力大。由于精神紧张可能导致肠管运动功能紊乱,而使阑尾管腔阻塞并伴有细菌入侵引起阑尾炎。疼痛的部位以右下腹居多,但也可出现在腹部的其它区域,这主要与阑尾的位置有关,阑尾的位置随盲肠的位置而变化,大部分阑尾位于右下腹,但其位置也可出现变异,本组病例位于右肝下者28例,左下腹3例,此种变异多为先天性肠管旋转不良所致。因此,腹部疼痛也可出现在上述相应的区域。所以,出现右肝下疼痛不要误诊为胆囊炎或其他疾病,要考虑到肝下高位阑尾的可能性;出现左下腹疼痛要考虑是不是左侧阑尾炎,对这类罕见的阑尾变异在临床上要引起足够的重视。此外,阑尾的长度和大小不一,其尖端指向也不同,在患阑尾炎时其疼痛的部位也可在腹部不同的位置。阑尾炎症状变化很多,有的具有典型症状,有的症状不典型,因此在临床上也要注意非典型症状的病人,尤其是儿童与老人。阑尾是腹膜内位器官,但在本文中出现8例阑尾位于腹膜后间隙中,按常规探察在腹膜腔里找不到阑尾,必须要切开盲肠右侧右结肠旁沟处的后腹膜才能找到阑尾,这可能是在胚胎发育过程中,肠管因某种原因旋转异常,阑尾和腹膜发育错位所致,这种变异常常伴有回肠末端和盲肠的变异。

对阑尾炎的治疗根据病情可以采用手术或非手术治疗。非手术治疗主要适用于单纯性阑尾炎及轻微疼痛者。本组资料中有412例病人曾经非手术保守治疗过,但由于反复发作或急性发作最后仍然做了阑尾切除术。虽然阑尾固有层内有极丰富的淋巴组织,大量淋巴小结可连续成层并突入粘膜下层,有人认为阑尾可能参与机体免疫反应,但阑尾切除后,机体免疫未受明显影响。因此,对阑尾炎患者我们主张应早期手术治疗为好。

(编辑:兰阳军)

3例重症大疱性表皮松体型药疹的护理体会

郑亚莉 (鞍山市中心医院护理部,辽宁 鞍山 114001)

[关键词] 药疹;大疱性表皮松解型;护理
[中图分类号] R758.25 [文献标识码]B [文章编号]1672-5042(2006)03-0209-02

大疱性表皮松解型药疹发病率较低,但因病情非常严重,病死率在药疹中最高。我院于2004年4月至2005年11月间收治皮损面积达80%以上的重症大疱性表皮松解型药疹患者3例,其中1例面积达90%以上,经住院治疗及护理均痊愈出院。现报告如下。

1 临床资料

3名患者均为男性,年龄37~70岁。皮损情况基本相似,躯干、四肢皮肤呈棕红色,布满水泡,伴有松驰性大疱,多处皮损表皮融合成片松解,尼氏征阳性。部分疱壁破溃,形成红色糜烂面,渗出液多,全身皮肤有针刺样剧痛,拒触摸,阴囊水肿、糜烂。患者入院后给予大剂量激素、抗生素治疗及支持疗法。

[收稿日期] 2005-01-10 [修回日期] 2006-03-29

2 护理体会

2.1 保护性隔离

由于患者皮肤完整性受损及大剂量激素的使用,抵抗力低下,极易发生感染,故将患者置于单人房间,紫外线照射消毒,每日2次,每次30 min;保持病室温度在24~28 ℃;要求进入病房人员穿隔离衣带口罩;病房门前放置浸有消毒液的脚垫以备入室人员消毒;床罩、被套、衣物经高压灭菌,每日更换1~2次;护理人员接触患者前用消毒液洗手,进行各项操作时戴无菌手套,严格无菌操作。

2.2 皮肤护理

患者皮损广泛,渗液多,衣裤易擦破疮壁,使创面粘连,故采取全身暴露疗法,以保证受损皮肤的清洁干燥和完整。进行各项护理操作要动作轻柔,协助患者翻身时避免拖拉;测量血