维普资讯 http://www.cqvip.com

说明梗阻缓解,肠道功能恢复;若腹痛、腹胀加重,腹部可见固定不变的肠型,说明梗阻未缓解,应中转手术。

3.治疗效果观察:观察红细胞压积、尿比重、血清离子、二氧化碳结合力、白细胞计数等的变化,甚至可以做血气分析。了解水、电解质、酸碱平衡失调是否得到纠正;血容量是否补足;感染是否存在。

三、护理

护理主要包括静脉穿刺、胃肠减压和灌肠的护理。

1.静脉穿刺护理:肠梗阻病人输液量多、输液时间长,而且肠梗阻的病人需要离床活动。因此,静脉穿刺应采用上肢静脉,远离关节,妥善固定。

2.胃肠减压的护理:有效的胃肠减压是治疗肠梗阻的措施之一。放置胃管之前,要向病人讲明胃肠减压的作用,使之配合。放置胃管时动作要迅速而轻柔,胃管放置的深度要适当,保证其通畅。要观察流出胃液的质和量。如果流出的胃液不多,说明为高位肠梗阻;如果流出的胃液量很多,而且粪汁样液体,说明为低位肠梗阻,而且病情较重。

3.灌肠的护理:灌肠亦是治疗肠梗阻的措施之一。其作用是刺激肠蠕动、软化粪便、润滑肠道。常用的灌肠液有10%的氯化钠液、温肥皂液或液体石蜡等。用量为200~400 ml,可反复多次进行。因此,灌肠动作要轻,并且注意液体是否进入肠道,如果进入少量液体即不能继续灌入,说明梗阻位置很低,有肠道肿瘤的可能。

(收稿日期:2002-09-09)

经皮胸膜肺穿刺注药治疗空洞型肺结核的护理体会

刘英杰* 沈兴艳* 郑 杰* 韩丽影**

结核病临床工作中,临床医生对肺结核空洞的病人,特别是复治型肺结核空洞的病人有时是很棘手的。因为有空洞的存在,空洞内抗结核药物很难达到有效的MIC,致使结核菌长期在空洞内存活、繁殖、造成结核菌肺内的反复播散,结核病久治不愈成为难治性或耐药性肺结核(MDR-PTB)、最终成为慢性排菌的传染源,严重影响公共卫生。在现有的抗结核药物下,虽经多方努力调整治疗方案,但对复治型肺结核空洞的治疗效果仍不尽人意。2000年以来的一年半中,我科开展了用Dr.J针经电视透视指导下对肺结核空洞进行注药的新的空洞型肺结核治疗方法,取得了满意的疗效。现将有关的护理体会报告如下。

一、资料与方法

1.临床资料:选择2000年12月至2002年8月在我科住院治疗的肺结核患者40例。年龄在15周岁以上,不分男女。经做胸部CT确定为空洞型肺结核,空洞直径在2 cm以上,经有效抗结核和抗炎治疗后咯血停止,脓痰明显减少,但空洞仍然不见缩小的初、复治病例。出凝血时间正常,肺功能无明显受损。

2.方法

(1)药物:采用天津胸科医院研制的安克痨1号、2号、3号,对无链霉素过敏史的病人加用1 g链霉素。依据空洞的长和宽可算出给药的容积。

(2)活检针:本组病例均采用日本产外径为17 G的Dr.J同轴分体式切割针。主要用其外套和其引导针芯。

(3)经皮胸膜肺穿刺空洞内注药术:首先依据CT扫描确定空洞的具体位置,然后制定穿刺方案,包括体表穿刺点、穿刺角度和进针深度。穿刺时一般在电视透视下,经电视透视指导下使针尖进入结核空洞内,拔出针芯,注入造影剂见空洞内造影剂充盈良好既证实针已经进入空洞内。此时即可以经针注入高压过的抗痨凝胶安克痨。注药结束后拔除活检针,摄X光片存档,以便确认药物已经注入空洞和有无气胸形成。

3.护理

(1)术前护理:①心理护理:术前熟悉病人病情,选择好适应症,详细了解病人的病变部位及全身情况,对病人实施有效的心理护理。通过讲解,示范,请术后病人谈体会等方式进行健康教育,使病人了解穿刺的整个过程,消除思想上的顾虑,主动配合治疗的整个过程。②术前准备:首先要做胸部CT扫描、出凝血时间、肺功能检查。术前24 h内做碘过敏试验。术前10 min肌肉注射安定10 mg和度冷丁75 mg。并备齐穿刺和急救物品。

(2)术中配合:在X线电视透视的监视下,患者一般平卧在手术台上,手术时病人能看到穿刺针,因此在术中应该嘱病人闭目,应多询问病人的体会,如有不适应该尽快告知病人应怎样做?这样即可以消除病人的紧张心理,又可以为手术创造成功的机会。在注药过程中病人可能有呛咳和咳出抗痨凝胶的可能,这时要嘱病人深呼吸,尽量避免咳嗽并告诉病人咳出的是药物的颜色而非血,不要过度紧张,尽可能地配合治疗。术中后期病人随着药物注入即将结束可有轻度的胸闷感,这是因

