

2.3 肛门排气时间 研究组肛门排气时间平均为(21.45±10.56)h,明显短于对照组的(38.69±12.41)h,差异有统计学意义($P<0.05$)。

表 2 两组产妇 48 h 泌乳量对比[n(%)]			
组别	n	充足	不足
对照组	43	35(81.4)	8(18.6)
研究组	43	23(53.5)	20(46.5)

3 讨 论

据统计,约 5%~10%的孕妇在妊娠晚期会发生卧位低血压。血压下降能引起子宫胎盘灌注减少,影响胎儿健康。研究证实,体位干预可以显著降低术中卧位低血压发生率,合理扩容也可以维持外周循环^[2]。因此,麻醉前静脉输入 500~1 000 mL 液体可以显著降低卧位低血压的发生率^[3-5]。另外,卧位低血压的发生率还与精神、神经刺激有密切关系,因此,护理人员要多和产妇进行沟通交流,指导其做深呼吸运动以缓解紧张、焦虑情绪。

剖宫产术后由于活动受限,产妇胃肠蠕动减慢,大大影响了正常进食,不利于身体康复,加之疼痛带来的负面情绪,容易影响肛门排气和乳汁分泌^[6-8]。因此,产妇给予针对性综合护理干预,来促进肛门排气和提高母乳喂养率,对于母婴健康至关重要。适度活动、按摩腹部、足浴、中药疗法都是很好的促进胃肠蠕动的方法。剖宫产术后,由于切口疼痛、子宫复旧引起的疼痛,加之产妇缺乏育婴经验,产妇术后容易引起哺乳时间推迟和哺乳量不足。护理人员术后一定要跟产妇讲明母乳喂养的重要性,讲解育婴方面的知识,鼓励产妇尽早进行母乳喂养,鼓励母婴同室。

综上所述,对剖宫产产妇在围术期给予综合护理干预,可

连续性静脉-静脉血液滤过在危重型出血热患者治疗中的护理

张小艳,鱼丽荣,罗 琛,王静,魏 娜,史爱丽,窦梦娟,张亚昭(陕西省咸阳市中心医院感染科 712000)

【摘要】 目的 研究连续性静脉-静脉血液滤过(CVVH)在危重型出血热病患治疗中的应用及护理方法。**方法** 选取咸阳市中心医院 2011 年 2 月至 2013 年 2 月收治的 40 例危重型患者,分为观察组和对照组,观察组危重型患者 20 例运用 CVVH 治疗,对照组 20 例危重型患者运用常规血液透析方法治疗。两组置换液的速度均是 2 800 mL/h,连续时长为 36 h,同时运用综合全面的护理措施,对最终结果加以科学评价。**结果** 观察组有 13 例患者痊愈,肾功能的恢复周期较短暂,3 例出现并发症,1 例出现低血压,2 例有消化道出血症状;对照组患者肾功能恢复周期较长,有 6 例患者死亡,14 例出现并发症,其中低血压 9 例,出血 3 例,透析失衡综合征 2 例。**结论** CVVH 在治疗危重型肾综合征出血热患者方面已达到治疗目的,也能确保透析患者的安全。

【关键词】 连续性静脉-静脉血液滤过; 无肝素; 危重型; 出血热

DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2013.24.076 文献标志码:B 文章编号:1672-9455(2013)24-3386-03

连续性静脉-静脉血液滤过(CVVH)作为近年来兴起的临床血液净化技术,具有血流动力学平稳、清除溶质率高、保证内环境稳定的优势^[1]。因 CVVH 是一项系统的、长期的、持续性的治疗过程,所以就要着力解决血液抗凝问题。就目前来看,应用最为普遍的抗凝剂便是肝素或者低分子肝素,不过危重型出血热病患大都具有凝血障碍,尤其针对活动性出血热患者,无法运用肝素类的抗凝剂^[2]。基于此,无肝素抗凝便成为 CVVH 治疗的首选方案。本文特选取本院 2011 年 2 月至 2013 年 2 月收治的 40 例危重型患者,分成观察组和对照组,观察组

以大大提高产妇的主观能动性,使产妇树立信心,明显降低卧位低血压的发生率,促进产妇肛门排气和早期泌乳,值得临床推广和普及。

参考文献

[1] 张强.剖宫产术仰卧位低血压综合征的临床观察和分析[J].中华现代外科学杂志,2010,7(1):22-24.

