

水封瓶闭式引流治疗单侧胸腔积液的观察与护理

宋翠娥 邢美荣

(山东省东明县结核病防治所 东明 274500)

关键词 胸腔积液 水封瓶闭式引流 护理

中图分类号 R 561.4

文献标识码 A

文献编号: 1671-4040(2004)01-0070-02

自发性气胸是内科临床常见疾病,由于胸腔压力升高,而使肺脏受压和静脉回心血流受阻,导致肺、心功能不同程度障碍,而及时的胸腔闭式引流术是排除胸腔内积气抢救该类病人成功与否的关键。内科护士除需掌握一般内科护理知识与技术外,还需掌握此手术的临床观察与护理。我所自1998年4月~2000年10月对12例自发性气胸患者行单侧胸腔水封瓶闭式引流术,我们通过细心的观察与护理,取得了良好的效果。

1 一般资料

本组病例男性11例,女性1例;年龄21~24岁7例,44~52岁4例;单侧肺压缩最多95%,最少30%;并发严重脓胸者3例。行单侧胸腔水封瓶闭式引流术后,除1例致肺心功能衰竭抢救无效死亡外,其他皆因引流成功而全部治愈出院。

2 护理体会

2.1 术前心理护理及器械等准备 自发性气胸多发于瘦长体型的男青年,发病较突然,加上胸痛,呼吸困难,害怕穿刺,使病人产生思想顾虑和焦虑紧张情绪。在插管引流前耐心做好思想解释工作,讲明手术的目的和意义及进程,术中怎样配合,消除紧张情绪和恐惧心理,使其积极配合。术前引流瓶、橡皮管等都应严格消毒,连接前调节好压力,标记好液面,确保水封瓶密封。备治疗盘(内盛无菌胸腔穿刺包、无菌手套、消毒用品)酒精灯、标本试管或容器、1%的丁卡因或2%的普鲁卡因,1:1 000的副肾素及其它急救药品。

2.2 协助医师进行穿刺 协助病人取坐位或半卧位,暴露穿刺野,同时须注意保暖。穿刺过程严密观察病人的反应,如出现脉速、头晕、心悸、胸闷、面色苍白、出冷汗、刺激性干咳,甚至晕厥等胸膜反应时,应报告医生,暂停穿刺,让病人平卧,必要时吸入氧气,皮下注射1:1 000副肾素0.3~0.5g,缓解后再进行穿刺。穿刺完毕,局部盖无菌纱布,用胶布妥善固定。

2.3 术后观察与护理 (1)插管后如局部疼痛剧烈,呼吸困难未减轻,应考虑插入的胶管在胸腔内扭曲或顶伤了脏层胸膜,可轻轻转动胶管,如无效则应通知医生处理。本组病例中有2例患者穿刺后虽引流畅通,但因活动剧烈,胶管在胸腔内活动,出现胸痛难忍,我们发现后轻轻转动胶管,并重新妥善固定后,胸痛逐渐缓解。(2)保持引流通畅。行引流术后,应观察排气情况,水封瓶内玻璃管中液面随呼吸升降,并有气泡从水中溢出,引流瓶位置必须低于胸部,防止瓶内液体倒流入胸腔。(3)保持病人舒适的体位。一般取卧位或半卧位,鼓励病人常轻轻翻身活动,定时做深呼吸,适当咳嗽,以加速胸腔内气体排出,消除气道内分泌物,促使肺尽早复张。(4)胸液收集与观察。若有液气胸或脓气胸进行插管引流时,应每天记录胸液引流量和性状,必要时留标本作化验和细菌培养。(5)预防胸腔感染。除严格进行引流瓶和胶管的高压消毒外,还应每日更换水瓶内的水,并注意观察水封瓶中液体的量和性状,局部切口每日更换敷料,预防胸腔感染。

4 讨论

4.1 在片剂或胶囊剂的制备过程中,颗粒制备是关键的一个步骤,颗粒制备的好坏,直接影响成品的优劣。

4.2 本次颗粒的制备过程中,粘合剂的使用是重要的影响因素,本方法采用8%PVP溶液,溶出度好,颗粒大小均匀,适合制备胶囊。

参考文献

[1]国家药典委员会.中华人民共和国药典[M].第2部.北京:化学工业出版社,2000.930

[2]顾学裘.药物制剂注解[M].北京:人民卫生出版社,1983.579

[3]葛月宾,陈大为.银杏叶提取物速释滴丸的研制[J].中国中药杂志,2003,28(5):410~413

(收稿日期:2003-12-18)

● 文献综述 ●

变应性鼻炎的中西医结合治疗进展

刘俊昌 高丽

(新疆医科大学 乌鲁木齐 830054)

关键词 变应性鼻炎 中西医结合疗法 综述

中图分类号 R681.53

文献标识码 A

文献编号: 1671-4040(2004)01-0071-04

变应性鼻炎 (Allergic rhinitis, AR) 亦称过敏性鼻炎, 为全球常见病、多发病。据国外统计, 发病率为 10%~40%<sup>[1]</sup>。Bousquet 指出, 必须将 AR 看作严重的全球性健康问题<sup>[2]</sup>, 在我国发病率为 37.74%<sup>[3]</sup>, 每年约有 2 000 万人患病<sup>[4]</sup>。AR 患者最烦恼的不仅有睡眠、鼻部症状等问题, 还有日常活动和社会交际限制及情绪问题, 所以 AR 不仅是个医学问题, 而且是个社会问题<sup>[5]</sup>。本病属中医学“鼻鼽”范畴。现将近年来本病的中西医结合治疗综述如下:

