

术后,本组 5 例发热,体温在 38.5℃ 左右,占 27%,均于 1 周内缓解。这种发热是由机体对滑石粉的反应引起,无需特殊处理^[2]。若体温在 38.5℃ 以上,可给予物理降温。降温期间注意水电解质平衡。

参考文献:

- [1] 蔡焕英,李杰.电视胸腔镜手术治疗难治性气胸 26 例护理体会[J].齐鲁护理杂志,2005,11(4):335.
- [2] 孔冬,薛云,卢伟.胸膜固定术的临床观察及护理[J].齐鲁护理杂志,2003,9(9):663-664.

收稿日期:2005-07-20

连续性静脉-静脉血液滤过救治重症中毒 10 例分析与护理

潘红 王钰君(山东省立医院 山东 济南 250021)

2003 年 11 月~2004 年 9 月,我院采用连续静脉-静脉血液滤过(CVVH)救治重症中毒患者 10 例,取得较好效果,现报告如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料 本组男 7 例,女 3 例,28~41 岁,中毒原因:重症甲酚中毒者 1 例,毒鼠强中毒 2 例,乌头碱中毒 2 例,有机磷中毒 2 例,百草枯中毒 2 例,毒蘑菇中毒 1 例。

1.2 治疗方法 10 例患者在明确毒物类别前均接受了镇静、洗胃、导泻及对症支持治疗,2 例毒鼠强中毒和 2 例有机磷中毒患者联合应用血液灌流治疗,其余患者均行 CVVH 治疗,距起病 6~38h。

1.3 CVVH 方法 采用股静脉留置单针双腔导管作为血管通路,滤器为 Fresenius 的聚砜膜 F60,膜面积 1.3m²;置换液全部采用前稀释输入,血流量 200~250ml/min,置换液输入速度为 3000~5000ml/h,超滤量根据患者容量负荷及其临床症状调整。采用常规量低分子肝素钠(齐征)抗凝 3 例,首剂量 5000U,全程追加 5000U;采用小剂量抗凝 6 例,首剂量 2500U,全程追加 2500U;1 例明显出血者采用无肝素透析。10 例患者共行 CVVH 治疗 16 次,治疗时间为 6~10h/d,平均 8h/d;每例治疗次数 1~3 次不等。

2 分析

①甲酚又称来苏儿,主要通过无损皮肤、胃肠道、呼吸道吸收,其代谢物与硫酸和葡萄糖醛酸结合,大部分从尿中排出,其对皮肤、黏膜有强烈刺激和腐蚀作用,急性中毒时还可引起中枢神经系统抑制、肺水肿、肝肾心等脏器损害。本组 1 例患者自服来苏儿 60ml,经 CVVH 治疗 3 次好转出院。②乌头碱临床所见中毒症状以神经系统和心血管系统常见^[1]。本组 2 例患者均为口服中药引起,主诉为口舌及全身麻木,其中 1 例伴有心律失常,各行 1 次 CVVH 治疗 8h 痊愈。③毒鼠强可兴奋中枢神经,具有强烈的致惊厥作用。本组 1 例死于呼吸衰竭,1 例好转。④毒蘑菇又称毒蕈,引起中毒的临床表现多样,本组 1 例表现为心率减慢,血压下降,严重呼吸困难,少尿,经 CVVH 治疗 2h 后症状明显缓解。⑤百草枯可经皮肤、呼吸道、消化道吸收,随血液分布至全身各组织器官,肺中含量甚高,临床所见中毒症状以肺损害较为突出。本组 1 例死亡患者为治疗好转后 2 周发生肺纤维化死亡,好转 1 例。⑥多数有机磷化合物脂溶性高,其代谢产物多为水溶性高的离子化合物,易经肾由尿排出,多数在 24h 被排出,48h 排完。本组 2 例患者发现早,及时给予血液灌流 2h 后,1416 万方数据

