

鼻饲饮食常规是用灌洗器将温热好的营养液或药液从容器中抽吸出,然后缓慢推注入于胃管内。有些药物黏附性很强,鼻饲注射完毕有许多药物黏附在容器、灌洗器的管壁和活塞前端上,不能保证药物全部到达体内,达不到应有的治疗效果,有时会引起不必要的事端。另外目前临床使用的灌洗器为塑料制品,容易热胀冷缩。加上营养科配制的营养液同样也具有一定的黏附性,灌洗器使用 3~5 d 后管壁变的紧涩、不光滑,使灌洗器活塞推拉变的困难,在推注药液和营养液时因用力过猛而使其喷洒于外,造成药物和营养液不必要的浪费。同时被药液和营养液喷洒的床单、被套及枕套需重新更换,增加了护士不必要的工作量,因此灌洗器在使用 3~5 d 就要报废。针对此种情况我们探索出了省力、便捷,延长灌洗器使用时间,可以将药液和营养液尽可能全部注入胃内的方法,收到了很好效果。现介绍如下。

一、临床资料:

材料选用上海上医康鸽医用器材有限责任公司生产的 80 ml 灌洗器。将灌洗器的活塞内管与外管分开,让外管直接与胃管紧密相连。然后将事先测量好的温热药液或营养液缓慢倒入外管,提升胃管,药液或营养液在自身重力的作用下沿胃管壁流入胃内,再使用少量的温开水就可将残余药物或营养液注入

胃内。

二、优点:

1. 药液或营养液自身重力鼻饲法,避免了药物滞留和因管壁紧涩用力过猛而使药物和营养液喷洒于外;减少了药液和营养液的浪费。能够确保药液和营养液尽可能全部到达体内,达到应有的治疗效果。

2. 药液或营养液自身重力鼻饲法,有效控制了液体入量,使用少量的水就可将黏附在容器和灌洗器管壁残余药物冲净。对要求限制液体入量的肾功能衰竭患者意义重大。

3. 药液或营养液自身重力鼻饲法,有效延长了灌洗器使用时间,减少其更换次数,节约医用材料。

人力推注法鼻饲黏附性很强的药物时,未完全溶解的药物在灌洗器活塞的推压下,通常黏附在灌洗器底部和活塞前端,使药物不能全部到达体内,造成药物浪费,达不到治疗效果。利用药液或营养液自身重力鼻饲法,避免了因管壁紧涩而使药液和营养液喷洒于外的可能性。药液或营养液自身重力鼻饲法,本着节力的原则,科学地利用了万有引力的作用,使鼻饲法变的省力便捷。既方便操作减少护理工作量,又节约了医用材料。因此利用药液或营养液自身重力鼻饲法,值得临床推广。

乐果中毒合并腮腺炎的治疗体会

新疆伊宁市维吾尔医医院 (835000) 尼加提·艾山

新疆伊犁州新华医院 (835000) 海丽比努尔·库尔班

一、资料与方法:

1. 一般资料:近 10 年来本院收治 40 例乐果中毒合并腮腺炎患者,男性 15 例,女性 25 例。最大年龄 55 岁,最小年龄 15 岁。

2. 临床表现:上述病人有明确的服药史,服药后轻度中毒者出现头痛,头晕,恶心,呕吐,乏力,胸闷,全身出汗,流涎、视物模糊。中度中毒者除出现上述症状外并全身肌肉震颤,轻度呼吸困难,腹痛。重度中毒者除上述症状外出现昏迷,呼吸麻痹、脑水肿、肺水肿。40 例均出现不同程度的腮腺区肿胀疼痛并张

口困难,查体可见腮腺区表面皮肤红肿、压痛明显、可触及波动感,部分病人腮腺导管开口处可见少量脓性分泌物。

二、辅助检查:血常规白细胞均不同程度的增高,腮腺 B 超示:腮腺炎性改变心电图示:窦性心动过速。全血胆碱酯酶活力测定:轻度中毒者为 70% ~ 50%;中度中毒者为 50% ~ 30%;重度中毒者为 30%。

三、治疗:

