

泛病变和播散,符合结核病的发生与发展过程^[6]。当结核原发感染后,少量结核分枝杆菌没有被消灭,长期处于休眠期,成为潜在病灶,在机体免疫功能下降时,可重新生长繁殖发生结核病。也有10%发病是内源性复发,即本身已感染结核菌,随着年龄的增长,在一生中的某个时期,或遇重大疾病的打击如脑出血,AECOPD等致自身免疫功能下降时,体内结核菌活动繁殖,发生继发性肺结核,且以发病快的发病方式,具有较大的危险性。

2.2 肺炎型肺结核属Ⅲ型肺结核,纯渗出性结核性肺炎很少见,它不是干酪样肺炎,渗出性病变是机体过敏性占优势,抵抗力差的表现,临床中毒症状较重^[7]。本文例1、例3均属这一类,例2起病相对较缓轻,X线胸片或CT表现为大片或肺叶分布的渗出性病变及胸膜病变,病灶变化快,易误诊非典型性肺炎或其他肺炎^[8,9],例1、例3虽培养出致病菌,按药敏使用各种抗生素治疗不敏感,或者使用了左氧氟沙星,丁胺卡那等有一定抗结核作用的药物后,临床症状有所改善,但病灶短期内变化大,无明显吸收或增大,或有部分吸收,或再出现新的病灶,由于合并其他细菌感染,加重了病情进展及复杂性,给治疗带来较大的困难。

2.3 我们从这3例患者的诊治过程中得出的经验体会是院内获得性肺炎,特别是老年自身免疫功能下降者,经多种抗生素治疗2周无改善,要警惕以院内获得性肺炎方式出现的肺炎型肺结核,应及时完善结核相关检查,作PDD试验、结核抗体,反复多次痰找抗酸杆菌,尤其是尽早行支气管镜检,通过气管镜套管保护刷检,肺泡灌洗液或经纤支镜肺活检(TBLB)有助及时诊断。例1及例3通过此法得到正确诊断。目前纤支镜检被认为是敏感、特异、安全的方法,必要时多次行该项检查是早期诊断的较好方法。痰找抗酸杆菌菌

单易行,不可忽视,对没有特异性诊断指标的患者,依诊断治疗无效时,我们应高度怀疑其诊断的正确性,转而考虑其他疾病的可能,并行诊断性治疗。例2患者就是如此,临床疗效是检验诊断是否正确的真理性标准。对于肺炎抗感染治疗无明显好转,临床表现支持肺结核或结核相关检查可疑阳性,应予诊断性抗结核治疗,以免延误治疗,增加传染机会,加重病情,致使预后不良。

参考文献

- 1 朱广卿,纪树国.结核性大叶性肺炎误诊分析[J].中华结核和呼吸杂志,1998,21(2):85.
- 2 陶新,杨华珍.不典型性肺炎型肺结核误诊3例分析[J].中国误诊学杂志,2006,6(24):4781.
- 3 孙洁民.结核性肺炎误诊的临床分析[J].中国现代医学杂志,2002,12(3):82-84.
- 4 曾德彰.大叶性肺结核误诊25例分析[J].中国误诊学杂志,2002,2(6):918-919.
- 5 Niederman MS,Bass JB Jr,Campbell GD,et al.Guidelines for the initial management of adults with community-acquired pneumonia: diagnosis,assessment of severity,and initial antimicrobial therapy[J].Am Rev Respir Dis,1993,148(5):1418-1426.
- 6 叶任高,主编.内科学[M].第6版.北京:人民卫生出版社,2004:39.
- 7 朱贵卿,主编.呼吸内科学[M].北京:人民卫生出版社,1984:342.
- 8 刘俊杰,周成运.艾滋病合并肺结核32例分析[J].中国全科医学,2005,8(2):143-144.
- 9 孙典学,李文华.肺结核不典型CT表现及误诊分析[J].中国误诊学杂志,2005,5(8):1458-1459.

