DOI:10.16016/j.1000-5404.2002.09.062

程有关。本组手术或穿刺活检结果显示：2个呈T_1WI低、T_2WI高信号的肿块炎性反应较明显，细胞有浊肿，这与临床症状较明显相符合。5个T_1WI呈等信号者肿块内纤维成分相对较多，而炎性反应不如前者明显。另1个T_1WI及T_2WI均呈低信号的病变内绝大部分为纤维成分以及凝固性坏死，仅在病变周围发现少量炎性反应带。结合文献分析，IPL在MRI上可表现为各种不同的信号变化，我们认为，这可能是由于肿块所处的病理阶段不同，而其成分也有所不同所致。当病变处于进展阶段，肿块以炎性浸润为主而纤维成分较少，由于组织含水较多而呈长T_1、长T_2信号；当病变处于静止期，肿块内的炎性组织大部分已被纤维组织取代或发生凝固性坏死，由于纤维成分及凝固性坏死组织缺乏运动质子而使病变在T_1WI、T_2WI均呈低信号；当病变过程处于以上两者之间时，炎性反应与纤维化持衡在某一水平，则可能表现为等信号。

本组2个病灶呈T_1WI低、T_2WI高信号，与肝癌及血管瘤等其它病变表现相似，术前均发生误诊。另外6个病灶信号表现较为特殊，其中5个T_1WI呈等信号，虽然有些分化较好的小肝癌或腺瘤样增生可出现此种改变，但后者多发生在慢性肝炎或肝硬化的基础上，而炎性假瘤多无此类病史。本组另1个病灶T_2WI呈低信号，更为特殊，这在其他疾病甚为少见，某些肝硬化再生结节常表现为T2WI低信号，但其T_1WI多为高或等信号[6]，可资鉴别。

Abehsera[5]报道的2个病灶MRI上均显示包膜。本组2例病理上见纤维包膜，MRI均未发现。1例在T_2WI上于低信号病变周围见高信号环，可能为病灶周围的炎性水肿所致，并非真正的包膜。

总之，IPL在MRI上缺乏特异性征象，其表现与病变所处的病理过程相关，病理阶段不同其信号也各异。当肝内病灶表现为非长T_1、长T_2信号时，结合临床无肝病背景以及有胆道手术或感染史等，应考虑到IPL的可能，必要时应行肝穿活检，以避免不必要的手术创伤。

关键词：磁共振；肝脏炎性假瘤
中图法分类号：R575.04 文献标识码：B

参考文献：

[1] Horiuchi R, Uchida T, Kojima T, *et al*. Inflammatory pseudotumor of the liver: clinicopathological study and review of the literature[J]. Cancer, 1990, 65(4): 1583—1590.
[2] Materne R, Vanbeers B E, Gigot J F, *et al*. Inflammatory pseudotumor of the liver: MRI with mangafodipir trisodium[J]. J Comput Assist Tomogr, 1998, 22(1): 82—84.
[3] Kelekis N L, Warshauer D M, Semelka R C, *et al*. Inflammatory pseudotumor of the liver: appearance on contrast enhanced helical CT and MR images[J]. J Magn Reson Imaging, 1995, 5(5): 551—553.
[4] Flisak M E, Budris D M, Olson M C, *et al*. Inflammatory pseudotumor of the liver: appearance on MRI[J]. Clin Imaging, 1994, 18(1): 1—3.
[5] Abehsera M, Vilgrain V, Belghiti J, *et al*. Inflammatory pseudotumor of the liver: radiologic-pathologic correlation[J]. J Comput Assist Tomogr, 1995, 19(1): 80—83.
[6] Matsui O, Kadaya M, Kameyama T, *et al*. Adenomatous hyperplastic nodules in the cirrhotic liver: differentiation from hepatocellular carcinoma with MR imaging[J]. Radiology, 1989, 173(1): 123—126.