[2] 李聚禧,农光,黄伟芝,等.腰硬联合麻醉行剖宫产术仰卧位低血压综合征的防治[J].广西医学,2011,30(11):1466-1467.

[3] 徐晓玲.剖宫产时仰卧低血压综合征的预防护理[J].中华中西医学杂志,2010,12(5):64.

[4] 徐娜,马挺,田肇隆,等.剖宫产术中仰卧位低血压综合征对新生儿脐血气分析的影响[J].首都医科大学学报,2009,30(3):393-395.

[5] 张秀萍.体位干预对剖宫产术中仰卧位低血压综合征的影响[J].吉林医学,2011,32(16):3354-3355.

[6] 程丽霞,薛水兰,陈新妹.腰麻联合硬膜外麻醉剖宫产患者仰卧位低血压综合征体位干预的护理效果观察[J].护士进修杂志,2011,26(4):354-355.

[7] 姚翔燕,张加强,孟凡民.预防剖宫产术仰卧位低血压综合征的研究进展[J].麻醉与监护论坛,2011,10(4):265-267.

[8] 李雪莲.护理干预对剖宫产产妇肛门排气及早期泌乳的影响[J].中国医药指南,2012,10(17):330-331.

(收稿日期:2013-05-08 修回日期:2013-08-26)

采用 CVVH 治疗,对照组运用常规血液透析法治疗,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 随机选择本院 2011 年 2 月至 2013 年 2 月收治的 40 例危重型患者,其中男 28 例,女 12 例,年龄 20~78 岁,平均(10.3±62.5)岁。观察组 20 例患者中男 14 例,女 6 例,年龄 22~78 岁,平均(10.7±60.4)岁;对照组 20 例患者中男 14 例,女 6 例,年龄 20~74 岁,平均(9.6±61.1)岁。观察组与对照组在年龄、性别和肾功能等方面差异无统计学意义

($P>0.05$)。

1.2 治疗方法

1.2.1 清洗管路法 CVVH 治疗是把 1 800~2 200 mL 生理盐水用封闭输液器以及三通旋塞同病患动脉端口和体外循环的管路动脉端口相接,每 60~120 min 隔断动脉端口的血液,并用 120~200 mL 的生理盐水冲洗一次管路及过滤器,在制订过滤计划时应考虑该部分的清洗液,便于治疗过程中液体出入维持平衡的状态^[3-8]。

1.2.2 治疗前的常规冲洗过滤器方法 在行管路预充疗法前,需用传统方法清洗管路及过滤器,管路预先冲洗和自测完毕后,用注射器将 6 200 U 肝素注入到体外循环的管路中,封闭循环要达到 15~30 min,肝素可在过滤器外表以及体外循环的管路中覆盖^[9-12]。为有效防止含肝素的冲洗液体流向病患的体内而致病患全身出现肝素化现象,在构建体外循环之前要把含有肝素的冲洗液体全部排除掉,转而以 1 000 mL 规格的生理盐水将管路内残存的肝素液体冲洗干净^[13]。

1.2.3 置换液稀释 置换液体的填充路径可运用 3 L/h 的总置换液体流量,前后加以稀释后并存,按 9:1 的比例稀释,血流量是 180~250 mL/min。除此之外,静脉血管的通路也要运用双腔静脉导管置管。

1.2.4 两组对比治疗法 准备完毕滤器与置换液后,观察组采用国外进口的 BM25 机器,滤器是 F60,并以股静脉制作成双腔管充当血管的通路灯 CVVH,此时血流量控制在 140~190 mL/min,均以前稀释的办法输入,流量是 3 000 mL/h,治疗用时 36 h,可借低分子肝素进行抗凝。对照组运用常规血液透析办法,透析设备可采用 F6,按每次 4 h,3 次/周的频率完成治疗^[14]。