[收稿日期 2011-09-10][本文编辑 黄晓红 吕文娟]

护理研讨

泵注法持续口饲喂养的临床护理研究

陈翠卿, 曾锦霞

基金项目: 广西梧州市科技局立项课题(编号:200504005)

作者单位: 543000 广西,梧州市人民医院儿科

作者简介: 陈翠卿(1971-),女,大学本科,主管护师,研究方向:儿科护理。E-mail:chencuiqing2@126.com

[摘要] **目的** 探讨对低体重儿应用泵注法持续口饲喂养的安全性和可靠性。**方法** 将2005-04~2010-05入院的极低出生体重儿105例,随机分成三组,A组:35例,采用泵注法,使用微量输液泵持续口饲输注;B组:35例,采用灌注法,使用注射器间歇口饲注入喂养;C组:35例,采用滴注法,使用吊瓶持续口饲滴注。观察三组患儿喂养过程中体重增长、喂养耐受、胃食道返流情况及达全胃肠营养时间;所有的极低出生体重儿均同时进行部分静脉营养,直至达全胃肠营养。**结果** 泵注法持续口饲喂养所致的食物反流和喂养不耐受的发生率显著低于其他两组(P 均 <0.05),恢复出生体质量时间及完全肠道内喂养时间较其他两组明显缩

万方数据

短(P 均 <0.05)。结论 极低出生体重儿采用泵注法持续口饲喂养安全、可靠,喂养不耐受发生率低,达全胃肠营养时间短,有利于极低出生体重儿的生长发育和胃肠功能完善。

[关键词] 极低出生体重儿; 持续口饲喂养; 泵注法

[中图分类号] R 473.72 [文献标识码] B [文章编号] 1674-3806(2011)12-1187-03

doi:10.3969/j.issn.1674-3806.2011.12.35

极低出生体重儿(VLBWI)是指胎龄 <32 周,出生 1 h内体重 ≤ 1500 g的早产儿^[1]。由于其消化系统不成熟,吸吮、吞咽能力差,给喂养工作带来极大的困难,目前对VLBWI主张早期微量喂养。为探讨更适宜VLBWI的喂养方式,我科从2005-04开始进行了泵注法持续口饲喂养临床护理研究,取得了满意效果,现报告如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料 选择2005-04~2010-05入住我科的极低出生体重儿105例,随机分成三组,每组35例。所有入选病例均排除消化道畸形、重度窒息、严重心肺疾患、严重感染等疾病,三组病例在性别、孕周、出生体质量、开奶时间、病情严重程度等方面比较,差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。见表1。

表1 三组VLBWI临床资料比较[n(%), ($\bar{x} \pm s$)]

组别	例数	性别		出生体重(g)	胎龄(周)	APgar评分		开奶时间(h)
		男	女			1 min	5 min	
A组	35	20	15	1216 ± 130	30.35 ± 0.66	8.5 ± 0.9	9.15 ± 0.65	8.6 ± 2.2
B组	35	19	16	1215 ± 120	30.3 ± 2.3	8.4 ± 1.1	9.16 ± 0.64	8.8 ± 2.6
C组	35	21	14	1215 ± 115	30.1 ± 2.1	8.6 ± 1.0	9.19 ± 0.69	8.4 ± 2.4
χ^2/F	-	0.233		0.000	0.550	0.350	0.030	0.240
P	-	0.890		1.000	0.580	0.710	0.970	0.790

1.2 方法 (1)A组采用泵注法:经口插入婴儿硅胶胃管,证实胃管在胃内并固定好,取一次性注射器吸入配好的奶液,接上输液延长管,按输液的方法排气,胃管体外端与延长管相连,再按输液的方法连接好微量泵,调节输入量后按启动键开始泵注;奶量 $1\text{ ml}/(\text{kg} \cdot \text{h})$,持续时间 24 h ,每天递增 $1\text{ ml}/(\text{kg} \cdot \text{h})$ 。(2)B组采用灌注法:使用注射器间歇注入喂养,起始每次奶量 $2\text{ ml}/\text{kg}$,持续时间 $3\sim 5\text{ min}$, 1 次/ 2 h ,每天递增 $2\text{ ml}/\text{kg}$ 。(3)C组采用滴注法:使用吊瓶持续滴注,奶量 $1\text{ ml}/(\text{kg} \cdot \text{h})$,持续时间 24 h ,每天递增 $1\text{ ml}/(\text{kg} \cdot \text{h})$ 。喂养时必须保证胃管的正确位置,加强巡视,每 4 h 更换奶液, 24 h 更换延长管、吊瓶,并检查胃残余情况。配方奶统一采用雀巢公司生产的低出生体重婴儿配方奶粉,所有的极低出生体重儿均同时进行部分静脉营养,直至达全胃肠营养。

