维普资讯 http://www.cqvip.com

症状。可能与脂肪瘤质地柔软很少压迫周围器官引起症状有关。故肿瘤可呈巨大,可向上生长达颈部或沿肋间隙外突向胸壁。

脂肪瘤普通X线检查因无特征性,故诊断较难。而CT与MRI的表现较具特征性。小的脂肪瘤多呈圆形或椭圆形,较大的形态多不规则。肿瘤边缘清楚,常呈上窄下宽,呈泪滴状,有质地柔软感,甚至贴于横膈上。脂肪瘤密度均匀,CT呈低密度,CT值 -80~120 Hu。MRI脂肪瘤呈均匀高信号,T1加权和T2加权图象上均与腋下脂肪信号一样呈高信号。

脂肪瘤应与纵隔内脂肪蓄积和心包脂肪垫鉴别,后两者均发生于肥胖病人,或有激素治疗病史的患者。CT与MRI上无明确肿块形态,无边界,呈弥漫性脂肪组织增多或心膈角处不规则片状脂肪密度影。气管、支气管及其他脏器无异常改变。

恶性脂肪瘤即脂肪肉瘤少见,病理上见到未成熟的脂肪组织与成熟的脂肪组织共同存在,肿瘤包膜消失,呈分叶状向周围组织浸润生长。CT上呈低密度,但密度常不均匀,可出现不规则软组织密度部分,病灶边缘不清,向周围组织浸润生长,肿瘤生长速度很快,MRI呈高信号,由于纵隔脂肪、软组织亦呈高信号,有时脂肪肉瘤向周围浸润生长的表现在MRI显示欠佳。脂肪肉瘤在鉴别诊断上应与含丰富脂肪的畸胎瘤相鉴别。畸胎瘤边界清楚,形态较规则,如发现有牙齿、骨骼等高密度影,则有利于畸胎瘤的诊断。

(收稿日期:2002-09-15)

血液透析中急性并发症的原因分析与对策

许爱华* 王殿珍*

血液透析是治疗急慢性肾功能衰竭迅速有效的方法,而透析中常伴有急性并发症的发生,不同程度地影响了透析治疗的正常运行,使患者病情加重,甚至危及生命。现将血液透析过程中常见急性并发症的原因及其处理对策报道如下。

一、资料与方法

1.临床资料:我院自1998至2001年12月共收治血液透析病人507例,进行血液透析4115次。其中慢性肾衰终末期尿毒症445例,血透3915次;急性肾衰51例,血透168次;中毒11例,血透32次。

2.透析资料:(1)设备:透析机采用美国费森(Fresenius Medical Care)4008S、4008B型机器,透析用水通过美国费森公司反渗水处理器配套提供。透析液种类:醋酸盐和碳酸盐。(2)主要透析参数:血液量开始从100~120 ml/min逐渐上升到150~250 ml/min,平均200 ml/min。肝素剂量根据体重、贫血程度、出血倾向、有无创伤及近期大手术而定,大多数用量0.6 mg/kg,透析结束前20~30 min停止使用。有65%采用永久性血管通路,以前臂动静脉内瘘为主;临时血管通路均用外周动脉和中心静脉直接穿刺。透析时间:首次2.5~3 h,第二次以上4~5 h。(3)血液透析治疗依据:血肌酐≥530~840 μmmol/L,或血钾≥6.5 mmol/L。

二、结果

各类并发症及发生率:低血压380次,占9.2%;高血压243次,占5.90%;失衡综合征98次,占2.38%;发热162次,占3.93%;出血57次,1.38%,并发症总发生率22.84%(940/4115)。

三、讨论

1.低血压:低血压是指平均动脉压比透析前下降4.0 kPa(30 mmHg)以上或收缩压降至12 kPa(90 mmHg)以下。

本组低血压发生率为9.2%,它是血液透析中最常见的并发症,其发生率居各类并发症之首。发生的原因主要有:① 有效血容量不足,② 超滤量过多或过快,③ 自主神经功能紊乱,④循环功能不稳定,以老年人多见。

低血压的处理应根据不同原因采取相应的对策:① 透析过程中严密监测血压、脉搏及观察患者的一般情况。② 严格控制超滤液量,每次超滤量一般不超过患者两次透析间的体重差。③ 增加血浆渗透压,可用含钠140~142 mmol/L的透析液。急性低血压时,快速静脉滴注复方乳酸钠(平衡液)250~500 ml。④ 合理使用降压药,透析前停服一次降压药。⑤ 改善透析方法,血液透析与血液透析滤过交替使用。⑥ 经处理后血压仍低,可酌情使用升压药,例如多巴胺或间羟胺。⑦ 改善贫血,增加有效血容量。

2.高血压:本组血液透析中高血压发病率为5.92%。发生原因主要有:① 精神过度紧张。② 肾脏损害致血浆肾素、血管紧张素活性增高,透析超滤脱水又使之加剧。③ 水钠潴留致血容量增高。高血压是血液透析并发的危险因素,可致死亡,应积极防治、处理。对策包括:① 限制水、钠的摄入。每日

