83 例毒鼠强中毒的抢救与护理

徐戈莲 （新疆伊犁州奎屯医院急诊科，新疆 奎屯 833200）

［关键词］农药中毒；救治；护理
［中图分类号］R595.4；R472.2 ［文献标识码］B ［文章编号］1672-5042(2009)02-0144-01

毒鼠强化学名称为四亚甲基双砜四胺，是一种高效、剧毒、惊厥型杀鼠剂。中毒后可引起严重症状，常见的有中枢神经系统症状及机体各部位出血、血管内溶血等[1-2]。我科自 2004 年 1 月至 2007 年 11 月使用综合措施急救急性毒鼠强中毒患者共 83 例，现将急救与护理体会总结如下。

1 临床资料

本组患者共 83 例，其中男 36 例，女 47 例，年龄 2 ~ 67 岁。经过对可疑毒物、呕吐物、胃内容物送检和定性分析，证实其内含有毒鼠强成分。中毒途径均为胃肠道吸收中毒，其中误服含有毒鼠强的食物者 63 例，自杀 20 例。出现中毒症状后均在 10 min ~ 2 h 就诊。本组 83 例中轻度中毒 21 例，中度中毒 48 例，重度中毒 14 例。

2 抢救与护理

2.1 早期有效洗胃

本组病例不论中毒时间长短，入院后均及时催吐、洗胃。洗胃时应变换患者体位或变换胃管方向，将胃管开口端前后左右方向变动，以彻底冲洗胃内各部位，防止毒物残留。频繁抽搐患者，可在抽搐间隙插管洗胃，不可等待抽搐完全控制而延误洗胃时间。通常采用温开水洗胃，洗胃过程中如抽搐发作，应暂停冲液或吸液，保留胃管，待抽搐停止后继续洗胃。洗胃后经胃管内注入 33% 硫酸镁导泻[3]。

2.2 控制抽搐发作

保持呼吸道通畅，头偏向一边，及时清理呼吸道分泌物，防止窒息、吸入性肺炎，防止舌后坠。抽搐时应在上下磨牙之间放置纱布包裹的压舌板，防止咬伤舌部。如频繁抽搐，可在抽搐间隙置入咽导气管。中流量或高流量吸氧，提高血氧饱和度，改善机体缺氧状况。使用可能有效的解毒剂：二硫基丙磺酸钠加维生素 B6 对毒鼠强中毒有确切疗效，能有效控制抽搐发作，同时可采用对症治疗。如镇静止痉、减轻脑水肿、维持水和电解质及酸碱平衡、静脉营养、保护肝功能、营养心肌、重度患者应用血液净化治疗。

2.3 加强基础护理

保持床铺平整，经常翻身，预防褥疮的发生，加强口腔护理，预防口腔炎。保持病房安静，尽量减少刺激。抽搐患者床旁安置防护栏，以防坠床。同时应加强监护，严格保管锐利器械，以防有自杀倾向的患者再次自杀。

毒鼠强是一种毒性很强的药物，本组病例不同程度的出现了典型的神经系统症状，病情重、发展快并使多器官受累。迅速、准确的治疗和抢救，如催吐、彻底洗胃、早期应用解毒剂，保持呼吸道通畅，密切观察病情变化，做好基础护理，是成功抢救患者生命的关键。

［参考文献］

[1] 郭国明，李闽云，黄晓军，等. 急诊血液灌流救治急性毒鼠强中毒的疗效观察[J]. 局解手术学杂志，2007，16(3)：178 - 180.
[2] 王汉斌，张 晋. 毒鼠强中毒的诊治进展[J]. 继续医学教育，2007，21(24)：41 - 44.
[3] 吴桂玉，李 鲤. 急性毒鼠强中毒患者的急救与护理[J]. 实用医技杂志，2007，14(31)：4333 - 4334.

（编辑：朱志立）

［收稿日期］2008-11-25 ［修回日期］2009-01-15

1 例结肠克罗恩病误诊分析

郭新利，李清文 （汤原县中心医院外科，黑龙江 汤原 154700）

［关键词］结肠克罗恩病；临床分析；误诊
［中图分类号］R574.62 ［文献标识码］B ［文章编号］1672-5042(2009)02-0144-02

克罗恩病(Crohn's disease，CD)是一种胃肠道非特异性肉芽肿性炎症，1973 年医学科学国际组织委员会正式命名为克罗恩病。在西方近 25 年来本病发病率有增高趋势，国内尚无精确统计报道。有文献报道：我国本病发病率较西方国家低得多，但近 10 年报道已逾千例[1-2]。我院于 2005 年 11 月收治 1 例克罗恩病患者，本文结合病例对误诊原因进行分析。

