

输尿管结石易滞留嵌顿在输尿管的3个生理狭窄部。输尿管结石患者,超声检查时可于输尿管管腔内显示出强回声点或强回声团,后方伴或不伴有声影或浅声影;有时可伴发有肾积水或肾盂肾盏的分离。相对来说,输尿管中段结石的B超检查较为困难。为了使超声检查更准确,常常先予清洁灌肠,排出粪石及肠气的干扰。在检查时于中下腹先行找到髂血管,于跨越髂血管的前方的管状无回声既为输尿管,对所显示的无回声进行斜切及纵切检查可发现为扩张的中段输尿管。另外,在操作检查中要认真仔细,肠气过多时可多方位多角度反复检查,对于肥胖者予施压用力扫查,以最大限度地排除干扰^[1]。对于下段输尿管,检查时于耻骨联合的上方进行斜横断面扫查膀胱三角区,可检查输尿管膀胱壁内段及输尿管开口处,并观察输尿管下段。

与其他医技检查相比,B超检查有独有的优势。由于泌尿系统结石的主要成分复杂,以草酸钙、碳酸钙、磷酸钙、磷酸铵镁、胱氨酸等成分为主构成的结石,在X线平片上可显示。由黄嘌呤和尿酸构成的结石在X线平片上不可显示(透光结石),而

B超探查则不同,凡直径达0.5 cm以上的结石可显示为强回声点或强回声团,其后伴或不伴有声影。故B超诊断透光结石更具有价值。即便是输尿管中段的结石,有时因患者肥胖或肠气干扰多使检查困难,但只要正确操作,仔细认真检查,辨清输尿管与髂血管两者的毗邻关系,排出图像的伪像,反复认真仔细地沿输尿管逐段检查,是可以取得满意的声像图^[2]。综上所述,超声检查诊断输尿管结石具有简洁、便利、快捷、准确率高的特点,且更易于与外科及妇科的急腹诊等相鉴别。与其他医技检查相结合可互为补充。在临床上可作为泌尿系结石诊断的首选方法。

4 参考文献

- [1] 曹海根,王金锐.实用腹部超声诊断学[M].北京:人民卫生出版社,2003:449.
- [2] 陈胜良.泌尿系结石的B超诊断分析[J].中国超声诊断杂志 2000,1(2):6970.

[收稿日期:2010-06-14 编校:郑英善]

鲜黄花菜中毒36例急诊治疗体会

姜信平(西安电子科技大学医院急诊科,陕西 西安 710071)

[摘要] 目的:探讨鲜黄花菜集体中毒的急诊治疗。方法:将36例鲜黄花菜集体中毒患者按不同临床表现分为轻、重两组,重组再次以每4人为1个组,在短时间内使所有中毒患者分别得到了相应治疗。结果:36例鲜黄花菜中毒患者经催吐、补液、利尿、抗感染及对症等处理,疗效满意。结论:鲜黄花菜中毒后,若能及时治疗,疗效一般较满意,若集体中毒而就诊,多方面的默契配合尤显重要。

[关键词] 鲜黄花菜;中毒;治疗

鲜黄花菜营养丰富,味道鲜美,食用前须用开水焯一下方可食用。由于人们熟悉、了解鲜黄花菜的这一烹制特点,临床急诊工作中很少见到鲜黄花菜中毒患者,集体中毒更少见。2009年8月急诊收治了36例集体中毒患者,现将36例鲜黄花菜中毒患者的急诊治疗体会报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料:36例患者为同一工地民工,均为男性,年龄20~35岁,平均28.5岁,平素均体健,发病前2~4 h,36例患者在同一工地食堂食用过直接油炒的鲜黄花菜,平均每人食鲜黄花菜750 g。

1.2 临床表现:食用油炒鲜黄花菜2~4 h后,36例患者先后出现不同程度的中毒症状,其中恶心、呕吐者32例,少者3次,多者10次,平均5次,呕吐物为胃内容物,其中5例呕吐物呈咖啡色样;腹痛、腹泻者28例,腹痛以剑突下、脐周明显,呈间断性、痉挛性绞痛,腹泻者无里急后重症状,粪便呈稀水样,无脓血便,少者5次,多者16次,平均7次,其中21例出现程度不同的脱水表现,感口渴明显;血尿者2例伴尿痛,无尿急、尿频症状,前两种症状兼有者25例,3种症状皆有者2例。

