维普资讯 http://www.cqvip.com

经临床已用抗虫药对症治疗三疗程后复查，病灶45例消失，7例病灶缩小。60例患者中有55例有食生猪肉史及不洁饮食史，5例原因不明。25岁以前48例，25以后12例。大理地区是脑囊虫高发区，与大量地区居民食生猪肉饮食习惯有关。颅脑CT扫描为脑囊虫所致的EP病人得到早期有效的治疗提供必要的依据。

CT表现为脑实质软化灶（低密度灶）的癫痫在临床上与脑外伤及颅内手术、梗塞、炎症等因素有关。脑脓肿所致的EP，其CT表现为脓肿壁近皮层较厚，脑深部较薄，子灶常位于脓肿的深部，并且成外松内紧的口袋结构。环形增强囊壁代表脑脓肿壁的肉芽组织。脑肿瘤常以癫痫为首发症状，通过CT确诊[2]。其发病机制是肿瘤膨胀性生长，压迫周围的脑组织及血管，产生脑水肿、胀、缺血、缺氧，病变神经元产生一系列异常放电。CT表现为脑实质内密度高低不等欠均匀的占位性病变，增强为不均匀性强化的实质性肿块[3]。

文献报道EEG在癫痫病因诊断上并无太大的临床意义，只为癫痫的疾病诊断提供依据。癫痫病人的EEG与形态结构异常并非都能同时检出，因而EEG与CT检查对病人均是必要的[2]。CT是一种无创伤易被患者接受的检查方法，它能显示颅脑病灶的部位、形态、大小及周围组织结构的关系，由于CT的广泛普及和临床应用，结合大理地区居民饮食习惯（食生猪肉史），提高了大理地区脑囊虫病因及其它继发于脑部病灶的所致的癫痫临床诊断，这将进一步提高治疗率。

参 考 文 献

1. 唐业斌. 300例癫痫的CT表现. 放射学实践, 2001, 2(16): 107.
2. 张强春. 300例癫痫CT与病因. 脑与神经疾病杂志, 2000, 8(6): 370.
3. 李果珍, 主编. 临床CT诊断学. 北京: 中国科学技术出版社, 1994. 112－113.

（收稿：2001-03-06）

·个案与短篇·

长期静脉内置留针管的合并症及其对策

彭 惠* 赵秀华**

目前，临床对于危重症抢救，慢性长期静脉给药、穿刺困难又必须长期行静脉穿刺的患者，一般采用静脉内留置针的方法，避免反复穿刺，对于需监测中心静脉压，或进行静脉高营养治疗的患者，可采用从穿刺部位将导管插入中心静脉内长期留置的方法。这两种方法在临床上的应用，一定程度上减轻了护士的工作量，减少穿刺频率，提高护理质量。但一些常见的合并症，严重影响其在临床上的使用。所以，采取一定的护理措施，减少合并症的发生，减轻病人痛苦，缩短住院时间，节约社会医疗资源，是十分必要的。

一、常见合并症及症状

1. 凝血：静脉内留置各类导管，形成静脉异物，因而局部易形成血凝块造成静脉栓塞，导致肢体末端水肿和静脉炎。

2. 感染，长期静脉内留置导管易发生感染，严重时可致菌血症。造成这一合并症的主要原因是在静脉穿刺，导管插入过程中，无菌操作不严，污染造成的。患者多高热（39－40℃），寒战为主要症状。

3. 导管栓塞：导管内腔形成血凝块导致输入液体为畅，速度变慢，液体从穿刺处漏出。

4. 固定脱落：长期留置导管患者，导管周围局部皮肤易坏死，或由于不恰当的运动，导致导管缝线松动、脱落、留置针或导管滑脱。

二、合并症的预防及对策

1. 选择不易导致凝血的材料所制的留置针和导管，减少导管周围血凝块的形成。目前多采用聚氨甲酸乙酯等材料。

2. 在穿刺、放置、固定留置针和导管的各个环节中，在连接输液器、三通管等各项操作中，要严格无菌操作，防止污染。

3. 对长期留置导管的患者，注意观察体温。对疑有感染者，遵医嘱拔去导管，并用无菌剪剪下导管前端，作细菌培养，并选择敏感抗生素，进行抗感染治疗，局部进行冷敷。若穿刺处出现局部皮肤红肿，沿静脉走向疼痛，甚至上下肢浮肿等静脉炎症状，还要制动并抬高患肢。

4. 严格掌握留置导管的指征，且留置时间不宜过长。

5. 保持穿刺处皮肤清洁，敷料干燥，导管无扭曲、移位，且固定妥当。若穿刺部位有液体渗出致皮下水肿，应立即拔管，更换肢体重新穿刺。

通过以上积极措施，有效地减少了各种并发症的发生，延长留置导管的时间，并且减轻了病人的痛苦，减少了医院内感染的发生，从而提高了临床护理质量。

（收稿：2001-04-05）

* 作者单位：614300 四川省乐山市解放军42医院外二科
** 四川省成都军区峨嵋疗养院