［收稿日期］2009-01-14 ［修回日期］2009-02-12

1 资料与方法

1.1 临床资料

患者,女,18岁,学生,因反复右下腹部疼痛,伴腹泻6个月,一直按"慢性阑尾急性发作治疗",近4 d症状加剧伴发热,于2005年11月8日到我院治疗。入院检查,体温38.1 ℃,脉搏104次/分,血压13.3/9.31 kPa,消瘦,腹平坦,右下腹肌紧张,可触及边界欠清之固定肿物,压痛明显。B超检查右下腹可探及一不均质肿物,钡灌肠检查于盲升结肠部见一段长约6.0 cm肠腔狭窄,并可见充盈缺损。胸部正位片示心肺无异常,CT检查示右下腹不均质肿物,并肠腔狭窄。因病人拒绝做纤维结肠镜检查,拟诊为盲肠肿瘤,阑尾周围慢性炎性包块,做剖腹探查术。

1.2 方法

剖腹探查见盲升结肠部有1个7.0 cm×6.0 cm肿物,质硬,表面高低不平,阑尾与肿块粘连,但无明显炎症表现,肠系膜充血肿胀,系膜多枚肿大淋巴结。手术采用右半结肠切除,术后病理报告证实为升结肠克罗恩病。

2 结果

术后经抗炎、对症、补液、营养支持等治疗,住院15 d后治愈出院,随访6个月未见复发。

3 讨论

克罗恩病的病因及发病机制迄今尚未明确,过去又称"局限性肠炎"或"肉芽肿性肠炎",为不明原因的非特异性肠炎。本病从口腔至肛门的消化道均可受累,高加索发病率较高,亚洲人发病率较低。好发于回肠末端,呈节段性、多发性。克罗恩病在我国尚缺乏流行病学资料,而升结肠克罗恩病更少见。由于结肠克罗恩病缺乏特异性症状,诊断较难,故极易误诊。克罗恩病是消化道慢性肉芽肿性炎症,可累及胃肠道任何部位,而以末端回肠最常见,临床表现不典型,可有腹泻、腹痛、低热、体重下降等。腹痛常位于右下腹或脐周围,一般为痉挛性痛,多不严重,常伴局部轻压痛,部分病人可出现不完全性肠梗阻症状。起病常较缓慢,病史多较长,少数病人发病较急或在急性阶段,易误诊为急性阑尾炎。本文病例在术前误诊,甚至在手术中也没正确认识和诊断,应引起重视。虽然B超、CT技术可为克罗恩病的诊断提供影象学依据,但不能定性,消化道造影与内镜检查无疑是克罗恩病的重要方法,而病理组织活检则是确诊的最终依据。本例经钡餐灌肠造影,虽未发现典型的"鹅卵石"征或呈线样征,但提示肠腔狭窄、肠壁僵硬,加之对本病的认识不足,仅片面地考虑结肠肿瘤的可能,使诊断思路狭隘,最终导致误诊[3]。

结肠克罗恩病多数需手术探查,术前未能做出诊断,如术中发现典型受侵肠段的表现特征:肠系膜增厚、系膜淋巴结肿大、肠腔狭窄、肠壁僵硬,基本可明确诊断,必要时可考虑病理活检予以证实。一经确诊,在病人病情允许的情况下,手术切缘应距病变至少3.0 cm以上,包括增厚的肠系膜及肿大的淋巴结一并切除。另外,克罗恩病人多为慢性消耗、贫血、营养不良、低蛋白血症等,故同时应重视营养支持等综合性治疗。

[参考文献]

[1] 吕冬华,黄 斌,宋效成. 克罗恩病20例临床分析[J]. 内科,2008,3(3):364-366.

[2] 牛军民,张宝杭,缪金透,等. 以急性腹痛表现的克罗恩病7例诊治体会[J]. 中国中西医结合外科杂志,2008,14(3):294-295.

[3] 李传真,杨铁成,刘美娜. 结肠癌并发急性肠梗阻一期切除吻合28例诊治体会[J]. 局解手术学杂志,2005,14(2):112.

(编辑:张天飞)

主动脉弓分支及主动脉弓位置变异

甘翼搏[1],杨 磊[1],李文俨[1],陈 聪[1],王 杰[1],李 晨[1],朱楚洪[2] (第三军医大学:1. 学员旅二队;2. 基础医学部解剖学教研室,重庆 400038)

[关键词] 主动脉弓;分支变异;动脉韧带位置移行

[中图分类号] R322.1 [文献标识码] B [文章编号] 1672-5042(2009)02-0145-02

本文作者在解剖一具成年男尸时,发现主动脉弓上三大分支以及主动脉弓与气管、食管的位置存在变异,经查阅相关文献资料,国内报道很少见[1]。现报告如下。

1 材料与方法

10%福尔马林固定成年男尸1具。常规方法解剖其胸部时,发现主动脉弓上三大分支以及主动脉弓与气管、食管的位置存在变异,仔细观察其毗邻关系,认真做好观察记录,并用数码相机拍照。

2 结果

通过观察发现,该男尸心血管区右侧未见头臂干。右侧锁骨下动脉、右颈总动脉和左侧颈总动脉直接起自升主动脉与主动脉弓移行部,左侧锁骨下动脉起自胸主动脉,动脉韧带连于

[收稿日期] 2009-02-18 [修回日期] 2009-03-03