

## 2004年第44卷第2期山东医药

本组结果表明,对于胰岛素功能严重受损或衰竭的2型糖尿病患者,应在补充外源性胰岛素的同时应用治疗胰岛素抵抗的相关药物。RSG可增强外周组织对胰岛素的敏感性,改善FPG、2hPG及HbA<sub>1c</sub>,减少胰岛素用量且副作用小,临

床效果可靠。本组临床观察时间较短,能否将本治疗方案作为胰岛素功能受损严重的2型糖尿病患者的常规治疗方案还需进一步研究。

(2003-09-28 收稿)

## 血液灌流救治老年重度有机磷中毒26例疗效观察

张付玉 师美萍\*  
杨高禄 张秀华  
(禹城市人民医院 山东禹城 251200)

2001年2月~2002年2月,我们应用血液灌流(HP)救治老年急性重度有机磷中毒(AOPP)患者26例,取得较好效果。现报告如下。

资料与方法:HP组为2001年2月~2002年2月收治的26例AOPP患者,男9例,女17例;年龄60~75岁,平均65.8岁。均为口服农药中毒,服毒量50~200ml,服毒种类:氧化乐果9例,敌敌畏8例,“1605”5例,久效磷4例。中毒至就诊时间0.5~4小时,血胆碱酯酶(CHE)活力(6.8±1.4)U。对照组为2001年1月以前收治的26例老年AOPP患者。两组均符合实用内科学(第10版)重度有机磷中毒的诊断标准。性别、年龄、服毒量、中毒程度等比较无统计学差异( $P>0.05$ )。对照组采用常规综合治疗(包括彻底洗胃,吸氧,给予阿托品、氯磷定及对症支持疗法),HP组在此基础上加用HP治疗。采用MR-100型血液透析机和YTS-100、YTS-160型血液灌流器。将灌流器在透析机和患者之间的血液管路上前后串联,血泵速度150~220ml/min,持续2~3小时,肝素量首剂0.8mg/kg,以后每小时追加5~10mg,灌流结束时用等量鱼精蛋白中和。HP1次者12例,2次者14例。HP治疗前后分别测定两组CHE活力。数据以 $\bar{x}\pm s$ 表示,组间比较采用 $t$ 检验。

结果:见表1。HP组HP前后CHE活力分别为(6.8±

表1 两组治疗效果比较( $\bar{x}\pm s$ )

组别	清醒时间 (h)	阿托品用量 (mg)	平均住院 (d)	死亡 (n)	治愈率 (%)
HP组(n=26)	8.5±3.6	250.2±25.8	5.8±3.1	2	92.30
对照组(n=26)	13.2±6.1	998.7±443.2	12.6±7.2	8	69.23
P	<0.05	<0.05	<0.01		<0.05

2.4)U、(19.8±6.2)U,二者相比 $P<0.01$ ;无感染、出血等并发症。两组治疗效果比较见表1。

讨论:由于老年人对有机磷耐受性差,对阿托品敏感性高,加之老年人机体功能衰退,故一旦中毒,并发症多,病死率高。HP的原理为是将溶解于血液中的毒物被吸附到具有丰富表面积 of 的固态物质(活性炭)上,从而清除血中毒物。治疗愈早,效果愈好,以服毒后6小时内效果最佳。文献报道,氧化乐果中毒HP后清除率为90%。本文结果证实,HP组清醒时间及CHE活力恢复时间明显缩短,阿托品用量显著减少,病死率明显下降,患者住院日及医疗费用亦明显减少。对服毒量大、中毒重、毒物清除不彻底及容易反跳的毒剂(氧化乐果)应给予2次HP,以保证疗效。

\*禹城市计划生育服务站

(2003-08-12 收稿)

## 先天性膈膨升3例护理体会

宫月花 贺明慧 樊素芳 (山东省立医院 山东济南 250021)

2000年12月~2002年7月,我院共收治3例膈膨升患儿,经精心治疗与护理均康复出院。现将护理体会报告如下。

临床资料:本组男2例,女1例;年龄分别为37天、1岁、3岁。其中1例37天男性患儿临床表现为阵发性呼吸急促、口唇青紫,另2例表现为反复呼吸道感染。3例均在气管插管全麻下手术,2例经腹行膈肌折叠术,1例经胸行膈肌折叠术。结果3例患儿术后7~12天均康复出院。

护理:术前护理要点为:①协助患儿取半卧位,其不仅可降低腹腔对膈肌压力,而且有利于肠道内容物的排泄。②呼吸困难时给予面罩低流量间断吸氧(3~5L/min),纠正低氧血症;及时吸出呼吸道分泌物,使之保持通畅。③膈肌升高使肺组织受压可导致肺部感染,须根据医嘱应用抗生素,并观察药物疗效及反应,严格控制输液速度,防止引起急性性肺水肿,最好应用微量输液泵。④保持病室环境安静、舒适,各种治疗护

