维普资讯 http://www.cqvip.com

自控镇痛泵的临床护理

隋一玲，李皎伦，吴淑丽
（哈尔滨医科大学第一临床医学院，黑龙江 哈尔滨 150001）

[关键词] 自控镇痛泵；护理
[中图分类号] R473.6 [文献标识码] B [文章编号] 1672-5042(2004)01-0066-01

自控镇痛泵是临床应用中较理想的镇痛方法。自控镇痛(Patient-Controlled Analgesia, PCA)是指无论采用何种镇痛方法，患者可以自行决定给药的时机和剂量。PCA为一次性泵，分为静脉自控和硬膜外自控镇痛两种类型，它能有效维持病人的血药浓度，提供满意的镇痛效果。在临床应用过程中，发现许多因素可影响镇痛效果，对此我们提出了护理问题及护理对策。

1 护理问题

1.1 患者认知不足，使用PCA泵不当

PCA对患者来说是一种陌生的止痛方式，护士是否在术前术后教会患者如何使用是取得良好镇痛效果的关键。

1.2 PCA装置故障

装置泵漏药，无法正常给药。

1.3 PCA静脉通路障碍

包括三通关闭，静脉套管针阻塞，静脉针移出血管外，硬膜外导管阻塞、脱出、扭曲打折，都会延迟药物进入体内，导致镇痛效果不好。

1.4 药物耐受

病人在住院前可能对镇痛药具有药物依赖。

1.5 副作用

少数患者主诉下肢麻木、感觉障碍。

2 护理对策

根据发现的问题，本文提出如下对策：①在使用PCA泵前应与患者介绍其功能，取得配合，讲明镇痛的必要性，回答患者有关的药物成瘾问题，解除患者惧怕止痛药副作用的心理。因为不论麻醉时需要的剂量有多大，用药时间多长，麻醉药成瘾发生率极小(1%)[1]。②加强临床护理工作，及时发现并排除PCA装置障碍和通路障碍。为安全起见，建立PCA专用静脉通路，用静脉留置针选择表浅静脉穿刺，易于保留和临床护理。③指导使用PCA患者预防并发症的方法，督促适当肢体活动，促进肢体循环，加强营养，保持水电解质平衡。④使用PCA患者出现新的疼痛部位或疼痛性质的改变，必要时及时通知医生进一步处理。

总之，医护人员全面掌握麻醉止痛药及PCA泵的性能和使用方法，以及手术期的病理生理特点，定能为缓解术后患者的疼痛提供更有效的服务。

[参考文献]

[1] McCaffery M, Ferrell BR. Understanding opioids addiction[J]. Nursing, 1994, 24(8): 56-59.

[收稿日期]2003-09-23 [修回日期]2003-11-15
（编辑：邱全光）

17例中枢神经系统白血病脑脊液D-二聚体含量测定

樊英丽，张 纯，王为光
（佳木斯大学第一附属医院血液科，黑龙江 佳木斯 154003）

[关键词] 白血病；脑脊液；D-二聚体
[中图分类号] R329.1 [文献标识码] B [文章编号] 1672-5042(2004)01-0066-02

分子标志物D-二聚体定量测定可以准确反映中枢神经系统血白病的诊治效果及其预后评估。本研究共检测了17例中枢神经系统白血病(CNSL)患者的脑脊液D-二聚体(CSF DD)水平，并与正常人及未患CNSL的急性白血病(AL)病人对照，以探讨其对中枢神经系统白血病的诊断、疗效评价及预后评估的价值。

[收稿日期] 2003-09-20 [修回日期] 2003-11-10

1 临床资料

2000年6月至2003年1月我院收治的CNSL组17例；AL组23例；正常人11例作为对照组。上述病例均符合文献[1]的诊断标准。脑脊液(CSF)的采集用常规腰穿，测压后，放取清亮CSF10 ml，以3 000 r/min离心10 min，取上层清亮液体置-30 ℃贮存待测。DD含量测定采用酶标(ELISA)法测定[2]。实验数

维普资讯 http://www.cqvip.com

据采用t检验处理。

2 结果

CNSL组CSF DD水平(0.5885±0.1491) mg/L,明显高于AL组(0.1960±0.0911) mg/L,缓解组(0.1088±0.0412)mg/L和对照组(0.0762±0.0310)mg/L($P<0.01$)。AL组CSF DD水平明显高于缓解组和对照组($P<0.01$)。

