维普资讯 http://www.cqvip.com

重症胰腺炎术后结合中药治疗的体会

赵晓峰* 王 双** 于广军***

重症胰腺炎病情复杂凶险，治疗方法尚无统一的意见，本院自 1996 年 7 月至 1999 年 10 月对 14 例手术患者采用中西医结合治疗，同时取条件基本相同，不用中药者 14 例做为对照，以探讨中西医结合对控制患者病变的发展，促进患者早日全愈，减少术后并发症等方面的作用。

一、资料与方法

1. 临床资料：治疗组 14 例中，男 4 例、女 10 例，年龄 32～72 岁。临床症状多突然上腹部持续性疼痛，向左腹背部及肩部放射，同时伴恶心呕吐。3 例出现休克，白细胞及淀粉酶均增高，3 例血糖降低，2 例血糖升高，胆道结石 8 例，饮酒及饮食诱因者 8 例；发病到手术时间 12～96 h，术中见全胰坏死 1 例，局部性坏死 6 例，点状坏死 7 例，腹腔血性渗液约 500～600 ml。术后病理均证实为出血坏死型胰腺炎，对照组病例基本情况与治疗组相同。

2. 治疗方法：(1)西医治疗，以手术为主，在解除病因，清除坏死胰腺组织和充分引流的基础上，扩容纠酸，同时给予敏感的抗菌素。胃肠减压和静点，加欠脂、善得定、5-Fu 抑制胰腺分泌，给予支持治疗纠正低蛋白、维生素缺乏和离子紊乱，锁骨下穿刺行 TPN(肠道外营养)支持治疗，待胃肠功能恢复后，根据病情决定经口饮食。(2)中医治疗，辩证分型。本病中医辩证一般可分为 4 型：①肝郁气滞型；②脾胃实热型；③脾胃湿热型；④蛔虫上扰型。本组病例均属②、③两型，中医治疗采用清胰汤加减益气滋阴中药。

二、结果

中药组痊愈 12 例，死亡 2 例，治愈率 85%。无胰瘘和再次手术者，术后肠鸣音恢复时间 12～48h，排气时间 24～76h，平均 44h，血尿淀粉酶恢复正常后均稳定无波动，住院时间 14～24d 平均 20d。对照组痊愈 8 例，形成胰瘘 2 例，死亡 4 例。治愈率 57%，再次和多次手术 3 例，肠鸣音恢复时间 36～72h，平均 60h，排气 18～97h，平均 72h，血尿淀粉酶多数有波动，住院时间 20～26d，平均 34d。

典型病例：患者女 63 岁，因重症坏死性胰腺炎行胰被膜切开，坏死组织清除、胰床松动，胰周引流术，患者术后饮食不佳、乏力、大汗，术后第 9 天出现真菌感染，此时胰腺感染仍然较重，体温 38.5℃以上，血象高，而西药抗菌素又不能继续应用，根据这些情况，我们采用了清热解毒补益气血的中药，连翘 25g，黄花 25g，当归 15g，神曲 15g，大黄 15g(后下)、甘草 10g，地丁 25g，冬麦 15g，知母 15g，水煎至 300ml，每日分两次口服。在治疗 5d 后，患者饮食增加，大汗消失，同时体温、血象均恢复正常，胰腺感染得到了控制，住院 3 周痊愈出院。

三、讨论

急性出血坏死型胰腺炎术后的患者，由于受麻醉和手术的打击加之胰腺炎自身消化等原因的影响，必然在术后出现不同程度的胃肠功能紊乱，休克和供血障碍等病理生理改变，从而影响到胃肠的运动、分泌消化液和血液供应。炎症与缺血可使胰腺病变出现恶性循环，甚至造成多器官功能衰竭，在治疗上存在着许多矛盾和困难，而中西医结合可扬长避短，能较理想地解决这些矛盾，加之中药作用广泛，药源易得，疗效确切，价格低廉，副作用小，本组未发生有副作用。而且从两组对比来看，中西医结合组较西医组平均缩短住院日 14d，由此可见中西医结合治疗急性胰腺炎确有很好的疗效，可在临床上推广使用。

(收稿：2001-01-12)

* 作者单位：152500 黑龙江省铁力市医院
** 佳木斯市郊区医院
*** 集贤中医院

胸腺瘤手术护理体会

陈 静* 马 兰*

胸腺瘤多为良性，但也可能为恶性，一般位于前纵隔，极少数见于后纵隔或胸内其他部位。恶性肿瘤常并发贫血、发热及纵隔压迫症状，一部分病人合并重症肌无力。一旦发现胸腺瘤应早期手术治疗。现将胸腺瘤手术前、后护理体会报告如下。

一、临床资料

1996 年～2000 年共收治胸腺瘤 44 例，年龄 12～62 岁，男 20 例，女 24 例，男女比例为 1∶1.2；合并重症肌无力 18 例，占

* 作者单位：110001 沈阳市中国医科大学附属第一医院

维普资讯 http://www.cqvip.com

40.9%，病理为胸腺癌13例占29.5%。

二、护理

1.术前护理：(1)心理护理：胸腺瘤病人一部分合并重症肌无力，给生活带来很大困难，加之对疾病认识不足，常产生焦虑、恐惧、悲观心理。因此，我们首先态度诚恳热情，尽可能帮助病人解决生活中的实际问题，并给病人介绍相关医学知识，使病人树立战胜疾病的信心。(2)重症肌无力护理：重症肌无力有眼肌型、全身型等。根据病人实际情况给予有计划不同程度的护理，44例病人中眼肌、吞咽肌累及较多，因此应加强基础护理，协助病人进餐等。(3)掌握口服抗胆碱酯酶药量：重症肌无力的病人口服抗胆碱酯酶药量因个体差异是不同的，因此应严格遵医嘱给药，密切观察服药后的反应，及时向医生反映病情变化。(4)对于严重贫血，血小板、白血球、红血球低的病人，遵医嘱给予输成份血及全血，为手术做好准备。(5)密切观察生命体征变化，如一旦出现呼吸肌麻痹，应立即进行抢救。

