维普资讯 http://www.cqvip.com

尿管延至术后24 h,若镇痛48 h,则在镇痛结束后拔除,同时坚持做留置导管护理,故极少出现尿潴留。④抑制肠蠕动:是PCA药的副作用,注意观察患者肠蠕动情况:肠鸣音、排气、排便。尤其是腹部手术者感腹胀,排气时间延长,便秘等情况。术后3d仍未排气患者,指导在病情允许下多活动,热敷腹部,严重腹胀可持续胃肠减压或肛管排气,能进食者嘱其多吃富含纤维素食物,以利排便,且PCA主要用于术后前3d止痛,停止后肠蠕动会逐渐恢复。

四、讨论

各种止痛法比较:定量肌注止痛法,对药需求量大者,难以达止痛效果。对需求量小者,可引起药过量并发症,且反复注射加重心理负担。持续静脉止痛法,可迅速止痛,但仍不能解决个体差异问题。PCA止痛法可克服上述不足,且起效迅速,镇痛时间延长,疼痛缓解率高,对少数患者镇痛效果不佳等问题,有待进一步改善,以达到最佳效果。

(收稿:2000-11-06)

Riedel甲状腺炎一例报告

高云义* 孙学军**

一、临床资料

病例:女,42岁。发现颈部包块3个月于1999年6月入院。3个月前发生颈部左侧有一鹌鹑蛋大小包块,增长较块,无疼痛,无发冷发热,无吞咽困难,无呼吸困难及声音嘶哑,无怕冷怕热及性格改变。门诊以"左侧叶甲状腺腺瘤"入院。查体:一般情况好,左侧叶甲状腺可触及一5cm×4cm包块、质较硬、无压痛、表面光滑、边界清楚、可随吞咽上下移动,无血管杂音。T_3、T_4均正常。B超示:左侧甲状腺增大,其内有一4cm×4cm大小强回声团,内部回声均匀。行左侧甲状腺全切除术,术后恢复好,痊愈出院。病理报告:Riedel甲状腺炎。

二、讨论

Riedel甲状腺炎,又称侵袭性甲状腺炎、慢性纤维性甲状腺炎、慢性木性甲状腺炎,此病是一种罕见的甲状腺疾病。本病是由Riedel在1896年首先描述,绝大多数为成年人,女性多见,病因未明,可能与自身免疫有关,但无确切证据,虽然患者可存在甲状腺自身抗体,但滴度较低。病理特征是甲状腺结构被破坏,并被大量纤维组织取代。病变常超出甲状腺范围,侵袭周围组织,产生邻近器官的压迫症状,如吞咽困难、呼吸困难、声音嘶哑、喉鸣等。甲状腺可保持正常轮廓、质坚硬如石,不痛,通常甲状腺功能正常,甲状腺组织完全被纤维组织取代后可致甲减。本病可累及一叶或整个腺体,可伴有其它部位纤维化,如纵隔、腹膜后、泪腺、胆囊等纤维化。实验室检查:^{131}I摄取率、T_3、T_4、TSH等多正常。甲状腺扫描未受累部位正常,受累部位无核素分布。TGA可阳性,但远较桥本甲状腺炎为低。临床上极易误诊为甲状腺癌。但甲状腺癌大多为单侧,常有局部淋巴结肿大,确诊有赖于甲状腺活检。本病为良好经过,目前无有效的方法阻止病变的发展或治愈。病变局限者可手术切除,病变广泛者可行峡部切断、减轻压迫症状。也可试用糖皮质激素治疗,可使病变甲状腺软化。有甲状腺机能减退者,可服甲状腺素片。

(收稿:2000-11-01)

* 作者单位:261041 山东省潍坊市计划生育科研所
** 解放军第89医院普外中心

眼病患者应用甘露醇的护理

郑金凤* 王佐卿** 朱 岩*

一、甘露醇的眼科应用:甘露醇是一种脱水药物,通过升高血液渗透压,造成血液与房水间的渗透压差,使眼内液进入血液,使眼压下降,同时还可降低颅内压、眶内压等。眼科常用于急性充血性青光眼发作期,在抗青光眼手术前其他药物尚不能控制眼压者,恶性青光眼;各种眼内手术前需降低眼内压,以减少玻璃体脱出等并发症。

二、高眼压的临床表现:由于高眼压使眼及眼周围胀痛,剧烈偏头痛,视力显著减退,角膜水肿如雾状,前房变浅,瞳孔开大,呈椭圆形,无光反应,伴有恶心、呕吐及眼底改变。

三、应用甘露醇时易出现的问题:①甘露醇应用过量,给药时间过长,可导致甘露醇渗透性肾病合并肾功能衰竭,因甘露醇在具有脱水作用降低颅内压、眼内压的同时,还具有降低肾血管阻力,使肾血管血流量增加,保持肾血管足够的水份以维持其渗透压的扩容利尿作用,所以眼压持续不降的患者,过量

