

提示葡萄胎,最后给予彻底治疗。通过护生自己多查资料、多看书,明确各种疾病之间的联系与区别,需要做什么样的辅助检查加以鉴别这样一个过程,大大提高了护生的横向思维和纵向思维能力,可以使其在临床工作中遇到病人时考虑的比较全面,减少漏诊和误诊。这部分自我学习的过程是PBL教学的中心环节。④由辅导老师带领小组讨论:通过讨论指出共同点和不同点,同时使护生之间不同的信息得以交换共享,综合各种信息和资料,提出医疗诊断和护理问题,作出论证假设的第一步。其后根据具体的病情变化,进一步证实提出的假设,提出治疗原则及具体的护理方案。⑤总结:各小组由组长代表发言,阐述自己的观点和结论,最后由教师进行总结。

1.2.2 “传统教学班”的教学实施:运用灌输式、病例式教学方式,结合多媒体教学讲授相应部分的知识。

1.3 教学效果评估:采用阶段考试和期末考试相结合的方法,期末考试包括选择题100题,其中病例分析占40%,另外附加两道问答题(20分),均为病例分析题。

1.4 统计处理 评估结果均用 $\bar{x} \pm s$ 表示,统计学分析采用ANOVA检验,用SPSS11.0统计分析软件进行处理。

2 结果

表1 漯河医专2007级临床护理专业1班和2班在妇产科护理学教学中两种教学方法成绩的比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	人数	期末考试分数	PBL阶段测验	期末考试PBL附加题
PBL教学班	53	70.59 $\pm$ 7.68	91.06 $\pm$ 17.48	12.67 $\pm$ 2.98
传统教学班	52	73.06 $\pm$ 8.35	60.90 $\pm$ 13.751	10.88 $\pm$ 3.892

注:“1”表示与传统教学班相比, $P<0.05$;“2”表示与传统教学班相比 $P<0.01$ 。

教学结果如表1所示,PBL教学实验班护生期末考试成绩与传统教学班护生考试的成绩相比,无明显统计学差异($P>0.05$)表明PBL教学法并不影响护生对基础知识、知识要点和难点的掌握。实验班护生PBL阶段考试和期末考试的病例分析成绩显著优于对照班护生的成绩($P<0.01, P<0.05$),表明PBL教学法在护生临床思维方面的培养显著优于传统教学方法。

3 讨论

3.1 PBL教学法在妇产科护理学教学中的必要性可行性:妇产科护理学研究的对象是妇女,女性病人有其不同的生理特点和心理影响,所以妇产科护理学的学习有其特殊性。护生必须学好基础知识,具有扎实的理论基础,掌握生理产科与病理产科、

妇科与产科相互之间的关系,才能使护生在以后临床工作中发挥灵活的思维方式,提高实际解决问题的能力。由于妇产科护理学的内容比较抽象,学时有限,护生往往很难领会学习内容,男护生更是对妇产科护理学不感兴趣。如何针对护生学习妇产科护理学的特点,采用切实可行的教学方法,提高护生学习妇产科护理学的兴趣,培养学生分析问题、解决问题的能力,是摆在教师面前的重要课题。PBL教学法把枯燥的理论知识变成了问题式的病例讨论方法,增加了护生尤其是男护生的学习兴趣,为现在的理论与以后的临床实习乃至工作搭起一座桥梁,使其有机地结合起来,保证了护生学习理论知识的系统性、广泛性。又引导护生围绕问题独立思考,积极参与讨论,主动寻求答案,使护生思维能力增强,学习兴趣浓厚,并使课堂气氛活跃,调动师生双方的学习积极性。不仅如此,还能使护生日后更加积极主动的学习新知识,跟上信息社会加速发展步伐,真正做到终身学习^[3]。

3.2 采用传统教学方法及PBL教学法的利弊:传统教学法以教师给护生提供信息和知识为先导,要求护生记忆,从而达到学习目的,虽然近年来在妇产科护理教学中采用了启发式教学,多媒体课件辅助教学等教学方法,但仍然难以调动护生学习的积极性,且护生灵活运用知识解决实际问题和进行病例分析的能力明显不足。而PBL教学法是一个注重理解和解决问题的教学过程^[2]。PBL教学法克服了传统教学法的弊端,强调调动护生的主观能动性,让护生自己去寻找解决问题的方法。由此带出一系列相关的基础知识和临床技巧方面的问题;督促护生查阅有关参考书和文献,寻找答案;进行小组讨论和总结,大家共享查到的结果,互相补充。因此培养了护生形成临床思维发挥其学习的积极创造性和潜力。

综上所述与传统学习相比较,PBL教学法能够促进护生学习兴趣 and 动机,自主学习和获得结论方面都具有较大的优越性,是提高教学质量和医学生素质的有效途径。

参考文献

- [1]Donner RS,Bickley H.Problem-based learning in American medical education:an overview.Bull Med Libr Assoc. 1993,81(3):294-298.
- [2]杨耀防.以问题为中心教学过程相关问题探讨[J].国外医学,医学教育分册,1995,16(1):4.
- [3]沈建新.PBL:一种新型的教学模式[J].国外医学,医学教育分册,2001,22(2):36.

