

物质诊断该病的分子鉴定方法,不会与其他真菌发生交叉反应^[2]。在骨髓中可呈不均匀性分布,单次骨髓检查可能漏诊,多部位多次检查可提高诊断率。该例患者 CT 引导下经皮穿刺肺活检仍未能确诊,最后经骨髓穿刺获得诊断。治疗方面,免疫功能低下和症状严重者,以往多推荐首选两性霉素 B 治疗,但副作用较大。伊曲康唑在体内外对肺组织胞浆菌均有显著的杀菌作用,而相对于其他抗真菌药物,其毒副作用却极低,故常作为一线用药。急性感染者可予两性霉素 B(达积累剂量 500 ~ 1 000 mg)或病情改善后停药。慢性空洞形成和进展性播散者予两性霉素 B(达积累剂量 2 000 mg)治疗 6 个月^[3]。本例患者病程长,病情较为严重,所以采用了两性霉素 B 序贯伊曲康唑治疗,获得了良好的效果。对于播散型组织胞浆菌病,疗程需 1 年。治疗结束后对

疾病的复发情况至少应监测 1 年^[4]。

参考文献

- 1 桂希恩,管立人. 内脏利什曼病、播散型组织胞浆菌病及马内非青霉菌病的诊断和鉴别[J]. 中国寄生虫学与寄生虫病杂志,2007,25(1):69-72.
- 2 Rickerts V, Bialek R, Tintelnot K, et al. Rapid PCR-based diagnosis of disseminated histoplasmosis in an AIDS patient[J]. Eur J Clin Microbiol Infect Dis, 2002, 21(11):821-823.
- 3 谢志斌,钟敏华,彭清臻. 组织胞浆菌病 1 例[J]. 临床内科杂志,2008,25(10):702-703.
- 4 Wheat LJ, Freifeld AG, Kleiman MB, et al. Clinical practice guidelines for the management of patients with histoplasmosis; 2007 update by the Infectious Diseases Society of America[J]. Clin Infect Dis, 2007, 45(7):807-825.

[收稿日期 2013-07-08][本文编辑 宋卓孙 蓝斯琪]

护理研讨

胸腔置管注入尿激酶治疗结核性包裹性胸膜炎疗效观察及护理

杨 燕, 宁康娟, 黄文燕

作者单位: 535000 广西,钦州市第一人民医院呼吸内科二区

作者简介: 杨 燕(1983-),女,大学本科,医学学士,主管护师,研究方向:护理学。E-mail:83114yy@sina.com

[摘要] 目的 探讨胸腔内注入尿激酶治疗结核性包裹性胸膜炎的疗效及护理措施。方法 对 2011-01~2011-07 行胸腔置管注入尿激酶治疗结核性胸膜炎的 55 例患者的临床资料进行回顾性分析,对护理方法进行总结。结果 21 例经 3 次治疗,14 例经 5 次治疗,20 例经 7 次治疗后均抽净或引流净胸腔积液,4 例出现穿刺部位酸痛,1 例出现胸痛难忍,处理后均缓解。结论 胸腔置管注入尿激酶治疗结核性胸膜炎能加快胸液的吸收,减轻胸膜增厚和粘连,副作用小,安全有效。做好心理、术中、术后、疼痛、引流管等护理,能减轻患者痛苦,提高疗效。

[关键词] 胸腔置管; 尿激酶; 结核性包裹性胸膜炎; 护理

[中图分类号] R 473.5 **[文献标识码]** B **[文章编号]** 1674-3806(2013)11-1104-03

doi:10.3969/j.issn.1674-3806.2013.11.28

结核性胸膜炎是最常见的胸膜疾病,常因治疗、处理不当导致包裹性积液和(或)胸膜增厚。尤其是包裹性胸腔积液,而多房性包裹性胸腔积液形成和(或)胸膜肥厚后,常规治疗效果不佳,严重影响肺功能,预后不良,往往要通过外科手术才能解决问题。我科于 2011-01~2011-07 收治了 55 例包裹性

胸腔积液患者,在使用常规治疗方法的同时,用胸穿置入中心静脉导管引流胸水,并注射尿激酶治疗结核性胸膜炎,现将治疗和护理经验报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 本组 55 例均为我院 2011-01~2011-07 收治的结核性包裹性胸腔积液患者。其中

