

床上搬动时,需4~5人,动作一致,保持脊柱水平,并保持引流管不脱出;②术后6h内密切观察生命体征、切口渗血和伤口引流情况,避免因引流不畅形成椎管内血肿,注意观察引流液的量和性质,判别有无活动性出血或脑脊液漏。③由于椎弓根螺钉直接固定于腰椎椎体上,滑脱椎与下位椎体需用4~6枚螺钉固定,如手术动作过大,极易造成脊髓及神经根损伤,故术后24h应严密观察双下肢感觉、运动情况。④术后禁食6h后开始进食少量流质饮食或半流质饮食,逐渐给予高蛋白、低脂肪、富含维生素、易消化饮食,多饮水,保持大便通畅,促进伤口愈合。(2)体位护理:术后卧硬板床,留置引流管时要禁止平卧位,采取左、右侧卧位,避免平卧时伤口引流管受压,致使引流管引流不顺畅,每2小时协助翻身1次,翻身时避免拖、拉、推等动作,并进行轴式翻身,防止躯干扭曲,防止因翻身不当而引起内固定松动等并发症。(3)康复训练:向患者及家属讲解功能锻炼的重要性,做好患者的康复训练指导工作,术后康复训练的主要目的是使腰骶部和骨盆部等相关部位的软组织具有足够的柔韧性,以及下腰部功能相关的肌肉获得或恢复足够的力量,以便在日常生活中有正确的静态和动态的姿势^[1]。另外,退行性病变强调运动应使损伤危险或疲劳降到最低,在开始训练时主要进行非承重训练^[2]。指导与协助患者进行功能锻炼时,注意评估双下肢感觉、运动变化情况。①术后第2天开始进行双下肢直腿抬高运动,预防神经根粘连,同时进行双下肢股四头肌等长收缩运动。②逐步进行腰背肌、下肢后部肌群的等长收缩运

动,双下肢膝关节屈伸运动。③中期(术后1~3个月)功能锻炼原则要求尽早下床活动,戴腰围站立,开始最好扶双拐并逐渐练习行走,使腰部应力,便于轴线上的骨痂不断得到增强。④后期(术后3个月后)开始腰背肌及腹肌的功能锻炼,可进行俯卧位的飞燕式运动,侧卧位的抬腿运动,仰卧位的五点式运动等,遵循循序渐进及适度疲劳原则,逐渐过渡到有规律的健身运动。

2.3 出院指导 嘱患者出院后卧中等硬度床垫,以使人体仰卧时保持腰椎正常的生理曲线,侧卧时保持腰椎部侧弯,最大程度的减轻或解除腰部肌肉的收缩、紧张和痉挛^[3]。术后3个月仍以卧床为主,避免长时间久坐,持续佩戴腰围3~6个月,在此期间,避免坐软椅,防止腰部极度屈曲或扭曲,勿提大于5kg重的物品。平常工作、学习与生活应保持正确的坐姿和站姿,多做短时散步。定时到医院门诊复查X线片及MRI等,观察内固定、椎间隙及椎间盘改变等情况。本组病例均未出现内固定松脱、移位、断裂等情况。

参考文献

- 1 胡有谷. 腰椎间盘突出症[M]. 北京:人民出版社,2004:467.
- 2 徐军,张继荣,戴慧寒. 主编. 实用运动疗法技术手册[M]. 北京:人民军医出版社,2006:134,85.
- 3 周燕,金佳佳,王谊,等. 7例下腰痛患者行棘突间动力固定术的护理[J]. 中华护理杂志,2008,43(12):1090-1091.