* 作者单位:154007 黑龙江省佳木斯市结核病防治院三内科
** 佳木斯大学医学院第一附属医院

维普资讯 http://www.cqvip.com

为空洞有一定的伸缩空间，待药物注满时空洞伸张或有一部分凝胶顺气管流入其他肺部造成，这时也应该和病人讲清以取得病人的配合。

(3)术后护理：①指导患者平卧24 h，多睡觉，少说话，尽量勿用力咳嗽，进易消化的食物，必要时应用通便药或灌肠。护士应经常巡视病房，严密观察病人有无发热、咯血和气胸等并发症。24 h后可嘱病人从坐起到逐渐下床活动、直到正常生活，并再次摄胸片证实无气胸和观察近期的效果。以后每个月都要摄胸片和留取3份痰液，观察病人的空洞吸收情况和痰菌是否转阴。

二、结果

本组40例病人经皮胸膜肺穿刺治疗后，34例空洞一个月后有明显缩小，4例空洞有所缩小，仅2例空洞无明显改变。36例痰菌阳性中30例阴转。本组发生气胸3例，但均为<20%的局限性气胸。有4例病人出现术后咯痰带血，均无需特殊治疗。

三、讨论

通过应用这种介入治疗的方法作者治好了以前认为很难治疗的肺结核病人，使一部分结核病人解脱了病魔的困扰，生活质量大大提高。因此，本文认为这是一种非常有效的肺结核空洞治疗方法。但是这种方法是一种有创治疗方法，病人在治疗前会有一定的惧怕心理，而且这种方法本身也有一定的危险，如穿刺造成的气胸、咯血和术后发热等并发症。从这40例病例中虽然这些并发症不用特殊处理即能好转，但也给病人造成一定心理上的压力。因此，术前、术中和术后护理的主要目的应该是尽力减少病人心理上的压力，使之配合治疗，减少并发症。

使穿刺针能够顺利进入肺结核空洞内达到注药目的是术前、术中所有护理工作的要点，为此，在术前要求和病人谈心，讲解该手术过程中有可能出现的情况，需要病人如何配合才能达到手术顺利完成。术中要尽量让病人放松，避免因紧张而导致的肋间肌肉收缩使穿刺针位置变动，增加手术难度和并发症的发生。为此，可应用度冷丁和安定来消除病人的焦虑心情，40例病人手术都非常顺利。

因为药物可在病灶中产生400~500倍的浓度，所以药物在病灶中停留时间越长、病灶中的结核菌被杀死的机会越大。因此，术后护理工作的要点是尽量避免活动，如有并发症则进行积极处理，如无并发症则设法让病人处于最佳休息状态，避免刺激病人，使之能在最低的代谢水平，减少肺活量。而两到三天后随着病人的活动不可避免地会咯出红色胶冻样药物，这时要和病人解释好是药物而非血液；这时因为结核菌大量被杀死引起的赫氏反应也有可能出现发热，可进行对症处理，3~5 d后病人会自然恢复。

综上所述，本文认为只要做好以上各种准备工作并且取得病人的积极配合，经皮胸膜肺穿刺注药术还是一种比较安全可行、成功率比较高的治疗结核空洞的方法，值得在结核空洞特别是复治结核空洞的治疗中加以推广。

(收稿日期：2002-09-18)

采用廓清术治疗小儿急性脓胸体会

李广辉* 杨铁成* 时爱华* 吕旭升**

小儿脓胸临床较常见，多并发肺炎，若未能及时治疗，可导致肺表面形成纤维膜，影响肺膨胀通气，甚至发生低氧血症，必须高度重视。自1988年至2001年间，我科对16例小儿急性脓胸采用早期廓清术治疗均收到满意疗效，现报告如下。

一、资料与方法

1.一般资料：本组男性12例，女性4例。年龄最小3岁，最大12岁。平均住院日15.5 d。

2.病因及致病菌：16例皆因肺炎发病。其中左侧脓胸6例，右侧脓胸10例。经细菌学检查主要致病菌是金黄色葡萄球菌(占68.8%)和肺炎双球菌(占31.2%)。

3.临床症状和体征：本组病例均有发热(T≥39 ℃)，呼吸困难，口唇发绀，部分病变侧胸形饱满，叩诊呈浊音，听诊呼吸音减弱。

4.辅助检查：血化验WBC>20.0×10^9，部分胞浆出现中毒颗粒；X线胸透见病变侧有致密阴影并且纵膈移位；B超显示胸腔内积液；胸部CT可见胸腔积液肺受压，个别已形成包裹性改变。

二、结果

术前曾用穿刺抽液和闭式引流，结果疗效不显著，故中转廓清手术，术中发现胸腔有脓液300~800 ml不等，肺表面有膜状脓苔，其中4例已形成多房性，6例已发生肺不张。手术清除坏死组织，膜状脓苔及脓液，用生理盐水反复多次冲洗干净，然后放置闭式引流。术后选用头孢三代抗菌素抗炎，配以输血、输液进行营养支持，分别在3~4 d复查见肺膨胀良好，拔出引流管，第5~10天出院。

三、讨论

* 作者单位：114032 辽宁省鞍山市鞍钢立山医院
** 鞍钢附属企业公司立山门诊