

## · 专科交流 ·

## 2例糖尿病大疱的护理

魏华伟 (枣庄市立医院 277102)

糖尿病大疱是糖尿病的特异改变,多发生于病程长、病情控制及全身营养状况不佳的糖尿病患者,发生率约为10%左右。其原因可能与微血管病变、神经营养障碍、局部代谢紊乱、创伤、应激、年老、长期卧床等有关。多发生于四肢远端、足底、足背、手指、骶尾部,也可见于前臂及胸部。1998~2000年,我院收治2例糖尿病大疱患者,效果满意,现报告如下。

患者男,62岁,糖尿病病史17年,合并脑梗死5年,失语,被动体位,四肢瘫痪,肌力0级。大疱发生于骶尾部,约5cm×5cm。胸前、上臂、胫前、足背有数个散在小疱。患者男,82岁,糖尿病病史15年,合并脑梗死7年,失语,被动体位,四肢瘫痪,肌力0级。大疱发生于骶尾部、臀裂处,约10cm×7cm。

护理:①积极治疗原发病,使血糖控制在理想范围;合理应用抗生素,防治各种感染;加强全身营养支持及基础护理,增强机体防御能力。②散在小疱:注意保护,防止破损,局部涂甲紫,一般3~5天可自行吸收。③大疱未破:用0.5%碘伏消毒局部,然后用无菌注射器穿刺放液,覆盖无菌纱布。每日用碘伏棉球消毒2次,并更换无菌纱布,5~7天后愈合良好。消毒创面时动作应轻柔,以防大疱表皮损伤。大疱表皮未愈合前,不宜取平卧位或坐位。协助患者取侧卧位,避免局部受压致血液循环不良,延长创面愈合。④大疱已破损合并感染:用0.5%碘伏棉球擦洗创面,彻底清除表面渗出物,然后用庆大霉素8万U、654-2药液10mg、胰岛素8U、生理盐水5ml的混合液冲洗创面,再用频谱仪器照射30~40分钟,照射毕用无菌纱布覆盖。保持创面清洁、干燥、防止受压。每日消毒、冲洗、照射、更换敷料2次,7~10天创面愈合良好。

## 术前用药剂量误差致患儿血氧饱和度下降原因分析

杨艳 杜宏艳  
刘旭东 (解放军第456医院 250031)

心脏外科患儿手术前应常规肌注东莨菪碱、度冷丁(或吗啡),目的在于镇静和抑制腺体分泌。临床工作中,术前用药剂量虽严格按患儿公斤体重计算,但若未考虑到其他影响体重的因素,常可使患儿用药剂量大于其实际公斤体重的用药量,从而使患儿呼吸受到抑制,出现血氧饱和度下降等一系列药物中毒症状。我们曾遇到8例患儿出现这种情况,现报告如

下。

临床资料:本组男5例,女3例;年龄1.5~8岁。均为室间隔缺损患儿。术前患儿在安静状态下无呼吸困难,血氧饱和度和度均维持在0.90以上。术前在病房注射东莨菪碱和度冷丁(或吗啡),用药剂量按患儿公斤体重计算,注射后10分钟进入手术室,测患儿血氧饱和度为0.50~0.80,患儿有不同程度呼吸困难、面色苍白,处于嗜睡状态;其中1例患儿出现口唇紫绀,呼吸浅而不规则,立即给予对症处理。使患儿呼吸得到改善,血氧饱和度逐渐上升。

体会:①小儿用药剂量小,对药物敏感度高,术前用药时应严格按公斤体重计算用药量。本组有1例计算术前用药剂量时未考虑到衣物的重量,并且护士使用5ml注射器,抽吸药液量偏大,造成术前用药剂量大于患儿实际公斤体重用药量,致使患儿血氧饱和度降至0.50,出现一系列药物中毒症状。②为患儿注射术前针后,护士应严密观察患儿的面色、呼吸等,巡回护士与病区护士交接患儿时,除按规定严格查对外,要考虑用药后患儿个体差异造成的呼吸抑制,防止患儿进入手术室途中发生意外。③患儿进入手术室后,先连接监护仪,再行术前准备,以便及早发现患儿有无缺氧症状等,术中防止导管和连线脱出。当患儿血氧饱和度低于0.90时,可考虑患者痰液较多,应及时吸痰,并根据血氧饱和度随时调节氧流量,避免氧流量过高引起氧中毒或氧流量过低而导致低氧血症,保证患儿手术顺利进行。

