维普资讯 http://www.cqvip.com

入库处理模块下办理入库手续，同时对设备的名称、规格、价格等信息进行登录，并打印入库凭证，这时，系统将设备档案建立在器材库房。之后，使用科室到库房办理设备出库手续，系统通过库房管理/设备出库处理模块进行设备出库处理，同时打印出库凭证，并自动将该设备记录移入使用科室的设备档案中。在设备科工程师对设备进行验收，编写设备档案号后，将档案号等数据再次返回器材库房，库房人员在设备管理系统/档案管理/设备档案修改模块下，对设备档案进行补充和完善。此时，一台设备的档案建立可告一段落。

医疗设备管理系统的动态管理中包含了设备维修管理，包括：设备送修登记、维修结果登记、维修情况统计、维修设备查询、维修配件查询等。依照设备管理系统要求，当使用科室送来待修设备后，由修理工在动态管理/设备维修管理/设备送修登记下填写送修登记，工程师经过检修，如能修复则在维修结果登记中录入维修检查的结果，并在动态管理/质量等级调整下对设备进行等级调整，对于不能修复的设备则提出外修的建议或提出报废申请，经领导批示后，再进行进一步的落实，并对设备档案进行相应的处理。

从实际使用情况来看，该软件对于设备的维修管理部分功能较弱，维修结果的输入及统计均不能达到正常使用的要求。目前，我们仍然采用手工填写维修单与微机相结合的方法，用手工维修单进行统计，微机信息用于质量等级调整的依据，设备的淘汰报废及日常管理中的基础统计均在微机上进行。

二、医用消耗材料库房管理子系统的实施

在运行库房管理系统之前，我们对消耗器材库房作了一次大的清理，将所有消耗器材从分类、规范品名、规格型号、单价、库存数量上进行了全面彻底的清查核对，做到账的相符。在运行近一年时间内，基本满足了库房工作的需要。虽然出入库工作量很大，但系统运转正常，该系统的实施解决了手工作账及统计中存在的问题，大大提高了工作效率。

军卫 I 号器材管理分系统的实施为医院的工作带来了便利，但是在实际运行过程中也显露出了它所存在的问题，在以后的工作中加以总结并和大家作进一步的探讨。

（收稿：2001-06-16）

中心静脉置管法在胃癌术后胃肠外营养的应用及护理

王 丹* 陈丽荣* 李 爽*

当人体不能进食或进食量不足时须进行肠外营养（TPN），TPN 广泛应用于临床，对提高危重患者救治成功率，改善患者的疗效及生活质量有显著影响。本文应用中心静脉置管法在胃癌术后给予胃肠外营养取得良好疗效。报告如下：

一、临床资料

1. 一般资料：本组 16 例，男 10 例，女 6 例，年龄 47～68 岁，术式：胃次全切除 9 例，胃癌根治术 7 例。

2. 中心静脉置管方法：选用带聚酯纤维套的单腔硅胶导管，经一侧颈部切口将导管前端插入颈内或颈外静脉，常用右侧。导管尾端经 10～15 cm 的皮下隧道在小臂上部穿出皮肤，导管近穿出皮肤处有一小段聚酯纤维套起固定导管的作用。

3. 防止操作中发生脏器损伤，异位输液应注意：(1)熟悉局部解剖特点，严格无菌操作程序和护理常规。(2)选择上腔静脉为宜，上腔静脉置管又以颈内静脉穿刺最为安全，下腔静脉穿刺点污染机会多和不方便活动而不宜应用。(3)每次穿刺成功后妥善固定，必须有严格的回应现象才可输液，术后观察置管长度很有必要。(4)反复穿 3 次失败，不宜重复。(5)选择不透光高质量导管，既安全可靠，又可观察导管移动情况。(6)对肝素化及凝血机制不良者慎重中心静脉置管术。(7)营养液输注采用全合一输液为妥。

4. 中心静脉营养方法：每日脂肪乳剂、5%葡萄糖、10%葡萄糖、电解质、微量元素等混合于 3 L 袋中，24 h 均匀输入。含氮量 0.11 g，非蛋白热卡 24 cal/d，脂肪提供热卡占 38%，氮与热卡比例为 1 g:215 cal。

5. 并发症：导管相关的细菌感染是最常见的严重并发症，直接影响带管的长短，其次是脱管、管道阻塞等。

二、结果

全部 6 例病人经中心静脉输入营养均恢复良好，营养状态有明显改善，营养支持前后三磷酸甘油酯、胆固醇、白蛋白、总胆红素、血糖无明显改变，淋巴细胞计数、血钾、血钠营养前后无显著差异，全部病人于营养后 5d 可基本达正氮平衡，切口 I 期愈合。

三、护理措施

1. TPN 营养液配制：严格无菌技术，配制应在无菌操作台进行，注意配伍禁忌，将电解质，微量元素，水溶性物质加入脂肪乳中，然后分别加入 3L 袋中，脂肪乳最后加入，整个配制过程不能间断并不断加以晃动，保持均匀混合。

2. TPN 营养液的保存：TPN 营养液含葡萄糖、氨基酸、脂肪乳，是细菌生长的好场所。应现用现配，暂时不用应放在 4 ℃冰箱内保存，在配制后 24 h 内输完。

3. 注意调整速度：开始时输液速度要慢，在 24 h 内平均缓慢输入，以便身体有时间适应糖负荷的增加，以后逐日提前 1～2 h 输完，习惯后可 12 h 输完，停止时不能骤停，应采取逐减方法。