* 作者单位:400038 重庆市第三军医大学附属西南医院泌尿中心肾科

维普资讯 http://www.cqvip.com

饮水量等于前一天的尿量 + 500 ml,钠的摄入〈2 g/24 h。② 高血容量型要加强超滤,血压可自行下降。③ 对精神过度紧张者做好心理护理,消除紧张情绪,必要时给安定肌注或口服。④ 必要时给降压药:心痛定 10 mg 或巯甲丙脯酸 12.5 ~ 25 mg 舌下含化。

3.失衡综合征:本组发病率为 2.38 %。其主要原因是血液与脑脊液内的尿毒素物质下降不平衡而引起。常见于急性肾衰、初次血液透析或透析间期过长的慢性肾衰患者。治疗失衡综合征的对策是:① 缩短透析时间,增加透析频度。② 超滤脱水不可过多过快,必要时用高钠透析液(148 mmol/L)。③ 症状轻者静脉注射 50 %葡萄糖 40 ~ 60 ml 或静脉滴注 10 %氯化钠 5 ~ 10 ml;严重者应停止透析,静脉滴注 20%甘露醇。

4.发热:血液透析过程中发热现象时有发生,本组发生率为 3.93 %。其主要原因与水处理、血液透析管道及血液透析器的消毒不彻底导致细菌繁殖产生内毒素有关,少数是感染所致。对策:① 紧急处理可用异丙嗪 25 mg 肌注或地塞米松 5 mg 静脉推注。② 平时预防为主,严格消毒管道和透析器,并避免如甲醇、过氧乙酸等消毒物质的残留。③ 透析液不宜放置过长时间,浓度必须准确。④ 应用反渗水去除致热源。⑤ 如疑为细菌感染,可于透析后给予抗生素应用。

5.出血:本组发生率为 1.40 %,主要原因是尿毒症患者血中毒物蓄积造成血小板功能障碍,另外,与肝素钠用量过大、大手术及肝功能障碍有关。对策:① 对已有出血倾向者,可采用低分子量肝素钠或无肝素钠透析,透析结束后用相当剂量的鱼精蛋白及其它止血剂,必要时输注新鲜血。② 手术伤口者,宜在术后第二天用无肝素钠透析。③ 避免一切可预防性失血,透析前检查管道接头是否牢固,各支管是否夹住,透析开始后观察静脉压的变化.防止管内压力过高引起管道脱离而失血。

(收稿日期:2002 - 11 - 25)

浅谈对白血病人的心理护理

高艳波* 张 纯*

随着医学的发展和社会的进步,医学模式由单纯的生物医学模式向生物—心理—社会医学模式转化。在这个过程中,心理护理越来越受到医务工作者的重视,尤其对于身患绝症的患者尤为重要。

一、白血病人的一般心理特征

1.恐惧心理:表现为神经衰弱症候群,当得知自己患了白血病时紧张、焦虑、恐惧、惊惶失措,甚至变得暴躁易怒,对外采取攻击性态度。这些说明外在病理因素对内在心理因素的影响。

2.悲观绝望心理:许多白血病患者得知病情后承受不了沉重的打击而悲痛欲绝,拒绝使用各种化疗药物;部分患者觉得病情不严重幻想出现奇迹或是误诊,或者以自我为中心变得极为自私,对医务人员极度敏感。

二、作好心理护理增强战胜疾病的信心

1.鼓励和支持:对于悲观绝望和恐惧的病人予以有力的精神支持与鼓励。经常与患者及家人联系取得社会支持。大力宣传白血病并非不治之症,向他们介绍国内外治疗成功的病例,尤其是我科治愈的患者当时病情及现状,积极为他们创造条件—即采用书信联系或打电话等方式沟通,让痊愈的病人为他们现身说法,使他们充分了解对白血病治疗的进展与突破,帮助病人确认积极情绪对健康的影响,使病人能正视现实,接受治疗。

2.争取信任:护理人员必须有高度的同情心和自信心,关怀尊重病人。以自信、顺应性强、工作热情和技术熟练的角色出现,使病人感到亲切、可靠、依托。要求护理工作者不仅要耐心听病人的陈述,与病人建立良好的关系,还要有认真的工作态度,对各项操作谨慎无失误,不断提高个人的业务水平。

三、根据不同心态采取相应护理措施

1.性格内向:对白血病异常敏感性的患者应采取保密性措施。通过相应措施来减轻焦虑和恐惧心理。

2.有否认心理的患者:对于这种白血病病人不能隐瞒,以免病人轻视自己病情,也不能为说服病人相信自己的病情而采取恫吓态度,要使病人相信诊断,配合治疗。

3.心理素质好:文化层次高的患者,对于这类患者不能采取隐瞒的态度,因为对这类病人做长期保密也是不可能的,应采取主动有分寸地把实情告诉患者,对文化程度高者应客观分析病情,纠正其认识上的偏差,同时进行针对性的心理干预。

4.临终患者:临终前的白血病人多数神志清楚,多因疼痛而痛不欲生,家属看到亲人即将离去也很悲伤。此时应尽量满足患者及家属的要求,在做好临终病人护理的同时,还要做好家属的护理,有助于增强临终病人的护理效果,帮助病人安祥地渡过人生的最后一段时光。

(收稿日期:2002 - 10 - 25)

* 作者单位:154002 黑龙江省佳木斯大学第一附属医院