

操作,取得了良好的效果。将护理干预运用在急诊风险管理中,主要从机制、人员、效率三个方面进行改进,从而全面提高了急诊急救的临床护理水平和反应速度。护理干预在急诊风险管理中的应用的根本出发点为给患者赢得足够的生存时间,提高患者的生存率和预后的生存质量。机制完善的重点在于监管过程的管理,先进的监管制度可以直接评价管理的成效,为今后的护理工作提供经验和指导建议^[7]。人员管理在于提高护士的业务水平,充分发挥员工的主观能动性,启发员工平时多训练,开阔自己知识的广度,并增强工作的责任心^[8]。急诊急救效率的提高在于建立绿色通道,简化就诊流程和完善院前管理,目的就在于可以及时救治危重患者,大幅提高患者的生存率^[9]。急诊科具有工作量大,病情危重,疾病类型复杂的特点,完备的管理办法和先进的护理措施是提高工作效率的重点,才能为患者提供更为优秀的治疗服务。

综上所述,护理干预措施在急诊风险管理中的应用具有良好的效果,可以有效降低急诊过程中的安全隐患和事故发生率,提高患者的满意度,值得在临床中推广。

参考文献

[1] 张向琼,斯光晏,先蓉,等. 急诊经颈内静脉肝内门腔分流术患者并发症的原因分析和护理干预[J]. 护士进修杂志,2010,25(23):2170-2172.

[2] 张晓毛,黎春常,蓝惠兰,等. 急诊科低钾血症患者焦虑情绪的护理干预效果[J]. 实用医学杂志,2012,28(24):4179-4180.

[3] 刘玉萍,刘晓丽,周付华,等. 医院-社区-家庭护理干预模式对老年糖尿病患者低血糖昏迷的影响[J]. 重庆医学,2010,39(14):1901-1903.

[4] 邹叶芳,王洁. 护理风险管理在全髋关节翻修术中的应用[J]. 护士进修杂志,2012,27(16):1491-1492.

[5] 毕小琴. 护理风险管理在头颈肿瘤外科护理管理中的应用[J]. 华西口腔医学杂志,2012,30(2):173-175.

[6] 张涛,梁群英,黄莉娜. 注射室护理风险管理措施研究及实施[J]. 护士进修杂志,2009,24(18):1648-1649.

[7] 蔡丽红,张三明. 临床输血风险分析与预防措施[J]. 中外医学研究,2010,8(7):31-32.

[8] 冷育清,李玉芬,商月娥,等. 门诊高危患者就诊过程中的风险管理[J]. 中华护理杂志,2010,45(11):1006-1008.

[9] 刘梅春. 护理干预对剖宫产产妇康复情况的影响[J]. 护士进修杂志,2010,25(1):55-56.

(收稿日期:2013-06-14 修回日期:2013-08-10)

A 群链球菌胸腔灌注治疗乳糜胸 15 例

陈伟琴,汪和美,盛华英(浙江省肿瘤医院,杭州 310022)

【摘要】 目的 探讨 A 群链球菌胸腔灌注疗法治疗开胸术后乳糜胸的疗效。**方法** 对 15 例开胸术后并发乳糜胸患者予以 A 群链球菌加利多卡因稀释液体行胸腔灌注治疗,密切的观察病情,做好胸腔闭式引流护理,注意疗效及不良反应,及时对症处理。**结果** 12 例患者有效缓解,无效 3 例行胸导管结扎术。15 例患者均痊愈出院。**结论** A 群链球菌胸腔灌注疗法能有效降低开胸术后并发乳糜胸而行二次手术的概率。

【关键词】 A 群链球菌; 胸腔灌注; 乳糜胸

DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2013.22.062 文献标志码:B 文章编号:1672-9455(2013)22-3057-02

乳糜胸是食管癌术后严重的并发症之一,主要是因晚期食管癌外侵,需锐性剥离及解剖,手术引起胸导管主干或分支损伤,或胸导管结扎失败等原因,导致大量淋巴液积聚胸膜腔形成乳糜胸,处理不当,易导致免疫低下,凝血功能障碍,甚至循环、呼吸功能衰竭,危及生命^[1]。2007 年 1 月至 2012 年 6 月本科 15 例开胸术后乳糜胸患者行 A 群链球菌胸腔灌注治疗,通过有效护理,均痊愈出院,无 1 例死亡,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 本组患者 15 例,男 13 例,女 2 例,年龄 50~75 岁,手术方式经右胸、腹径路,胸顶部吻合二切口食管癌根治术 4 例,经颈、右胸、腹径路,颈部吻合三切口食管癌根治术 2 例,剖右胸右肺癌根治术 9 例。乳糜胸发生时间为术后 2~6 d,平均 4.16 d。均有不同程度胸闷气促,呼吸困难,胸片提示大量胸腔积液,胸腔引流量大于 1 000 mL/d 有 2 例,600~900 mL/d 有 5 例,300~500 mL/d 有 8 例。术后胸腔引流液持续增多 500 mL/d 以上,排除胸腔内活动性出血;引流液颜色随进食或肠内营养液的灌注由血性、淡血性澄清液转变成,淡黄色血浆样液或乳白色液体;实验室检查苏丹Ⅲ染色呈阳性。