1.3 实验室检查:血常规:全组白细胞升高,12.5~18.8×10⁹/L,平均15.6×10⁹/L。尿常规:2例洗肉水样,镜检RBC+++ ,未见管型尿、蛋白尿。粪常规:28例均稀水便、吞噬细胞(-)、脓球(-)、RBC(-)。血生化:29例低K⁺、低Na⁺、低Cl⁻,其中18例血K⁺<3.4 mmol/L。肾功能:2例Bun、Cr稍偏高。

1.4 特殊检查:未食用完的油炒鲜黄花菜,经毒物检测中心检测,检出含有秋水仙碱成分。

1.5 治疗方法:36例集体中毒患者就诊后,分别予催吐、补液、利尿、抗感染及对症等处理,轻者予口服5%葡萄糖氯化钠注射液(GNS)750~1 500 ml,重者予0.9%NaCl溶液、5%葡萄糖氯化钠注射液(GNS)静脉滴注1 500~2 500 ml,纠正电解质紊乱,加入10%KCl溶液静脉滴注,在血压正常的前提下给予速尿20 mg静脉推注,以加速有毒物质的排出,部分患者静脉滴注左氧氟沙星注射液0.2/次,2次/d,部分患者静脉滴注头孢呋辛钠2.0/次,2次/d,以预防感染,同时予阿托品0.5 mg肌内注射以缓解呕吐、腹痛、腹泻明显的患者,肌内注射后症状改善不明显者以针刺穴位缓解症状。

2 结果

治疗1~4 d,36例中毒患者均康复出院,离院时各项检查均正常,随访3个月均无特殊不适。

3 讨论

黄花菜,又名金针菜、真金菜、萱草花,每年5~8月份为其生长期,其营养丰富,每100克中含蛋白质14.1 g,脂肪0.4 g,碳水化合物60.1 g,钙463 mg,磷173 mg,铁16.5 mg,还富含胡萝卜素、硫胺素、核黄素和尼克酸等,是人们喜食的一种蔬菜^[1]。鲜黄花菜中含有一种叫秋水仙碱的物质,该物质本身并无毒性,但进入人体后,即被氧化生成二秋水仙碱,二秋水仙碱是一种

有毒物质,对人体胃肠道和泌尿系统有强烈的刺激作用^[2]。本组36例中毒患者中均出现了恶心、呕吐和(或)腹痛、腹泻胃肠道症状,2例出现了尿痛泌尿系统刺激症状,后经补液、抗炎及对症处理后症状消失。

每年7~8月份是鲜黄花菜的上市季节,食用时必须掌握它的这一特性:即鲜黄花菜中的秋水仙碱在高温下易溶于水,烹制前须用开水焯一下,就会被破坏。成年人一次食入0.1~0.2 mg的秋水仙碱就会引起中毒,而50~100 g鲜黄花菜中就能达到这个含量^[3]。本组36例中毒患者平均每人食用鲜黄花菜750 g,由于中毒者全是民工,日常生活常识缺乏,加之食用量大,是本组36例集体中毒患者的关键。鲜黄花菜中毒后无特效解毒药物,但不应超出以下中毒处理步骤及原则:3个步骤即:除去毒物;使已被吸收的毒物解毒;对症。三者次序的先后根据中毒患者的情况灵活掌握,不可拘泥成规。3个原则即:迅速排出毒物。以防止毒物的继续吸收;如患者疼痛剧烈,极度烦躁,甚至惊厥或处于休克状态,呼吸短浅,血压下降,心跳骤停,此时症状治疗应列为首位;若估计毒物已被吸收则应迅速采用解毒方法以减控中毒的危害。本组36例集体中毒患者短时间内集中在一起就近就诊,由于不同的医院有不同的规模,接诊中毒患者的同时立即向医务科、院领导汇报,以增加医护人员,使中毒患者得到尽快处治。初步将患者分为轻、重两类,其中轻者8例、重者28例,轻者虽有恶心、呕吐、腹痛、腹泻症状,但无明显脱水表现,嘱其饮5%葡萄糖氯化钠注射液(GNS)750~1500 ml后,用压舌板或手指接触咽弓和咽后壁,使之呕吐,此排毒法简单易行、疗效肯定;重者除有轻者的症状外,已有明显的脱水表现,将重者每4人为1个组,简单地问诊及查体后(包括病史、症状、体征、既往史、药敏史等)吩咐护士执行口头医嘱,先每人静脉滴注等生理盐水即0.9%NaCl溶液500 ml以补充血容量,在短时间内36例中毒患者均得到了有效的救治。另一方面由于在短时间内36例集体中毒患者就诊,医院立即启动了突发事件处置应急预案,10~12 min各科听班人员全部到位,使每位患者得到了更有效的进一步治疗,其中包括完善相关检查。