3 讨论

结果显示,CNSL患者CSF DD水平明显高于正常对照组CSF DD水平,且随CNSL的缓解而降至正常水平,其结果与Eclache[3]等的结果相一致,提示CSF DD检测对CNSL诊断及疗效判定有一定实用价值。本组17例CNSL患者中2例虽经放疗及鞘内注射化疗药物治疗,病情未能缓解,其DD水平分别为0.4701 mg/L, 0.5311 mg/L, 升至0.56113 mg/L, 0.6312 mg/L两患者分别于3周及5周后死亡。这提示动态DD水平可评价患者预后。AL组CSF DD明显高于缓解组和正常对照组,我们认为此组病例中可能有经临床和CSF常规检查无法确诊的CNSL患者,对此尚需进一步研究。

[参考文献]

[1] 张云南,沈 娣. 血液病诊断及疗效标准[M].北京:科学出版社,1998.187-189.
[2] 徐 勇,霍 梅,余 涟,等.凝血酶原片段F_{1+2}、凝血酶-抗凝血酶复合物和D-二聚体定量测定在DIC早期诊断中的应用[J].中华血液学杂志,2000,21(9): 497-498.
[3] Wada H, Wakita Y, Nakase T, *et al*. Diagnosis of pre-disseminated intravascular coagulation stage with hemostatic molecular markers[J]. Pol J Pharmacol, 1996, 48(2): 225-228.

(编辑:邱全光)

颌骨正畸术的护理

刘可俗, 宋 伟, 黄艳君
(佳木斯大学附属口腔医院, 黑龙江 佳木斯 154002)

[关键词] 颌骨正畸术;护理
[中图分类号] R682 [文献标识码] B [文章编号] 1672-5042(2004)01-0067-02

颌骨畸形是指因颌骨发育异常所引起的颌骨体积、形态,及上下颌骨之间及其与其它颅颌面骨骼之间的关系异常,因此随之伴发的牙颌关系及口颌系统功能异常与颜面形态异常[1]。

近年来随着生活水平的不断提高,希望通过手术改变畸形状态,恢复正常功能和容貌的患者逐渐增多。我院整形外科从1999年10月至2002年10月三年间共收治颌骨畸形患者21例,经过手术整形及术后周密的护理,21例患者均取得了满意的效果。现将护理体会报告如下。

1 临床资料

本组患者21例,男13例,女8例。年龄20~32岁。上颌前突5例,下颌前突13例,下颌偏斜3例。平均住院日数20 d。

2 护理体会

2.1 心理护理

颌骨正畸手术是整形美容手术,所以与其他接受外科手术的患者相比,颌骨畸形患者对于手术治疗存在的焦虑心理更为强烈,患者常常表现出多疑、不安、反复询问一个问题等。我们以此作为心理护理的切入点,针对患者的心理问题给予相应的心理安慰,尽量减轻患者的心理不良反应,使患者能够在一种良好的心态下接受手术。

2.1.1 帮助患者减轻焦虑 患者往往会担心手术效果不理想或出现并发症等问题,可以通过详细介绍手术方法、展示以往类似手术的前后对比照片等形式使患者建立充分的信心。对手术期望值过高的患者,应具体说明手术可能达到和不可能达到的效果,使其对手术有一个正确的认识。

2.1.2 鼓励患者建立信心 对术后出现的疼痛、肿胀、进食困难等问题,立即给予相应的处理。及时向患者说明这些现象都是正常的,无需紧张,要使患者真正认识到,良好的心态和充分的信心是尽快恢复健康的重要保证。

2.2 全麻术后护理

正颌外科的危险性主要在于术后窒息。因此应特别注意保持呼吸道通畅,及时吸出口鼻咽腔分泌物、渗出物,严密观察术区及喉头肿胀情况,备好气管切开包,以防万一。

2.3 术后不良反应的护理

2.3.1 肿胀 术后24 h可用冰袋冷敷手术部位,以减轻局部肿胀。

2.3.2 出血 轻度渗血可加压包扎止血,出血量多时用明胶海绵及纱条塞紧压迫止血。

2.3.3 疼痛 保持病室环境安静整洁,适当的鼓励可以使疼痛有所缓解。但多数患者术后12 h内仍需用止痛药。

2.4 口腔护理

及时、有效的口腔护理是预防创口感染,保证手术成功的关键,尤其是有口内创口及作植骨的患者。此类患者术后口内有较多的结扎钢丝及带环,所以口腔护理时不宜用棉球擦拭,而应用注射器冲洗。口腔冲洗每日至少2次,要尽量冲洗干净、彻底。同时还应检查咬颌关系是否正确,颌间固定有无松动、断裂,如发现上述情况,立即通知医生进行处理。

[收稿日期] 2003-10-20 [修回日期] 2003-12-15