T>39℃或持续低热说明有术后并发症的发生，要提高重视。

(2) 严密观察 Bp、P变化：当 P≥100次/分，收缩压≤80 mmHg，脉压差≤20 mmHg时，提示血容量不足和休克，需积极进行抗休克治疗。

(3) 维持有效呼吸：注意 R频率和深度，给予吸氧，对血气进行动态分析，警惕肺部感染和 ARDS，而 ARDS是 SAP最早最严重的并发症，病死率很高[3]。

(4) 加强心电监护：重症胰腺炎易并发中毒性心肌炎，故应重视心肌保护，防止缺氧和心律失常，尤其原有心血管疾患者。

(5) 准确记录 24 h出入量：根据病情调节补液速度和量，开通深静脉通道，保证尿量在 30 ml/h以上。

2.3 引流管的观察及护理：

(1) 胰床引流管及腹腔引流管的护理：术后用生理盐水+庆大霉素行胰床灌洗，引流，有效地冲洗，能清除胰腺坏死组织，防止胰床脓肿和胰腺假性囊肿的产生：①了解双管在腹腔内的位置，做到心中有数；②连接好注水管与吸水管同时保证冲洗液量进出平衡，密切观察引流液的颜色、性质、粘稠度，在灌洗过程中，严密观察滴速和病情变化，如病人感到畏寒、心慌、血压下降可放慢灌洗速度，防止因灌洗过快过凉导致病人寒战，冬季时可对灌洗液适当加温；③防止双管折叠、扭曲、受压及被坏死组织堵塞等情况的发生，尤其在变换体位时更应注意引流管脱出。

(2) 胃管及胆道引流管的护理：胃管、胆道引流管作用是起到降低胆道、胰管、胃肠道压力，使胰液减少，胰酶激活减少，控制胰腺炎的进一步发展，必须保护两管通畅，准确记录，同时看护好患者，防止误拔。

2.4 加强基础护理：

(1) 体位：术后麻醉清醒、血压平稳后，取半卧位，利予引流，使感染局限。

(2) 保持呼吸道通畅，鼓励病人咳嗽，给予翻身拍背，嘱其深吸气，必要时给予雾化吸入。

(3) 做好晨晚间护理：保持床位及皮肤清洁干净，注意口腔护理防止并发症。

2.5 营养支持疗法：及时、合理的营养治疗是治疗重症急性胰腺炎的一个重要环节，因为早期肠内营养不仅不会明显刺激胰腺分泌，还有助于防治肠道功能衰竭，降低肠道菌群易位的几率和胰腺坏死组织的感染率，并能满足早期患者的能量需求。

(1) TRN护理：术后以高渗葡萄糖、脂肪乳、白蛋白为主要能量，从深静脉里供给，护理上要求严格执行无菌操作，及时对血糖、尿糖监测，观察病情变化，对各并发症的发生做到早发现、早报告、早处理。

(2) 口服饮食：术后 4～5周恢复期方可经口饮食，从流质、半流质、过渡至普食，饮食宜以高热量、高蛋白、低糖、低脂。

2.6 出院指导：注意休息，生活规律、嘱低脂饮食，避免进食刺激性食物，戒烟酒，定期回院复诊。

3 结 论

重症胰腺炎发展过程是胰酶被激活引起的自身消化，胰腺细胞坏死、胰液外渗出使周围组织器官被消化而坏死，导致毒素和胰酶被吸收，引起多器官损害的一种过程。故早期的肠外营养、有效的腹腔冲洗，细心的病情观察，熟练的护理操作是抢救 SAP成功的关键。

参考文献：

1 伍雪冰，陈永彤，方 文，等．重症胰腺炎的评估与护理．护士进修杂志，2003，18(6)：523.

2 李宝华．非手术治疗重症急性胰腺炎．中国实用外科杂志，1991，19(9)：529-531.

3 高国群．重症急性出血坏死性胰腺炎并发多器官衰竭的临床特点及护理．护士进修杂志，2001，16(7)：533.

(收稿日期：2005-04-06)

中心静脉导管在胸腔闭式引流中的应用及护理

罗小青

广州市第一人民医院 (510180)

【摘 要】 目的 探讨中心静脉导管置入胸膜腔治疗闭合性气胸的应用和护理特点。方法 采用中心静脉导管置入胸膜腔治疗闭合性气胸，观察其疗效、并发症和护理。结果 32例病人中肺复张完全 27例，肺压缩约 10% 3例；肺复张时间平均 2天，拔管时间平均 3天；并发液胸 3例，无其他并发症。病人创伤小，易于护理。结论 中心静脉导管置入胸膜腔治疗闭合性气胸疗效好，创伤小，并发症少，护理简单易行。

【关键词】 气胸 中心静脉导管 穿刺术 护理

© 1994-2006 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved. http://www.cnki.net

