维普资讯 http://www.cqvip.com

2 术后护理

2.1 导管的护理

妥善固定导管，固定位置主要依据患者睡觉的习惯，防止脱落、扭曲、阻塞，保持引流通畅。每次放胸水或注入药物后应先用生理盐水3～5 ml冲管再用肝素液封管，如暂时不用的导管应每隔一天用肝素液冲管1次。导管出现完全阻塞，可缓慢注入尿激酶2 ml(3 000～5 000 U/ml)反复回抽，待尿激酶在导管内充分混合2～3 h后回抽，有液体流出为通管成功。如无效，用无菌导丝插入中心静脉导管通管。若均无效，更换新的导管。本组32病例中，出现导管阻塞6次，3次经尿激酶通管成功，1次导丝通管成功，1次重新更换导管。

2.2 放液护理

放胸水的速度不宜过快、过多，每次放液量一般不超过1 000 ml，过快、过多使胸腔压力骤降，可导致急性肺水肿及循环障碍。注意观察并记录胸水的量、色、性质，恶性胸腔积液常为血性胸水。

2.3 伤口的护理

2.3.1 胸漏的护理　癌性胸水生长迅速，量多，胸部张力高，容易出现伤口不愈合而导致胸水漏出。本组32例患者中有4例出现胸漏，我科采用腹带缚于胸部穿刺部位一周，松紧度以不影响呼吸为宜。效果很好，既可以防止活动时伤口裂开，加强伤口愈合，还可减轻疼痛。4例出现胸漏患者经以上处理，7～9 d好转。

2.3.2 预防感染　如果插管处皮肤和导管处理不当很可能引起置管术后感染及脓毒症。因此在护理上注意：①操作时严格执行无菌操作，穿刺处皮肤周围保持清洁干燥，敷料每隔一天换一次。若发现局部皮肤有红肿、疼痛等症状，可在更换纱布时，在小纱布中央浸润40 000 U庆大霉素，2－3 d症状可消失；②观察胸液的颜色、性状、量，若病人有发热或胸液的性状有所改变，应做胸液细菌培养。本组病例中，有3例出现局部皮肤红肿、疼痛，经上述处理均被控制。

3 讨论

利用双腔中心静脉导管引流术对患者进行胸腔抽水和胸腔内注入药物治疗，操作简便，持续作用时间长，能及时缓减患者的呼吸困难症状，减轻毒性症状，控制病情。且导管柔软、弹性好，头部圆滑整齐，对局部组织刺激性小，不影响患者活动与休息，能减轻病人心理上和身体上的痛苦。

[参考文献]

[1] 王琳西，潘伯宇. 中心静脉导管感染的发病机理及预防[J]. 中华护理杂志，1997，32(11)：675－676.

[2] 陈灏珠. 实用内科学[M]. 第10版. 北京：人民卫生出版社，1998. 1475－1479.

(编辑：文 灿)

风湿性心脏病与预激综合征

温佳滨

(佳木斯市中心医院，黑龙江 佳木斯 154002)

[关键词] 预激综合征；风湿性心脏病

[中图分类号] R541.7+7　[文献标识码] B　[文章编号] 1672－5042(2003)05－0390－02

预激综合征(Wolff-Parkinson-White，WPW)是临床常见的一种心律失常，即吾巴怀氏综合征，多数无器质性心脏病，但风心病合并预激综合征是比较少见的。我院曾遇3例，均已确诊风湿性瓣膜病，现报道如下。

1 临床资料

例1，女，62岁。1957年患风湿病，经常关节痛。从1960年听诊心尖部舒张期杂音，尚能从事一般活动，但反复出现心动过速，经心电图检查为WPW综合征A型，心动过速为阵发性心房纤颤，需静注普鲁卡因转复为窦性心律。近十余年右心衰竭加重，颈静脉增粗，肝肋弓下5～8 cm，双下肢浮肿。1998年3月患脑梗死，语言障碍，右半身瘫痪至今。

例2，女，29岁。8岁患风湿病，两膝关节肿胀、疼痛。1988年8月12日来院检查，心脏听诊心尖部有舒张期杂音，主动脉区可闻粗糙收缩期杂音及舒张期杂音，血抗链"O"200 mg，血沉5 mm，心电图检查为窦性心律、P－R间期0.10 s，QRS 0.13 s，可见有δ波、室性早搏及ST段改变。临床诊断为风湿性心脏病，联合瓣膜病，预激综合征B型。

例3，女，27岁。自述阵发性心悸三年。1991年10月26日因心动过速发作，去中心医院诊治，心电图检查心率219次/分，静推心律平105 mg后，转复为窦性心律，心尖部可闻及舒张期杂音。诊断为风湿性心脏病，二尖瓣狭窄，预激综合征A型。

2 讨论

预激综合征是常见病，系指窦房结发出的激动不仅通过正常房室传导系统下传到心室，而且通过一条异常的附加旁路，绕过正常房室传导通道以短路方式较早地传到一部分心室所造成的综合征[1]。WPW综合征占心脏心律失常的0.1％～3.1

