

患儿一时好转并不意味着完全恢复,及时有效地复苏和监护对减轻并发症,改善预后意义重大^[4]。通过对本组病例的护理,体会到新生儿窒息的抢救与护理关系到新生儿是否能存活及健康成

长。新生儿窒息发生后,医务人员应严肃、认真、谨慎、敏捷,全神贯注地投入抢救,把新生儿窒息的死亡率、后遗症发生率控制在最低范围内。本组 34 例新生儿重度窒息经积极抢救与护理均治愈出院。

参考文献

- 1 袁承文. 儿科诊断治疗学. 北京: 中国医药科技出版社, 1994: 125
- 2 石树中. 新生儿窒息复苏必读. 上海: 上海科技文献出版社, 1992: 64

经皮、胃、胰腺穿刺治疗胰腺假囊肿的护理体会

刘 静

(山东省立医院, 250021)

胰腺假囊肿是出血坏死性胰腺炎的并发症之一,是由于胰腺组织被胰酶消化致组织坏死、液化而形成,以往只有手术引流或切除治疗。随着影像学的发展,自 1995 年起我科开展在 B 超引导下,经皮、胃、胰腺穿刺治疗胰腺假囊肿,共 12 例,取得满意效果,现报告如下。

1 一般资料

12 例中男 7 例,女 5 例,35~60 岁,平均 42.5 岁。入院时,血、尿、腹水淀粉酶明显升高,剧烈腹痛,皆确诊为出血坏死性胰腺炎。经禁食、胃肠减压、用抑制胰液分泌的药物(善得定、施他宁、654-2)、输液、抗生素治疗后,血尿淀粉酶恢复正常,腹腔穿刺无渗液。病情稳定后,B 超检查示胰腺假囊肿形成。施行经皮、胃、胰腺穿刺,抽液量为 80~150ml。8 例为淡黄色透明液,4 例为暗红色不凝血液。1 周后 B 超复查,10 例囊肿消失,2 例囊肿缩小,仍有少量液体,经再次抽液治愈。12 例穿刺后均未发生并发症。

2 物品准备

10 号静脉套管 穿刺针、消毒包、1%利多卡因、NS500ml、庆大霉素 2 支、善得定 1 支、注射器、砂袋、多头腹带及消毒用物等。

3 患者准备

3.1 B 超检查 确定胰腺假囊肿的部位、大小及与邻近脏器的关系。

3.2 X 线检查 排除心肺疾患及有无畸形血管。

3.3 监测血、尿淀粉酶指标 其指标需降至正常方能进行穿刺,以免诱发胰腺炎发作。

3.4 测定出凝血和凝血酶原时间 其指标在正常范围内,且术前 3 天应用维生素 K₁10mg 肌注,每天 2 次,葡萄糖酸钙 1g,每天 3 次。

3.5 患者的准备 用通俗易懂的语言向患者讲解操作过程、成功病例及术中配合,消除患者的恐惧心理,必要时术前肌肉注射安定 10mg,654-2 10mg,术前禁食 6~8h。

4 操作步骤

4.1 明确穿刺部位 根据 B 超图像确定囊腔的部位、大小、深度,避开大血管,以选择最佳穿刺点。

4.2 检查穿刺针是否通畅,外套管有无裂痕,打折,针芯与套管相接是否严密。

4.3 患者取平卧位,暴露中上腹部,常规腹部消毒,用 1%利多卡因局部麻醉。

4.4 穿刺 根据 B 超定位,经皮、胃穿入胰腺囊腔内,针头置于囊腔中下部,不可刺入过深损伤囊壁,造成胰液外渗及损伤胰腺组织。待抽取液体后,将针芯退出导管,留置导管抽液。在抽液过程中,若有导管阻塞,可注入少量 NS 冲洗,不可反复冲洗,以防外源物质激活胰酶引起胰腺组织自身消化,诱发胰腺炎再次发作。第 1 次尽量将液体抽净,以减少再次抽液机会。

4.5 腹部加压包扎,并将穿刺液送检

化验。

4.6 1 周后复查 B 超囊腔缩小情况,有无残留液体,若有残留液体再行第 2 次穿刺。

5 护理体会

5.1 出血的观察与护理 出血多为穿刺过程中,误伤大血管所致。由于胰腺为腹膜后脏器,穿刺过程中有可能损伤胃及血管,故应在 B 超下穿刺,且选用细长针头。其护理要点是:术后 24h 内严密观察患者血压、脉搏、呼吸、面色、末梢循环及腹部体征;嘱患者绝对卧床 24h;局部砂袋加压包扎 6~8h,一旦出现内出血的症状,应立即通知医生,进行腹腔冲洗,并注入正肾素、安络血、腹部放置冰袋,输入止血药,必要时,外科手术止血。

5.2 胰腺液体外漏 系穿刺针头过粗或反复穿刺,损伤胰腺所致,胰液漏入腹腔,引起弥漫性腹膜炎。术后要严密观察体温、腹痛及腹膜刺激征。一旦出现腹膜炎的症状,应腹膜穿刺引流,测定腹水淀粉酶的含量,并静脉应用抑制胰腺分泌的药物,如施他宁、善得定、654-2。剧烈疼痛时禁用吗啡,由于可引起奥狄氏括约肌痉挛,诱发胰腺炎发作,可用强痛定止痛。我们选用细长穿刺针,且在 B 超引导下操作,避免了胰液外漏现象,同时嘱患者术后禁食 4h,以减少胰液分泌。

