DOI:10.16016/j.1000-5404.1979.04.025

酰化的过程。这样就抑制了蛋白质的合成。

## 主要参考文献

1. Peter, W: Advanee in parasitology vol.12. p.69—106 1974

1. Pinder, R. M: Malaria Bristol:scientechnica LTD p.208—253 1973

3. Peter, W: Chemotherapy and Drug Resistance in malaria Academic press p.540—601 1970

4. 黄森琪：疟疾防治研究资料汇编 湖北省医学科学院编 10:51—63页 1978

5. Thomas, H. et al: Science 196:413—416 1977

6. Homewood, C. A. et al: Comp. Biochem physiol β comp Biochem 42:517—522 1972

7. Morselt, A. F. W et al: Exp. Parasit. 33:17—22 1973

8. Warhurst, D. C et al: Biochem pharmacol 24:2047—2056 1975

9. Hall, A. P: Trans. Roy. Soc. Trop. Med. & Hyg. 67:425 1973

10. Homewood, C. A et al: Basic Reasearch in malaria Proceeding of the Helminthoeogical society of Washington vol.39 p.382—386 1972

护理工作经验交流

# 烧伤病人静脉高价营养的护理

第一附属医院烧伤科 雷政宏 安娜 郑渝英 凌振安

我科自73年1月至78年6月，对34例严重烧伤（面积大部份在70%以上，Ⅲ度大部在30%以上）施行了静脉高价营养。现将我们在营养液配制、导管固定、输液观察、预防感染、器械准备的体会分述如下。

## 一、高价营养液的配制

由于严重烧伤的病情复杂，使用药物种类繁多，而能应用的静脉较少，因此常常在高价营养液内加入一些其它药物，或在滴注高价营养液前后输注其它药液，这就要求配制及输入药液时特别注意配伍禁忌。

我们常用的静脉高价液配方为：25%葡萄糖500毫升、胰岛素16单位、10%氯化钾20毫升、25%硫酸镁2毫升、10%氯化钠20毫升、维生素C 1克、5%水解蛋白250毫升为一单元。有时也酌加ATP40毫克，辅酶A50单位，肝素0.1毫升。对于这一配方，通常不加其它



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

药物，必须加药时要注意以下经常遇到的配伍禁忌，滴注高价液前后应用有配伍禁忌药物时，要注意冲洗管道。

配方中有氯化钾、氯化钠、维生素C、水解蛋白、ATP与辅酶A，因此注意不要与盐酸四环素、盐酸土霉素、盐酸万古霉素、乳醣酸红霉素、非乃根、冬眠灵配伍；碳酸氢钠与许多药物均有作用，应以糖水或盐水混合后单独输注。

感染对大面积烧伤的威胁极大，所以在配制高价液时要特别注意无菌操作。我们的做法是：选一较清洁的房间，控制人员流动，由专人配制，用一较大空针将每单元所需药物一次抽完注入、不宜多次对密闭式输液瓶的橡皮塞戳孔，以减少污染，若用小空针则需反复抽吸、戳孔，增加污染的机会。胰岛素、肝素等用量少，要求剂量准确，可应用1毫升空针抽吸，再从针头处注入大空针内，以尽量减少瓶塞戳孔次数。

每天将当天所需高价液配好后，瓶塞处盖一酒精棉球，储存于－4℃冰箱中备用。

## 二、深静脉导管的固定

由于烧伤病人需经常翻身，对导管固定我们体会主要应解决两点：防止导管不断外拉及导管的扭转而发生阻塞。

我们使用导管主要为上海橡胶研究所出品的硅胶管，一般较光滑、柔软，对血管刺激性小。硅管可用75%酒精或高压灭菌，一般可重复使用三、四次而不发生渗漏。插管成功后，应记录导管在皮肤外长度，以便临床观察导管是否脱出。我们曾经使用过的导管固定方法有如下几种：