男 31 例,女 24 例,年龄 22 ~ 64 (43 ± 3.6) 岁。单纯包裹性胸腔积液 32 例,包裹性胸腔积液合并胸膜肥厚 23 例。

1.2 治疗方法 结核性包裹性胸膜炎患者,均予异烟肼(H)利福平(R)乙胺丁醇(E)治疗方案,先经 B 超定位后,以中心静脉穿刺针进行胸腔穿刺,留置中心静脉导管,并用肝素帽封管或外接引流袋。注药前先将胸水抽完或引流干净,查凝血功能,凝血功能正常者,予尿激酶 10 万 U + 生理盐水 20 ml 胸膜腔内注入,注药后夹管,次日再次胸腔抽液或引流。如抽液顺利,尽量一次将胸液抽净后,再次注入尿激酶 10 万 U + 生理盐水 20 ml;如抽液不畅或与估计积液量不符,行 B 超了解导管位置及包裹性积液情况。可反复多次注入含尿激酶 10 万 U 的生理盐水 20 ml,并接引流袋或抽液,直至 B 超探查证实包裹部位蜂窝状分隔带溶解后,或其直径 < 2.5 cm 不宜抽出为止。夹管期间,嘱患者转动体位,使药物与周围组织均匀接触。定期复查 B 超了解胸腔积液及纤维分隔带变化情况。置管前后均查血常规、凝血酶原时间、出凝血时间,注意有无禁忌证。

1.3 护理方法

1.3.1 术前准备及心理护理 术前抽血,检查血常规及凝血功能,看有无禁忌症。护士应多与患者进行沟通,解释操作的目的是方法、术中的配合及术后的注意事项,告知可能出现的并发症及应对方法,并介绍好转的病例以增强患者的信心,消除患者恐惧心理。备好抢救药品及器械。

1.3.2 术中护理 严格无菌操作,配合好医生的操作,注意观察患者有无胸膜反应。中心静脉导管接头处予接肝素帽或外接引流袋引流,使胸腔与外界密闭。穿刺部位予无菌敷料保护。

1.3.3 术后护理 (1)体位:胸腔内注入尿激酶后,嘱患者经常改变卧位,以利于尿激酶充分接触纤维分隔带,降解纤维蛋白。改变卧位时幅度不宜过大,注意不要让导管脱出。(2)疼痛护理:术后要加强巡视,指导患者学会腹式呼吸,减轻胸膜摩擦。若疼痛剧烈,必要时可遵医嘱使用止痛药。(3)引流管的护理:妥善固定好引流管,注意观察穿刺部位局部皮肤有无红肿、渗血。穿刺点定时消毒,无菌敷料或引流袋隔日更换一次,夏季或高热多汗患者无菌敷料需每日更换,若被污染立即更换。(4)病情观察:主要的不良反应为出血,注意观察患者生命征,有无头晕、头痛、牙齿出血、血尿等,不宜合用影响血小板功能的药物及口服抗凝药。(5)饮食的护理:

胸腔积液中含大量蛋白,故患者本身营养物质丢失严重,应进易消化、高热量、高蛋白、高纤维素的饮食。

1.3.4 拔管的护理 拔管后用小方纱包扎伤口,无需特殊处理。注意观察患者有无胸痛、呼吸困难,伤口处有无渗血、渗液等。

2 结果

55 例患者中 21 例经 3 次胸腔内注射尿激酶后抽净或引流净胸腔积液,抽液或引流量第一次不超过 600 ml/d,以后不超过 1 000 ml/d;14 例经 5 次尿激酶注射后基本抽净胸腔积液。20 例经 7 次尿激酶注射后基本抽净胸腔积液。4 例患者诉穿刺部位酸痛不适,经热敷后缓解。1 例诉胸痛难忍者经肌肉注射曲马多 100 mg 后症状也能缓解,未出现出血现象。

3 讨论

结核性胸腔积液一般为渗出液,其含有的纤维蛋白易沉积于胸膜,形成“纤维素苔”,充当炎症细胞的趋化物,影响血管通透性,促进成纤维细胞粘附和增殖,产生胶原蛋白、粘多糖,使胸膜肥厚、粘连、包裹,易形成小房。由于发现较晚或不及时抽液等因素,形成胸膜粘连增厚,房隔及包裹的发生率达 30%^[1],从而导致患者胸廓畸形、胸痛及呼吸困难等症状。通过胸腔穿刺置入中心静脉导管引流并注入尿激酶,可直接激活纤维蛋白溶酶原转变为纤溶酶,发挥溶血和裂解纤维蛋白及纤维蛋白原的作用^[2],降低胸腔积液粘稠性,消除胸膜粘连和分隔形成,保证积液引流通畅,增加引流量,使肺组织得以重新复张^[3]。尿激酶虽然有引起出血的副作用,但临床上经监测治疗患者凝血功能无明显异常,活化部分凝血酶时间、凝血酶原时间、凝血酶时间均无延长现象、纤维素分隔溶解良好者,包裹性积液治疗的有效率可达到 100%,疗效明显优于单纯用导管引液(66% ~ 83%)的方法^[4]。在胸膜腔注入尿激酶的基础上采用中心静脉导管胸腔置管术,留置小导管到胸腔底部,能充分引流胸液。采用的中心静脉导管细而软,头部光滑而圆顿,组织相容性好,密闭性强,对胸膜组织损伤小,通过导管注入药物,无须反复多次穿刺,疗效得以提高。此手术创伤小、痛苦小、操作简便、易于固定,且在持续引流过程中可以轻度活动、患者易接受,住院治疗时间短、费用低、安全,避免开胸手术,值得临床推广应用。治疗期间,护士应该加强心理护理和导管的护理,注意药物的不良反应及并发症,使患者安全渡过置管期。