1.3 护理方法

1.3.1 对静脉置管的科学护理 为数不少的患者均用股静脉单针双腔的静脉导管进行置管。静脉置管引流血液能否畅通,对管路以及过滤器的使用长短构成有极大影响。在使用导管前要采用常规消毒的方式及时评估管道口是否有炎症,并铺无菌治疗单,将之前封闭管路的液体抽出,在确认导管内部无血栓、血管畅通的情况下,将体外循环的管路连接妥当。CVVH 治疗过程中还要尽力使静脉同双腔静脉的导管相平行,切实防止由于导管出现弯折、受压造成血液引流不畅通、血流量匮乏的情形。要对管路的固定状况做好定期观察,随即对每一位患者的意识状况进行动态化评估。如有必要,则应约束患者上肢,防止置管拔出。治疗完成之后,需用至少 20 mL 的生理盐水脉冲式把导管内剩余的血液冲刷干净^[15]。并以 4% 枸橼酸钠的注射液体封闭导管,包扎时用无菌纱布,做好固定到位。

1.3.2 心理护理 患者会由于肾综合征出血热病情的需要而行血液净化治疗,会有比较明显的情绪。所以在治疗前,护理人员就应经常探视患者,为其提供必要的心理慰藉,向其详细解释治疗的原理、方法、流程和目标,在力促患者及其亲属保持乐观心态的基础上,引领患者配合治疗的安排。

1.3.3 CVVH 机器报警的处置方法 CVVH 治疗中机器较为普遍的报警方式有压力、空气和超滤报警。其中压力报警主要因静脉压力不恒定、或高或低,需明确动、静脉的管路系统中的某一位置有否出现狭窄、弯折或阻塞,血液流向充足;空气报警大都由于血液管路中的静脉管路所含空气或小气泡,需要经由管路系统将空气予以排除;超滤报警主要以低超滤最为普遍,最大原因是过滤器的超滤率与凝血同血流量的比值偏高,需精确设定超滤率,还要查看置换液体到血液比率状况。

1.4 观察指标 对比两组患者并发症的出现率、病死率及

肾功能恢复所用时长。

1.5 统计学方法 所有计量数据均采用 SPSS13.0 系统软件加以处理,计数资料通过 χ^2 检验,以 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

观察组有 13 例患者痊愈,肾功能恢复周期较短暂,3 例出现并发疾病,1 例出现低血压,2 例有消化道出血的症状。对照组患者肾功能恢复周期较长,有 6 例患者死亡,并发疾病 14 例,其中低血压 9 例,出血 3 例,透析失衡综合征患者 2 例,见表 1。两组治疗效果差异有统计学意义($P<0.01$)。

表 1 两组治疗效果对比($n=20$)

组别	并发症[n(%)]	肾功能恢复时间($\bar{x}\pm s, d$)	死亡[n(%)]
观察组	3(15.0)	8.1 $\pm$ 3.2	0(0.0)
对照组	14(70.0)	14.9 $\pm$ 6.3	6(30.0)

3 讨论

在危重型肾综合征出血热病患发病时,多次凝血、变换管路滤器势必造成血液损失的严重、进而缩短治疗所需时间,无形中加剧治疗成本。在危重型肾综合征出血热病患的发病早期,因肾小球滤过率显著下降,在病程发展初期便会损害肾功能,以致出现低血压的休克现象,患者总体病情十分凶恶、进展快捷,必须最大限度地采取减少各种并发疾病,促使患者血压恢复正常水平、减少或避免肺水肿、脑水肿等重度并发症出现。

实践证明, CVVH 在危重型出血热病患者中的疗效是显著的,关键要采取切实可行的护理措施,确保患者身体健康又能合乎治疗的目标要求。无肝素技术作为保证 CVVH 连续性治疗顺利进行的技术手段,要充分运用好该技术,才会有效发挥 CVVH 在危重医学领域的巨大作用,提高危重型患者的康复率。

参考文献

[1] 纪伟. 危重患者 29 例无肝素床旁血液滤过治疗的护理[J]. 中国误诊学杂志, 2011, 11(11): 2659.

[2] 陈晓莹, 冼惠婵, 邓少莲, 等. 连续性静脉-静脉血液滤过治疗在 ICU 的监测及护理[J]. 现代医院, 2009, 9(12): 81-82.

[3] 李宁霞. 无肝素连续性血液滤过操作中的护理体会[J]. 全科护理, 2011, 8(12): 1080-1081.

[4] 刘婉莹, 徐虹, 杜烨辉. 改进无肝素血液透析的临床体会[J]. 中国血液净化, 2008, 7(1): 132.