（编辑 郭建秀）

文章编号：1000-5404(2002)09-1123-01

经验交流

小儿腭裂术后口腔冲洗护理的疗效观察

Therapeutic effects of oral rinsing nursing in cleft palate patient after operation

陈 绩 （重庆医科大学儿童医院整形五官科，重庆 400014）

口腔是食物进入消化道的重要通道，又是部分消化液分泌的器官，更是微生物寄居和滋生的最佳环境[1]。腭裂患者术后加强饮食护理和注意保持口腔清洁是促进创口愈合的关键[2]。为了探讨腭裂术后口腔护理的有效方法，2001年6月至12月，我科对50例腭裂术后患者给予双氧水和洗必泰作口腔冲洗预防口腔感染取得较好效果。现报道如下。

1 材料与方法

1.1 一般资料

50例患者中男性29例，女性21例，年龄最小4个月，最大13岁，平均年龄2岁。Ⅰ°腭裂2例，Ⅱ°腭裂43例，Ⅲ°腭裂5例，按就诊先后顺序分为实验组和对照组各25例，两组年龄、性别、病情比较差异无显著性意义（$P>0.05$）。

作者简介：陈 绩（1973—），女，四川省成都市人，护师，主要从事临床护理方面的研究。电话：(023)63632756-3052
收稿日期：2001-03-20；修回日期：2002-05-28

1.2 病例分组

1.2.1 实验组 ①1%双氧水、0.5%洗必泰、治疗巾、弯盘、20 ml空针1副、特制针头1个（取一12号一次性针头，在针头1/2处将其弯成120°角，再将针尖斜面剪掉，稍加打磨即可）、吸引器、一次性吸痰管。②操作时需护理人员2名及家属配合。先将患儿放置于侧卧位，固定头部，铺上治疗巾、弯盘。1人用空针先抽取双氧水20 ml，将针头放于口内，不同角度冲洗口腔（碘仿纱条与牙齿交界处是重点）。冲洗的同时，另1人将吸痰管放置于低侧口腔前庭沟内吸引，重复1次后再抽取洗必泰20 ml冲洗，反复几次，直到口腔无泡沫、无异味为止。

1.2.2 对照组 ①0.02%呋喃西林液20 ml、一次性药杯、棉签、治疗巾、弯盘。②取呋喃西林20 ml倒入一次性药杯，用棉签2根分别蘸呋喃西林液进行口腔清洁。③嘱患儿含10ml呋喃西林液1 min，漱口吐出，重复含漱1次。

1.3 统计学处理

试验数据采用χ^2检验做统计学处理。

?1994-2016 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved. http://www.cnki.net

2 结果

两组口腔护理方法结果见表 1, 其中口臭标准为我科自定, 分为 0°、Ⅰ°、Ⅱ°和Ⅲ°, 无口臭为 0°, 开口说话时能闻及口臭者为Ⅰ°, 开口即能闻及口臭者为Ⅱ°, 口闭时也能闻及口臭者为Ⅲ°。

结果表明两组中口臭及创口红肿均存在显著性差异($P<0.01$), 试验组中 3 例Ⅰ°口臭者均属于患儿极度不配合, 无法冲洗彻底所致, 余均无口臭; 而对照组有口臭者几乎占 100%。试验组只有 4 例创口红肿, 红肿率 8.0%; 而对照组创口红肿率近 100%。

表 1　两种口腔护理方法结果

组别	例数	口臭				伤口裂开		创口红肿	
		0°	Ⅰ°	Ⅱ°	Ⅲ°	有	无	有	无
对照组	25	2	4	10	9	0	25	23	2
试验组	25	22*	3	0*	0*	0	25	4**	21**

*: $P<0.01$, **: $P<0.01$ *vs* 对照组

3 讨论

口腔冲洗由护士直接进行操作, 效果能得到保证。所用药物中 1%双氧水是一种消毒剂, 可杀灭细菌; 洗必泰是毒性很低的消毒剂, 带阳性电荷, 它可吸附在带阴性电荷的牙齿、斑块和口腔粘膜表面, 并弥散, 逐渐释出, 产生持续抑菌作用[3]。口腔冲洗特别适合不会含漱的小儿, 因考虑到腭裂患者术后语言效果问题, 近年来临床上以 1~2 岁为腭裂修复的最佳年龄[4], 此年龄段的患儿大多不会自己含漱, 采用常规的口腔护理方法不能达到满意的效果。口腔冲洗所需液量较口腔含漱大, 并可借助推注空针的压力有效地冲洗掉牙齿间、牙齿与碘仿纱条交界皱褶处积存的牙垢。冲洗所用针头制作简单, 不易损伤患儿口唇, 经浸泡消毒后可反复使用。其次洗必泰味微苦, 呋喃西林苦味重, 易引起恶心, 相比较洗必泰易被患儿接受。

