

体位等,均可导致患者血压下降。而浅麻醉,应用氯胺酮、气管插管、升压药使用不当等易引起患者血压升高²。因此,麻醉过程中应根据病情变化5—10分钟测量一次血压。

3)脉率:脉搏的变化有助于判断循环功能状态,病人紧张情绪、发热、血容量不足、休克早期、麻醉药物影响,可产生心动过速,脉搏快而弱。一些老年病人,麻醉中迷走反射增强,可出现心动过缓,手术病人因各种原因术中出现心律失常者并不罕见。因此,护士应配合医师随时监测脉率、心律。

4)呼吸:麻醉中出现呼吸增快或减慢、节律改变或出现异常呼吸,常提示患者病情变化。有些麻醉药物如硫喷妥钠、氯胺酮等,可增加喉头的应激性、诱发严重的喉痉挛而引起上呼吸道梗阻。麻醉过深时可出现舌后坠,以及某些全麻药,麻醉性镇痛药、催眠药等所致中枢性抑制等,均影响正常呼吸³。麻醉中,护士应及时清除呼吸道分泌物,保持呼吸道通畅。

2.5 与麻醉医师配合作好抢救准备:手术室护

士必须熟练地掌握各种抢救技术,如麻醉机性能及装置,各种检测仪器的使用以及各种药物的药理作用、用法、剂量等。若术中患者因某种原因而出现休克、呼吸衰竭、循环骤停,手术室护士必须具有高度的责任感,主动与麻醉医生配合进行抢救。

3 术后护理

手术完毕,手术室护士应与麻醉医师一同护送患者回病房,并与病房护士详细交待所施手术、麻醉方法及手术和麻醉过程中患者的基本情况、麻醉后注意事项等。

参 考 文 献

1. 刘钦主编. 外科学, 第二版. 北京, 人民卫生出版社, 1993; 25
2. 上海市实用麻醉学编写组编. 实用麻醉学. 上海, 上海科学技术出版社, 1978; 42~43
3. 刘俊杰, 赵俊主编. 现代麻醉学. 北京, 人民卫生出版社, 1987; 503~503

(1996-05-06 收稿)

540-541

流行性乙型脑炎超高热患者的降温护理体会

刘宗桂 郭大为 陈小燕

(泸州医学院附属医院传染病科 646000)

R512.32

R473.5

中图法分类号 R172

发热是流行性乙型脑炎(简称乙脑)最常见的临床症状,而超高热可使病情加重,甚至促进死亡。救治的关键是迅速降温,同时采用脱水、适当的中西药物治疗,以及良好的护理。现将我院从1978~1993年超高热的乙脑患者52例采用的降温措施及其护理体会作一介绍。

1 临床资料

1.1 病例选择

本文所收集的病例为1978~1993年通过临床诊断为乙脑超高热(体温>41℃)的52例

住院患者。男性28例,女性24例;年龄在9月~11岁,以2~7岁年龄组(36/52,69.23%)。

1.2 临床诊断

所有患者均有蚊虫叮咬史,发病在7~9月。出现高热、惊厥、不同程度的意识障碍及脑膜刺激征。脑脊液为病毒性脑炎改变。其中24例血清中出现特异性IgM抗体或第二次血清的血凝抑制试验超过首次血清抗体效价4倍以上者。

1.3 降温措施

www.med126.com

入院时进入严密隔离病室进行隔离。病室要空气流通,避免过热,设法降低室温,可根据条件用大冰块加电风扇(电扇只能吹冰)或用空调器,争取降低室温至 $25\sim 30\text{C}$ 。在安定等镇静剂作用下用冰袋敷头部和浅表大血管(腋下与腹股沟)或用30%酒精擦四肢。在用物理降温的同时,可考虑用安乃近 $10\text{mg}/\text{Kg}$,次,治疗,肌注或用羚羊角磨水口服。也可用冰水 100ml 加阿司匹林 1克 灌肠,保留15分钟后排出。

2 治疗结果

52例中存活40例(76.92%),死亡12例(23.08%)。选择同期50例超高热乙脑患者用一般对症治疗为主作对照,存活23例(44.23%),死亡29例(55.77%)($P<0.05$),有显著性差异。

3 讨论与体会

乙脑是由乙脑病毒所致的急性传染病,目前无特异治疗方法,主要以综合治疗加发病学治疗方法为主。发热是乙脑最早期最重要的症状,而且是必有症状,发热愈高,提示感染愈重,热程愈长,提示脑部的病理损害愈明显,因此,临床上往往以发热的高低与热程的时间来表示病情轻重,故在临床诊断成立时应积极降温。

3.1 降温的原则和方法选择

降温以降低室温为主,降低体温为辅;降低体温应以物理降温为主,药物降温为辅。

早年因病房条件差,降低室温多以湿扫地面,待水份蒸发后降低室温。此法方便,无需条件,但因潮湿易“生痰”,使昏迷程度加重。大冰块加电风扇、电扇吹冰不吹人,当冰融化后热量吸收,室温下降。在空调器逐渐普及后,为降低室温创造条件。

在用物理降温前宜选用安定或用亚冬眠疗法(冬眠灵、非乃根各 $1\text{mg}/\text{Kg}$,次,静注)。使用冰敷头部和四肢表浅大血管或冰水灌肠,达

到降温目的,如在 $30\sim 40$ 分钟仍不降温,加用30%酒精反复擦浴四肢,至明显充血、血管扩张以散热。如仍不降温者,可用安乃近 $10\text{mg}/\text{kg}$ 次肌注,以发汗降温,其效果显著,每日可用 $3\sim 4$ 次。

3.2 高热伴惊厥的处理

乙脑的病理基础是脑水肿,任何征候(包括超高热和惊厥)都与脑水肿有关,因此,除积极降温外,还应积极脱水。常选用的脱水剂为20%甘露醇 $1\sim 2\text{g}/\text{kg}$ 静脉推注,每 $6\sim 8$ 小时1次,至病情好转。

3.3 降温的注意事项

①对超高热乙脑患者,降温应放在抢救室内进行,以 $2\sim 3\text{C}/\text{小时}$ 为宜。降至 38C 左右,对病情转归及预后有一定作用。②降温中应有专人护理,每次降温措施后,应30分钟测体温1次,并注意观察患儿脉搏、血压、呼吸、神志,并随时报告医生。③用物理降温,尤其是冰敷时,应注意防止冻伤皮肤,若冰块全部溶解后要及时更换。④在物理降温时,多测肛温为主,但注意不要损伤体温表,以免发生意外。⑤进行冰水灌肠时,应注意患儿平卧或稍抬高臀部及肛管插入的深度,使冰水保留在肠道时间15分钟。⑥幼小儿童可因肌注安乃近而大量出汗而发生循环衰竭,应注意防治,安乃近滴鼻的降温效果不佳,超高热患者不宜用滴鼻。

通过以上的降温措施,观察组患者退热效果较好,病情缓解,病死率降低。

参 考 文 献

1. 余光开. 关于流行性乙型脑炎几个问题的讨论. 四川卫生, 1981; (3): 87
2. 余光开. 中西医结合治疗乙型脑炎的疗效讨论. 泸州医学院学报, 1978; (4): 23
3. 乔汉臣. 流行性乙型脑炎(见李梦东主编, 实用传染病学). 人民卫生出版社, 1994; 135~145

(1996-07-05 收稿)