[5] 张慧龙, 张东亮, 郑立仁, 等. 维持性血液透析患者病因变化的分析[J]. 临床和实验医学杂志, 2012, 11(1): 7-8.

[6] 袁丽. 吸附法无肝素血液透析患者的观察及护理[J]. 实用全科医学, 2008, 4(3): 369.

[7] 张桂芝. 无肝素透析预防凝血的护理[J]. 现代护理, 2006, 12(20): 1895.

[8] 刘志军. 268 例无肝素血液透析病人的护理[J]. 全科护理, 2010, 8(7): 1809.

[9] 孙美雯. 无肝素血液透析的护理体会[J]. 中华现代临床护理学杂志, 2008, 3(1): 25.

[10] 梅长林, 叶朝阳, 赵学智. 实用透析手册[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2008: 82-103.

[11] 唐万欣, 付平. 连续性肾脏替代治疗抗凝技术[J]. 中国实用内科学杂志, 2009, 29(3): 287-289.

- [12] 吴迪宾, 聂琼. 一次性使用聚酰胺膜透析器行无肝素透析的临床观察[J]. 齐齐哈尔医学院学报, 2009, 30(8): 1015-1016.
- [13] 贾金伶, 沈凤娟. 无肝素在出血患者血透中的应用与观察[J]. 中国现代临床医学杂志, 2007, 6(5): 57-58.
- [14] 胡忠凤. 无肝素透析的临床观察及护理要点[J]. 中医药

导报, 2008, 12(8): 72-73.

- [15] 杜红立, 朱艳萍, 贾玉枝. 浅论对血液透析患者的心理护理[J]. 吉林医学, 2010, 31(3): 404-405.

(收稿日期: 2013-05-29 修回日期: 2013-08-20)

鼠神经生长因子在外伤性面神经麻痹术后的应用分析

尹凌雪, 石增霞(北京世纪坛医院耳鼻咽喉头颈外科 100038)

【摘要】 目的 探讨鼠神经生长因子在外伤性面神经麻痹术后的应用。**方法** 回顾性分析 2010 年 1 至 2013 年 1 月 50 例外伤性面神经麻痹术后患者, 平均分成两组, 对照组予以常规治疗方法, 观察组在对照组治疗基础上予以鼠神经生长因子治疗。观察两组治疗后的临床效果。**结果** 对照组和观察组治疗后在 H-B 面神经功能等级、Nottingham 评分、Yanagihara 面神经麻痹分级评分、总体疗效、起效时间、平均疗程上比较差异均有统计学意义($P < 0.05$)。**结论** 鼠神经生长因子可改善外伤性面神经麻痹术后的临床症状, 缩短治疗时间。针对药物注射疼痛采取积极护理干预措施, 保证了疗效。

【关键词】 外伤性面神经麻痹; 鼠神经生长因子; 临床效果

DOI: 10. 3969/j. issn. 1672-9455. 2013. 24. 077 文献标志码: B 文章编号: 1672-9455(2013)24-3388-03

随着经济的发展, 头颅外伤交通事故伤有所增长, 而头颅骨折后遗留的外伤性面神经麻痹是一个常见的也是棘手的问题。其在临床上表现为肌肉瘫痪、眼睑闭合不全、流涎、漱口进食时漏水、感觉减退、皮肤萎缩等, 给患者日常生活带来了严重的心理生理问题。严重者会导致失明, 抑郁甚至有潜在的自杀倾向。目前在治疗上往往以营养神经、中药汤剂和理疗等方法为主, 总之以营养神经为主。而常见的营养神经药物有鼠神经生长因子和单唾液酸神经节苷脂^[1]。本次研究探讨的是鼠神经生长因子在外伤性面神经麻痹术后的应用, 以及对外伤性面神经麻痹进行一定的干预措施, 以便降低并发症, 提高临床效果。

