

1.1 一般资料 本组患者 116 例,男 69 例,女 47 例,中位年龄 42 岁。包括神经外科与骨科患者,其中创伤复合伤患者 45 例,MODS 患者 4 例。

1.2 方法 患者入院后即静脉抽血行血生化检查。我院采用的是美国·贝克曼·C×5 全自动生化分析仪。

## 2 结果

2.1 116 例急性创伤患者即时血糖情况见表 1。资料显示:创伤患者损伤程度与血糖值成正比。提示患者血糖值越高,伤情越重。本组即时血糖值  $\geq 10.0\text{mmol/L}$  的患者系危重患者。

表 1 116 例急性创伤患者入院即时血糖情况

血糖值(mmol/L)	频数	累积频数	各组 $\bar{X}$ 值	累积频率(%)
3.6~	12	12	4.29	10.3
5.0~	27	39	5.36	33.6
6.0~	22	61	6.44	52.6
*7.0~	14	75	7.26	64.7
8.0~	10	85	8.37	73.3
9.0~	10	95	9.28	81.9
10.0~	6	101	10.35	87.1
11.0~	2	103	11.25	88.8
$\geq 12.0$	13	116	17.26	100.0

$n=116, \bar{X} \pm S=7.89 \pm 3.8, \bar{X} \pm S_{\bar{X}}=7.89 \pm 0.35$

\* $n=55, \bar{X} \pm S=10.67 \pm 1.42, \bar{X} \pm S_{\bar{X}}=10.67 \pm 0.19$

2.2 对表 1 中 55 例即时血糖值  $\geq 7.0\text{mmol/L}$  的急性创伤患者予住院第 2d 监测血糖浓度,结果见表 2。

表 2 55 例患者住院第 2 天空腹血糖情况

血糖值(mmol/L)	频数	累积频数	$\bar{X}$ 值
3.8~	34	34	5.52
*7.0~10.2	21	55	8.39

$n=55, \bar{X} \pm S=6.62 \pm 1.69, \bar{X} \pm S_{\bar{X}}=6.62 \pm 0.23$

\* $n=21, \bar{X} \pm S=8.39 \pm 1.12, \bar{X} \pm S_{\bar{X}}=8.39 \pm 0.25$

2.3 对表 2 中 21 例空腹血糖值  $\geq 7.0\text{mmol/L}$  的患者予住院第 7 天再测空腹血糖,结果见表 3。

通过对血糖值较高的急性创伤患者进行治疗护理后,患者

空腹血糖值基本降至正常,全身情况得到改善,病情渐趋稳定,结果见表 3。

表 3 21 例患者住院第 7 天空腹血糖情况

血糖值(mmol/L)	频数	累积频数	$\bar{X}$ 值
5.3~	16	16	6.01
*7.0~8.7	5	21	7.72

$n=21, \bar{X} \pm S=6.41 \pm 1.14, \bar{X} \pm S_{\bar{X}}=6.41 \pm 0.25$

2.4 表 2 与表 3 中的 21 例患者血糖值用  $t$  检验,得  $t=5.65, p < 0.05$ ,具有统计学意义。

## 3 护理对策

针对急性创伤患者的高血糖反应,进行即时的血糖监测,采取相应的治疗护理措施,如使用胰岛素、饮食管理等,控制患者早期高血糖反应,降低血糖浓度,尽量减少患者因高血糖应激反应导致的机体损害。

在膳食结构中,应供给高生物效价易消化的优质蛋白质,如奶类、蛋类、豆类,促进创伤组织的修复,减少葡萄糖的分解反应。供给各种新鲜蔬菜水果,保障多种维生素摄入以促进糖代谢。碳水化合物应供给复合糖,如谷物类;避免单糖双糖,如蔗糖,还应注意高血糖时伴随的低血钾反应,可通过钾的摄入促进体内葡萄糖的代谢,含钾食物亦是各种新鲜蔬菜水果<sup>[2]</sup>。在无禁忌情况下,应鼓励患者进食。

## 4 结论

急性创伤患者创伤后的基本生理反应为激活下丘脑的腹内侧核-引起交感神经的输出,分解糖原,升高血糖和抵制胰岛素分泌<sup>[1]</sup>。这些应激反应可通过监测即时血糖值而初步掌握。进一步的空腹血糖监测和相关的治疗护理措施,可有效控制血糖浓度,提供创伤修复所需的各种营养物质,减少创伤后并发症,促进康复。

(致谢 感谢任美良主管检验师的指导和修改!)