[收稿日期 2009-02-27][本文编辑 宋卓孙 黄晓红]

护理研讨

17例老年人急性胰腺炎术后观察和护理

李霞

作者单位:535400 灵山,广西灵山县人民医院

作者简介:李霞(1962-),女,大专,主管护师,护理部主任,研究方向:外科护理及护理管理。E-mail:Lixia1718@163.com

【摘要】 目的 探讨老年人急性胰腺炎术后的有效护理措施和预防严重并发症发生的途径。方法 对17例老年人急性胰腺炎术后重点加强严密的病情观察、加强胃肠减压、加强营养和加强引流管的护理,预防和控制了休克、心力衰竭等并发症的发生。结果 除1例严重中毒性休克抢救无效死亡外,余16例术后均康复出院。结论 严密的病情观察及有针对性的术后护理,是减少术后并发症发生和确保手术成功的重要环节。

【关键词】 老年人; 急性胰腺炎; 护理

【中图分类号】 R 576 【文献标识码】 B 【文章编号】 1674-3806(2009)08-0874-03

doi:10.3969/j.issn.1674-3806.2009.08.40

Postoperative observation and care of 17 old aged patients with acute pancreatitis LI Xia, Department of Surgery, the People's Hospital of Lingshan, Lingshan Guangxi 535400, China

[Abstract] Objective To investigate the effective postoperative care of the old aged patients with acute pancreatitis and prevent the occurrence of serious complications. **Methods** The main methods were giving close postoperative observation to the 17 old aged patients with acute pancreatitis and strengthening the care of decompression, nutrition and drainage tube of stomach and intestines after operation. **Results** Except one patient died of severe toxic shock, the remaining 16 patients recovered and discharged in stable condition. **Conclusion** Closely observing the condition of the patients and giving special care to them can reduce the occurrence of postoperative complications and play an important role in the success of the operation.

[Key words] Old aged patients; Acute pancreatitis; Care

急性胰腺炎是一种常见的急腹症,病情凶险,变化快,尤其是急性出血坏死性胰腺炎,常累及多个器官功能改变,病死率高达 30%~50%^[1]。老年人急性胰腺炎具有临床表现不典型、病情危重、并存症多、术后恢复时间长的特点^[2]。因此,加强术后护理十分重要。我院自 1998-01~2008-06 对 17 例老年人急性胰腺炎手术治疗的患者,重点加强了术前、术中、术后的护理,确保了手术的成功,减少了并发症的发生,现将护理体会介绍如下。

1 临床资料

本组 17 例,其中男 9 例,女 8 例,年龄 61~78 岁,平均 66.3 岁。入院时出现感染性休克 1 例,合并肾功能不全 1 例。病因:胆源性 13 例,酒精性 3 例,不明原因 1 例。手术结果除 1 例术后腹腔出血死亡外,其余全部治愈出院。

2 护理体会

2.1 术前护理 (1)心理护理:患者由于发病急、病情重,对手术治疗不够了解,常表现不同程度的恐惧、焦虑等心理问题,有的甚至对治疗失去信心。因此,护理上要针对不同的心理状态,耐心向患者及家属解释本病因、治疗方法、术后可能出现的不适等,解除患者恐惧、焦虑等心理问题,让患者以良好的心态配合治疗及护理工作。(2)术前准备:患者入院后护士应迅速建立静脉通道,按医嘱给予对症治疗和护理。如患者出现休克者,应尽快补充血容量纠正休克,必要时行静脉穿刺置管监测中心静脉压;有低氧血症的患者应及早给予中、低流量氧气吸入或用面罩高流量吸氧,如有急性肺功能衰竭需立即配合医生给予气管插管,用呼吸机辅助呼吸改善呼吸状态;做好病人术前的禁食、胃肠减压、插尿管、配血、备皮、更衣等措施。给患者及家属介绍手术的大体情况,手术医生和术中可能出现的问题,以取得他们配合和理解。

2.2 术后护理 (1)禁食及胃肠减压:术后行持续胃肠减压使其负压维持在 20~30 mmHg,保持胃管通畅,如遇阻塞,用生理盐水 30~50 ml 冲洗胃管,注意观察引出液的性质。(2)密切观察病情变化:老年人重症急性胰腺炎病情复杂、进展迅速,易引起全身多脏器功能损害。因此,术后均应安置在监护室 2~3 d,持续心电监护、吸氧、监测尿量。待病情平稳后方能转回普通病房治疗和护理。(3)营养支持:老年人患重症急性胰腺炎病情长,机能消耗严重。因此,补充营养非常重要。术后营养支持可分 3 个阶段:即静脉营养阶段、空肠造瘘营养阶段及口服饮食营养阶段^[3]。静脉营养阶段