立即用清水洗胃,及时足量的应用抗胆碱药物阿

托品注射液以及胆碱酯酶复能剂解磷定注射液,并查分泌物培养+药敏试验选用敏感的抗生素抗感染治疗,吸氧,保肝、输液治疗。按时口腔护理保持口腔清洁,热敷及生理盐水漱口刺激涎液分泌。

四、讨论:

乐果经消化道迅速吸收,进入人体后少部分氧化为毒性更大的氧化乐果,氧化乐果有潜伏期长、并发症多、可出现反跳现象,救治困难,死亡率高的特点。乐果中毒后均可引起急性胃粘膜损伤,饭后胃部不适,食欲下降,咀嚼功能减退,导致腮腺分泌相应减少。同时因口腔粘膜损伤,导致口腔生物学免疫力降

低。乐果中毒后为解毒应用阿托品。阿托品有抑制腺体分泌副作用,导致唾液变稠不易排出,降低了唾液的机械性冲洗作用,口腔内的致病菌可逆行侵入腮腺导管引起腮腺的化脓性炎症。乐果中毒合并腮腺炎使用阿托品时;注意阿托品的副反应,积极加强口腔护理避免引起不必要的并发症。

参 考 文 献

1. 吴宗舜,徐文仪,张声俊.“内科危重病学”.新疆科技卫生出版社.1995年4月.

心脏原发性非霍奇金淋巴瘤 1例

新疆独山子石化医院病理科 (833600) 张静静

赣南医学院病理学教研室 (341000) 肖海

复旦大学附属中山医院病理科 (200032) 王岫南

一、病例简介:患者,男性,54岁。因间断性咳嗽咳痰伴胸闷2月余入院。MRI示左右心房,房间隔肌左右心室底部弥漫性肿块伴心包积液。PET-CT示左右心房内不规则软组织密度影伴心包积液,FDE摄取增高。未见明显转移病灶。手术中见心脏多发占位,肿块呈浸润性生长。侵入左房顶,右上肺静脉,右下肺静脉,右房壁,阻塞上腔静脉,下腔静脉。切开见房间隔两侧及室间隔两侧菜花样肿块,色暗红,质地易碎,部分已脱落至肺总动脉,左肺动脉,右肺动脉。体检:BP:100/60 mmHg T:37 P:92次/分 R:20次/分。超声心动图示右房增大,右房顶上腔静脉入口处及房间隔左右面见多个中等回声团块,形态不规则,位置固定,多数活动度较小,近二尖瓣,三尖瓣根部团块活动度较大。心包膜内见少量积液。临床考虑为心脏原发性肿瘤可能,心功能III级,故在全麻下行原位心脏移植术。

二、光镜检查:标本常规石蜡包埋,切片,HE染色。

三、免疫组化染色:免疫组化S-P法,试剂盒购置 novocastra公司,按说明书操作。

四、结果:

1. 病理检查:大体检查:心脏左右房及左右室上部见一灰白灰黄不规则肿物,质嫩,小灶区灰红质软,部分区向腔内隆起,肉眼未见肿瘤侵及心内膜或心外膜。HE染色切片检查:心肌细胞间大量肿瘤细胞弥漫分布,细胞体积大,多角形,形态较一致,胞浆嗜碱性。核圆形或椭圆形,深染,空泡状,染色质粗颗粒状。部分区可见核仁,核分裂像多见(图1)。免疫组化检查:LCA(+),VM(+),CD20(++),CD79a(++),CD11(+),CD3(-),CD5(-),CD30(-),ALK(-),BCL-2(+/-),BCL-6(+/-),MUM-1(+/-)(图2图3图4)。

2. 病理诊断:心脏非霍奇金淋巴瘤,弥漫大B细胞型(滤泡中心型,ABC型)。肿瘤累及左右心房、房间隔及左右心室壁上部全层。肺动脉内见瘤栓。

五、讨论:

1. 心脏淋巴瘤是极为罕见的恶性心脏肿瘤,最常发生于免疫抑制病人(AIDS最常见)。分继发性和原发性两类,二者之比约为20-30^[1]。原发性心脏淋巴瘤罕见(primary cardiac lymphoma PCL),文献报道不足50例,1977年由McAllister等首先报道^[2]。主要表现为顽固性心衰、心前区疼痛、心律失常