脐血输注的方法及注意事项

褚正菊(随州市中心血站 441300)

【中图分类号】R457.1 【文献标识码】A 【文章编号】1672-5085(2012)29-0425-02

【摘要】随着近年来脐血研究的不断深入,脐血临床应用日趋广泛。但至今仍按成人血的输入方法,其成分与成人血不尽相同,虽然脐血输入较成人血输入反应少,但完全按照相同的方法输入,不能达到输脐血之目的,应引起临床护理工作者的重视。在此,笔者搜集、查阅有关脐血输注的方法及注意事项,供护理人员参考。

【关键词】脐血 护理 输注方法 注意事项

1 脐血输注前的护理

1.1 做好输注前的心理护理

1.2 严格查对制度

1.3 输注前后注意T、P、R、Bp监测

2 脐血的输注途径

2.1 静脉途径:静脉途径最为常用,尤其适用于补充血容量或提高血红蛋白、脐血用量

较大时。静脉可选用肘前静脉、踝前静脉、手背静脉、头皮静脉等较粗大的血管。

2.2 皮下和肌肉途径:常用于小儿作为刺激疗法,改善一般情况,增进食欲,加速病灶消散,总量一般不超过20ml,分两侧臀部注射。

2.3 骨髓途径:因肥胖或严重脱水,浅表静脉无法找到以及再

生障碍性贫血等疾病,需“按摩”骨髓时,可选用骨髓途径。按骨髓穿刺技术,接上输血管即可。

2.4 直肠灌注:有时利用脐血口服治疗脱发和产后缺乳,常因口服新鲜脐血令病人恶心,此时可清洁灌肠后,将脐血滴入肠道,能起到与口服同样的治疗作用。

2.5 局部点滴:无菌新鲜脐血滴入耳内或创面,可消除炎症,加速创面愈合。

3 脐血的输注量

脐血输注量随疾病而异:

3.1 作为强身疗法,每次50~200ml,每周2~3次;

3.2 用来纠正贫血提高血红蛋白时,则成人需400~800ml,小儿按每5ml/kg计算;

3.3 提高血容量抢救休克,成人每次800~1600ml,小儿按

20ml/kg计算^[1]。

4 脐血的输注方法

为减少输血反应,输注前静脉注射地塞米松2.5~5mg,脐血通过常规输血滤器静脉输入。

4.1单个脐血全血输注:多用于儿科病人,若为年长儿或成人需输血量较大时,可用多个同型脐血,先后连续滴注,两袋脐血间需用适量生理盐水冲洗输血管道。

4.2混合脐血全血输注:对成人的病人,单个脐血量太少,可将同血型的多个脐血,于输注前在血库无菌环境中,合成一袋主侧配血后进行输注。O型脐血经合血后可输给任何血型患者,但不宜在输血前与异型血混合成1袋,可先后分别静脉滴入。

4.3稀释脐血输注:用低分子706代血浆与脐血等量混合,在各种手术中输注应用,取得良好效果,无输血反应,无渗血现象,病人伤口愈合正常^[2]。

4.4脐血造血干细胞输注:用于脐血造血干细胞移植术,根据临床情况,分别有新鲜和冻存脐血造血干细胞输注:

4.4.1冻存脐血造血干细胞输注:由于冻存的造血干细胞在储存时加有冷冻保护剂二甲基亚枫,在常温下对造血干细胞有一定毒性。因此,解冻后细胞输注时,二甲基亚枫的浓度<5%,并经输血器快速过滤,5~10分钟内静脉输入,一般不必处理。

4.4.2新鲜脐血输注:在常温下新鲜脐血中造血干细胞易降低活性,核对好血型后,也要用输血器过滤快速输入。

5 脐血输注的注意事项

5.1脐血内红细胞较多、粘稠度大,一般选用较粗大的静脉血管输注。如头皮静脉、手背静脉、踝前静脉、肘静脉等,宜用7号针头直接穿刺输注。特别是成人需血量大或低血容量休克病人需快速输注时,应直接静脉推注。

5.2注意纠正酸中毒:由于脐血收集量受许多因素影响,50~200ml不一,而枸橼酸钠保存液多按20ml分装,多数脐血内枸橼酸钠含量偏多而呈酸性。另一方面,随着储存期延长,无氧酵解不断进行,乳酸累积,PH值逐渐下降。有人测定保存23天时PH值为6.2~6.5之间。若大量快速输注如此酸性血液,可能引起医源性酸中毒。为了预防发生酸中毒,应适当补充碱性溶液。另外,碳酸氢钠还可使氧的离解曲线右移,促进血红蛋白释放氧的能力,改善组织缺氧状态^[1]。