自发性气胸闭式引流是迅速解除呼吸困难的首要措施，而常规采用的硅胶闭式引流管较粗，质地较硬，须切开皮肤，经钝性分离肋间组织达胸腔，对病人造成一定的痛苦和恐惧。我科于 2002年 11月～2003年 8月，对 32例自发性气胸的患者采用留置中心静脉导管行间断抽气引流，取得了满意疗效，现将方法和护理体会总结如下。

1　临床资料

1.1　对象：观察 32例，其中男 28例，女 4例，年龄 19～86岁，平均 36岁。基础疾病：陈旧性肺结构 6例，阻塞性肺气肿 6例，矽肺 1例，平素体健、突然发病 19例。术前均胸透或拍胸片，显示单侧肺压缩 30%～90%。

1.2　材料：中心静脉导管，3m敷料。

1.3　治疗方法：取锁骨中线外侧第 2肋间或腋前线第 4～5肋间。插管前常规消毒铺巾，予利多卡因局麻。先用注射器预先吸入一定量生理盐水，在穿刺点处刺入有突空感后，回抽见气泡冒出，从注射器尾部小孔插入引导钢丝，保证进入胸膜腔足够长度后退出注射器，予扩张器扩张皮肤、皮下组织及胸膜。在引导钢丝引导下置入中心静脉导管，导管在胸膜腔内留置 3～5 cm，退出导丝，夹紧导管，接肝素帽，局部予 3m敷料固定。

2　护　理

2.1　每天触摸插入部位有无肿胀，有无感染体征，当敷料潮湿、松动、变污时应立即更换，为避免皮肤下潮湿，出汗多的患者应该勤更换，以防止局部出现感染。

2.2　密切观察生命体征的变化，保持导管通畅，注意胸痛与呼吸困难的关系，及呼吸的频率的规律。

2.3　注意并发症的观察，如出现大面积的皮下气肿及纵隔气肿即刻通知医生处理。

2.4　妥善固定，防止导管脱落引至空气大量进入胸腔。

3　结　果

32例病人中肺复张完全 27例，肺压缩约 10%3例；肺复张时间平均 2天，拔管时间平均 3天；有效率约 94%(30/32)；2例因疗效差而改用 22#胸腔闭式引流管并治愈。并发液胸 3例，拔管后自行吸收；无出血、皮下气肿、导管堵塞、插入口感染、复张性肺水肿等并发症。

4　讨　论

4.1　疼痛减轻：传统的胸腔闭式引流由于需要切开皮肤，钝性分离，往往病人出现持续疼痛，一般 3～4天内需要使用止痛剂，增加了病人的痛苦及心理压力。而采取中心静脉导管置入行引流，由于导管针较锋利，进针时不需切开皮肤，术后病人一般疼痛轻微，病人易于接受。

4.2　创伤小，不易造成感染，不易形成疤痕[1]：目前硅胶聚氨脂为中心静脉导管的主要材料，硅塑材料的弹性及柔软性对胸膜腔的损伤小，硅塑导管提供的防水表层有效的防止细菌的粘附。且导管外径小，对病人造成的损伤相对减少。由于导管外径小，易于愈合，插管后局部不形成疤痕，不影响美观[2]。

4.3　易于固定，病人活动度增大：中心静脉导管细小，有较强的韧性，只需要予 3M敷料固定即可，无须缝线，使操作简单、流畅，一气呵成，病人易于接受。

4.4　存在问题：中心静脉导管的主要材料为硅胶聚氨脂，导管内径小，管壁柔软，抽气过程中有时因管壁变形而使气体不易抽出，此时宜变换导管深度和方向即可。进一步可改用类似心导管的聚氨脂材料。

参考文献：

1　韩福森．中心静脉导管内置术治疗自发性气胸 20例．中华临床医药杂志，2002，28（3）：37.

2　虞仲英．中心静脉导管胸腔引流治疗自发性气胸疗效分析．临床肺科杂志，1998.3.

3　高乾琴，楼青青．深静脉留置管作胸腔闭式引流的护理．中华护理杂志，2001，36（4）：276-277.

（收稿日期：2005-03-11）

急性闭角型青光眼病人的心理护理

朱宝卿

广东省东莞市太平人民医院五官科　（523900）

【摘　要】　目的　了解急性闭角型青光眼病人的心理反应特征，探讨加强病人心理护理对病情好转的效果。方法　通过对 48例青光眼病人采用多种心理护理措施。结果　全部病人能较好消除忧虑和急躁的心理，配合治疗。经适当治疗，所有病例头部、眼部症状消失，眼压控制在正常范围，视力有所提高，治愈率达 100%。结论　积极的心理因素能充分调动病人的康复能力，增强免疫机能，利于病情好转。我们在眼科临床工作中，根据病人不同的心理动态，给予相应的心理护理措施，以正确引导和激发病人积极心理，对急性闭角型青光眼的好转起了积极的促进作用。

【关键词】　急性闭角型青光眼　心理特征　护理

© 1994-2006 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved.　http://www.cnki.net