

救医学, 2009, 21(5): 311-314.

[18] Hansen TK, Thiel S, Wouters PJ, et al. Intensive insulin therapy exerts anti-inflammatory effects in critically ill patients and counteracts the adverse effect of low mannose-binding lectin levels. *J Clin Endocrinol Metab*, 2003, 88(3): 1082-1088.

[19] Mesotten D, Swinnen JV, Vanderhoydonc F, et al. Contribution of circulating lipids to the improved outcome of critical illness by glycemic control with intensive insulin therapy. *J Clin Endocrinol Metab*, 2004, 89(1): 219-226.

[20] Martinez D, Lenz Mdo C, Menna-Barreto L. Diagnosis of circadian rhythm sleep disorders. *J Bras Pneumol*, 2008, 34(3): 173-180.

[21] Pallesen S, Nordhus IH, Skelton SH, et al. Bright light treatment has limited effect in subjects over 55 years with mild early morning awakening. *Percept Mot Skills*, 2005, 101(3): 759-770.

[22] Hanazaki K, Maeda H, Okabayashi T. Tight perioperative glycemic control using an artificial endocrine pancreas. *Surg Today*, 2010, 40(1): 1-7.

[23] Ansari G, Mojtahedzadeh M, Kajbaf F, et al. How does blood glucose control with metformin influence intensive insulin protocols? Evidence for involvement of oxidative stress and inflammatory cytokines. *Adv Ther*, 2008, 25(7): 681-702.

[24] Egi M, Bellomo R, Stachowski E, et al. Variability of blood glucose concentration and short-term mortality in critically ill patients. *Anesthesiology*, 2006, 105(2): 244-252.

[25] Quagliaro L, Piconi L, Assaloni R, et al. Intermittent high glucose enhances apoptosis related to oxidative stress in human umbilical vein endothelial cells, the role of protein kinase C and NAD(P)H-oxidase activation. *Diabetes*, 2003, 52(11): 2795-2804.

[26] Krinsley JS. Glycemic variability: a strong independent predictor of mortality in critically ill patients. *Crit Care Med*, 2008, 36(11): 3008-3013.

[27] Finfer S, Chittock DR, Su SY, et al. Intensive versus conventional glucose control in critically ill patients. *N Engl J Med*, 2009, 360(13): 1283-1297.

(收稿日期: 2010-12-27)  
(本文编辑: 李银平)

• 病例报告 •

### 3 例被困矿井下 25 日生还患者的成功救治和护理

舒群英, 罗玲, 吴曦

(贵阳医学院附属医院内科重症监护病房, 贵州 贵阳 550001)

【关键词】 煤矿透水事故; 护理

中图分类号: R473.6 文献标识码: B DOI: 10.3969/j.issn.1008-9691.2011.01.028

2009 年 7 月 13 日, 在贵州省晴隆煤矿透水事故中, 被困井下长达 25 d 之久的 3 名矿工被救出矿井, 送至贵阳医学院附属医院内科重症监护病房(ICU)进行救治, 经本科全体医护人员 14 d 的精心治疗及护理后康复出院。现将护理体会介绍如下。

#### 1 临床资料

例 1: 男性, 35 岁, 被困矿井中 25 d, 未进食, 仅靠饮少量矿水维持生存, 每日尿量仅 600 ml。入院时体重 39 kg, 体温 36.6℃, 脉搏 59 次/min, 呼吸频率 12 次/min, 血压 81/62 mm Hg (1 mm Hg=0.133 kPa), 脉搏血氧饱和度(SpO<sub>2</sub>) 0.98; 意识清楚, 全身皮肤弹性差; 双肺呼吸音低, 未闻及明显干湿啰音; 心音低, 律齐, 无杂音; 腹凹陷, 全腹无压痛, 肠鸣音低, 肝脾未扪及; 双下肢无水肿, 余检查无异常; 血、尿常规及 X 线胸片检查均无感染症状。

例 2: 男性, 36 岁, 被困矿井中 25 d, 未进食, 仅靠饮少量矿水维持生存, 每日尿量仅 600 ml。入院时体重 45 kg, 体温 36.0℃, 血压 101/73 mm Hg, 脉搏

64 次/min, 呼吸频率 12 次/min, SpO<sub>2</sub> 0.99; 意识清楚, 全身皮肤弹性差, 四肢冰冷; 双肺呼吸音低, 未闻及明显干湿啰音; 心音低, 律齐, 无杂音; 腹凹陷, 全腹无压痛, 肠鸣音低, 肝脾未扪及, 双下肢无水肿, 余检查无异常; 血、尿常规及 X 线胸片检查均无感染症状。

例 3: 男性, 36 岁, 被困矿井中 25 d, 未进食, 仅靠饮少量矿水维持生存, 每日尿量仅 600 ml。入院时体重 38 kg, 血压 103/72 mm Hg, SpO<sub>2</sub> 0.99; 体温 36.4℃, 脉搏 80 次/min, 呼吸频率 21 次/min, 意识清楚, 全身皮肤弹性差, 四肢冰冷; 双肺呼吸音低, 未闻及明显干湿啰音; 心音低, 律齐, 无杂音; 腹凹陷, 全腹无压痛, 肠鸣音低, 肝脾未扪及, 双下肢无水肿, 余检查无异常; 血、尿常规及 X 线胸片检查均无感染症状。

3 名矿工经过 14 d 的精心治疗和护理, 康复出院。

#### 2 护理体会

2.1 常规护理: 给予低坡卧位, 以避免胃内容物反流。患者入院后仍继续用眼罩遮盖双眼, 关闭病房灯光, 拉上窗帘, 以免强光刺激双眼, 引起眼障。

2.2 饮食护理: 入院后 1 d 留置胃管间

断胃肠减压, 给予米汤、胡萝卜汁、蔬菜汁, 每次 100~150 ml, 每日 4 次, 4 d 后待胃肠功能有所恢复即给予半流质饮食(稀饭、蔬菜汤、胃肠营养素等)。7 d 后给予易消化软食(馒头、蔬菜、胃肠营养素、鱼肉沫、芙蓉蛋), 并可添加少许植物油。

2.3 监护: 给予低流量(2~5 L/min)吸氧, 每日更换鼻氧管以防引起呼吸道感染。密切观察病情变化, 准确记录出入量, 持续心电监护。4 d 后患者可排便, 9 d 后尿量恢复正常, 体重增加。

2.4 预防感染发生: 3 例患者入院时均无感染症状, 未使用抗菌药物, 防止继发感染是护理的重要环节。安排专人护理, 防止发生交叉感染; 室内空气消毒。给予患者胃肠营养的同时也进行静脉高营养治疗, 因此, 对锁骨下静脉插管严格无菌护理, 拔管时细菌培养为阴性。

2.5 其他: 做好生活及皮肤护理, 定时检查导尿管, 必要时行尿培养检查, 防止发生尿路感染。同时做好心理护理。在医疗保护制度允许情况下, 让患者了解自己的病情及检查结果, 并按具体情况, 安排心理咨询专家进行心理咨询。

(收稿日期: 2010-11-08)

(本文编辑: 李银平)