DOI:10.16016/j.1000-5404.2002.08.063

Bcl-2的抗凋亡效应并不依赖Bax的存在,从而说明Bcl-2的抗凋亡效应或是通过抑制其他促凋亡蛋白来发挥或是由Bcl-2直接抑制死亡效应蛋白所致。本实验结果表明三叉神经损伤后,局部给予外源性NGF可使抗凋亡基因Bcl-2和促凋亡基因Bax均增加,但Bcl-2更加显著,这样Bcl-2与Bax的相对比例增加,从而抑制凋亡,这与有的学者研究结果一致。

综上所述,本实验结果显示,三叉神经下颌支损伤后,在尽早恢复神经的连续性的同时局部早期予以外源性NGF,可更加明显地减少神经元的凋亡,有效地促进神经元的结构和功能的恢复。但目前关于NGF调节神经细胞凋亡机制尚未完全阐明,还有许多未知调控因素以及相关基因对细胞凋亡的调控机制有待于进一步深入研究。

关键词:神经生长因子;三叉神经下颌支;感觉神经元细胞;凋亡
中图法分类号:R392.3;R651.3 文献标识码:B

参考文献:

[1] 蔡文琴,王伯弥主编.实用免疫细胞化学与核酸分子杂交技术[M].成都:四川科学技术出版社,1992.128.
[2] Derby A, Engleman V W, Frierdich G E, *et al*. Nerve growth factor facilitates regeneration across nerve gaps: morphological and behavioral studies in rat sciatic nerve[J]. Exp Neurol, 1993, 119(11): 176-191.
[3] Merry E, Korsmeyer S J. Bcl-2 gene family in the nervous system[J]. Annu Rev Neurosci, 1997, 20(3): 245-257.
[4] Lindenboim L, Yuan J, Stein R. Bcl-xS and Bax induce different apoptotic pathways in PC12 cells[J]. Oncogene, 2000, 19(14): 1 783-1 793.

(编辑 陈聪连)

经验交流

文章编号:1000-5404(2002)08-0998-01

烧伤早期一次大面积切痂手术前后的护理

Perioperative nursing of escharectomy en masse in burn patient

刘永芳 (第三军医大学附属西南医院护理部,重庆 400038)

大面积烧伤的主要死亡原因是全身性感染。细菌的主要来源是创面,尽早去除焦痂,可以减轻机体的中毒反应,减少感染途径,也有利于全身抗力的扶持。早期一次大面积切痂是我所首创的通过清除创面坏死组织以防治烧伤并发症的新方法。我科自1994年以来,采取一次大面积切痂手术的方法,治疗病人35例,均获得成功。现就早期一次大面积切痂围手术期护理介绍如下。

1 临床资料

1.1 一般情况

病人35例,平均年龄(29.4±7.8岁),在漂浮导管监测下进行手术,一次将Ⅲ度及其周围深Ⅱ度创面全部切除,用异(自)体皮全覆盖。平均切痂面积为(46.3±13.9)%,最大切痂面积为60%,最大手术面积(含切痂和取皮面积)达71%。于切痂术前、术中和切痂术后定时检查各有关指标。

1.2 血红蛋白、血压

Hb,BP术中均有显著下降,说明术中失血失液较多,见表1。

表1 血红蛋白和血压变化($\bar{x}\pm s$)

	术前	术中	术毕	24 h
Hb(g/L)	122.12±51.78	58.33±27.79*	83.21±40.68	94.54±13.61
收缩压(kPa)	17.24±3.45	13.36±3.14*	15.45±2.87	
舒张压(kPa)	10.53±1.69	7.79±1.89	9.75±2.22	

*:$P<0.05$ 多因素方差分析

作者简介:刘永芳(1963-),女,四川省资中县人,主管护师,主要从事烧伤临床护理方面的研究。电话:(023)68754504
收稿日期:2001-08-26;修回日期:2001-11-30

1.3 体温

35例病人术中均出现体温不升,回病房时,血液温度(用漂浮导管测定)最低者仅32.8 ℃,最高为35.3 ℃,经对症处理后第1天病人的体温都在38 ℃左右。

1.4 统计学分析

采用多因素方差分析。

2 术前准备与术后护理

2.1 充分做好术前准备

2.1.1 术前用棉签醮无菌生理盐水后探试脓性分泌物多或痂皮裂隙中的创面,标本立即送检。

2.1.2 术前2 d采集标本做肝、肾、心功能的检查,手术前1 d采集合血标本,并在标本上注明使用新鲜血液。

2.1.3 术晨在非手术区域建立双静脉通道。

2.2 术后护理

2.2.1 保持Swan-Ganz漂浮导管的通畅,每2 h用与单位/ml的肝素液冲洗漂浮导管,穿刺部位每日消毒后用无菌纱布覆盖,接头处每次冲洗后消毒用无菌纱布包扎,翻身前后检查导管衔接处,并妥善固定。

2.2.2 密切观察心率、血压、尿量和中心静脉压的变化,当超出正常值时立即报告医生,根据医嘱调节输液速度。

2.2.3 注意调节室温度,液体需经过恒温加热后进人体内,每小时测体温1次直至肛温达到37 ℃。

2.2.4 用记号笔定时标记渗血的范围,观察出血情况,如继续扩大,说明有活动性出血点,应打开敷料检查。

3 讨论

术前做好创面细菌学调查,选择敏感、有效的抗生素,可减

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

少病人感染的机会。据报道，切痂病人术前、术中不使用抗生素防治者，自手术开始每 15 min 抽血做细菌培养，结果其阳性率达 70%[1]。因此，要求病人在手术前 30 min 使用有效敏感的抗生素。