48h 内给 CVVH 治疗 1~2 次,效果好。

3 护理

3.1 生命体征的观察及综合抢救 密切观察生命体征的变化。每 15~30min 测心率、血压 1 次,对血压不稳定者上机时血流量 80~100ml/min,上机成功后改为 150~200ml/min,血压降低、心率过快或过慢应及时通知医生,遵医嘱调整超滤量,调低血流量,必要时静脉用药^[2]。本组出现低血压 2 例,心率加快 3 例,均在调整血流量和用药后好转完成治疗。

3.2 CVVH 的技术管理 保证 CVVH 机器的正常运转,各种参数均在正常范围,尤其是动脉压、静脉压的变化。当动脉压下降时,提示血流不畅,应调整动脉端导管的位置;当动脉压升高时,则提示滤器有堵塞的可能,可用置换液冲洗滤器并观察,如确定滤器堵塞应及时更换。当静脉压升高时,则提示血液回路受阻,应查看导管有无扭曲、打折。

3.3 抗凝剂的调整 体外凝血是中断 CVVH 治疗的主要原因。常见原因有抗凝剂用量不足,患者高凝状态,体外循环血液温度低,血流缓慢,机器报警血泵停转;而用量大易导致出血并发症。本组 10 例患者中,1 例明显出血者采用无肝素透析,治疗前血管路和滤器用肝素盐水 5000U/500ml 预冲,浸泡 30min 后弃去,治疗模式采用前稀释,可维持较理想及稳定的抗凝状态。1 例行 CVVH 治疗过程中出现咳血,立即停用肝素并用鱼精蛋白中和,对症处理后出血停止。

3.4 预防感染 CVVH 为侵入性操作,体外循环、管道连接易引起局部和全身感染。故穿刺处应每日更换敷料,导管用无菌纱布包裹,所有管路一次性使用,置换液配制要严格无菌操作,监测患者体温 4 次/d。

3.5 保暖 大量置换液进入体内,因机器加温有限,置换液实际温度较设置温度低,可致体温过低,引起寒战。本资料有 2 例体温略低,我们采取保暖、调整置换液温度(用远红外电暖气照射置换液、滤器使之升温),体温恢复正常。

3.6 心理支持 由于 CVVH 技术是一种新的血液净化方法,许多患者和家属对此缺乏了解,没有足够的心理准备,而中毒患者病情重情况危急,易产生紧张、恐惧心理。应耐心做好说服解释工作,详细介绍 CVVH 治疗的目的、方法、操作过程等,关心体贴患者,给予心理支持,促使患者和家属积极配合,争取抢救时机。

4 讨论

连续性静脉-静脉血液滤过在救治中毒中的作用:①对小分子的毒物及水溶性毒物,从理论上说,单纯使用常规血

液透析就能清除,但重症中毒患者常伴有严重心肺功能紊乱,患者分布在医院的各病区,常规血液透析无法在床边进行,而行连续性血液净化治疗的机器则具备了无需水处理支持,可移至床旁进行治疗这种特性。②中毒患者常出现反跳现象。反跳是由于血液中毒素浓度降低后,细胞或组织内的毒物转移到血液中所致,出现反跳可能导致患者病情反复,甚至呼吸心跳骤停。因为 CVVH 具备持续清除毒素的作用,在防止反跳方面的作用效果好。③行 CVVH 治疗,血液动力学耐受性好,几乎不改变血浆渗透压。因其置换液处方可根据病情适当调整,能较好控制酸碱及电解质平衡。且在时机

的选择上必须尽早进行。洗胃、导泻仍是早期食物中毒重要的救治措施,解痉、保持呼吸道通畅和维护心脑功能是降低病死率和致残率的重要手段。

参考文献:

[1] 谢晓敏,薛玲玲.急性乌头碱中毒行血液净化治疗的护理[J].齐鲁护理杂志,2001,7(6):430-431.
 [2] 唐攻,包姪.床边连续血液净化抢救多脏器功能障碍综合征的护理[J].中华急诊医学杂志,2003,12(2):138.