## 参 考 文 献

- 1 石美鑫,熊汝成,李鸿涛,等.实用外科学.北京:人民卫生出版社,1995.13~14.
- 2 郭红卫.营养学.北京:科学出版社,2000.31~59.

(责任编辑 李现红)

# 应用球囊扩张介入治疗良性支气管狭窄的护理配合

殷静静 王德玉 陈伟娟

(山东省立医院 山东 济南 250021)

**摘要** 目的 探讨手术配合及护理在球囊扩张介入治疗支气管狭窄中的作用。方法 对 30 例不同年龄患者进行术前心理指导及有效麻醉,术中配合、术后护理。结果 30 例均顺利完成,无一例严重并发症发生。结论 做好术前、术中、术后的配合及护理工作 是保证纤支镜下应用球囊扩张介入治疗支气管狭窄的有效措施。

**关键词** 纤支镜;球囊扩张;支气管狭窄;护理

中图分类号:R472.3 文献标识码:B 文章编号:1006-6411(2006)002-0023-02

由于结核、外伤等原因引起的支气管良性狭窄临床上并不少见,患者可出现呼吸困难、阻塞性肺炎的症状。传统的治疗方

法以手术切除为主。由于开胸手术创伤大、并发症多、费用高、影响美观、术后吻合口易再狭窄等缺点,难以为患者接受。随着

现代医学的进步和发展, 传统的治疗方法受到了严峻的挑战, 应用球囊扩张治疗支气管狭窄, 可解决病人的呼吸困难和阻塞性肺炎症状, 具有操作方法简单, 创伤较小、疗效良好、费用低廉(仅相当于开胸手术的 1/10)、可重复操作、易于被病人接受等优点。自 2000 年 12 月至 2004 年 11 月经过对 30 例病人的治疗与护理, 取得了满意的效果, 现将护理配合报告如下。

1 临床资料

本组 30 例经 CT、纤支镜病理和/或毛刷细胞学检查确诊的良性支气管狭窄。其中男 20 例, 女 10 例; 年龄 18~72 岁, 平均 56 岁。30 例患者中, 支气管内膜结核瘢痕性狭窄 18 例, 外伤致支气管断裂手术再通后增生性狭窄 10 例, 先天性支气管狭窄 2 例。左主支气管狭窄 12 例, 右主支气管狭窄 7 例, 中间支气管狭窄 3 例, 右主支气管并中间支气管狭窄 6 例, 左、右主支气管均狭窄 2 例。轻度: 主支气管直径 ≤ 7mm 的 7 例; 中度: 主支气管直径 ≤ 5mm 的 13 例; 重度: 主支气管直径 ≤ 3mm 的 10 例。

2 术前护理配合

2.1 心理护理 初次接受此项治疗的病人, 多数有心理恐惧。为了让病人配合治疗, 耐心向病人讲解治疗的目的、意义、安全性、手术的准备、术中的配合、整个手术的过程, 以及手术中可能引起的不适等有关事项, 使病人对该治疗有初步的了解, 并请接受过这种治疗的病人来现身说法, 使病人打消顾虑, 消除紧张、害怕心理, 以良好的身心状态配合治疗。必要时给予地西洋 10mg 肌注。

2.2 器械与物品的准备 OLYMPUS—P40 型纤支镜、球囊为 COOK 公司产品, 球囊直径选择 10mm、13mm 2 种, 50ml 高压注射器 2 个, 导丝为常州产钝头导丝, INVIV04500 型脉搏/血氧饱和度检测仪, 无菌纱布、无菌生理盐水、无菌手套、无菌石蜡油、10ml 空针 2 副, 5ml 空针 2 副, 负压吸引器, 呼吸机或麻醉机。仔细检查纤支镜、导丝、球囊, 备好胸片。