1.2 方法 全部患者确诊乳糜胸后,予停止肠内营养,改静脉肠外营养,必要时输注血浆、清蛋白,醋酸奥曲肽皮下注射,保持胸腔闭式引流管通畅,注意观察统计引流量。鼓励患者咳痰

扩肺,膨胀良好的肺叶是压迫胸导管、促进其闭合的有效工具。因 A 群链球菌系青霉素处理的 A 群溶血性链球菌的冻干品,是一种新型的特异性抗肿瘤免疫治疗药物,故行胸腔灌注治疗前必须做青霉素皮试,皮试阴性方可行胸腔灌注。一般于确诊后 1~3 d,予 A 群链球菌 2 KU 加利多卡因 100 mg 稀释成 50~100 mL 液体后经胸腔引流管根部逆行灌入胸腔,完后夹闭胸管,指导患者 15~30 min 变换体位 1 次,如左侧卧位、右侧卧位、仰卧位等,如此持续 2~4 h,使药物与胸膜腔充分接触,以后置患者于半卧位,有利于呼吸。夹管 4~6 h 后开放引流,做好引流管护理,注意观察疗效,可间隔 3~5 d 再次灌注。

1.3 疗效观察及护理 A 群链球菌胸腔灌注后胸腔引流量逐日减少 200 mL/d,进食或肠内营养液滴注 1~2 d 后引流液无明显增多,听诊呼吸音正常,胸片提示肺膨胀良好、无胸腔积液,可考虑拔除胸腔引流管^[2]。若引流量在 200 mL/d 以上者,进食或肠内营养,仍有增多的患者,视为有效,应间隔 3~5 d 进行第 2 次灌注治疗。若经多次 A 群链球菌胸腔引流液仍无明显减少的,引流量大于 800 mL/d,且患者出现胸闷、呼吸困难、乏力心悸、胸部压迫感、心电监护提示低血压、心律失常等表现的,应尽早行膈上低位胸导管结扎术。

2 结果

本组 12 例患者能有效缓解,其中 1 次胸腔灌注有效 7 例,

2 次胸腔灌注有效 4 例,1 例患者灌注 3 次有效。3 例乳糜胸患者 A 群链球菌胸腔灌注治疗无效,行膈上低位胸导管结扎术,有效率达 80%。A 群链球菌胸腔灌注后患者均出现不同程度的发热,体温 38.5~39℃,予消炎痛栓塞肛降温,体温恢复正常。12 患者出现不同程度胸痛,其中 6 例按医嘱予强痛定肌肉注射、3 例口服泰勒宁止痛,3 例予特耐静推止痛,能有效缓解疼痛;1 例患者出现胸膜反应,经对症处理,症状缓解;15 例患者均治愈出院。

3 讨 论

乳糜胸是食管癌术后严重的并发症之一,如不及时处理,可能危及生命,应做好护理观察,特别是引流量的观察,及时有效地选择合理的治疗方法,做好相关护理。而胸腔引流量的多少,直接影响着治疗方法,但如何确定治疗方法仍没有统一标准,文献[3-6]报道,胸腔引流量大于 500 mL/d,持续 3~5 d,引流量未见减少,乳糜试验阳性,则诊断成立,需尽早实施手术行胸导管结扎。陈国安等^[7]认为,胸管引流量在 800 mL/d 以下,经禁食、肠外营养、生长抑素应用、充分胸腔引流,或者胸腔内注射药物促使胸腔粘连,导致局部粘连可封闭受损的胸导管。胸管引流量平均在 1000 mL/d 以上者,保守治疗通常难以使受损的胸导管愈合,应及时手术探查。但往往临床上患者及家属难以接受 2 次手术,易引发医疗纠纷。对年龄大、心肺功能差的患者,2 次手术耐受差,手术风险大,故乳糜胸保守治疗显得尤为重要。