参考文献

- 1 张国栋,么作义,王晓军,等.胸腔细管引流并注射尿激酶治疗结核性胸腔积液的疗效研究[J].中国防痨杂志,2004,26(5):304-305.
- 2 杨宝峰.药理学[M].第7版.北京:人民卫生出版社,2008:282-288.
- 3 韩伟,崔秀琴,肖志坚,等.胸腔置管持续引流治疗结核性胸膜炎的临床观察[J].中外医疗,2010,29(4):9-10.
- 4 Klein JS, Schultz S, Heffner JE. Interventional radiology of the chest: image-guided percutaneous drainage of pleural effusions, lung abscess, and pneumothorax[J]. AJR Am J Roentgenol, 1995, 164(3): 581-588.

[收稿日期 2012-11-26][本文编辑 宋卓孙 蓝斯琪]

护理研讨

阴道分娩产妇会阴状况分析

韦彩丽, 廖东红

作者单位: 537000 广西, 玉林市第一人民医院妇产科

作者简介: 韦彩丽(1971-), 女, 大学专科, 主管护师, 研究方向: 妇产科护理。E-mail: weiy536@163.com

【摘要】目的 了解住院阴道分娩产妇会阴状况, 为提高产妇会阴完整率提供依据。**方法** 对2012-01~2013-06玉林市第一人民医院阴道分娩产妇会阴状况进行回顾性统计分析。**结果** 产妇阴道分娩2 608例中, 会阴完整274例, 会阴完整率为10.51%; 会阴侧切1 375例, 会阴侧切率为52.72%; 会阴裂伤959例, 会阴裂伤率为36.77%; 会阴侧切后会阴裂伤16例, 发生率为1.16%。**结论** 合理掌握分娩技巧, 可以提高会阴完整率, 降低会阴侧切及会阴裂伤率。

【关键词】 阴道分娩; 会阴侧切; 会阴裂伤; 调查

【中图分类号】 R 714 **【文献标识码】** B **【文章编号】** 1674-3806(2013)11-1106-02

doi:10.3969/j.issn.1674-3806.2013.11.29

产时会阴裂伤, 近致产时出血多、增加感染, 远致阴道支持组织失去正常功能, 造成膀胱膨出、直肠膨出及子宫脱垂等病症。为了解住院阴道分娩产妇会阴状况, 提高产妇会阴完整率, 保护产妇的生殖健康和提高产科质量, 现对2012-01~2013-06我院阴道分娩产妇会阴状况进行统计分析如下。

1 对象与方法

1.1 对象 为2012-01~2013-06我院住院阴道分娩产妇, 共2 608例, 年龄15~46岁, 平均28.5岁。

1.2 方法 采用回顾性分析的方法, 对2 608例阴道分娩产妇的会阴状况进行统计, 统计项目包括会

阴侧切、会阴裂伤及会阴侧切后会阴裂伤状况、会阴完整情况等, 并进行分析。

2 结果

阴道分娩的2 608例产妇中, 会阴完整274例, 会阴完整率为10.51%; 会阴侧切1 375例, 会阴侧切率为52.72%; 会阴裂伤959例, 会阴裂伤率为36.77%; 会阴侧切后会阴裂伤16例, 发生率为1.16%。两年阴道分娩的会阴情况对比见表1。结果表明, 会阴完整率、会阴侧切后会阴裂伤的发生率2年无差异; 会阴侧切率、会阴裂伤率2年比较略有差异。

表1 阴道分娩会阴状况调查表[n(%)]

时 间	阴道分娩	会阴完整	会阴侧切	会阴裂伤	会阴侧切后会阴裂伤
2012-01~2012-12	1772	183(10.32)	991(55.93)	598(33.75)	11(1.11)
2013-01~2013-06	836	91(10.88)	384(45.93)	361(43.18)	5(1.30)
合计	2608	274(10.51)	1375(52.72)	959(36.77)	16(1.16)

3 讨论

3.1 本调查表明, 我院阴道分娩产妇会阴侧切率为

52.72%, 高于钟甲萍等^[1]报道的初产妇阴道分娩会阴侧切率[45.6%(57/125)], 也高于李庆梅^[2]报道