1 西医治疗

1.1 避免接触变应原 查出致病变应原以后, 应尽量避免与之接触, 但也有些不易避免的变应原, 如植物花粉季节性飘散在空中, 常年存在于居室的尘螨、真菌等, 因为人们很难改变环境, 所以这种方法常难以实现。

1.2 药物治疗 目前有 5 类主要类型药物 (即抗组胺药、减充血药、抗胆碱药、肥大细胞稳定剂和皮质类固醇药) 用于治疗 AR。抗组胺药常作为治疗的首选药物: (1) 阿司咪唑<sup>[6]</sup> (astemizole, 息斯敏) 是现有的作用最持久的抗组胺药, 但该药长期使用易发胖。 (2) 特非那丁<sup>[6]</sup> (terfenadine) 选择性作用于外周 H<sub>1</sub> 受体, 该药较一般抗组胺药中枢抑制作用轻, 但与酮康唑及大环内脂类药如红霉素同用时致心率失常、心功能障碍, 甚至威胁生命。 (3) 氯雷他定<sup>[6]</sup> (loratadine, 克敏能)、西替利嗪 (cetirizine, 仙特敏) 均为长效抗组胺药, 具有选择性对抗外周 H<sub>1</sub> 受体作用, 副作用为轻度镇静, 12% 患者出现嗜睡现象。 (4) 咪唑斯汀<sup>[7]</sup> (mizolastine, 皿治林) 为新的第 2 代抗组胺药, 有起效快、持续时间长, 不但有较强的抗组胺作用, 而且还有抗其他炎症介质的作用, 副作用小, 长期使用有良好的耐受性<sup>[8]</sup>。 (5) 新药非索那丁<sup>[9]</sup> (fexofendine) 无抗胆碱或 α<sub>1</sub>- 肾上腺素能受体阻滞作用, 且无特非那丁或阿司咪唑可能出现的罕见心血管毒性。 (6) 立复汀 (Livostin) 有效成分是左旋卡巴斯汀 (Levocabastine) 是一种新型、强效和特异性 H<sub>1</sub> 受体拮抗剂, 赛红蕾<sup>[10]</sup>以立复汀喷雾治疗 AR 64

例, 60 例有效, 总有效率 93.7%。于思东等<sup>[11]</sup>体会到色甘酸钠的使用注入法较滴入法见效快, 疗效可靠。临床工作中, 抗组胺药单用或与减充血剂合用是治疗变应性鼻炎的第一线药物<sup>[12]</sup>。丙酸氟替米松水溶性喷雾剂<sup>[13]</sup> (Fluticasone Propionate Aqueous Nasal Spray, 辅舒良) 是局部使用的皮质激素, 该药从多环节、多水平阻断鼻粘膜变应性炎症反应, 有效预防和治疗 AR 四大症状, 使用方便、安全、经济, 是治疗 AR 的一线药物。在治疗 AR 上的下一个突破<sup>[14]</sup>, 很可能是在受体、细胞因子拮抗剂和抗体方面, 寻找更特殊的抗炎症法, 不久的将来, 包括抗 IgE 抗体的新的治疗方法有望产生。

1.3 免疫治疗 免疫治疗短期疗效次于药物治疗, 长期治疗优于药物治疗<sup>[15]</sup>, 常规免疫治疗最大的缺点就是治疗时间长, 近年已有快速免疫治疗常年性 AR 的报道<sup>[16,17]</sup>, 其治疗只需 6 天就可达到维持量, 持续治疗 1 年后评定疗效, 其效果不亚于常规免疫治疗。

1.4 手术治疗及其他 梁建平<sup>[18]</sup>选 88 例 AR 利用鼻内镜直视下射频治疗仪破坏鼻内筛前神经, 结果显效 83.0% (73/88), 有效 12.5% (11/88), 无效 4.5% (4/88)。近年来利用微波热凝术治疗变应性鼻炎颇多<sup>[19,20]</sup>, 疗效显著。手术治疗也有其缺点, 如翼管神经切除术后可引起眼干、上腭麻木、鼻出血等并发症<sup>[21]</sup>。

2 中药及中西药结合治疗

2.1 中药配合抗组胺类药物 王超强<sup>[22]</sup>清鼻汤 (黄芪、细辛、党参、苍耳、辛夷、菖蒲、僵蚕、山萸肉、甘草) 合特非那丁片口服, 共治疗 46 例, 治愈 24 例, 显效 12 例, 有效 10 例, 治愈率 52%, 总有效率 100%, 且治疗组效果优于对照组。黄意<sup>[23]</sup>将 136 例 AR 患者随机分为 2 组: 克敏能配合中药炎敏灵糖浆 (治疗组), 扑尔敏配合中药鼻渊舒口服 (对照组), 治疗组显效 35 例, 好转 27 例, 无效 6 例, 总有效率 91.17%, 经统计学处理疗效优于对照组。陆培<sup>[24]</sup>采用中药汤剂 (炙黄芪、太子参、藿香、细辛、辛夷、防风、蝉衣、生甘草) 配合克敏能等

如有体温升高、畏寒、胸痛加重等, 提示已发生感染, 应报告医生给予抗生素治疗。本组病例中有 3 例并发严重的脓胸, 经胸液化验由细菌感染引起, 由于及时应用大量广谱抗生素, 感染得到控制, 其他患者也及时用了适量抗生素控制感染。 (6) 拔管。如水封瓶内玻璃管中水柱明显高于瓶内水面

5~10cm, 表示胸腔内为负压; 若玻璃管末端连续数日无气泡排出, 排除了阻塞因素, 提示胞膜破口已愈口, 肺已复张, 再经 X 线证实后, 可夹住导管, 24h 以上无气急等情况, 可拔除导管。

(收稿日期: 2003 - 08 - 12)