维普资讯 http://www.cqvip.com

救，笔者体会到，要有扎实的基本功，并熟悉各项抢救技术操作和护理措施，才能娴熟地配合医生进行抢救治疗。由于群体性食物中毒是短期陆续就诊，难以预料具体中毒人数，因此，应有充分的心理准备，安置患者，准备洗胃机，留置标本，以便做进一步毒物分析 中毒患者往往心情较为焦虑及烦躁，应作好病情的解释工作和心理护理，并做好卫生宣教工作。群体性食物中毒虽少见，但危险性大、医护人员应高度重视，做到忙而不乱，通力合作，才能取得抢救成功。

（收稿：2000-11-06）

术后自控镇痛病人的护理体会

李 爽* 王 丹* 王 雪**

手术伤口引起的疼痛，是术后继发其他症状及并发症（肺功异常、心血管并发症等）的重要因素。因此，重视术后镇痛不仅是单纯镇痛问题，更重要的是减少并发症提高手术效果，促进患者康复的重要措施。我院采用患者自控止痛法（PCA），对17例术后患者止痛效果满意。现报告如下。

一、资料与方法

1.临床资料：17例中男6例，女11例，年龄30～73岁，平均56岁，均为择期手术。其中胆囊切除术6例，胆肠吻合术4例，前列腺摘除术2例，肝叶部分切除术2例，子宫全切术2例，胰管空肠吻合术1例。采用硬膜外麻醉8例，全麻5例，硬膜外加全麻4例。

2.方法：①PCA镇痛泵1套。术毕，麻醉医师根据病人情况设置。主要参数指标有：(1)负荷量(3～5 ml)；(2)持续给药量(0.5～1 ml/h)；(3)锁定时间(10～30min)；(4)PCA追加给药1次，追加给药后在锁定时间内再次按压无效；(5)最大剂量，即单位时间内能给予最大用药量（设定为8～10 ml/h）。以上设置，使病人既能在需要时追加镇痛剂，又能防用药过量，当各种原因致PCA泵不能正常工作时，机器自行停止并报警。②疼痛评估参照WHO标准：Ⅰ级：0分无痛感；Ⅱ级：VSA平均测定值(2.57±1.04)分，可忍受疼痛，能正常生活和睡眠；Ⅲ级，中度，VAS平均测定值(5.18±1.41)分，持续剧烈疼痛，影响睡眠，需有镇痛剂；Ⅳ级：重度，VAS平均测定值(8.41±1.35)分，持续性疼痛，无法忍受，伴强迫体位。出现烦躁、心率加快、血压下降等，严重干扰生活、睡眠。③给药方法：给药选择在患者术后清醒，诉切口剧烈疼痛时，VAS评分＞5.18±1.41，疼痛程度Ⅲ级。用PCA镇痛泵配套的一次性特制60 ml注射器，取吗啡36 mg加0.9%氯化钠注射液至60 ml，注射器装PCA泵内，然后连接患者输液管道，患者自行启动并控制仪器手柄上的按钮，由静脉注射达到缓解疼痛的目的。④监测：术后多功能心电监测仪持续监测：生命体征、氧饱和度。血气分析，进行镇痛效果评分观察，根据公式：1－实际分数×100%算出疼痛缓解率。

二、结果

Ⅲ级疼痛完全缓解率较高，Ⅳ级疼痛明显缓解率较高，给药镇痛起效时间(8.24±2.12 min)，镇痛持续时间均在24 h以上，疼痛缓解率94.1%，并发症出现极少，恶心、腹胀10%，呕吐发生率为8%，无一例发生呼吸抑制。

三、护理体会

1.术前护理：PCA止痛法由于按需自控，故具有暗示及心理安慰作用，因此首先应帮助患者正确评估自己的疼痛水平，讲解术后止痛的重要性，用PCA镇痛泵的良好效果，诱导患者提高痛阈，调动主观积极性；其次，向患者介绍PCA泵原理及安全性后，教会病人使用PCA泵操作要领，尤其要说明镇痛药不会一次多剂量进入体内，使用镇痛药不会妨碍创口愈合及排气，以消除其顾虑。可将术后患者介绍给术前患者，患者间的信息交流有时比单纯讲解更有效。

2.术中及术后护理：①镇痛期间指导：护士把手柄放在病人手里，告诉镇痛期间应感到疼痛即按手柄，不要等到剧痛再给药，才能获得满意效果。每30 min行评估1次，如疼痛仍未减轻，应通知麻醉医师调整PCA止痛药的剂量；②生命体生监测：监测呼吸、循环系统是PCA护理的重点。由于吗啡类药过量可引起低血压、呼吸抑制、窒息，肌肉僵直及心动过缓，如不及时治疗可发生呼吸停止，循环抑制等后果。对PCA泵病人予以鼻导管吸氧，监测记录R、Bp、P，直至PCA结束。③保护留置导管，预防脱落、扭曲、镇痛期间患者活动可能发生导管扭曲、脱落、影响药物输入。因此，应固定好，保留导管长度约20～30 cm，使之不易脱落。同时观察局部皮肤有无发红及渗出，如发生感染后应立即报告医师及时拔管，抗炎治疗，局部以75%酒精湿敷。

