维普资讯 http://www.cqvip.com

瘤。肺错构瘤占支气管和肺部良性肿瘤的3/4。是最常见的肺良性肿瘤，发病年龄40～50岁是高峰期，本组平均年龄47.5岁，男女之比为1.5:1，与国内文献报道相似。肺内型错构瘤所占比例较大，本组为88%，腔内型错构瘤少见，本组仅占12%。

2.诊断：肺错构瘤临床上一般分二型：肺内型，位于肺实质内的单发错构瘤，与支气管不沟通；腔内型：位于气管、支气管腔内的错构瘤。病人的临床症状与肿瘤的位置和大小有密切关系。位于肺周边部的小肿瘤多无症状，往往在胸部X线检查时无意发现。支气管内错构瘤因阻塞支气管而引起发热、咳嗽、咯血等肺内感染症状。肺错构瘤的X线特征为圆形或分叶状阴影，边缘光滑、界限清楚，CT在10%的病例中可看到爆米花样钙化灶。腔内型错构瘤胸片表现为肺段或肺叶不张。术前进行纤维支气管镜活检，有助于明确诊断，本组一例活检为粘膜鳞状上皮增生。

3.治疗：肺错构瘤虽是一种良性肿瘤，由于部分病例的病变表现与肺部恶性肿瘤不易鉴别，特别是支气管内型者可压迫或阻塞气管并发肺炎、肺不张等，使病情逐渐加重，故应积极手术治疗。手术方式要根据病变部位来定，位于肺周边部的肿瘤可做肿瘤摘除术或肺楔形切除术，肿瘤切除后应送冰冻切片检查，如已发生恶变、再行肺叶切除术。少数病例因瘤体大、多发、位于肺实质深部可行肺叶切除。

参 考 文 献

1.董孝迈，主编.胸外科卷.人民军医出版社，1995.175.
2.张 逊，王增林，等.肺错构瘤的诊断与治疗.肿瘤防治研究、1995，22:5.
3.王洪武.肺错构瘤17例报告及国内718例分析.实用肺科杂志，1995，2:1.

（收稿：1999-10-26）

144-145 吞咽异物 诊断 治疗 27

吞咽异物37例的临床诊治

R766.8

冷建军* 林大富* 郭 明* 崔殿龙* 涂永久* 高传文* 陈世伟*

本文分析本院于1995年1月～1998年12月间收治的吞咽异物37例，现就其临床诊治作初步探讨。

一、临床资料

病例，男24例，女13例，年龄5～42岁，平均年龄22.6岁，吞咽异物基本情况见附表。

附表 吞咽异物病例基本情况

吞咽异物种类	例数	吞咽入院时间	症状	结果或嵌留部位	并发症	手术后恢复
硬币、跳棋、玻璃珠	3	4小时～1天	无	自行排出	无	
皮鞋底部铁片、窗户风钩或绞缠铁丝	27	2个月～18个月	偶有腹痛、腹胀，个别有吞咽后血便史	从十二指肠取出	无	切口感染1例
旅行剪	3	2个月～4个月	无	从胃取出	无	顺利
铅笔刀、指甲剪	2	12天～26天	无	自行排出	无	
碎玻璃片	2	2小时～4小时	呕吐、呕血，腹痛	从胃取出	消化道出血，1例并胃穿孔	顺利

二、结果和讨论

1.吞咽异物的心理分析

从本组资料看，吞咽异物的心理学上可分为两类：①误吞：本组3例误吞者均为幼儿，吞咽物为圆钝小物品，患儿无明显症状，吞咽后往往为家人或旁人提示，经X线摄片诊断确定。患儿家人心理紧张、恐慌，易致"有病乱投医"，迫不及待的在家中采取一些民间传统方法治疗，然后就医。对此类患者主要是安慰家长，增强家人对医生的信任，对患儿密切观察，异物多能自行排出；②有意吞服：本组病例中有意吞服者占92%，均为在特殊环境的特殊心理状态下为达到某一目的而吞服，并非自杀意识，一般在吞咽后可能会主诉一些诸如腹痛等假性症状，但与体检不符，就医愿望迫切，但又不能很好的配合医疗措施的实行。临床医治过程中要注意鉴别确定，并且手术后要严加观察，避免术后再次吞眼，本组就有1例出院后再吞咽皮鞋底部铁片者，致使再手术后并发切口感染。

2.异物大小与自行排除可能性的预测

本组病例中吞咽异物可分为三类：①圆钝短小物品：新版壹角硬币直径为2.2cm，跳棋玻璃直径为1.65cm，在5岁～7岁的小儿均能顺利排出，排出时间在2天～5天；②扁宽物品：旅行剪5.8cm，宽3.8cm，3例均嵌留于胃内，难以通过幽门；③扁长物品：指甲剪长5.5cm，自行排出时间为12天，折合铅笔刀长7.3cm，宽1.7cm，自行排出时间达25天之久；而皮鞋底部铁片长10.2cm～11.8cm，1例吞服绞缠铁丝长12.4cm，窗户风钩长12.5cm，钩宽2.7cm，均未能自行排出，嵌留时间长达2个月～18月。本组病例中吞咽物品比较单一，仅以具体物品作为临床观察参考，异物自行排出可能性的准确预测还须进一步积累资