主要补充脂肪乳剂、氨基酸和葡萄糖。空肠造瘘营养阶段则在患者术后胃肠功能恢复、一般情况好转时予空肠滴注要素饮食。而口服饮食阶段应在手术两周后先从流质开始,逐步过渡到半流质,再到普通饮食,饮食应注意结构搭配和质与量。(4)引流管的护理:术后患者放置有胃管、胰床引流管、T 型管、腹腔引流管、空肠造瘘管、留置导尿管等等,护理上一是要妥善固定引流管,防止引流管堵塞、扭曲及受压;二是注意观察引流液的颜色、性质及量,有异常变化及时处理;三是每日更换引流装置时注意严格无菌操作;四是尿道口护理每天 2 次,用 0.5% 碘伏消毒尿道口,防止泌尿系逆行感染。(5)口腔及皮肤护理:术后须做好口腔和皮肤的护理。一是嘱患者每天早、晚漱口刷牙,或用口泰漱口液漱口,4 次/d,特别注意齿垢及舌苔的清洁,护理人员须仔细观察患者的口腔粘膜情况,有溃疡时,用口腔溃疡散或灭滴灵粉均匀涂抹在溃疡面上;二是注意患者身体受压部位,每 2 h 翻身一次,保持床单、被褥、衣服清洁、干燥、平整,预防压疮的发生。(6)术后并发症的观察与护理:①休克和心力衰竭的观察及护理:患者术后均行心电监护,密切观察生命体征、CVP、意识、面色、肢端血运、尿量等的变化。如有血压下降、心率加快等,应立即找原因,判断有无休克或心力衰竭的因素存在和发生。本组 1 例因严重中毒性休克抢救无效而死亡。②急性肾功能衰竭的观察及护理:术后预防性地使用速尿 20 mg 静注 1~2 次/d,监测尿色、尿比重,测尿糖 1~2 次/d,记录 24 h 尿量,必要时记录每小时尿量,监测血 BUN、Cr、电解质变化等,及时纠正贫血及低蛋白血症。③成人呼吸窘迫综合征(ARDS)的观察及护理:本组患者入院后不管有无呼吸困难一律常规吸氧,术后持续吸氧,流量为 2~3 L/min,以提高动脉及组织的血氧饱和度。血氧饱和度监测 1 次/h,必要时血气分析监测 1~2 次/d,根据血氧分压随时调整氧浓度,指导病人进行有效深呼吸和有效咳嗽,必要时行雾化吸入 2~4 次/d,防止肺不张和坠积性肺炎。④腹腔出血的观察及护理:注意观察患者的面色、血压、脉搏的变化、切口敷料的渗血情况、引流液的性质和量;仔细观察腹肌紧张度,有无压痛、反跳痛等。本组 1 例患者术后腹腔出血,经及时处理后情况稳定。⑤胰性脑病的观察及护理:术后如病人烦躁不安、谵妄、精神不振或胡言乱语或定向障碍等应考虑有胰性脑病的可能,应及时报告医生进行处理。

参考文献

1 郑伟英. 急性出血坏死性胰腺炎术后护理[J]. 赣南医学院学报,

2007, 27(6):988.

用护理杂志, 1998, 14(5):262-263.

- 2 王 玲, 宋军平, 王丽杰, 等. 老年人急性胰腺炎临床分析[J]. 职业与健康, 2007, 23(16):1459-1460.
- 3 芮红霞, 高天颢, 付 华. 急性重症胰腺炎的营养支持护理[J]. 实

[收稿日期 2008-11-10][本文编辑 宋卓孙 黄晓红]

新进展综述

MAGE-A1 的研究进展

李小琳(综述), 廖 红(审校)

基金项目: 广西科技厅基金课题(桂科基 0575059)