## 小儿心脏术后肺部感染分析与护理

黄俊杰 高振双  
黄俊荣 (山东省立医院 250021)

1999年10月~2002年10月,我院心外科手术患儿中有38例并发了肺部感染,经精心治疗护理,取得了满意效果。

临床资料:本组38例中,男21例,女17例;年龄2~12岁,平均7岁。其中先天性室间隔缺损10例,FOT10例。全部病例均治愈出院。

护理:①术前教育:术前应反复向患儿及家长讲解术后咳嗽的重要性和与医护配合的必要性。②咳嗽训练:术前1周对患儿进行有效咳嗽训练。③术后及时吸痰:全麻清醒、气管插管未拔除时,患儿均不能主动排痰。要保持呼吸道通畅,必须勤听呼吸音,以确定插管位置,发现痰鸣。吸痰前后还应作听诊对比。伴肺动脉高压的患儿及时吸痰更加重要。此类患儿由于肺高压出现肺泡间质炎,即淋巴样细胞浸润肺泡间质,使之变性增厚,造成气体弥散功能不良。如术后痰液不能及时排出,极易出现呼吸困难,肺部感染,甚至呼吸衰竭。④协助排痰:小儿呼吸道粘膜脆弱,气管插管及吸痰时极易损伤粘膜。一旦拔除气管插管,病情稳定后,护士应协助患儿取半卧位,定时翻身、拍背。半卧位可使膈肌下降,减少腹腔对膈肌压力,

有利于呼吸。患儿用力咳嗽时应双手按住伤口两侧,以减轻咳嗽引起的伤口疼痛。翻身时应以右侧多为宜,减少心脏对肺的压迫,有利于左肺扩张。拍背对术后因伤口疼痛呼吸幅度小、不会有效咳嗽的患儿十分重要。拍背可借助气流的作用,使分泌物松动脱落,同时鼓励、刺激咳痰。对惧怕疼痛不愿咳嗽的患儿,可刺激患儿气管,在拍背后用右手食指、中指轻压气管以引起咳嗽反射,效果较好。因轻压气管有堵塞感和疼痛感,多数患儿轻压2次气管后均能主动咳嗽排痰。⑤湿化气道:气道湿化是保持呼吸道通畅的重要环节。由于患儿术后呼吸生理发生变化,肺表面活性物质减少,支气管纤毛运动低下,再加上长时间呼吸机辅助呼吸,使气道水量增加,致呼吸道内分泌物容易粘滞在气管和支气管内,排出困难,易发生肺部感染。呼吸道充分湿化能使纤毛运动活跃,有利于痰液稀释和排出,在湿化瓶蒸馏水中加入庆大霉素4万U及糜蛋白酶5mg,可起到消炎、减轻支气管痉挛和粘膜水肿的作用。⑥做深呼吸:术后应鼓励患儿做深呼吸,对勇敢、不怕疼、咳嗽排痰主动的患儿给予表扬,其目的是要使其他患儿有所感知。⑦无菌操作:由于手术及治疗过程均给呼吸道带来损伤,呼吸道的无菌操作应成为护理中注意的重点。

## 颌下区、口底巨大淋巴瘤手术患儿的护理

羊玉荣

王巧霞 (第四军医大学口腔医学院 710032)

王琰

患儿男,生后46天,因口内舌下有一红枣大小的肿物致舌体抬高,影响呼吸,于1996年10月7日入院。体检:右面颈部有一18cm×15cm×15cm肿物,上至耳垂平面,下至锁骨平面,前界至右口角外侧1.5cm、对侧颌下区及颈部中线,后界为斜方肌前缘。口内舌下口底见一4cm×4cm半透明肿物,舌体抬高、后移,口内外肿物相通。手术自耳垂下至颏下做弧形切口,再做中后1/3段纵切口至包块下缘,右颈阔肌深面掀起皮瓣,充分显露肿瘤。见肿瘤成多房性,上部肿瘤压迫下颌骨下缘变形,耳前区肿物位于腮腺前叶,口底区在下颌舌骨肌后缘上下贯通,舌神经横贯肿瘤形成压迹,肿物将胸锁乳突肌、颈动脉鞘推向后,面神经自茎乳孔出颅后横行向前在肿瘤表面形成压迹。解剖面神经总干,在茎突平面将肿瘤绝大部分切除,口底部分贯通,口底仅余与舌下腺粘连的一小部分。然后缝合口底粘膜,口底肌肉。用大量生理盐水冲洗创面,彻底止血,缝扎血管,修整皮肤后做颈阔肌皮肤分层缝合,置负压引流管1根,敷料包扎。术程2.5小时,术中出血约90ml,输全血90ml、液体225ml。患儿术后10天治愈出院。