1 资料与方法

1.1 一般资料 回顾性分析 2010 年 1 月至 2013 年 1 月 50 例外伤性面神经麻痹术后患者, 平均分成两组。对照组 25 例, 男 16 例, 女 9 例; 年龄 16~67 岁, 平均(43.7±3.8)岁; 病程 7~43 d, 平均(14.6±3.2)d; 病变部位: 左侧 13 例, 右侧 12 例; 受伤原因: 坠落伤 3 例, 刺伤 3 例, 撞击伤 5 例, 交通事故伤 10 例, 其他 4 例; House 分级: IV 级损伤 9 例, V 级损伤 7 例, VI 级损伤 9 例。观察组 25 例, 男 18 例, 女 7 例; 年龄 15~69 岁, 平均(43.1±3.3)岁; 病程 6~45 d, 平均(14.2±3.5)d; 病变部位: 左侧 12 例, 右侧 13 例; 受伤原因: 坠落伤 5 例, 刺伤 4 例, 撞击伤 4 例, 交通事故伤 9 例, 其他 3 例; House 分级: IV 级损伤 8 例, V 级损伤 9 例, VI 级损伤 8 例。两组一般资料情况差异无统计学意义($P > 0.05$), 具有可比性。纳入的标准参考《神经病学》第 5 版中外伤性面神经麻痹的标准^[2]: 有明显外伤史, 出现面部不适等症状, 一侧面肌麻木, 口眼歪斜, 眼裂增大, 眼睑闭合不全或无法闭合, 额纹及鼻唇沟变浅或消失, 出现蹙额、皱眉、漱口漏水、进餐时食物残留、示齿、鼓颊等活动受限; 舌前 2/3 味觉减退或消失、听觉过敏。排除由于脑血管意外、中耳炎、脑膜炎等造成的周围性面瘫患者, 既往有面神经病变者。所有患者均经过核磁共振及电生理等检查诊断为外伤性面神经麻痹。

1.2 方法 根据患者病情结合异常肌电图等图像选择合适的术式。手术路径的选择按照患者受伤部位, 患者的听力、

前庭功能及各种定位患者定性检查来评定面神经损伤的部位和程度。一般来说, 若损伤在膝状神经节下则乳突入路, 耳蜗功能保存者则采用颅中窝进路和乳突联合入路, 伴有听力损伤者则选择迷路入路。然后根据病情选择面神经减压术、面神经直接吻合术和耳大神经移植修复面神经术。

术后对照组予以药物治疗和物理疗法相结合。药物包括使用激素类药物, 如地塞米松 40 mg/d, 口服, 连续服用 1 周; 予以维生素 B₁₂、维生素 B₁、弥可保等神经营养药物治疗; 也有运用活血化淤止痛的中药汤剂和针灸治疗。物理疗法包括表情肌功能训练, 主要是额、眼、鼻和唇等表情肌运动功能区的锻炼; 运用多功能电刺激; 也可使用高压氧治疗。观察组则在对照组治疗的基础上加用鼠神经生长因子 18 μg 加入 0.9% 氯化钠注射液 2 mL 肌肉注射, 每日 1 次, 连续使用 14 d。

1.3 疗效标准 参考相关的标准进行疗效评定^[3]: 治疗前后应用 H-B 面神经功能评价分级、Nittingham 评分系统、日本面神经麻痹程度评价法(Yanagihara 面神经麻痹分级系统)进行评价。最后参考 2006 年中华医学会第 8 次全国医学和康复学会会议上制定的周围性面神经麻痹的疗效标准进行评定^[4]: 痊愈表现为面神经症状体征消失, 面肌功能完全恢复, 面部感觉无异常; 显效表现为面神经症状体征消失, 面肌功能基本恢复, 口角不对称; 有效表现为面神经症状体征好转, 面肌功能有所恢复; 无效表现为与治疗前无改善。

1.4 统计学方法 采用 SPSS13.0 软件进行分析, 将调查统计的内容作为变量, 计量资料采用 *t* 检验, 计数资料采用 χ^2 检验进行分析, 以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组面神经麻痹治疗后评价情况分析 见表 1。由表 1 可见, 两组患者在治疗前在 H-B 面神经功能等级、Nottingham 评分、Yanagihara 面神经麻痹分级评分比较差异无统计学意义($P > 0.05$); 但是治疗后比较差异有统计学意义($P < 0.05$)。

2.2 两组外伤性面神经麻痹治疗后总体临床效果情况 见表 2、3。由表 2、3 可见, 两组患者总体疗效和起效时间、平均疗程比较差异均有统计学意义($P < 0.05$)。