A 群链球菌作为粘连剂行胸腔灌注,使其覆盖于胸膜,产生无菌性、化学性胸膜炎,使脏、壁层胸膜间产生粘连,封闭胸膜腔,促进胸导管及其分支破口愈合,从而达到治疗的目的^[8]。笔者为保持胸腔引流管通畅,密切观察引流液量及性状,鼓励患者有效咳嗽,促进肺复张,消除胸膜腔间隙;静脉补充营养,维持水电解质平衡,补充营养所需,补充血浆、蛋白质。醋酸奥曲肽皮下注射,通过抑制各种胃肠道和内分泌激素的释放,抑制胃排空、胆囊收缩和小肠节段性运动,减少肝脏和内脏血流,从而在淋巴和乳糜液的各环节抑制其产生,减少外渗,促进破口愈合^[9]。15 例患者行 A 群链球菌胸腔灌注,有效率 80%,一般灌注后,引流液 2~3 d 后明显减少,胸腔引流液的颜色由黄色浑浊乳糜样液转为淡黄色澄清液,引流量小于 200 mL/d,进食或肠内营养,引流量无明显增加。

A 群链球菌是 β-溶血性链球菌 A 群经培养增殖及青霉素处理后的冻干制品,具有致药物热的特点^[10]。A 群链球菌胸

腔内注射最常见的不良反应是发热,体温升高的原因可能为 A 群链球菌引起的非特异性炎症反应^[11]。故此项操作后应密切做好护理观察,及时处理不良反应。本组患者均出现不同程度的发热,大部分患者出现胸痛,1 例患者出现胸膜反应,经对症处理,症状缓解,15 例患者均治愈出院。

综上所述,A 群链球菌胸腔灌注治疗乳糜胸具有创伤小、疗效确切,能有效降低再次手术的概率。

参考文献

[1] 牛海良,牛颂歌,江聪明,等.食管癌术后乳糜胸的引流量与治疗方法的选择[J].中国中医药现代远程教育,2010,8(5):53-54.

[2] 江秀琴,章建霞,钱素芳,等.胸部手术后乳糜胸的观察和护理[J].护理与康复,2008,7(7):498-499.

[3] 贺玲成.癌症患者的疼痛护理[J].哈尔滨医药,2009,18(7):96.

[4] Nair SK,Petko M,Hayward MP. Aetiology and management of chylothorax in adults [J]. Eur J Cardiothorac Surg,2007,32(2):362-369.

[5] Hayden JD,Sue-Ling HM,Sarela AI,et al. Minimally invasive management of chylous fistula after esophagectomy [J]. Dis Esophagus,2007,20(3):251-255.

[6] Cerfolio RJ. Chylothorax after esophagectomy[J]. Thorac Surg Clin,2006,16(1):49-52.

[7] 陈安国,于在诚,刘晓,等.食管癌术后并发乳糜胸的诊断和治疗[J].安徽医药,2012,16(2):198-199.

[8] 骆国妹,黄金穗,俞月芳,等.顽固性气胸患者行胸膜粘连疗法的观察与护理[J].护理与康复,2011,2(10):129-130.

[9] 王鹏飞,张宝勋,赵俊德.奥曲肽治疗乳糜胸[J].华西医学,2010,25(6):1032.

[10] 隋丽红,邢玉梅,乔艳平.沙培林治疗癌性胸水致药物热分析[J].现代中西医结合杂志,2005,14(2):221.

[11] 黄秀琴,林海.胸腔闭式引流联合注射沙培林治疗恶性胸腔积液的护理[J].护理与康复,2008,7(4):266-267.

(收稿日期:2013-05-24 修回日期:2013-07-29)

循证护理对妇科腹腔镜患者心理和非切口疼痛的影响

蔺大明,郭 青,凌英姿,许凌云,王丹凤(江苏省江阴市人民医院妇科 214400)

【摘要】 目的 探讨循证护理对妇科腹腔镜患者心理和非切口疼痛的影响。**方法** 选择 2012 年 1 月至 2013 年 1 月 130 例妇科腹腔镜手术患者,随机分为观察组和对照组,对照组采用常规护理,观察组给予循证护理。观察两组护理前后焦虑自评量表(SAS)、抑郁自评量表(SDS)变化,记录两组非切口疼痛发生率和术后 12、24、48 h 疼痛的视觉模拟评分(VAS)。**结果** 护理前,两组 SAS、SDS 评分差异无统计学意义($P>0.05$),护理后两组 SAS、SDS 评分明显降低,但观察组降低比对照组明显($P<0.05$)。观察组非切口疼痛发生率为 32.31%,明显低于对照组的 63.08%($P<0.05$),观察组术后 12、24、48 h VAS 评分明显低于对照组($P<0.05$)。**结论** 循证护理明显改善妇科腹腔镜患者的心理健康,减少非切口疼痛发生率,减轻非切口疼痛强度。

【关键词】 循证护理; 腹腔镜; 心理; 非切口疼痛

DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2013.22.063 文献标志码:B 文章编号:1672-9455(2013)22-3058-03

随着微创医学发展,腹腔镜手术已成为妇科手术的常规手术方式,因其具有微创、美观、康复快等优点深受患者喜爱。患