3.不良反应观察及处理：①呼吸抑制：PCA镇痛中呼吸抑制发生率极低，原因是吗啡类药有抑制脑干呼吸中枢，导致呼衰的不良反应。在吸氧同时注意观察呼吸节律的改变，一有变化及时通知医生。本组无1例呼吸抑制。②恶心呕吐：本组发生率为10%，其原因是阿片类药物可兴奋延髓呼吸中枢化学感受区。由于术后呕吐可增加腹压，引起伤口出血，故出现呕吐时应给予胃复安注射、取平卧、头侧位、以防呕吐物误吸 ③尿潴留：由于膀胱括约肌痉挛所致。术后为防尿潴留，将8 h拔除

* 作者单位：150030 黑龙江省哈尔滨市电力医院
** 哈尔滨市第七医院

维普资讯 http://www.cqvip.com

尿管延至术后24 h,若镇痛48 h,则在镇痛结束后拔除,同时坚持做留置导管护理,故极少出现尿潴留。④抑制肠蠕动:是PCA药的副作用,注意观察患者肠蠕动情况:肠鸣音、排气、排便。尤其是腹部手术者感腹胀,排气时间延长,便秘等情况。术后3d仍未排气患者,指导在病情允许下多活动,热敷腹部,严重腹胀可持续胃肠减压或肛管排气,能进食者嘱其多吃富含纤维素食物,以利排便,且PCA主要用于术后前3d止痛,停止后肠蠕动会逐渐恢复。

四、讨论

各种止痛法比较:定量肌注止痛法,对药需求量大者,难以达止痛效果。对需求量小者,可引起药过量并发症,且反复注射加重心理负担。持续静脉止痛法,可迅速止痛,但仍不能解决个体差异问题。PCA止痛法可克服上述不足,且起效迅速,镇痛时间延长,疼痛缓解率高,对少数患者镇痛效果不佳等问题,有待进一步改善,以达到最佳效果。

(收稿:2000-11-06)

Riedel甲状腺炎一例报告

高云义* 孙学军**

一、临床资料

病例:女,42岁。发现颈部包块3个月于1999年6月入院。3个月前发生颈部左侧有一鹌鹑蛋大小包块,增长较块,无疼痛,无发冷发热,无吞咽困难,无呼吸困难及声音嘶哑,无怕冷怕热及性格改变。门诊以"左侧叶甲状腺腺瘤"入院。查体:一般情况好,左侧叶甲状腺可触及一5cm×4cm包块、质较硬、无压痛、表面光滑、边界清楚、可随吞咽上下移动,无血管杂音。T_3、T_4均正常。B超示:左侧甲状腺增大,其内有一4cm×4cm大小强回声团,内部回声均匀。行左侧甲状腺全切除术,术后恢复好,痊愈出院。病理报告:Riedel甲状腺炎。

二、讨论

Riedel甲状腺炎,又称侵袭性甲状腺炎、慢性纤维性甲状腺炎、慢性木性甲状腺炎,此病是一种罕见的甲状腺疾病。本病是由Riedel在1896年首先描述,绝大多数为成年人,女性多见,病因未明,可能与自身免疫有关,但无确切证据,虽然患者可存在甲状腺自身抗体,但滴度较低。病理特征是甲状腺结构被破坏,并被大量纤维组织取代。病变常超出甲状腺范围,侵袭周围组织,产生邻近器官的压迫症状,如吞咽困难、呼吸困难、声音嘶哑、喉鸣等。甲状腺可保持正常轮廓、质坚硬如石,不痛,通常甲状腺功能正常,甲状腺组织完全被纤维组织取代后可致甲减。本病可累及一叶或整个腺体,可伴有其它部位纤维化,如纵隔、腹膜后、泪腺、胆囊等纤维化。实验室检查:^{131}I摄取率、T_3、T_4、TSH等多正常。甲状腺扫描未受累部位正常,受累部位无核素分布。TGA可阳性,但远较桥本甲状腺炎为低。临床上极易误诊为甲状腺癌。但甲状腺癌大多为单侧,常有局部淋巴结肿大,确诊有赖于甲状腺活检。本病为良好经过,目前无有效的方法阻止病变的发展或治愈。病变局限者可手术切除,病变广泛者可行峡部切断、减轻压迫症状。也可试用糖皮质激素治疗,可使病变甲状腺软化。有甲状腺机能减退者,可服甲状腺素片。

(收稿:2000-11-01)

* 作者单位:261041 山东省潍坊市计划生育科研所
** 解放军第89医院普外中心

眼病患者应用甘露醇的护理

郑金凤* 王佐卿** 朱 岩*

一、甘露醇的眼科应用:甘露醇是一种脱水药物,通过升高血液渗透压,造成血液与房水间的渗透压差,使眼内液进入血液,使眼压下降,同时还可降低颅内压、眶内压等。眼科常用于急性充血性青光眼发作期,在抗青光眼手术前其他药物尚不能控制眼压者,恶性青光眼;各种眼内手术前需降低眼内压,以减少玻璃体脱出等并发症。

二、高眼压的临床表现:由于高眼压使眼及眼周围胀痛,剧烈偏头痛,视力显著减退,角膜水肿如雾状,前房变浅,瞳孔开大,呈椭圆形,无光反应,伴有恶心、呕吐及眼底改变。

三、应用甘露醇时易出现的问题:①甘露醇应用过量,给药时间过长,可导致甘露醇渗透性肾病合并肾功能衰竭,因甘露醇在具有脱水作用降低颅内压、眼内压的同时,还具有降低肾血管阻力,使肾血管血流量增加,保持肾血管足够的水份以维持其渗透压的扩容利尿作用,所以眼压持续不降的患者,过量

* 作者单位:154002 黑龙江省佳木斯大学附属第一医院眼科
** 佳木斯大学医管处