DOI:10.16016/j.1000-5404.2003.16.032


液和感染。因此,我们认为,对合并胰腺损伤者,脾部分切除术应慎用。

当然,实施脾部分切除术的前提是血流动力学等生命体征平稳,毕竟挽救生命才是第一位的。对于全身情况差、术中休克严重或多脏器损伤,明显腹腔污染应选择全脾切除术。总之,对生命体征平稳的脾脏外伤病人选择脾部分切除术是安全可行的。

参考文献:

[1] 姜洪池,乔海泉,代文杰. 脾脏外科:近20年的进展与展望[J]. 中华肝胆外科杂志,2002,8(1):3-6.
[2] Potoka D A, Schall L C, Ford H R. Risk factors for splenectomy in children with blunt splenic trauma[J]. J Pediatr Surg, 2002, 37(3): 294-299.
[3] Uranus S, Pfeifer J. Nonoperative treatment of blunt splenic inury [J]. World J Surg, 2001, 5(11): 1405-1407.
[4] 蔡志民,马宏敏. 非手术治疗闭合性脾损伤45例临床报告[J]. 第三军医大学学报,1998,20(4):357-358.
[5] 梁志清,马宏敏,蔡志民. 自体脾移植治疗特发性血小板减少性紫癜的长期随访[J]. 第三军医大学学报,1999,21(12):930-932.
[6] Sarmiento J M, Yugueros P. An atraumatic technique to fix the omentum after partial splenectomy [J]. J Trauma, 1996, 41(1): 140-142.
[7] Bisharat N, Omari H, Lavi I, *et al*. Risk of infection and death among post-splenectomy patients[J]. J Infect, 2001, 43(3): 182-186.
[8] Gerning U, Giagounidis A, Strupp C. Prevention of postsplenectomy sepsis [J]. Hematol J, 2001, 2(1): 67-68.
[9] Davidson R N, Wall R A. Prevention and management of infections in patients without a spleen[J]. Clin Microbiol Infect, 2001, 7(12): 657-660.
[10] Christo M C, DiDio L J. Anatomical and surgical aspects of splenic segmentectomies[J]. Anat Anz, 1997, 179(5): 461-474.

(编辑 王 红)

文章编号:1000-5404(2003)16-1478-01

# 个案与短篇

## 连续肾替代疗法治疗烧伤脓毒症的护理

## Nursing for burned patients with sepsis undergoing continuous renal replacement therapy

唐智妮,黄贤慧 (第三军医大学附属西南医院全军烧伤研究所,重庆 400038)

我所采用连续肾替代疗法(Continuous renal replacement therapy,CRRT)有效清除或减少内毒素和细胞因子,最大程度地减轻MODS的程度和降低死亡率,取得良好疗效。而正确的护理方法在治疗中至关重要,现报告如下。

### 1 临床资料

本组患者共10例,其中男9例,女1例,年龄18~55岁;烧伤总面积67%~92%,其中Ⅲ度烧伤面积35%~60%。10例均系火焰烧伤,临床已确诊的烧伤脓毒症患者。经过CRRT治疗与护理后,其体温异常、精神异常、胃肠功能紊乱、循环功能障碍、电解质紊乱等症状明显减轻,所有患者均未出现出血、感染、栓塞、血液细胞大量破坏、肺脑水肿等并发症。

### 2 方法

CRRT采用PRISMA床旁血透机,滤器为M60。静脉穿刺部位选用股静脉。静脉导管选用18 cm ARROW单针双腔静脉导管。置换液采用Port配方(碳酸氢盐溶液),注入方式采用前稀释,选用CVVHDF模式。每日进行床旁CRRT 12 h,连续治疗3 d。根据患者凝血功能情况,抗凝剂采用肝素钠或低分子肝素钙(速避凝)。

作者简介:唐智妮(1981-),女,重庆市人,护士。电话:(023)68754000-73081
收稿日期:2002-12-08;修回日期:2003-07-12

### 3 护理

熟悉CRRT机器性能,保障正常运转,及时排除故障。

确保血管通路畅通,防止导管脱落出血。应及时向病人做好解释工作,妥善固定导管。对于异常躁动的患者,可考虑采用保护性约束。使用翻身床的患者在翻身时,注意妥善放置导管,保持一定长度,以免翻转时将导管拽出。

严格无菌技术操作。每天做好双腔导管口的换药工作。每日3次,用碘伏消毒后,以无菌纱布覆盖。纱布污染或潮湿后应随时更换。更换置换液时,接头处用酒精消毒。避免打开管道留取血标本,防止导管口出血和血肿。

做好消毒隔离及感染防护。患者置单间,控制适宜的温、湿度,限制探视及人员流动。

防止凝血。CRRT需行体外局部肝素化抗凝治疗。凝血通常最先发生在血滤器,故应详细观察血滤器端盖上的血液是否均匀分布,血滤器上的纤维颜色有无变深或呈条索状,滤出液流出是否畅通等。

用多功能监护仪持续监测血压、心率、呼吸、$SO_2$、CVP、MAP,密切观察神志、意识、体温变化。当参数发生变化时应立即报告医生,重新评估患者情况,对治疗方案加以调整。

保持出入量平衡,持续监测所给液体成分,并确保按正确速度输入。根据病情制定相应的出入量统计表,密切观察,准

(下转1481页)

?1994-2016 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved. http://www.cnki.net

甚至有死亡的报道。而且复发率高,最高达 80%。④三叉神经后根切断术:该手术的近期有效率多数作者报告为 80% ~90%,复发率在 9% ~34%,具有一定病死率及严重并发症。⑤三叉神经根显微血管减压术:该手术的近期有效率多数作者报道为 90% ~95%,复发率报道差距较大,从 10%到 46%不等。术后并发症较多且有一定病死率。与其它外科治疗方法的比较,伽玛刀治疗原发性三叉神经痛的疗效较好、创伤小、适应征广、并发症少且发生率低。