[收稿日期]2003－09－23　[修回日期]2003－11－15

维普资讯 http://www.cqvip.com

%，可并发严重心律紊乱，其中室上心性心动过速50 %～70 %，心房颤动11.5 %～39 %，心室颤动11%[2]。在10 000例儿童中发现48个病例，患有明显心脏疾病仅占20 %，60 %～70 %患病者为男性[3]。本组病例均为女性。如预激综合征旁路不应期一般在180～640 ms，如果旁路前向传导的不应期很短，小于205～250 ms，则发生心房颤动时室率可极快，易致心室颤动，应视为危险的病人[2]。房颤的重要意义在于有附加房室路径而伴有短的前向不应期时，其心室反应可极为快速，从而产生心室颤动。因此凡是WPW综合征病人发生房颤必须严肃对待，因为其隐藏着严重危险甚至突然死亡[3]。

关于治疗：发生心房纤颤时，应采取积极治疗，如电转复效果较好，必要时可采用普鲁卡因酰胺200 mg或心律平70 mg静脉推注，纠正心房纤颤，然后口服奎尼丁或心律平、乙胺碘呋酮维持量口服。风湿性心脏病合并WPW综合征，常因心动过速加重心衰，适当应用洋地黄类药物、利尿药减轻心衰症状。心得安、异搏定对附加纤维作用不稳定，应慎用。采用射频消融疗法可治疗WPW综合征。

[参考文献]

[1] 于伟琦，张新中. 新编心电图学[M]. 北京：学苑出版社，1998. 661－663.
[2] 户才义. 临床心律失常学[M]. 北京：科技出版社，1993.635.
[3] 孙 丽，焦智慧，周伟明. 风心病并预激综合征伴心房纤颤心律平转复1例[J]. 心血管康复医学杂志，2002,11(3):200.

（编辑：王 林）

两种方法治疗慢性肥厚性鼻炎的临床体会

凌淑芳
（佳木斯铁路医院耳鼻咽喉科，黑龙江 佳木斯 154002）

[关键词] 慢性肥厚性鼻炎；鼻甲部分切除术
[中图分类号] R392.4 [文献标识码] B [文章编号] 1672－5042(2003)05－0391－01

慢性肥厚性鼻炎是东北地区的常见病，以鼻塞为主，长期可引起分泌性中耳炎、鼻窦炎等。治疗的方法很多，如：硬化法、鼻甲封闭法、烧灼法、鼻甲部分切除术、微波、激光术等。我科自1999年以来对62例患者分别行鼻甲部分切除术和Nd.YAG激光鼻甲粘膜凝固两种方法治疗慢性肥厚性鼻炎，将治疗效果进行比较，借以选择最有效的治疗方法。现报告如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料

62例中，男36例，女26例，年龄在20～56岁之间。慢性肥厚性鼻炎的诊断标准为：持续性鼻阻塞半年以上，半数病例须随身携带“滴鼻净”以备滴用。全部病例入睡前需滴药后方可通气入睡。检查下鼻甲肥厚、对麻黄素不敏感，下鼻甲与鼻中隔有不同程度的粘连。既往无鼻腔、鼻窦手术史。

1.2 治疗方法

1.2.1 鼻甲部分切除术 按照《手术学耳鼻喉科分册》介绍的手术方法。术后应用凡士林纱条填塞，局部冷敷6 h，术后48 h分次取出纱条，每天均应用麻黄素棉片收缩鼻腔粘膜，检查下鼻道有无残留以防鼻腔粘连，并滴用抗生素、麻黄素合剂（滴鼻净与庆大霉素合剂）以利分泌物引流通畅。

1.2.2 Nd、YAG激光粘膜下凝固术 采用《楼红基、YAG激光粘膜下凝固法治疗慢性肥厚性鼻炎》所介绍的方法。术后病人在门诊观察30 min，无须鼻腔填塞，少数刺入点渗血者加用激光凝固或麻黄素棉片收缩后出血即可停止。术后鼻腔点滴鼻净加庆大霉素合剂，口服抗生素3～5 d。每隔1日复诊，清理鼻腔分泌物。

2 结果

评定标准：①治愈：鼻腔通气良好，停用鼻粘膜减充血剂。②显效：鼻腔通气显著好转，停用鼻腔粘膜减充血剂。③改善：鼻腔通气好转，基本停用减充血剂。④无效：治疗后鼻塞无任何改善。

术后随访半年以上62例，32例采用鼻甲部分切除术，治愈13例(40.6%)，显效14例(43.7%)，改善3例(9.4%)，无效2例(6.3%)。30例采用Nd、YAG激光粘膜凝固术，治愈14例(46.6%)，显效8例(26.7%)，改善6例(20%)，无效2例(6.7%)，总有效率93.3%。

3 讨论

两种方法治疗各有优缺点，传统的下鼻甲部分切除术，术程长，操作复杂，，易出血，痛苦大，术后需纱条填塞48 h，每天需要清理，患者恐惧感较重。如果清理不及时，鼻甲粘膜易与中隔粘连，但对于下鼻甲后端肥厚者效果比较满意。YAG激光治疗，操作简单，粘膜损伤小，患者易于接受。但对于后端肥厚者光纤维难以达到，术后效果不佳。且该方案治疗粘膜呈水肿状态，约需7～10 d方能达到满意效果。基于以上临床体会，我们对于单纯的下鼻甲前端肥厚者选用Nd、YAG激光粘膜凝固法，而对于伴有下鼻甲后端肥厚者仍选用下鼻甲部分切除术，以达到更佳的效果。

[收稿日期]2003－10－02 [修回日期]2003－11－01

（编辑：邱全光）