* 作者单位:154002 黑龙江省佳木斯大学附属第一医院眼科
** 佳木斯大学医管处

维普资讯 http://www.cqvip.com

或长时间应用甘露醇也可使肾小管变性及堵塞，以致出现少尿症和氮质血症。⑵给药速度快慢出现的问题，速度过快可引起头痛、头晕，视力模糊，速度过慢、量小不集中，浓度低，不能迅速提高血浆渗透压，使组织产生脱水，更不能有效地降低眼压。⑶加压静脉点滴时，压力过大易出现的问题，甘露醇如正常滴速不能达到预期目的时，需要加压快滴。如果加压产生的压力过大，易导致空气进入静脉，出现空气栓塞，若少量空气进入静脉后，先被带到右心房，再进入右心室，被右心室压入肺动脉，并分散到肺小动脉内，最后到毛细血管，因而损伤较小，若空气量大，空气在右心室内将阻塞肺动脉的入口，使血液不能进入血管内，引起严重缺氧，甚至死亡。⑷护理不当引起甘露醇溶液外渗，局部组织出现红肿，严重时则出现变性坏死。由于甘露醇输入速度快，浓度大，刺激性强，使毛细血管通透性增高，血浆由血管进入组织间隙形成"瘀血性水肿"。若处理不及时，红细胞也漏出，此时静脉压多呈增高状态，更加重水肿和出血，实质细胞发生不同程度的变性和坏死。

四、怎样护理静脉滴注甘露醇的眼病患者。⑴输液前准备。由于甘露醇是一饱和溶液，温度降低时有时结晶析出，输液时，如不加注意，就会有大量的微粒在短时内进入静脉，从而有可能引起血栓，所以在输液前要认真检查药液有无结晶，如瓶中析出结晶需以温水（80℃）浸泡药瓶，振摇溶解后才能使用。⑵对高眼压应用甘露醇的患者、护理人员必须及时巡视、严密观察，如快速滴注时，应自始至终守护在患者眼前，掌握病情变化及用药情况，发现情况立即报告医生并及时处理。⑶掌握给药速度，甘露醇需在半小时内静脉推注或加压快速滴入，使在血中迅速达到所需浓度，方能保证其降低眼压效果。一般成人12ml/min即20滴/min，小儿5～7ml/min即120～140滴/min。⑷观察效果。用药后10min左右开始利尿，20min左右眼压开始下降，2～3h达高峰，可维持6h左右。所以用药后应密切观察排尿情况及眼压降低的表现，包括头痛、眼痛、呕吐或轻或消失等，掌握病情，及时采取相应措施。⑸局部观察。甘露醇为高渗溶液，当静脉输入高渗溶液时，血浆渗透压升高，致使组织液渗透压随之升高，血管内皮细胞脱水，进而局部血小板聚集，并释放前列腺素E，静脉壁通透性增强，白细胞浸润并产生炎症改变同时释放组织胺，使静脉收缩，变硬，导致静脉及周围组织的损害，因此，静脉穿刺要准确，勿使药液溢漏于血管外，选择穿刺点，尽量找粗一些的血管进行穿刺，可减轻对局部血管的损害。发现穿刺部位有红、肿、痛的应及时采取措施，更换静脉部位。不宜在同一部位反复注射，至少应少于4次，而且穿刺点的距离应尽可能的远。

（收稿：2000-12-14）

小儿胆囊扭转一例报告

邱国锋* 孙辉伟* 王世富*

一、临床资料

病人，男，9岁，急性腹痛，伴恶心呕吐约24小时，于2000年5月24日入院，既往无类似腹痛病史。查体：T：37.5℃，P：96次/min，BP：90/60 mmHg（12/8 kPa）；营养中等，痛苦面容，巩膜无黄染。腹部稍膨隆，全腹肌紧张，且有明显压痛及反跳痛，以右中、上腹部为甚，肠鸣音减弱。WBC：17.9×10^9/L，腹透无明显异常，初步诊断：急性阑尾炎，阑尾穿孔，弥漫性腹膜炎。入院当天患儿在全麻下行开腹探查术；术中证实为胆囊逆时针方向扭转约210°，胆囊坏死呈黑褐色；腹腔内有较多红褐色的液体，轻轻将坏死胆囊复位，见为短系膜连接胆囊管和肝床，胆囊游离，行胆囊切除术，术后恢复顺利，住院10天治愈出院。术后胆囊病理改变：静脉淤滞，水肿，全层有坏死出血及炎细胞浸润。

二、讨论

胆囊扭转为罕见疾病，迄今全世界仅报告400多例，本病以女性多见，女性与男性的比例约为3:1。多见于60岁以上老年人，发病的重要因素为解剖学异常而形成浮动胆囊，浮动胆囊引起胆汁瘀滞为本病发生的另一因素，另外突然改变体位可以诱发本病。

胆囊扭转在180°以下者称为不全扭转，超过180°者，则称为完全性扭转。扭转方向：Case报告逆时针多，日本及我国则顺时针多，扭转180°以上则血运障碍，首先发生静脉回流受阻，胆囊充血水肿，继之动脉受累，胆囊坏死，有时发生穿孔，但为数很少。

临床表现多为突发性右上腹部持续疼痛，多向右肩、背或腰部放散，胆囊解剖位置低者可出现右中下腹部疼痛而误诊为急性阑尾炎。呕吐常为另一症状，体温一般不高，血压及脉搏改变不大，腹部检查绝大多数胆囊投影区有压痛、反跳痛及肌紧张，约1/3病人可触到肿块，白细胞计数常升高，多在10×10^9/L以上，但核左移不明显，且体温不高而白细胞增高为本病特点之一。

本病术前不易诊断，多在术中才能肯定，须和胆道系统的急性炎症、胃十二指肠溃疡穿孔、急性阑尾炎、肠梗阻等急腹症作鉴别诊断。合理的治疗为胆囊切除术，如轻微扭转无血运障碍或有特殊情况时，可行胆囊固定术。

（收稿：2000-10-16）

* 作者单位：161200 黑龙江省富裕县人民医院