2.3 病人准备

2.3.1 术前禁饮食 4~6h, 以免治疗时误吸。口腔有义齿的患者术前应取出。

2.3.2 病人取仰卧位, 肩部略抬高, 头略后仰, 解开衣领, 用干净纱布蒙住双眼以防止分泌物滴进眼内, 食指或中指夹好脉氧检测探头, 必要时吸氧。2%利多卡因 10~20ml 局麻咽喉部 20min, 0.5%麻黄碱滴鼻。以收缩鼻腔毛细血管, 减少粘膜充血、水肿, 麻醉成功患者咽喉部有麻涩感, 吞咽困难, 咽部对刺激反应减弱或消失。如有鼻中隔弯曲及鼻甲肥大造成的鼻腔狭窄, 可从口腔进镜, 放好牙垫, 避免损伤镜身。

2.3.3 环境的准备 术前室内开窗通风, 保持室内空气清洁, 保证手术质量。

3 术中护理配合

3.1 嘱患者平卧于操作床, 肩部略垫高, 头部摆正, 略向后仰, 平静呼吸, 全身放松, 持续氧气吸入。

3.2 心电图监护, 对生命体征进行监测。

3.3 纤支镜检查时的配合 护士与医师站在病人床头, 护士站在医师右侧, 当纤支镜自一侧鼻前庭插入鼻腔至咽喉部时让病人全身放松、平静呼吸, 同时告诉患者纤支镜进入声门时会有恶心、憋气感觉, 嘱病人不能抬头或摇头, 有痰可咳出。经鼻或口腔进镜至声门前再次注入 2%利多卡因 2ml, 停留 1~2min, 让患者有适应过程, 同时护士不断鼓励患者, 坚定信心, 并嘱患者张口深呼吸, 及时吸除口腔分泌物, 同时要防止忍耐力差的患者翻身拔镜。进入左右支气管时分别注入 2%利多卡因 1~1.5ml。并注意观察患者面色、口唇有无紫绀、烦躁、呼吸困难等情况, 观察心电图监护仪显示的心率及血氧饱和度变化。如有异常立即报告医师停止操作, 配合医生及时抢救并及时处理。

3.4 纤支镜插入气管的瞬间, 病人常有窒息感, 嘱其张口呼吸, 给予安慰。部分病人出现口唇紫绀, 立即给予吸氧, 以改善缺氧情况。

3.5 纤支镜进入过程中, 患者有咽部异物感, 常引起咳嗽, 可从镜内注入 2%利多卡因 1~2ml, 减轻咳嗽反应。

3.6 纤支镜进入支气管后, 观察到狭窄部位, 测量长度, 这时护理人员需将无菌导丝递给操作者, 并将退出的纤支镜从操作者手中接过来, 同时配合操作者将球囊沿导丝体外插入, 再次配合将纤支镜从另一鼻孔或口腔插入。配合医师将高压注射器接在球囊注射口, 推注空气约 6~20ml, 持续 5min, 然后抽出空气减压, 间隔 1min 后再次充气, 再次重复上述过程, 直到管腔扩张满意为止。在此操作过程中, 严密观察病人的神志、脉搏、血氧饱和度及生命体征的变化。

4 术后护理

4.1 嘱患者少说话, 减少亲友的探视, 以免加重咽喉炎症。

4.2 密观察患者呼吸困难有无改善, 及血氧饱和度的变化。并注意有无并发症的出现如喉头痉挛、喘息、出血、发热、气胸等。

4.3 遵医嘱抗炎治疗及对症处理。

4.4 嘱患者卧床休息 2h, 禁饮食 2h, 以防食物误入气管, 造成吸入性肺炎。

5 讨论

对 30 例患者采用局麻纤支镜直视下进行多次系列的球囊扩张, 结果显示该方法能使管腔保持长期通畅, 不必气管切开或气管插管, 减少了患者的创伤和痛苦, 而且, 扩张后脉搏明显减缓, SaO<sub>2</sub> 显著提高, 术中无危险, 术后患者呼吸困难、喘憋、呛咳等症状即刻缓解, 生活质量明显提高。只要严格掌握适应征和禁忌征, 术前麻醉充分, 操作者细心、熟练, 而熟练掌握术前、术中、术后的配合及护理, 把心理护理贯穿整个过程, 给病人以及时的指导, 是保证应用球囊扩张介入治疗良性支气管狭窄顺利完成的有效措施<sup>[1]</sup>。

参考文献

1 耿雪群. 460 例纤支镜诊治的护理配合及护理. 中华实用医药杂志, 2003, (1): 370~372.

(责任编辑 李现红)

先天性漏斗胸围手术期的护理

李向阳

(湖南省儿童医院 湖南长沙 410007)