本组病人由于手术面积大，血压波动大，血红蛋白降低显著。统计学分析，每 1% 切痂面积需补充全血（53.56±19.79）ml。虽然可以提高血压和使血红蛋白值升高，但术毕 24 h 血红蛋白仍不能完全恢复到术前水平。因此，术前必须作好各种检查，配备足够的血。防止因水、电解质平衡紊乱和血源不足而导致手术异外。

保持 Sqan-Ganz 漂浮导管的通畅：本组一次大面积切痂病人手术中均放置 Swan-Ganz 漂浮导管，用以观察血流动力学的变化，留置时间为术后 48 h，保证此管通畅可指导医生制定输液计划。

正确实施液体疗法可使病人平稳度过手术后的应激反应期。本组病人术中液体量出入多，最多的达到 8 500 ml，手术当日输液量最多的达到 13 095 ml。本组病人除补充基础水分 2 000 ml 以后，其补液量为每公斤体重每 1% 切痂面积为（3.09±1.16）ml，每公斤体重每 1% 手术面积为（2.53±1.24）ml，大大超出了休克期补液公式的量，而病人未发生心力衰竭和肺水肿等任何并发症。

注意观察体温：本组病人由于手术时间长，全身麻醉抑制了体温调节，加之保暖措施不当，液体在手术中未经加热进入体内等。造成术毕本组病人体温均低，血液温度最低者只有 32.8 ℃（用漂浮导管监测）。在复温过程中注意复温速度不能过快，升温过快可能导致血压过低及虚脱的危险。本组病人平均每小时升温 0.8 ℃，术后血压均较平稳，无虚脱发生。

注意观察创面出血：一次大面积切痂手术病人，由于手术时间紧，术中创面用止血药物，监测用的漂浮导管均需肝素液定时冲洗保持通畅。因此，术后病人常因止血不够彻底等原因而出现创面渗血或小动静脉出血。特别是一些不易于包扎的部位，如大腿根部等。要密切观察出血情况。

烧伤早期一次大面积切痂病人注意了以上各环节，可以减少因这类手术损伤大、历时长所造成的各种并发症。对于缩短病人创面愈合时间，减少病人身心痛苦，节约病人经费都是有利的。

关键词：护理；烧伤；手术；一次切痂
中图法分类号：R473.71；R644.05　　文献标识码：B

参考文献：

[1] 方之杨，吴中立，高学书，等. 烧伤理论与实践[M]. 沈阳：辽宁科学技术出版社，1985.352.

（编辑　陈聪连）

文章编号：1000-5404(2002)08-0999-01

经验交流

外科切口创面医院感染危险因素分析

Analysis on risk factors of nosocomial infection in surgical incision

邹　英，杨燕妮，张　杰，任　辉　（重庆第三军医大学附属西南医院医院感染研究室，重庆 400038）

外科切口和创面是临床上细菌入侵的重要门户。外科手术部位感染（Surgical site infection SSI）仅次于下呼吸道感染，是最常见的医院感染之一。外科切口、创面感染不但加重了病人的痛苦及经济负担，同时也严重影响着医院工作的进行。我们对 1992 年 3 月至 2000 年 12 月在医院感染调查中发现的 541 例外科切口创面感染进行了回顾性感染因素的分析，目的是为降低外科医院感染提供防治和护理依据。

1　调查对象

以 1992 年 3 月至 2000 年 12 月我院住院手术病人为调查对象。其中男性 351 例，女性 190 例，年龄最大的 84 岁，最小的 2 岁，平均年龄 36.9 岁；住院时间最长的 449 d，最短的 3 d，从入院到发生医院感染最长时间为 210 d，最短 3 d。

调查方法：采用医院感染回顾性调查方法，制定调查表，对被查阅的病例详细记录入院时病人基本情况，手术麻醉记录单、体温单、化验单、抗生素使用情况及其他辅助检查。

诊断标准：参考卫生部医院感染诊断标准以及文献[1]中的诊断标准。

2　调查结果

1992 年 3 月至 2000 年 12 月医院感染调查在外科手术病人 26 510 例中共发现外科切口及创面感染 541 例，感染率为 2.04%；占医院感染病人的 17.10%。541 例外科切口及创面感染病人科室分布，百分构成比前五位的是：烧伤科 193 例（35.67%），普外科 89 例（16.4%）；肝胆科 83 例（15.3%）；骨科 61 例（11.27%）；泌尿科 35 例（6.09%）。

541 例感染病例共分离出细菌 24 种 263 株，占本组感染病例的 48.61%，其中阴性杆菌 134 株，占分离细菌的株的 50.95%，阳性球菌 118 株占 44.87%，霉菌 14 株占 5.32%。分离的细菌主要有金黄色葡萄球菌 98 株（37.26%），铜绿假单胞菌 42 株（15.96%），大肠杆菌 32 株（12.16%），霉菌 14 株（5.32%），沙雷氏菌 11 株（4.18%），肺炎克雷伯氏菌 9 株（3.42%），变形杆菌 9 株（3.42%）。

541 例外科感染病人年龄分布，29 岁以下 74 例（13.67%）；59 岁以下 231 例（42.69%）；60 岁以上的 236 例（43.62%）。

541 例外科感染住院天数分布：住院 15 d 以下的人 42 人，

作者简介：邹　英（1956－），女，山东省威海市人，副主任护师，主要从事医院感染监测方面的研究，发表论文 10 余篇。电话：（023）68754471

收稿日期：2001-06-15；修回日期：2002-03-15

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