心源性休克,经及时抢救治愈出院,5例发生尿道狭窄,20例暂时性尿失禁,无其它护理并发症。

3 讨论

高龄、高危BPH患者,由于机体除基础病变外,常伴发重要器官如心、脑、肺、肾等病变;开放手术仍具有一定的风险,近年来由于止血方法的改进,手术死亡率已大为降低,只要根据高龄、高危的病理生理特点,充分做好术后观察与护理,及时掌握处理各种并发症,做好健康宣传,确定随访对象,仍能取得很好的效果。

[参考文献]

[1] 覃丽玲,黄冬梅.高危患者前列腺汽化电切围手术期护理[J].局解手术学杂志,2005,14(6):39.

[2] 张玉海,邵 强.前列腺外科[M].北京:人民卫生出版社,2001.231.

[3] 王芦萍.膀胱冲洗液温度与膀胱痉挛间关系的临床研究[J].实用护理杂志,2001,17(5):20-21.

(编辑:侯晓宇)

青少年急性非结石性坏疽性胆囊炎1例

齐崧旭,谭云波,石洪波 (大理学院临床医学院普通外科,云南 大理 671000)

[关键词] 急性胆囊炎;坏疽;非结石性

[中图分类号] R575.61;R634 [文献标识码] B [文章编号] 1672-5042(2009)05-0368-02

急性非结石性坏疽性胆囊炎多见于老年病人,青少年罕见。我院收治了一名患非结石性坏疽性胆囊炎的青少年患者,现将治疗体会报告如下。

1 资料与方法

患者,男,15岁,白族,阵发性右上腹痛半年,加重2 d,以右上腹包块性质待查收住院。入院前半年无诱因出现右上腹部阵发性隐痛,向肩背部放射,伴恶心、呕吐,呕吐物为胃内容物,不含胆汁及血性物,伴发热,最高体温可达40 ℃,未予系统治疗。2 d前上述症状复发加重。体检:活动自如,查体合作,T37.8 ℃,P84次/分,R20次/分,Bp11.97/7.98 kPa。巩膜无黄染,心肺听诊正常,腹部稍胀,无胃肠型,呼吸活动不受限,上腹触痛,剑突下稍重,肝脾触诊不满意,肠鸣音正常。辅助诊断:WBC 21.5×10^9/L,RBC 4.81×10^{12}/L,Hb 129 g/L,PLT 361×10^9/L;肝功能:TP 77.8 g/L,ALB 33.8 g/L,TBIL 18.9 μmol/L,DBIL 8.5 μmol/L,IBIL10.4 μmol/L。既往史:2006年2月因皮肤紫癜,呕血,便血,外院诊断过敏性紫癜混合型,经内科保守治疗,至今无复发。腹部彩超:胆囊受压,形态大小正常,右上腹右肝下腹探及大小12.0 cm×7.3 cm×10.0 cm的实质低回声占位,形态不规则,内见大量不规则液相暗区,边界不清。提示:①右上腹实质占位病变并内部液化,坏死声像;②中量腹水声像。肝脏CT平扫加增强:胆囊窝与胃窦之间见一软组织块影,其密度不均,增强后病灶轻度强化,不均匀。术中所见:右上腹粘连明显,胆囊被包围,大小约12 cm×5 cm×5 cm,无光泽,无穿孔,胆囊动脉与胆囊管纤细,接近闭塞。胆总管无扩张,内无结石,充盈良好。腹腔有约500 mL淡血性液。行单纯胆囊切除术后,剖开胆囊见其壁色黑,壁厚,胆囊内为陈旧性凝血块,内无结石。

[收稿日期] 2009-06-10 [修回日期] 2009-07-24

2 结果

术中冰冻病理诊断:胆囊壁送检组织见结缔组织,炎性渗出及坏死。术后病理诊断:慢性胆囊炎急性发作(坏疽性)。痊愈出院,随访3个月,无异常。

3 讨论

急性胆囊炎按病因分类,有急性结石性胆囊炎和急性非结石性胆囊炎两类。急性非结石性坏疽性胆囊炎可以看作是急性胆囊炎病情发展的一个阶段,一种严重的类型,多见于老年病人。由于机体对炎症的应激反应能力差,且伴发疾病多[1],青少年非结石性坏疽性胆囊炎实属罕见。本例患者曾患有过敏性紫癜,引起皮肤及消化道的出血,可能是本病的一个诱发因素。有学者报道胆囊外因素如继发于严重创伤、烧伤、感染、大手术及全身严重疾病均可成为急性非结石性坏疽性胆囊炎的诱因[2]。因为胆囊只有一支终末动脉,当伴有低血容量时,易造成胆囊的缺血。也有资料认为术前症状持续时间是一个影响胆囊坏疽不容忽视的危险因素[3]。本例患者已有半年的病史,胆囊积脓极度膨胀压迫胆囊壁,影响其血液供应引起胆囊壁缺血坏死从而形成坏疽性胆囊炎。手术中见胆囊动脉与胆囊管纤细已近闭塞,这可能是局部解剖发育异常,是否先天因素影响本病,暂无确证。