收稿日期:2005-07-24

口腔科手机两种消毒方法的比较

赵海兰 高 静(泰安市中心医院 山东 泰安 271000)

牙科手机在口腔科临床治疗中密切接触患者的唾液,血液,龈沟液和牙菌斑,其表面和机头内部涡轮组件及管道在使用后均可能受到不同程度的病原污染,我们采用紫外线及压力蒸汽灭菌两种消毒方法进行比较,现报告如下。

1 材料和方法

1.1 实验材料 口腔手机消毒器与自动台式灭菌器。

1.2 方法 采样对象:取刚进行过洞型制备和揭髓顶等处理的牙科手机作为采样对象,固定医师、综合治疗台、手机转速和喷水速率等。每 3 次取样为一个区组,共 30 区组。采样前随机分组:①对照组:三用枪对准手机,喷雾冲洗数秒,直到无污物为止。②紫外线组:除第一组处理外,将手机插入紫外线消毒器中消毒。③高压组:除第一组处理外,将手机放入高压蒸汽灭菌器中消毒,设定最高温度 132℃,压力达 0.2kPa。消毒完毕后将手机放回综合治疗台,将喷出液收集于消毒试管中,约 2ml,2h 内作常规细菌培养并计数(x)。样本稀释 10 倍后,在血平板上接种,37℃孵箱中培养 48h,菌落计数(s),对数据进行统计学分析。

2 结果

污染手机处理后的细菌培养计数,见表 1。

3 讨论

表 1 污染手机处理后的细菌培养计数(n=30)

组 别	n	x	s
对照组	30	22350*	1216*
紫外线组	30	16517*	592*
高压组	30	5310	186

注: *P<0.05 vs 高压组

牙科手机制造精密,结构复杂,机头内的涡轮腔,水气道等附件都存在细小的腔隙和难以到达的管道,这些特殊结构在牙科手机停机回吸时容易被污染,若灭菌不合格,其潜在的交叉感染危险性极大^[1]。本研究表明高压蒸汽灭菌法的灭菌效果优于紫外线,值得各级地方医院推广应用。我院自 2003 年使用高压蒸汽灭菌法消毒手机,并坚持一人一机,一人一盘,在一定程度上预防了牙科的交叉感染,得到了患者的认可及信任。

参考文献:

[1] Checchi L, Montebugnoli L, Samaritani S. Contamination of the turbine air chamber: a risk of cross infection[J]. Jcln Periodontol, 1998, 25: 607-611.

收稿日期:2005-07-20

静脉穿刺致皮下瘀血原因分析及对策

史 霞(滕州市卫生防疫站 山东 滕州 277500)

2003 年 1 月~2003 年 12 月,我院对 1867 人进行采血化验,其中 49 例出现大面积皮下瘀血,现对其原因进行分析并将护理对策报告如下。

1 临床资料

本组男 20 例,女 29 例,43~82 岁,平均年龄 59.5 岁。其中高血压患者 45 例,其他 4 例。瘀血面积均 >3cm×6cm。

2 原因分析

2.1 血管因素 14 例,为高血压患者和肥胖者,由于皮下脂肪厚、静脉深而不明显,导致穿刺困难和反复穿刺者 9 例;还有极个别老年患者比较消瘦,皮下脂肪少,血管周围缺乏组

织支持、血管表浅、硬化、弹性差特别脆而造成皮下瘀血 5 例。

2.2 操作方法不当 9 例因穿刺时针角度过快,刺入过深,使针头穿破血管 6 例;进针速度过慢,造成患者疼痛导致肢体移动 3 例;针尖进入血管后又滑出(或一半在血管外)造成血液渗入皮下而发生瘀血。

2.3 压迫方法不当 有 26 例,一般针尖是 7 号针头,针尖斜面比较大,对血管造成的机械性损伤大,拔针后按压时间过短 9 例;按压时间力量过轻或面积较小者 7 例;边揉边按压 5 例,均未起到良好的压迫止血作用;5 例由于血管不明