在类似鲜黄花菜成批集体中毒时,做为急诊医护人员,既要统一救治,同时又要根据不同个体实施治疗,医护人员要配合默契。本组36例患者均系农民工,文化素质不高,对意外中毒非常

恐慌,医护人员在诊治的过程中不停地给患者做解释工作,在患者的配合下治疗非常顺利。对于不断呕吐、腹泻致血容量下降、电解质紊乱的患者给予静脉滴注含钠等渗溶液,如0.9%NaCl溶液,脱水不重者予静脉滴注5%葡萄糖氯化钠注射液(GNS),脱水伴有低钾者及时补钾,根据血K⁺情况缺多少补多少,一般患者补3~5 g/d,加入含糖和含钠溶液1000~1500 ml中静脉滴注,严重缺钾而肾功能良好者,第1天可补钾8~10 g,钾在静脉中的浓度不应超过40 mmol/L(即每100 ml液体加入10%KCl 3 ml),静脉滴注速度以每小时不超过10%KCl 10 ml为限。中毒患者呕吐、腹痛、腹泻持续或加剧,根据个体情况而区别对待,不断呕吐、腹泻对毒物的及时排出有利,但另一方面患者的这些胃肠道症状表现的非常剧烈,使患者感到特别痛苦,原则上不使用止吐、止泻药物,8例患者在肌内注射阿托品0.5 mg后症状改善不明显,对这8例患者尝试了中医针刺疗法,呕吐者针刺:足三里、合谷、内关、中脘,进针后捻转1~2 min;腹泻者针刺合谷、足三里或三阴交,进针后捻转1~2 min,针刺后6例症状缓解。由此可见,在急诊抢救中毒患者中,中西医结合更加有效。在恶心、呕吐、腹痛、腹泻改善、脱水纠正后,适当利尿,给予速尿20 mg静脉推注,加快了毒物的排出。考虑到中毒后患者抵抗力降低,加之白细胞已有所升高,预防继发感染显得非常重要,36例中毒患者中26例静脉滴注左氧氟沙星抗感染,2例血尿者静脉滴注头孢哌酮钠,在治疗的同时注意保护肝、肾功能,严密监测血、尿常规、血K⁺、Bun、Cr及肝功能以防中毒后引起MODS。一般而言鲜黄花菜中毒后,若能及时治疗,疗效较满意;若集体中毒而就诊,多方面的默契配合尤显重要,本组36例集体中毒患者经以上治疗1~4 d后均康复出院,离院时各项检查均正常,随访3个月均无特殊不适。

4 参考文献

- [1] 刘宏振,董咏,杜民,等.吃与健康[M].北京:人民卫生出版社,1996:339.
- [2] 马立新.吃的学问[M].北京:中国旅游出版社,1990:90.
- [3] 陈华英,弓长玉,章民,等.家庭饮食必备实用手册—危险吃法230解[M].北京:华龄出版社,1990:53.

[收稿日期:2010-06-12 编校:郑英善]

浅探如何用CT诊断腰椎后缘骨内软骨结节

钱兰林(江苏省盐城市阜宁县人民医院,江苏 盐城 224400)

[摘要] 目的:探讨腰椎椎体后缘软骨结节的CT诊断价值。方法:通过回顾分析42例腰椎椎体后缘软骨结节的临床表现和CT特征。结果:典型的腰椎椎体后缘软骨结节影像主要表现为以下4点:一是腰椎椎体后下缘或者后上缘类圆形骨质缺损,而且边缘致密硬化;二是圆形骨质缺损后方骨块突入椎管,呈现出完全游离或者部分与椎体相连的状态;三是大多数伴有椎间盘突出症状,并且造成椎管狭窄;四是硬膜囊及神经根受压。结论:通过CT检查能够确诊腰椎椎体后缘软骨结节。

[关键词] 腰椎;椎间盘;软骨结节;CT

选取2004年10月~2009年12月42例CT确诊的腰椎后缘骨内软骨结节患者,并回顾分析了这42例腰椎椎体后缘软骨结节的临床表现和CT特征,以期广大同仁进一步提高对该病的正确认识。现报告如下。

1 资料和方法

1.1 一般资料:本组42个病例,其中男31例,女11例;年龄20~57岁,平均40.5岁。21例患者曾有腰部外伤或扭伤史,病程长短不一。主要临床表现为:双下肢疼痛7例,腰痛21例,腰痛