* 作者单位：150030 黑龙江省哈尔滨市黑龙江省电力医院

维普资讯 http://www.cqvip.com

4.导管护理：(1)导管皮肤出口处护理：导管皮肤出口处每周换药1～2次，换药时严格无菌操作。一般用碘伏棉球擦洗皮肤出口及导管，然后用封闭敷料覆盖。换药时注意局部红肿、压痛，分泌物等感染征兆，做局部细菌培养，每天用2%洗必泰换药加抗生素，感染严重者应拔管。(2)导管内感染的预防观察：严格无菌操作。输完营养液须换输液器，经常检查肝素帽是否拧紧，若发现松动，立即去除，严格消毒导管口后，更换新肝素帽，若出现不明原因发热，首先应想到导管污染可能，须抽血培养。对血培养确诊感染者，原则上应拔管，也可先用敏感抗生素经导管给药，控制感染而免除拔管 (3)预防导管脱出：导管尾端用胶布妥善固定，防止扭曲受压，粘贴之胶布应在导管上包绕一周，以增加稳定性，防止牵拉导管时脱管。(4)导管栓塞、破裂的预防和护理：每次使用导管后用10 u/ml肝素液3～5 ml冲洗，推肝素至最后0.5 ml时先关导管夹，然后将余液继续推入肝素帽，使尾端保持正压，可防止血液逆流回血管内。冲洗时如感阻力大，回抽无回血，不能强行推注，以免压力过大致导管破裂。可采用3000～5000 u/ml尿液酸2 ml，用轻柔手法反复注入、回抽，将尿液酸在导管内充分混合后夹管，2～3 h后抽出，经处理无效，可重复使用，可有效溶解血栓，恢复管道畅通并延长留置时间。

小结：TNP之类的强制营养法近似于生理，可自由地调节机体的营养状况，进而调整癌细胞的细胞周期，可提高抗肿瘤药物杀伤癌细胞的效果，但护理人员的业务水平对患者带管成败有很大影响，应在国内积极推广，使之更为安全可靠。

(收稿：2001-04-03)

卵巢癌病人腹腔放药的护理

佟瑾凤* 杜 彬*

目前治疗卵巢癌的方法一是手术治疗，二是手术后腹腔放药的治疗。所谓腹腔放药就是化疗给药的一种方法，即将化疗药直接注入腹腔内治疗肿瘤。具有直接作用肿瘤、浓度高、作用时间长、副作用小的优点。对卵巢癌的治疗也收到一定的疗效。

腹腔放药的药物是生理盐水500 ml＋卡铂(顺铂)400～800 mg，生理盐水500 ml，干扰素2000～2500万U。第一年化疗是每一个半月放药一次，共8次，第二年每3个月一次，第三年每半年一次，随诊观察。

一、临床资料

本文卵巢癌腹腔放药212例，腹水病人53例，年龄在9岁到73岁之间，以42岁左右患者居多。

二、放药前的准备及护理

1.心理护理，放药前向病人及家属说明腹腔内给药的目的、经过、以及可能出现的不良反应，详细介绍治疗的注意事项，消除病人的恐惧心理，取得合作。

2.做好各项检查，如血尿常规、肝肾功能、B超、胸片、心电图等。

3.测体温、脉搏、血压做好记录。

4 为了减轻化疗药的副作用，放药前15 min静推枢丹8 mg，防止恶心、呕吐，口服扑热息痛1 g，防止高热发生，在放药前30 min口服。

三、放药时的配合与护理

1.排完小便，取平卧位，在无菌操作下，行腹腔穿刺成功后，开始腹腔滴注药物，速度不可太快，通常在放药前1～2 min病人就开始出现阵发腹痛，大多病人可以忍受，5 min左右即可自行缓解。所以药物要充分溶解，溶液量不能少于400 ml，降低药物浓度。

2.放药期间严密观察血压、呼吸的变化，严密观察腹部情况的变化，如病人感觉有便意感，可能误入肠管，应立即停止放药。如果局部有包块，并逐渐增大，说明穿刺未到位，可能在皮下脂肪层内。

3.腹痛的护理：液体的冷刺激可引起病人的腹痛，通常在放药后1～2 h，给腹部热敷。

4.放药后注意体位的变换：有利于药物在腹腔内广泛接触肿瘤组织，有效地发挥药物作用，放药后30 min嘱病人左右翻身，持续一段时间后采取患侧卧位。

5.记录24 h出入水量，观察尿量及颜色，常规三天水疗法，即10%GS1500 ml、0.9%NS1500 ml、重曹250 ml，20%甘露醇250 ml给一次，在放药后2h快速滴注，充分补充液体，减轻肾脏负担。

6.恶心、呕吐的护理：放药后4 h再次静推枢丹8 mg降低恶心、呕吐程度，或者给10%GS500 ml＋V_{16} 100 mg静脉滴注，嘱病人进清淡易消化饮食，呕吐严重者暂禁食，静脉补液。

7.放药后高热的护理：放药后1h左右，病人感觉周身发冷、甚至寒战，可给病人加盖被服，或者给热水袋 一般持续30 min左右，然后开始发热，最高温度可达40 ℃，常规4h给扑热息痛1.0口服一次。一般病人的温度可维持在38 ℃左右，维持3～4 h后，体温可以恢复正常。

(收稿：2001-04-09)

* 作者单位：110001 沈阳市和平区中国医科大学附属一院妇科