5.3枸橼酸钠保存液中枸橼酸可与钙、镁离子结合,使血浆内钙、镁浓度下降而发生低钙、低镁血症。对婴幼儿或1次大量快速输注时尤易发生。若有此可能,应在输脐血后补充钙剂。但不可将葡萄糖酸钙与枸橼酸脐血同时输注,以免发生枸橼酸沉淀和凝血^[1]。

5.4脐血全血4℃保存较成人血易发生溶血,此时仍可输血,但应严密观察,若出现不良反应,应立即终止输注,检查原因,给予必要的治疗。

5.5做好护理记录,包括输血开始及终止时间、血型、血袋号、有无输血反应、操作者签名等内容,逐项填写清楚。

6 脐血输血反应的观察及护理

6.1发冷发热反应:此反应在脐血输血反应中相对比较常见,可在输血过程中或输血后出现,全身发冷伴有寒战、面色苍白,

随之体温升高,多在数小时内退热,可能与致热源或白细胞破坏产物有关。护士在输注过程中及输血后注意体温的波动,如体温38.5℃以上,首先采取降温措施,适当给予镇静和退热药处理;反应严重时应终止输血。严密观察,给予相应治疗。

6.2过敏反应:这类反应多发生于缺乏IgA的病人,由于脐血中IgA含量极微,一般方法不易测出,所以,脐血所致过敏反应很少发生。这类反应的特征为仅输入少量脐血后,即发生咳嗽、呼吸窘迫、恶心、呕吐、腹泻、腹部绞痛,甚至休克、神志不清,常伴有发热反应。临床护理中,要注意病人的一般情况变化、皮肤反应。如发现上述情况应立即停止输血,皮下注射1:1000肾上腺素0.3~0.5ml,静脉补液,治疗低血压等对症处理措施。

6.3溶血反应:多为血型不合输注所致,马祥吉报告1例因误将A型脐血输给B型病人引起溶血^[3],Gluckman报告用HLA相合,ABO不合脐血全血作造血干细胞移植术,所有病人都发生溶血和血红蛋白尿,此时只要给予足量液体和碱化尿液,均未发生严重后果^[4]。但为安全起见,在输注前严格核对血型还是很有必要的。

6.4荨麻疹:荨麻疹的发生率较输注成人血少一半以上,发现症状后,应及时注射抗组织胺药物,轻症患者注射此药可减轻反应,不必中断输血;严重者应暂停输血。输注洗涤脐血RBC可避免荨麻疹反应。

6.5枸橼酸中毒:大量输注混合脐血时,同时输入枸橼酸钠可引起枸橼酸中毒。表现为血浆游离钙下降、肌震颤,心电图显示S—T段延长,T波延迟,心排出量下降,甚至室颤。所幸枸橼酸静脉注射中毒量为15克(成人),一般1次输注5000ml之内,尚不达此量,且缓慢输入,枸橼酸已在肝内代谢,不至于发生中毒现象^[5]。

6.6感染性疾病:多由于无菌操作不严所引起,常见为葡萄球菌、类白喉杆菌等。输血开始后1小时左右出现发热、寒战、甚至休克。严格的无菌操作技术是预防此病的关键。由于病毒、细菌不能通过胎盘,所以,输脐血性肝炎及其他CMV、EB病毒等感染尚未见报道。

6.7循环超负荷:婴儿、重度贫血或心功能不全病人,输注过快或过量可致循环超负荷。表现为精神不振、干咳、胸闷、紫绀、呼吸困难、收缩期血压升高,甚至肺水肿而死亡。所以,在大量输注时,应严密观察生命体征的变化。

参考文献

- [1]沈柏均,等.人类脐血基础临床.天津科学技术出版社,1995.5.
- [2]徐配华.试用稀释的胎盘血.中华麻醉学杂志,1984,4(2):126.
- [3]马祥.胎盘在产科临床上的应用.中华妇产科杂志,1966,12(2):286.
- [4]Gluckman E,et al.Hematopoietic Reconstitution in a Patient with Fanconi's Anemia by Means of Umbilical Cord Blood from an HLA-identical Sibling,N Engl J Med,1989,321:1174.
- [5]杨柯.收集与使用胎盘血的经验报告.中华妇产科杂志,1956,2:111.

脑血管病并发消化道症的护理

徐文利(河南省沁阳市人民医院 河南沁阳 454550)

【中图分类号】R743 【文献标识码】A 【文章编号】1672-5085 (2012) 29-0426-02

脑血管病是目前危害人类健康的重要疾病之一,脑血管病患者由于脑血管循环障碍,常损害植物神经中枢,导致消化道功能障碍,如呕吐、上消化道出血、腹胀、便秘、腹泻等,这些并发症如不及时处理,可使疾病恶化,甚至导致死亡。早期正确处理对病人康复有重要意义,现将脑血管病并发消化道症的护理详述

如下。

1 呕吐

急性脑血管病引起呕吐的主要原因有:颅内压力增高,引起脑组织缺氧,供血不足,特别是延髓呕吐中枢缺血更易导致呕吐;脑血管病并发上消化道出血,水电解质紊乱,酸碱平衡失调