2.术后护理：(1)一般病情观察：胸腺瘤切除术后严密观察血压、脉搏、呼吸、体温变化，血压应每15～30min测量一次，平稳后1～2h测量一次，无呼吸肌麻痹者，术后常规吸氧2～4L/min，24～48h保持呼吸道通畅，痰多者随时吸痰。(2)危象的观察：胸腺瘤切除术后可出现呼吸肌无力，常发生在术后24～48h，引起呼吸困难和排痰不畅，使通气不足，也可因抗胆碱酯酶用药过量而出现胆碱能危象。因此密切观察区分两种危象，以便抓住时机正确抢救。如，瞳孔明显缩小，分泌物增加、心率减慢，肠鸣音亢进，出现肌束颤动，阿托品试验症状缓解即为胆碱能危象，反之为肌无力危象。(3)呼吸道的管理：胸腺瘤切除术后，特别是合并肌无力者，咳痰更费力。因此，经常听肺呼吸音，鼓励并协助病人咳痰，给予超声雾化吸入，每1～2 h一次，每次10～20 min，每2 h协助坐起叩背，如有条件，应1～2 d给予气管镜吸痰一次，如病人咳嗽、咳痰无力、有痰不能有效地咳出，以致引起较严重的阻塞性呼吸困难，应及时气管切开，以便吸痰，改善呼吸状况。如呼吸状况仍不好转，应接呼吸机辅助呼吸，用呼吸机辅助呼吸，应注意监测血气变化，应每2～4h测一次，注意病人每分钟通气量、呼吸状况等，以便调整呼吸类型。(4)肌无力改善观察及用药指导：胸腺瘤切除者易出现呼吸肌无力，表现呼吸困难。例如：孙××，女，52岁，手术后24h自诉气短，听诊肺呼吸音尚清，心率快，口唇略绀，给高流量吸氧，不见缓解，呼吸困难加重，立即行气管插管。用呼吸机辅助呼吸，为容量控制型。次日，行气管切开，同时吡啶嶶的明1/4量鼻饲，呼吸机辅助呼吸4d。病人血气正常，双肺呼吸音清，血压、心率、体温正常，无呼吸困难，停用呼吸机。44例病人中，表现肌无力类型不同，因此密切观察病人握力、睁眼、饮水及进食时吞咽动作，以便指导病人服用抗胆碱酯酶药物量。我们体会胸腺瘤年龄越小，病人手术后肌无力症状改善越快，恢复越快。(5)出血观察：胸腺瘤手术通常行胸正中切口劈胸骨术，创面大，又因长期应用大量激素，易产生渗血，并易并发消化道应激性溃疡而出血。因此应密切观察血压、脉搏变化，如有出血倾向，每15～20min测量血压、脉搏一次，每小时测中心静脉压，保持引流畅通，观察引流性状颜色、量，观察刀口敷料有无新鲜渗血，注意有无呕血、便血等消化道出血症状，严密观察呕吐物及大便性状、颜色，腹部是否平软，有无压痛及反跳痛症状，如有异常应及时报告医生。(6)饮食护理：术后第二天，可进软食，应协助病人小口少量进食速度勿太快，注意观察吞咽情况，尽量避免呛咳。(7)出院指导：胸腺瘤切除术后病人一般21d即可出院，出院后病人需继续服药，如抗胆碱酯酶药或强的松。可根据病人情况，逐渐减少药量，教会病人如何观察肌无力改善情况，如肌无力加重应立即复诊，而且饮食勿太急，以免发生意外。

(收稿：2001-02-05)

护理程序在高血压病人宣教中的应用体会

任存格* 赵秀华**

随着人们生活水平的提高，人们对生命质量的要求也越来越高，仅局限在救死扶伤的基础上是远远不够的，难以满足现代社会及病人的需求。因此，国内护理界在这一形式下，积极探索和引进国外科学的护理体系—整体护理。护理程序是整体护理的核心，而病人的健康教育是整体护理的重要组成部分，是为病人提供安全、经济、高质量的护理保证。通过对病人的健康教育，使病人了解其健康状况，作出恰当的健康医疗决定，改变健康行为，真正实现病人参与疾病的自我护理，使病人的治疗和护理效果得到充分地发挥。病人的健康教育不是简单地向病人灌输医疗知识，而是一个教与学的过程，以护理程序为基础，实施正规的病人健康教育，并取得了较好的效果。

一、临床资料

在病人的健康教育中，通过与病人、陪伴、家属及其他医务人员交谈，并参阅病人的医疗文件，参考资料、评估病人影响其学习的能动性和学习能力的因素，包括一般资料：如病人姓名、年龄、性别、婚姻状况、文化程度等；现在健康情况：现病史、主要病情、日常生活规律及自理程度、护理体检情况等；既往健康情况：包括既往病史、过敏史、传染病史、家族史等；心理状态：包括一般心理状态，对疾病与健康的认识，应激水平、性格特征等；社会方面：宗教信仰、社会关系及密切程度、社会组织关系

* 作者单位：100089 北京空军466医院内科
** 四川省峨眉山市成都军区疗养院