* 作者单位：361003 福建省厦门市解放军174医院普外科

维普资讯 http://www.cqvip.com

料统计分析。

3.异物嵌留常见部位

本组异物嵌留30例中，扁宽旅行剪均嵌留于胃内；扁长形物品均嵌留于十二指肠内。旅行剪宽5.8cm，不能通过幽门部，而十二指肠空肠曲部为锐角弯曲，长达10cm的物品难以通过，通常嵌留于此处，偶尔出现腹痛、腹胀等，但不引起梗阻症状；对于短于10cm的扁长物品耐心观察，一月之内仍有自行排出的可能。

4.手术指征及手术方法

原则上对于吞咽异物者应严密观察，不能自行排出者首选经纤维胃镜检查钳夹取出，但一般胃镜活检钳往往难以钳夹住吞咽物品，作者在本组病例中也曾尝试数例均未成功；其次是开腹手术取出。对于扁宽物品或尖锐易致胃肠道损伤的物品，如本组中吞咽碎玻璃片者，应积极手术；对于扁长物品短于10cm者，应适当延长观察期至1个月。手术方法根据异物嵌留部位不同采取方法不同：①嵌留于胃内采取经胃前壁切开取出；②嵌留于十二指肠者应尽量行胃切开或幽门切开成形术取出；③嵌留于十二指肠不能逆推经前述方法取出，则采取经空肠近端切开取出。十二指肠壁薄，张力高，应避免行经十二指肠切开术取出，空肠近端超过Triez韧带张力低，切开取异物安全可靠。

5.术中注意事项

手术前当日应进行X线摄片复查，以免异物发生移位，术中寻找困难，甚或已经排出嵌留部位，可不必手术。吞咽异物嵌留时间长，慢性机械性刺激易致局部粘膜水肿、充血，甚至纤维增生，以及吞咽物品外形不规则，手术取出时应操作轻柔，根据物品外形因势利导，否则极易导致胃肠道粘膜撕裂损伤。

（收稿：1999-10-26）

微泵静注阿托品在有机磷农药重度中毒的应用

孙美霞*

微泵是将小剂量药液持续、均匀、定量输入人体的静脉输液装置。已在临床上广泛使用，成为ICU必备仪器。我院ICU自1998年2月至1999年10月收住有机磷农药重度中毒20例，均应用微泵静注阿托品治疗，取得了较好的临床效果，现总结如下。

一、临床资料

1.一般资料：本组20例，男11例，女9例，年龄19～75岁。农药品种：甲胺磷8例，乐果7例，敌敌畏5例，剂量50～500ml，诊断均符合急性有机磷重度中毒的诊断标准[1]。应用呼吸机支持，洗胃（在急诊室），阿托品及胆碱脂酶复能剂，常规用抗生素防治感染，防治肺水肿、脑水肿，纠正水电解质酸碱失衡。除首例病人因经济困难，家属要求出院死亡外，其余病人都抢救成功，治愈出院。

2.材料及使用方法：微泵一台，型号WIS-50D，50ml注射器一副，输液连长管一根。用50ml注射器抽吸阿托品，规格5mg/ml，接输液连长管排气后放入微泵的针管夹内，推动滑座至可注射状态，用三通接于深静脉置管处，打开电源开关，将医嘱阿托品剂量mg/min换算成ml/h，接起动键"START"，可见注射指示标志绿灯闪亮，为注射开始，微泵进入工作状态。

3.微泵静注阿托品过程中的护理及注意事项：①护理人员熟悉微泵性能及操作方法，经常巡视，观察微泵是否在工作状态，药物运行情况，绿灯闪亮的频率是否与输液速率相符。②出现报警，应及时处理。常见报警原因为导管扭曲、阻塞、滑脱，针管内药液输完。③有停电或电源插座脱离现象，应重新按"START"，以免影响药物输入。④观察阿托品治疗后反应：由于阿托品用量是根据病人中毒程度及个体差异而定，在使用过程中，护士要仔细观察用药后病情的全程变化，详尽记录。出现瞳孔散大、颜面红、皮肤干燥、口干、肺部罗音渐渐消失、心率增快为"阿托品化"　而有机磷农药重度中毒病人判断"阿托品化"，强调以客观心率、皮肤粘膜干燥、肺部啰音消失等为主要标准，而主观的瞳孔大小，面色潮红等作参考标准[2]，为阿托品用量提供依据。达阿托品化后减量维持，并应根据病情随时调整用量。

二、结果和讨论

阿托品是抢救有机磷农药中毒的常用抗胆碱药，治疗中如用量过小，达不到治疗效果，用量过大，又可致药物中毒甚至死亡。如何正确使用阿托品一直是抢救有机磷农药中毒的一个棘手问题。传统给药方法是反复静注阿托品，此法给药速度与消除速度不平衡[3]，对救治病人不利，而反复静注污染机会多，护士工作量大。我们在应用微泵静注阿托品救治有机磷农药重度中毒过程中观察到其有如下优点：①体积小，操作简单，使用方便，随时调整药物量，减轻护士工作量，节省人力；②给药均匀、恒速、恒量，剂量准确，保证药物的最佳有效血药浓度，产生最好效果；③能尽快达到"阿托品化"，且安全和时间短，本组时间为4～24小时。大大提高了抢救成功率。

参 考 文 献

1.戴自英，主编.实用内科学.第9版.北京：人民卫生出版社，1992.453.

2.唐文杰，钱晓亮.论被延误的重度有机磷中毒的抢救治疗.急诊医学，1998，7(4)：229.

3.李　玲，徐汉桥，程瑞芝，等.硫酸阿托品静脉滴注救治有机磷农药中毒的护理研究.实用护理杂志，1999，15(8)：22.

（收稿 2000-01-11）

* 作者单位：312400　浙江省嵊州市人民医院