护理:①术前护理:a. 支持疗法:因舌运动受限,患儿进食困难,入院时体重仅4.5kg。血清检查 $K^+$ 、 $Na^+$ 、 $Cl^-$ 、 $Ca^{2+}$

值均低于正常标准。术前隔日静滴新鲜血25ml及血浆30ml,以增强机体抵抗力。同时抽吸囊液1次共20ml,以改善患儿进食条件。因患儿母乳不足,嘱以奶粉按1:8加入水中冲调成全牛奶,定时补充;b. 应用抗生素:血常规检查示白细胞 $17.1 \times 10^9/L$ ,给予青霉素20万U入5%葡萄糖20ml中静滴,滴速控制4~10滴/min;c. 准备婴儿血压计袖带,备3~5mm内径气管套管、热水袋、备血;d. 术晨插胃管,术前6小时禁食水。②术后护理:a. 严密观察患儿病情变化:制定护理计划,专人看护。观察患儿T、P、R、Bp、瞳孔、意识表情及口唇、甲床颜色变化,创口渗、出血情况及大小便情况;负压引流液量及颜色。严格记录患儿24小时出入量,发现异常及时汇报处理;b. 保持呼吸道通畅:术中用粗线穿透全舌层,牵拉固定于口外。婴儿咳嗽反射不健全且术后组织肿胀,分泌物增多、呕吐,均可致呼吸道阻塞,注意及时吸出口咽分泌物和呕吐物,并持续吸氧,0.5l/min。麻醉完全清醒6小时后抬高床头15°,利于患儿呼吸。为防止和减轻喉头水肿,术后给予雾化吸入,并在床旁备气管切开包及环甲膜穿刺物品,以备紧急情况下使用;c. 为预防局部和肺部感染,遵医嘱给予抗炎治疗,并交替输入新鲜血及血浆30ml,改善营养状况。注意输液总量为100~150ml/(kg·d),糖:盐为4:1,同时注意药物剂量准确,采取小空针加药;d. 饮食护理:术后鼻饲全流,6次/d,100ml/次,两次喂奶之间加喂温开水约15~30ml,每次喂奶之后将患儿抱起,轻拍背部2~3分钟,使患儿排出胃内空气,防止吐奶;e. 加强基础护理,预防并发症:每日用生理盐水擦拭口腔2次,保持皮肤清洁,预防臀红;f. 严格消毒隔离制度与无菌操作规程,医护人员进行任何操作时必须戴口罩,操作前必须卫生洗手,同时限制探视,室内空气消毒,2次/d,每次30分钟。

## 金喜素诱导恶性肿瘤放疗增敏的应用护理

杜昭琳 田娜  
黄婷

(山东省立医院 250021)

在恶性肿瘤治疗中存在G<sub>0</sub>期细胞对治疗抗拒这一难题,使40%~60%恶性肿瘤患者由于局部未能控制或复发而死亡。自2002年3月以来,我科采用金喜素诱导增敏加放射治疗原发性和继发性脑瘤取得良好效果,现报告如下。

临床资料:本组男8例,女2例;年龄50~65岁。其中原发性脑瘤2例,肺癌3例,食管癌3例,喉癌2例。患者分别于放疗第1周和第4周采用金喜素增敏治疗。方法:全部患者放疗后1小时内或放疗同时静脉滴入金喜素(剂量为6mg/m<sup>2</sup>),30分钟内滴完,并于放疗结束后行CT检查。

护理:①骨髓抑制的处理:金喜素最大的毒副反应为骨髓抑制,表现为中性粒细胞减少,患者可出现乏力及轻度发热。