本研究结果表明, 两种口腔护理方法均可不同程度的预防口腔感染, 但效果有明显差异。口腔冲洗优于常规口腔护理, 用于腭裂患者术后口腔护理中可获得满意效果。

关键词: 腭裂; 口腔冲洗; 口腔含漱; 洗必泰; 双氧水
中图法分类号: R473.78　　文献标识码: B

参考文献:

[1] 刘大维. 口腔预防医学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 1987. 100.
[2] 刘清洁, 熊志忠. 口腔科护理学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 1997. 206-211.
[3] 中华人民共和国卫生部药典委员会. 临床用药须知[M]. 北京: 化学工业出版社, 1995. 530-668.
[4] 邱蔚六. 口腔颌面外科理论与实践[M]. 北京: 人民卫生出版社, 1998. 865-868.

(编辑　薛国文)

经验交流

文章编号: 1000-5404(2002)09-1124-02

肾移植术后巨细胞病毒性肺炎的诊断与治疗

Diagnosis and treatment of cytomegalovirus pneumonia in kidney transplantation patients

卓文利, 李黔生, 靳凤烁, 徐序广, 张军卫, 靳文生, 聂志林
(第三军医大学附属大坪医院野战外科研究所泌尿外科洗肾移植中心, 重庆 400042)

肺部感染是肾移植术后最主要的感染并发症, 也是造成肾移植受者死亡的主要原因之一, 而在移植受者肺部感染中又以巨细胞病毒性肺炎(Cytomegalovirus pneumonia, CMV)处理较为棘手, 是临床工作中的难点。我科自 1997 年 1 月至 2000 年 12 月共收治重症 CMV 肺炎患者 19 例, 其中 17 例救治成功, 取得较为满意的效果, 现报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般情况

19 例患者中, 男性 14 例, 女性 5 例, 年龄 22~65 岁, 平均 44.3 岁。

1.2 CMV 肺炎发生的时间

发生在肾移植术后 6 个月以内者 16 例, 6 个月至 1 年者 2 例, 超过 1 年者 1 例。

1.3 诊断标准

1.3.1 临床表现　不明原因发热, 咳嗽、咳痰、伴气喘等呼吸道症状, 紫绀, 中性粒细胞减少, 血小板减少, 单核细胞增多, 伴或不伴有脑炎, 肝炎, 胃肠炎, 急性视网膜炎, 关节痛等。

1.3.2 实验室检查　存在不同程度的低氧血症和低蛋白血症, 全胸片示双肺呈间质浸润性炎症改变。

1.3.3 病原体检测　血 CMV PCR 检测阳性或血清 CMV IgM 阳性。但支气管分泌物的细菌, 真菌, 卡氏肺囊虫, 抗酸杆菌等检查为阴性。

1.4 救治措施

采用抗病毒为基础的综合治疗方案, 包括: ① 抗病毒治疗, 疗程及剂量据病情调整。②及时下调免疫抑制剂用量。③纠正低蛋白血症。④持续吸氧, 对出现呼吸困难并有紫绀者, 若 PaO_2 < 60 mmHg, 尽早使用射频呼吸机加压给氧维持患者血氧分压, 同时加强全身支持治疗。⑤预防性使用抗生素和抗霉菌药物。

作者简介: 卓文利(1970-), 男, 福建省福鼎市人, 硕士研究生, 主治医师, 主要从事肾移植术后感染防治方面的研究。电话: (023)68757724
收稿日期: 2001-09-17; 修回日期: 2001-11-21

?1994-2016 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved.　http://www.cnki.net