5.3 胃穿孔 系胰液外漏,胰酶被激活,腐蚀胃壁所致。观察患者有无腹痛,腹膜刺激征。对突然感到剧烈腹痛

者, 应行腹部 X 线检查有无膈下游离气体、液平, 发现胃穿孔应立即外科手术治疗。

5.4 感染的预防与护理 系无菌操作不严格或原有囊腔内含有渗液、坏死组织合并感染所致。本组抽液后常规注入庆大霉素 16 万 U, 以防止腔内感染; 术后严密观察患者体温变化, 及早发现感染征象, 并预防性静脉输入抗生素,

本组无 1 例感染。

5.5 胰腺炎复发的预防与护理 由于操作过程中, 外源物质激活胰酶, 诱发胰腺炎再次发作。本组采取囊腔抽液后注入善得定 0.1mg, 以防胰腺炎复发; 术后 4h 禁食, 以减少分泌, 限制糖的摄入, 减轻胰腺负担。由于胰腺炎常会影响胰岛功能, 糖的利用、转化发生障碍, 故在补充热量的同时要监测尿糖、血糖, 必要时应用胰岛素; 术后 24h

要监测血、尿淀粉酶, 通过上述预防措施本组无 1 例因操作不当而致胰腺炎复发。

总之, 经皮、胃、胰腺穿刺是胰腺假囊肿治疗的最佳方法, 使患者免于手术创伤的痛苦。尽管操作有一定难度, 危险性大, 可能出现某些并发症, 但只要严格穿刺步骤, 术后给予周密的预防、护理, 定能取得较满意的效果。

96 例输液反应原因分析与防范

朱青萍

(上海市金山区中心医院, 201500)

我院 1996 年 9 月 26 日至 11 月 17 日在 9 个病区、急诊室相继出现临床症状各异、反应程度不同的输液反应 96 例, 对这一建院以来连续 50 余天内出现近 100 例输液反应的患者, 引起了院部和护理部的高度重视, 组织有关人员多次进行原因分析, 采取了各种防范措施, 现报告如下。

1 临床资料

我院 9 月 26 日至 11 月 17 日总输液 10108 例, 其中 96 例出现各种症状及反应。96 例中男 38 例, 女 58 例, 7~78 岁。疾病分类: 心肺疾病 17 例, 各种感染 24 例, 高血压脑血管意外 21 例, 癌肿 4 例, 消化道出血 4 例, 胆胰疾病 4 例, 电解质紊乱 2 例, 肾脏疾病 2 例, 其他疾病急诊临时补液 18 例。科别分布见表 1。

表 1 96 例输液反应患者分布

科 别	补液总人数	总反应数	症 状			发生率 %
			发冷发抖	发热 38.5℃ 以下	发热 38.5℃ 以上 头痛胸闷	
一病区	938	5	5	0	0	0.5
三病区	870	0	0	0	0	0
四病区	1043	11	5	3	3	1
六病区	300	4	0	1	3	1.3
七病区	923	2	1	1	0	0.2
八病区	573	1	0	0	1	0.1
九病区	746	2	2	0	0	0.3
十病区	1037	11	3	7	1	1
十一病区	1261	32	23	4	5	2.5
十二病区	1429	10	4	2	4	0.7
急诊室	988	18	11	0	7	1.8
合 计	10108	96	54	18	24	0.94

2 病例介绍

例 1, 女, 66 岁, 诊断为转移性肝癌、肝囊肿、胆石症、胆囊炎、肾囊肿伴低血钾。9 月 27 日在静脉输液 1h 左右即主诉发冷发抖, 随之体温高达 39℃, 立即停止输液并肌注非那根 25mg。待症状好转下午又继续给予输液, 无反应, 下午 6 时测体温为 36.5℃。10 月 5 日输液时又出现发冷发抖及胸闷症状, 但无体温升高现

象。

例 2 男, 33 岁, 诊断为胃癌伴消化道出血。11 月 16 日上午 11 时, 开始输血 400ml, 输血前注射非那根 25mg, 输血后给予输液, 内加西米替丁及门冬酸钾镁, 1h 后患者出现发冷发抖, 随之体温升高达 40℃, 即停止输液, 6h 后体温降为正常。

例 3, 女, 74 岁, 诊断为肺炎, 慢性胆囊炎。9 月 26 日上午输液前体温 37.5~38℃, 输液内加 ATP、辅酶 A, 1h 后患者发冷发抖, 体温高达 39.5℃, 停止输液 4h 体温降至 37.5~38℃。

例 4, 女, 45 岁, 诊断为上消化道出血。10 月 28 日、11 月 3 日两次输液内加维生素 C、氯化钾, 输入 200ml 左右出现发冷发抖, 无发热, 停止输液后自感症状消失。

3 综合分析

热原, 又称致热物质, 微量即能引起恒温动物体温异常升高, 主要是细菌的一种内毒素, 致热作用最强的是革兰氏阴性杆菌, 其次是革兰氏阳性杆菌, 革兰氏阳性球菌最弱, 霉菌及病毒均能产生热原, 热原存在于细菌的细胞外膜与固体膜之间, 化学组成因菌种不同而异, 其中脂多糖是内毒素的主要成分, 具有特别强的热原活性。