资料组间比较采用 χ^2 检验, $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

观察结果表明,泵注法持续口饲喂养所致的食物反流发生率显著低于其他两组($P<0.05$ 或 0.01),喂养不耐受的发生率也低于其他两组(P 均 <0.05)。恢复出生体质量时间及完全肠道内喂养时间比其他两组缩短(P 均 <0.05)。见表2。

表2 三组VLBWI喂养方式结果比较[n(%), ($\bar{x} \pm s$)]

组别	例数	胃食道反流	喂养不耐受	恢复出生体质量时间(d)	完全肠道内喂养时间(d)
A组	35	2(5.17) ^{ac}	3(8.6) ^{bf}	12.5 ± 2.1 ^{eg}	16.5 ± 2.1 ^{hh}
B组	35	21(70.0)	18(60.0)	14.8 ± 2.3	23.5 ± 2.9
C组	35	7(23.3)	14(46.7)	14.2 ± 2.2	20.3 ± 3.1
χ^2/F	-	32.277	20.180	9.730	54.600
P	-	0.000	0.000	0.000	0.000

注:A组与B组比较,a: $\chi^2 = 29.198, P = 0.0000$;b: $\chi^2 = 19.536, P = 0.0000$;c: $q = 4.2127, P = 0.0001$;d: $q = 11.0441, P = 0.0001$;A组与C组比较,e: $\chi^2 = 34.359, P = 0.0000$;f: $\chi^2 = 12.138, P = 0.0000$;g: $q = 3.1830, P = 0.0023$;h: $q = 5.6879, P = 0.0000$

1.3 观察指标 观察三组患儿喂养过程中胃食道反流情况,恢复出生体质量时间及达全胃肠营养时间,喂养不耐受例数。若出现下列情况之一可考虑喂养不耐受^[2]:(1)呕吐;(2)腹胀(24 h 腹围增加 $>1.5\text{ cm}$,伴有肠型);(3)胃残留量超过上次喂养量的 $1/3$ 或持续喂养时超过 1 h 的量;(4)胃残留物被胆汁污染;(5)大便潜血阳性;(6)大便稀薄,还原物质超过 2% (乳糖吸收不良);(7)呼吸暂停和心动过缓的发生明显增加。

3 讨论

随着医学新技术的进步,越来越多的低体重儿、极低出生体重儿的生命得到挽救。早产儿由于其生理与解剖的特点,贲门括约肌松弛,胃容量小,易出现胃食管反流和呕吐,

1.4 统计学方法 应用SPSS13.0统计软件进行统计学处理,计量资料以均数 \pm 标准差($\bar{x} \pm s$)表示,三个样本均数比较采用单因素方差分析,均数间两两比较采用 q 检验,计数

且胎龄越小,吸吮能力越差,甚至无吞咽反射^[3]。因此,合理的营养支持尤为重要。早期微量肠道内喂养具有明显的优越性,其能增加肠道组织细胞的发育,提高胃肠黏膜分泌及胃肠激素的活性,促进胃肠功能的成熟^[4],喂养耐受性增加,坏死性小肠炎(NEC)发生率降低。肠道内喂养方法主要有间歇喂养和持续喂养两种。多数 VLBWI 不能耐受经口喂养而需管饲。为避免 VLBWI 经鼻腔插胃管影响呼吸,本研究全部采用经口插胃管,对 105 例极低出生体重儿分别采用泵注法持续口饲喂养、灌注法间歇口饲喂养、滴注法持续口饲喂养三种方法。三组 VLBWI 出院标准:能适应室温、自己吸吮进奶、体重每天 20~30 g 稳定增长、体重达 2 000 g 以上。喂养过程中,灌注法间歇口饲喂养组出现胃食道反流、喂养不耐受情况明显多于泵注法持续口饲喂养组,可能与短期内注入一定量奶液,使肠道容量急剧增加,导致局部组织对血液的需求增加,而早产儿肠黏膜血管床的代偿能力不能满足其需求,造成相对缺血增加胃肠功能障碍有关。滴注法持续口饲喂养出现胃食道反流、喂养不耐受情况多于泵注法持续口饲喂养组,可能与奶液滴入速度不均匀有关。持续输注可增加营养素和矿物质的吸收,减少胃食管反流^[5]。泵注法持续口饲喂养时采用微量输液泵持续、微量、缓慢注入奶量,能