1．导管入口处的皮肤缝线固定：如系皮肤切开插管，则利用皮肤缝线固定导管；如系穿刺插管，则在导管入口处皮肤缝合一针，固定导管，再盖以消毒小纱布。这种固定方法的优点是简便易行，便于观察插管处皮肤，便于更换输液管；不足处是导管固定不牢，尤其当发生缝线反应而缝线松动时，在翻身、换药、更换输液管时需注意勿将导管向外牵拉。

2．导管入口处及导管多处用缝线固定：即除上述固定外，再将导管2—4处用缝线固定在皮肤或未溶痂皮上，这种方法固定比较牢靠，不易被牵拉，但是还不能防止硅管的扭转，以及输液管与导管处接头的滑脱。

3．胶布固定：即在第一种方法基础上用2—3厘米宽的胶布条将导管固定在皮肤或干躁痂皮上。这种方法固定也较牢靠，但如果不将接头处一起固定，则硅管仍易扭转，且胶布粘贴易损坏硅管，在痂皮上亦不宜作较长期的胶布固定。

4．塑料套管的固定：即在缝线固定基础上，导管外再包裹一段粗塑料管，必要时将输液管与导管接头处一起包在内。这种方法优点是可以防止硅管扭曲、输液接头处脱落，缺点是比较麻烦，尤其在更换输液导管时很不方便。

此外，导管与输液管接头处的固定也很重要。尤其是上腔静脉导管，接头处的固定，脱落后易造成气栓而发生危险。接头处固定我们大都采用线缚、胶布粘贴、或导管与输液管分别用胶布固定于体表。

综上所述，对导管的固定方法是根据插管的部位、时间、与局部创面远近等情况而定。在颈静脉、头静脉、锁骨上、下等部位穿刺的，锁骨下静脉插管要强调导管与输液管接头处固定。导管持续时间短，则用第一种方法，即导管入口处缝线固定即可；导管持续时间长，



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

则用多处缝线固定。离局部创面远、正常皮肤多，则可用宽胶布固定；局部创面近，则只能用单处或两处缝线固定，并要注意勿使导管入口处的纱布浸湿，加强入口处无菌措施。

## 三、开始滴注静脉高价液的观察

导管固定后，刚开始输注液体时，根据我们体会应着重注意观察两方面问题，即导管的位置是否恰当及关于输液速度的调节。

关于导管位置应着重注意以下几点：

1．观察重点应放在上腔静脉插管病人。在我们的34例中，发生导管位置异常者几乎大都是上腔静脉插管病例。

2．先注意导管是否在血管内。我们通常采用与输液反方向挤压输液管，视其有无回血，此法不宜多做，做后输液速度应稍快以冲洗导管，防止凝血。有时还需注意回血是血管内的血液，还是血肿内的血，通常血肿内的血液颜色稍淡。

3．注意导管位置是否过深，我们曾遇到两例这样的病人，由于导管过深导物对心脏的刺激，病人常感心慌不适。例29677 裔××，男 41 岁，烧伤70%（52/Ⅲ），伤后曾因溃疡出血行胃切除Ⅱ式吻合，伤后34天由左头静脉插管，术后伤员常感到心慌不适，有时呼吸有紧迫感，经报告医生给予摄片检查，发现导管过深已插至三尖瓣处，经外拔 6 厘米后，病人胸闷不适消失。

4．在上腔静脉插管后，一般应常规进行导管 X线检查，以确定其位置。因此若无医嘱，一般先输等渗液体，在X线检查明确位置无误后，再遵医嘱，开始滴注高渗液体。

由于病人的糖耐量各不相同，尤其在大面积烧伤严重创伤反应情况下，刚开始输高价营养液时，要特别注意高价液滴速的调节：

（1）在只有一条静脉通道情况下，要注意全面安排，勿使高价液过分集中，输其它液体时适当加快，输高价液时适当减慢。应根据医嘱将每日输液的总量，安排成多次分量，并计算出每次分量的滴速（每分钟滴数）。

（2）通常每六小时测尿糖一次，在开始输高价液时，如尿糖超过（+），则每小时或每次尿均应测尿糖，如尿糖在（卄）以上时，应及时报告医生，抽血检验血糖，并考虑是否增加胰岛素用量或减慢、停止高价液。总之，在开始输高价液时，护士同志应帮助医生，一起找出一个能使病人耐受的输液速度。