作者单位: 530021 南宁, 广西医科大学组织胚胎学教研室

作者简介: 李小琳(1978-), 女, 主治医师, 在读硕士研究生, 研究方向: 肿瘤分子生物学。E-mail: 397784702@qq.com

【摘要】 MAGE-A1 是一种肿瘤特异性抗原, 很多研究表明它可以作为肿瘤免疫治疗的靶抗原。本文综述 MAGE-A1 在多种肿瘤中的表达及在肿瘤免疫治疗方面的应用前景

【关键词】 肿瘤; MAGE-A1; 免疫治疗

【中图分类号】 Q 753 【文献标识码】 A 【文章编号】 1674-3806(2009)08-0876-04

doi:10.3969/j.issn.1674-3806.2009.08.41

Research progress on MAGE-A1 LI Xiao-lin, LIAO Hong. Department of Histology and Embryology, Guangxi Medical University, Nanning 530021, China

【Abstract】 Mage-A1 is a kind of tumor specific antigen. Many studies indicate that it can be a target antigen for tumor immunotherapy. This article summarizes the expression of Mage-A1 in tumors and its promising clinical practice in the tumor immunotherapy.

【Key words】 Tumor; MAGE-A1; Immunotherapy

MAGE-A1(黑色素瘤抗原, Melanoma Antigen)是癌-睾丸抗原(Carcinoma Testis Antigen, CTA)中黑色素瘤抗原(Melanoma Antigen, MAGE)家族中的一员, 具有在多种肿瘤组织中表达, 在正常组织中除睾丸外几乎不表达的特性。因此, 它被称为肿瘤特异性抗原。由于这种特性的存在, 应用 MAGE-A1 抗原作为肿瘤的免疫检测、诊断、治疗成为研究的热点。现就 MAGE-A1 的研究进展作以下综述。

1 MAGE-A1 基因

1991 年, van der Bruggen^[1]使用基因转染技术发现了黑色素瘤细胞系上的 MAGE-A1 基因, 该基因长约 45 kb, 有 3 个外显子, 开放阅读框(open-reading frame, ORF)位于第 3 号外显子上, 其转录的 mRNA 全长 1 722 bp, 编码一段长约 309~319 个氨基酸残基的蛋白 MZ2-E, 即 MAGE-A1 蛋白, 它不含信号肽序列, 有一个潜在的跨膜区, 因为该区域很小, 可能只有与其它蛋白质的跨膜区一起才有作用。MAGE-A1 蛋白与其它 MAGE-A 蛋白有 57%~77% 的同源性。该表达产物是一种肿瘤排斥抗原(Tumor Rejection Antigen, TRA), 即肿

瘤特异性抗原(Tumor Specific Antigen, TSA), 是肿瘤细胞特有的或只存在于某种肿瘤细胞而不存在于正常细胞的抗原。目前有关 MAGE-A1 基因表达的调控主要有两种观点: 第一种观点认为, MAGE-A1 基因的表达受甲基化的调控, 即启动子中 CpG 岛(在 2% 的 DNA 中, 约每 10 bp 出现一个 CpG 双核苷酸, 它们呈低甲基化状态, 这部分 DNA 以约 1 kb 片断散布于基因的启动子区域和第一个外显子^[2], 又称 CpG 岛)的甲基化作用决定了基因的沉默即基因的不表达, 其主要通过影响染色质结构以及阻止转录因子与 DNA 的结合而实现基因沉默^[3]。迄今为止, 所有 CT-X(基因位于 X 染色体上的癌-睾丸抗原)基因的启动子的 CpG 岛在体细胞中都是甲基化的, 而在精子形成时是去甲基化的。肿瘤细胞中甲基化程度的普遍降低导致了一些由于甲基化沉默的基因的重新表达, 但只是低甲基化似乎还不能完全解释 CT 抗原的表达, 因为在结肠癌中 DNA 甲基化程度普遍很低, 却很少发现癌-睾丸抗原的表达。第二种观点认为, MAGE-A1 基因的表达与组蛋白的乙酰基化作用有关。组蛋白乙酰化指在组蛋白乙酰转移酶的作用下, 使核心组蛋白 N-末端区上特定的赖氨