有效地控制胃内容物反流,成为 VLBWI 可以耐受的方法。本研究显示,泵注法持续口饲喂养所致的食物反流发生率显著低于其他两组,喂养耐受性好,恢复到出生体质量快,达到完全肠道内喂养时间短。由此可见,VLBWI 采用泵注法持续口饲喂养,能减少胃食管反流引起的窒息、感染等并发症,保证胃肠内营养的持续性,能满足其生长发育的需求,从而提高了低出生体重儿存活率和生存质量,值得在临床推广使用。

参考文献

- 1 李小寒,尚少梅.基础护理学[M].北京:人民卫生出版社,2006:208-212.
 - 2 薛辛东,芦惠.极低出生体重儿的肠道喂养[J].小儿急救医学,2002,9(1):51-52.
 - 3 金汉珍,黄德珉,官希吉,等.实用新生儿学[M].第3版.北京:人民卫生出版社,2002:192-200.
 - 4 张家骥,魏克伦,薛辛东.新生儿急救学[M].第2版.北京:人民卫生出版社,2006:183-185.
 - 5 吴国豪.实用临床营养学[M].上海:复旦大学出版社,2006:373.
- [收稿日期 2011-07-27][本文编辑 宋卓孙 刘京虹]

护理研讨

前列腺切除术后预防尿路感染的护理

刘彩霞

作者单位:475000 开封,河南大学淮河医院

作者简介:刘彩霞(1962-),女,大学本科,护理学士,副主任护师,研究方向:外科护理及感染管理。E-mail:liucaixia6046@163.com

[摘要] 目的 探讨前列腺切除术后预防尿路感染的护理措施。方法 回顾分析 2008-01~2010-12 共 394 例行前列腺切除术患者资料,总结其临床护理体会。结果 394 例患者经过综合的护理措施和精心护理全部康复出院,住院时间短、术后恢复良好,未出现尿路感染。结论 加强留置导尿管的护理,缩短置管时间,行适宜的膀胱冲洗,严格无菌技术操作,做好术前心理护理等是降低前列腺切除术后尿路感染发生概率的关键。

[关键词] 前列腺切除术; 尿路感染; 预防; 护理

[中图分类号] R 473.6 **[文献标识码]** B **[文章编号]** 1674-3806(2011)12-1189-02

doi:10.3969/j.issn.1674-3806.2011.12.36

前列腺增生是老年男性常见病,手术是常用的治疗方法。由于术后需常规留置尿管和持续膀胱冲洗,但如果尿管留置时间过长,尿路感染的发生概率也增高。因此,有效地预防和减少尿路感染是手术成功的关键。本文对 394 例前列腺切除术后患者预防尿路感染的护理体会总结报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 我科 2008-01~2010-12 共行前列腺切除术 394 例(已剔除术前尿培养细菌阳性者),年龄 54~91 岁,前列腺良性增生 329 例,前列腺癌 65 例。手术方式分别为经膀胱前列腺切除术 69 例,经尿道前列腺电切术 325 例。

394 例(已剔除术前尿培养细菌阳性者),年龄 54~91 岁,前列腺良性增生 329 例,前列腺癌 65 例。手术方式分别为经膀胱前列腺切除术 69 例,经尿道前列腺电切术 325 例。

1.2 护理方法

1.2.1 术前心理护理 本组患者均为中老年人,年龄偏大,病程长且反复就医,以往疗效不明显,故患者常常担心能否耐受手术,术后手术效果好不好,留置尿管后是否会引起尿路