（3）病程后期，病人内生胰岛素增加，护士同志仍应注意尿糖检查，若尿糖持续阴性，则应报告医生，是否考虑减少或停用胰岛素。我们曾遇一例，由于观察尿糖不够，血糖降至65毫克%，幸及时发现，未酿成严重后果。

## 四、预防感染

34例严重烧伤曾作导管端培养23次，阳性者11次，阴性12次，管端感染发生率近半数。因此在烧伤病人实施静脉高价营养时，预防感染显得很重要，预防感染有如下体会：

1．如上述配制液体要严格无菌操作，当天配制瓶冰箱保存，输液装置定期更换（每天至少一次）。

2．尽量缩短高价液在室温中存放时间。因此，不宜将几瓶液体串连来输。要尽量缩短水解蛋白与高渗葡萄糖在体外混合的时间。根据实验材料说明，两者混合后病菌繁殖率比单



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

纯水解蛋白或高渗葡萄糖的病菌繁殖要高的多。

3。对插管入口处皮肤的消毒、保护是很重要的。

例 45894 陈××　女　25岁，烧伤92%（86/Ⅲ），由于面积大、Ⅲ度多，而静脉穿刺点靠近创面，且穿刺过程中不太顺利，局部形成小血肿。又由于创面渗液经常污染穿刺点敷料，俯卧时大小便及冲洗会阴时局部敷料有时又被污染而未能及时更换，致局部发生感染，形成小脓肿。

所以在作股静脉穿刺或大隐静脉切开插管后，要特别注意大小便及会阴护理。

如能严格遵守无菌操作，虽然插管时间较长，也能避免感染。

如例29676，王××，女，36岁，烧伤85%(60/Ⅲ)，此病人不但面积大，且有严重呼吸道烧伤，作了气管切开，伤后三天又发生心跳、呼吸停止。一直以人工呼吸器辅助呼吸，右锁骨上锁骨下静脉穿刺插管持续30天之久，其间输了大量血浆、全血、药物。由于输液装置定期更换，穿刺点每日涂擦酒精，撒合霉素，穿刺点附近皮肤经常以酒精擦洗，穿刺点纱布经常保持干燥，气管切开垫经常保持清洁，避免了痰液污染穿刺点敷料，防止了感染的发生。静脉高价营养持续30天后，管端培养阴性。

## 五、高价营养插管包

为了便于穿刺插管或切开置管，我们设计了高价营养插管包，平时以高压灭菌备用。插管包是用一塘瓷或铝制方盒，内装器械为：

| | |
|---|---|
| 插管空针（扁桃腺注射器改装） | 一付 |
| 插管穿刺针 | 二个 |
| 10毫升空针（局麻及试穿用） | 一付 |
| 12号腰穿长针头（锁骨下试穿用） | 一个 |
| 硅胶管（40厘米长） | 二根 |
| 圆针头 | 二个 |
| 消毒碗（容量约200毫升） | 一个 |
| 手术刀 | 一把 |
| 剪刀 | 一把 |
| 蚊式钳 | 二把 |
| 长组织镊 | 一个 |
| 持针器、缝线、三角针 | 一套 |
| 洞巾 | 一块 |

## 消息报道　抗疟新药——硝喹及复方硝喹鉴定会在我校召开

1979年10月5—8日，全国疟疾防治研究领导小组在重庆市第三军医大学召开了抗疟新药硝喹及复方硝喹鉴定会，出席会议的有来自北京、上海计全国12个省市55个单位的代表共70名，有关领导单位也派代表参加了会议。会议听取了关于硝喹的合成工艺、抗疟作用、药理、临床及现场防治等工作的专题报告。代表们进行了认真深入的论讨。会议认为复方硝喹片可以治疗恶性疟、根治间日疟、预防恶性疟和间日疟，特别是能阻断孢子增殖，具有防止疾疟传播的作用，且剂量小，味不苦，毒付反应轻，服用方便，建议生产，逐步扩大使用。

大会筹备组



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