理尽量集中进行,以减少对患儿的刺激,静脉输液时多采用静脉留置针,减少穿刺次数,减轻患儿哭闹,降低其耗氧量。术后护理要点为:①密切观察患儿生命体征变化:各种手术刺激可致患儿心率及呼吸加快,如心率持续 $>180$ 次/min,肝脏可在短期内迅速增大,有发生心力衰竭的危险。应准确记录每小时尿量,为补液和用药提供依据。主要注意观察体温变化,冬天可将患儿放入暖箱内,维持恒定的温湿度,以利病情恢复。②保持呼吸道通畅:婴幼儿鼻腔气道狭小,声门血管及淋巴丰富,组织脆弱,在麻醉药的刺激下分泌物增多。加之插管时的机械性刺激,可导致呼吸道梗阻及喉头水肿。年长儿因惧怕疼痛不敢咳嗽排痰,深呼吸时可引起肺不张及低氧血症,应密切观察其呼吸频率并监测脉搏血氧饱和度,常规取半卧位,持续面罩吸氧(4~6L/min)12~24小时,维持脉搏血氧饱和度 $>95\%$ 。喉头水肿时用生理盐水10ml+庆大霉素8万U+地塞米松5mg混合液喉头喷雾;痰液多而粘稠时,可行雾化吸入,每2小时帮助患儿翻身拍背1次,由外向内,由下向上拍背,使附着于肺泡及支气管的痰液松动脱落易于排出;应鼓励患

儿咳痰,必要时吸痰,防止发生肺不张和肺炎。③胸腔闭式引流的护理:妥善固定引流管,每2~4小时挤压引流管1次,防止血凝块堵塞管腔导致胸腔内积液、积气,观察并记录引流液性质、量、气体、积液排出情况。术后48~72小时,如患儿呼吸平稳、无憋气,引流瓶内无气泡逸出,24小时引流量 $<10$ ml,患侧肺呼吸音清晰,可夹管拍X线胸片,提示肺膨胀良好时可拔管。拔管后需继续观察患儿有无胸闷、憋气现象,局部有无渗血、渗液及皮下气肿。④保持胃肠减压通畅:术后行持续胃肠减压2~3天,以排出胃肠道积液、积气。注意保持引流管通畅,观察并记录引流液性质、量及肠鸣音恢复情况。如出现腹胀、引流量少,可抽吸胃液或冲洗胃管,但压力不可过大,以免损伤胃粘膜。协助患儿早期活动,以促进肠蠕动恢复,防止发生肠粘连。⑤饮食护理:肠蠕动恢复后可试服糖水,如无呕吐,可进流质饮食,逐渐过渡到普通饮食。如有呕吐,可根据呕吐物的性质予以对症治疗。

(2003-07-12 收稿)

## 肺心病患者凝血功能检测与肝素的治疗效果观察

高伟 宋会欣 高积绪 (胶州中心医院 山东胶州 266300)

研究证实,慢性肺源性心脏病(简称肺心病)患者急性发作期多存在凝血功能障碍。2000年1月~2002年1月,我们对57例肺心病患者的凝血功能进行了检测,并对其中29例患者给予肝素治疗,现将结果报告如下。

一般资料:本组57例患者均符合1980年第三次全国呼吸病会议修订的肺心病诊断标准,血气指标分析均符合I型呼吸衰竭的诊断条件。其中男33例,女24例,年龄47~79(61.7 $\pm$ 8.6)岁。所有患者均无肺梗死、代谢性酸中毒、糖尿病、肾病及出血性疾病,2周内未应用抗凝药物。将57例患者随机分为肝素治疗组(肝素组29例)及常规治疗组(常规组28例),另设对照组27例,其中男15例,女12例;年龄45~69岁,平均53.1岁,均为健康体检者。

方法:肺心病患者均常规给予消炎、解痉、平喘、镇咳祛痰、呼吸兴奋剂及持续低流量吸氧等治疗。肝素组在此基础上

加用肝素(75mg/d)微量泵24小时维持静滴,连用7天。肝素治疗前及结束时两组均采血测定血小板表面颗粒膜蛋白(GMP-140)、血管性血友病因子抗原(vWF:Ag)、血栓烷 $B_2$ (TXB $_2$ )和血气指标。对照组仅做血样对照。血浆GMP-140、TXB $_2$ 检测采用ELISA法,vWF:Ag采用单克隆酶联免疫吸附法。血气分析采用考尔特IL1420型全自动血气仪检测。

结果:肺心病组与对照组观察指标比较见表1,肝素组与常规组治疗前后观察指标比较见表2。肝素组均无出血症状。

表1 肺心病组和对照组观察指标比较( $\bar{x}\pm s$ )

组别	vWF:Ag(%)	GMP-140(ng/L)	TXB $_2$ (ng/L)
肺心病(n=57)	181.26 $\pm$ 46.37	59.12 $\pm$ 14.31	90.46 $\pm$ 31.23
对照组(n=27)	107.31 $\pm$ 22.39	39.96 $\pm$ 11.24	69.12 $\pm$ 24.56
P	$<0.001$	$<0.001$	$<0.005$

表2 肺心病患者治疗前后观察指标比较( $\bar{x}\pm s$ )

检测项目	肝素组(n=29)		常规组(n=28)	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
vWF:Ag(%)	180.17 $\pm$ 47.21	129.72 $\pm$ 27.31**	179.92 $\pm$ 46.72	175.93 $\pm$ 45.39
GMP-140(ng/L)	56.94 $\pm$ 12.47	42.72 $\pm$ 10.19**	58.17 $\pm$ 14.79	54.92 $\pm$ 13.57
TXB $_2$ (ng/L)	93.49 $\pm$ 33.21	75.39 $\pm$ 26.64*	91.87 $\pm$ 31.69	88.21 $\pm$ 29.83
PaO $_2$ (kPa)	6.96 $\pm$ 2.31	9.46 $\pm$ 1.62**	7.07 $\pm$ 2.47	8.37 $\pm$ 2.70
PaCO $_2$ (kPa)	9.12 $\pm$ 1.96	6.49 $\pm$ 1.02**	9.21 $\pm$ 2.91	7.66 $\pm$ 2.90

注:与治疗前比较,\* $P<0.001$ ,\*\* $P<0.05$