伽玛刀治疗原发性三叉神经痛的疗效的影响因素:①具有典型的疼痛特征组的疗效明显好于不具有典型的疼痛特征组的;②精确定位,头颅 MRI 薄层扫描(≤3 mm),以患侧三叉神经根近脑干处为靶点,选用 4 mm 准直器治疗,在不损伤重要结构的前提下,照射剂量尽量大,但最大剂量应≤90 Gy。

伽玛刀治疗原发性三叉神经痛的并发症主要有两类:患侧出现一过性的面部麻木与味觉缺失。Nicol[2] 报道 1 组伽玛刀治疗的 42 例原发性三叉神经痛,7 例(16.7%)患侧出现一过性的面部麻木,4 例(9.5%)患侧出现一过性的味觉缺失;Young[8] 报道 1 组伽玛刀治疗的 110 例原发性三叉神经痛,3 例(2.7%)患侧出现一过性的面部麻木。本组伽玛刀治疗的 87 例原发性三叉神经痛,3 例(4.4%)患侧再现一过性的面部麻木,未出现一过性的患侧味觉缺失。结合文献,我们认为:伽玛刀治疗原发性三叉神经痛后,患侧出现面部麻木与味觉缺失属于一过性的,一般持续 6 ~12 个月,不需特殊处理即自愈,但同时疼痛缓解。

伽玛刀治疗原发性三叉神经痛创伤小、并发症少、疗效好,但随着时间的推移复发率增加,复发后再次行伽玛刀治疗疼痛可缓解。但此法目前价格较昂贵,同时有待进一步积累临床资料,改进治疗方法,以提高长期止痛效果。

## 参考文献:


[1] 邹咏文, 许民辉, 陈广鑫, 等. 经皮穿刺麦克氏囊注射甘油治疗三叉神经痛的观察[J]. 中国疼痛医学杂志, 1998, 4(2): 116—119.

[2] Nicol B, Regine W F, Courtney C, *et al*. Gamma knife radiosurgery using 90 Gy for trigeminal neuralgia[J]. J Neurosurg, 2000, 93(3): 152—154.

[3] Regis J, Metellus P, Dufour H, *et al*. Long-term outcome after gamma knife surgery for secondary trigeminal neuralgia[J]. J Neurosurg, 2001, 95(2): 199—205.

[4] Kondziolka D, Lunsford L D, Flickinger J C. Gamma knife radiosurgery as the first surgery for trigeminal neuralgia[J]. Stereotact Funct Neurosurg, 1998, 70(1): 187—191.

[5] Maesawa S, Salame C, Flickinger J C, *et al*. Clinical outcomes after stereotactic radiosurgery of idiopathic trigeminal neuralgia[J]. J Neurosurg, 2001, 94(1): 14—20.

[6] 胡兴越, 朱先理, 章士正, 等. 三叉神经痛病因诊断的影像学研究[J]. 中华神经科杂志, 2000, 33(6): 346—348.

[7] 孙　炜, 徐淑军, 张庆林, 等. 显微血管减压术治疗三叉神经痛[J]. 功能和立体定向神经外科杂志, 1995, 8(2): 21—24.

[8] Young R F, Vermulen S, Posewitz A. Gamma knife radiosurgery for the treatment of trigeminal neuralgia[J]. Stereotact Funct Neurosurg, 1998, 70(1): 192—199.

[9] Kondziolka D, Perez B, Flickinger J C, *et al*. Gamma knife radiosurgery for trigeminal neuralgia: Results and expectations[J]. Arch Neurol, 1998, 55(12): 1524—1529.

[10] 王建华, 谭颖微. 三叉神经周围支撕脱术的改建[J]. 第三军医大学学报, 1999, 21(12): 873—876.


(编辑　王　红)

(上接 1478 页)

确记录。定时抽取血标本测定电解质、酸碱、血糖浓度。

营养治疗。CRRT 在清除毒素的同时,也清除了营养素,故在进行 CRRT 治疗的同时,首先考虑补充热量和营养素,如:脂肪乳液、葡萄糖、氨基酸、白蛋白及维生素 C 等。

心理护理。应向病人详细说明此项治疗的意义,取得积极的配合,介绍治疗方法,解除其紧张、恐惧心理。同时应在治疗过程中,加强与病人的交流、关心,鼓励患者树立其治疗疾病的信心与勇气。

## 4　讨论

采用 CRRT 治疗烧伤脓毒症具有能较快降低血液循环中的内毒素;有效降低血浆细胞因子水平,减轻全身性炎症反应程度[1];明显改善脏器功能,快速纠正水、电解质平衡紊乱,维持内环境稳定[2];安全可行等优点。大面积烧伤患者及时应用 CRRT 能有效控制 SIRS,预防 MODS 的发生或减轻器官功能损害的程度。而在应用 CRRT 的治疗中,正确的护理方法是不可缺少的重要环节。

关键词:连续肾替代疗法;烧伤脓毒症;护理
中图法分类号:R473.6　　文献标识码:B

## 参考文献:


[1] 许　虹, 叶朝阳. 非急性肾衰为主症的连续性肾脏替代疗法临床应用[J]. 中国急救医学, 1999, 19(11): 697.

[2] Manns M, Sigler M H, Teehan B P. Continuous renal replacement therapies: an update[J]. Am J Kidney Dis, 1998, 32(2): 185.


(编辑　郭建秀)

?1994-2016 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved.　http://www.cnki.net