关于非结石性坏疽胆囊炎的诊断与治疗,坏疽性胆囊炎手术切除胆囊已被公认。青少年坏疽性胆囊炎较为少见,诊断不易,且无敏感指标进行预测,因此临床医师需注意分析其易发因素,详细询问病史,结合实验室检查及B超检查结果有助于早期作出诊断,早期手术治疗,以减少并发症,提高治愈率。

[参考文献]

[1] Fagan SP, Awad SS, Rahwan K, et al. Prognostic factors forthe development of gangrenous cholecystitis[J]. Am J Surg,2003,186(5):481

-485.
[2] 孙杨忠,徐阿曼. 急性无结石性坏疽性胆囊炎临床诊治分析[J]. 肝胆外科杂志,2008,16(1):39-40.
[3] Schafer M, Krahenbahl L, Buchler MW. Predictive factors for the type of surgery in acute cholecystitis[J]. Am J Surg,2001,182(3): 291-297.

(编辑:黄春霞)

注射奥美拉唑与盐酸氨溴索注射液存在配伍禁忌

粟海燕 (第三军医大学附属大坪医院野战外科研究所胸外科,重庆 400042)

[关键词] 奥美拉唑;盐酸氨溴索;配伍禁忌
[中图分类号] R979.9 [文献标识码] B [文章编号] 1672-5042(2009)05-0369-01

奥美拉唑作为一种保护胃粘膜较好的药物,常用于治疗消化性溃疡。盐酸氨溴索注射液常用于治疗呼吸系统疾病。临床工作中发现注射奥美拉唑与盐酸氨溴索注射液存在配伍禁忌。现报告如下。

1 临床资料

患者52岁,诊断:食管癌,在前后输入奥美拉唑(商品名:莱美 重庆莱美药业有限责任公司)40 mg加入100 mL的生理盐水与盐酸氨溴索(商品名:伊诺舒,天津药物研究院药业有限责任公司)16 mL加入100 mL的生理盐水液体后,输液器管道内的液体为澄清的淡淡的红色。患者未诉不适及其他不良反应。

2 验证方法

用20 mL的注射器抽取注射奥美拉唑、盐酸氨溴索注射液两种配置好的液体各10 mL,放置30 min后,注射器内的液体成淡红色。说明两种药物之间存在配伍禁忌。

3 讨论

奥美拉唑为一种质子泵抑制剂,能抑制胃壁细胞分泌胃酸,使胃粘膜细胞酸化程度减轻。在临床上奥美拉唑用于治疗消化性溃疡,溃疡合并出血及协同抗生素根除HP感染,对胃细胞起营养作用和保护胃黏膜屏障功能[1-2]。盐酸氨溴索注射液为溴己新的体内活性代谢物,具有粘液排促作用及溶解分泌物的特性,在呼吸系统相关疾病的治疗中应用广泛。有报道注射用盐酸氨溴索溶液与磷霉素及头孢唑林钠溶液存在配伍禁忌[3-4]。由于大量新药的涌现,在临床工作中应注意观察积累,发现新药配五禁忌,不断完善新药的配伍禁忌内容和参考依据。本例临床资料中虽然患者无不良反应,但是在我们临床工作中用奥美拉唑与盐酸氨溴索时,最好在中间间隔生理盐水,避免给患者带来不必要的伤害。

[参考文献]

[1] 谢龙国. 奥美拉唑三联疗法治疗消化性溃疡疗效观察[J]. 齐齐哈尔医学院学报,2008,29(19):2339-2340.
[2] 魏越浩. 奥美拉唑新三联对幽门螺杆菌再感染的疗效观察[J]. 药物与临床,2008,46(21):146-147.
[3] 范章云,康 琳,刘月芹. 注射用五水头孢唑林钠与注射用盐酸氨溴索存在配伍禁忌[J]. 临床荟萃,2008,23(16):1196.
[4] 刘 英. 盐酸氨溴索与磷霉素存在配伍禁忌[J]. 护理学报,2008,15(8):83.

(编辑:郭光金)

[收稿日期] 2009-07-20 [修回日期] 2009-08-16

新鲜马铃薯治疗深静脉置管所致静脉炎的体会

向悠琼[1],徐绍萍[2],黄茂华[1] (第三军医大学附属西南医院:1. 耳鼻喉科;2. 呼吸内科, 重庆 400038)

[关键词] 马铃薯;静脉炎;外敷
[中图分类号] R543.6 [文献标识码] B [文章编号] 1672-5042(2009)05-0369-02

深静脉置管(PICC)已广泛用于临床,它不仅保证了患者的及时用药,还可监测中心静脉压,了解患者循环血容量和心脏功能,为治疗和护理带来极大方便,提高了抢救的成功率。但深静脉置管毕竟是一项有创治疗,不可避免地存在一些并发症和风险,包括堵管局部渗液红肿、血栓形成及导管相关性感染等[1-2]。临床上已成为肺癌病人术后治疗和营养给药的首选途径。但是输入刺激性溶液或静脉内放置刺激性较强的静脉导管时间过长,引起局部静脉感染,既增加了患者的痛苦,也增加了护理人员静脉穿刺的难度,给治疗造成极大的障碍。我科采用新鲜马铃薯治疗深静脉置管所致静脉炎20例,取得了满意的

[收稿日期] 2009-06-10 [修回日期] 2009-07-22