

12 例肋骨病变的超声诊断体会

陈少云

(江西省玉山县中医院 玉山 334700)

关键词:肋骨病变;超声诊断

中图分类号:R 445.1

文献标识码:B

文献编号: 1671-4040(2003)06-0053-02

肋骨病变 X 线检查是常规、有效的方法,但因多种因素的影响而漏诊时有发生,本文将我院 1996 年 10 月~2002 年 6 月 X 线检查漏诊后经超声检查确诊的 12 例肋骨病变报告如下:

1 资料与方法

本组 12 例肋骨病变,男 9 例,女 3 例;年龄 15~58 岁,平均 33 岁;外伤性骨折 9 例,骨髓瘤伴骨折 1 例,肺癌骨转移 1 例,肿瘤原发病灶不明 1 例。使用麦迪逊 5000 型 B 超仪和百胜 AU4 彩超仪,采用 7.5MHz 和 10MHz 线阵探头。病人取仰卧位、俯卧位或侧卧位。扫查时,探头置于肋骨上,由肋骨前端向后或后端向前逐渐滑动检查。对患侧肋骨依次由上向下或由下向上检查,对病变部位进行重点多切面观察,并了解胸腔有无积液积气等。发现病变,冻结图像,进行测量记录 and 打印照片。

2 结果

本组 9 例外伤肋骨骨折,超声检查均见肋骨皮质强回声带连续性中断,骨折部位位于肩胛线和腋前线之间,断端前后或上下错位 0.1~0.5cm 8 例,无错位 1 例,骨折周围可见低回声血肿包绕,软组织增厚,断端处软组织层次紊乱。2 例骨折处呈局限性凹陷、成角合并胸腔积液,1 例还合并积气和皮下气肿,皮下软组织内见气体反射,侧动探头可见气体游动。2 例肋骨肿瘤位于 8、9 肋骨回部落部(左右侧各 1 例),骨质

均有不同程度的破坏,形态不规则。1 例肋骨断离合并胸腔积液,断端回声稍增强,局部肿块呈实质性低回声和较高回声,边缘欠清。1 例胸椎右侧弯胸廓畸形其右侧第 9 肋整条破坏,被一长梭形态欠规则回声高低不均的肿块包裹,肋骨仅留断续索条状和小斑块状残骨碎片回声,彩色多普勒肿块内及其边缘显示较丰富的血流。

本组 X 线初次检查均漏诊,二次检查漏诊 2 例,胸椎右侧弯胸廓畸形 1 例,多家医院先后 4 次胸片检查肋骨病变均漏诊。3 例骨肿瘤和 7 例肋骨骨折在超声检查提示下调整摄片位置、角度和曝光条件等后 X 线片均显示出肋骨破坏和肋骨骨折的征象。2 例 1 周后 X 线复查显示骨折征象。

3 讨论

肋骨病变,一般经 X 线检查和结合临床即可确诊,但也时常遇见临床症状、体征明显,而 X 线检查未发现异常征象造成漏诊。X 线片上,肋骨病变有时不易发现,其原因很多,如:(1)肋骨骨质较薄且不均匀呈内凹的弓形,而胸部结构重叠较多,细微的病变缺乏对比易被遮盖而遗漏;(2)肋骨成半环状,摄片时大部分肋骨不能贴近胶片,正位胸片肩胛线至腋前线间肋骨影像短缩相互交叉重叠、腋中线处恰处于切线位肋骨自身影像重叠,使病变显示率下降;(3)下位肋骨在后前位时受到心脏、膈肌及腹腔脏器重叠等因素影响易漏诊;(4)局部损伤软组织肿胀血肿皮下气肿、软组织肿块

直肠癌手术的术后护理

熊金兰

(江西医学院第二附属医院大外科 南昌 330006)

关键词:直肠癌;手术后;护理

中图分类号:R 473.6

文献标识码:B

文献编号: 1671-4040(2003)06-0053-01

近年来,我们对直肠癌手术病人加强了手术后期的护理收到了满意的临床疗效,现报告如下:

1 了解病人手术情况

应先了解手术时的麻醉、手术方式、术中出血情况,有无输血、手术过程是否顺利、有无意外情况发生及放置引流管的种类、部位及引流状况。

2 出血的观察护理

直肠癌根治手术创面大,渗血较多,应密切观察血压、脉搏、呼吸的变化。术后应每 15~30min 测量 1 次,平稳后改为 1~2h 测 1 次。观察骶前引流管的颜色、性状及量,如瞬间引出大量鲜红色血性液体应立即通知医师。观察腹部及会阴部切

口敷料有无渗出,如有渗出应立即更换或加盖敷料,如出血量多,则应通知医师。

3 各种导管的护理

妥善固定各引流管,防止扭曲、受压、脱落和堵塞,并详细记录各种引流管引流液的量、色、性状。每日用生理盐水 20mL 冲洗胃肠减压管 1 次,胃肠减压管放置 48~72 h,至肛门排气或结肠造口开放后方可拔除。为防止尿路感染,每日早晚各 1 次用 0.05%碘伏棉球擦拭尿道口,并用温生理盐水 250mL 每日 1 次行膀胱冲洗。留置尿管 3 天后,定时开闭引流管停止留置导尿做准备。随时检查骶前冲洗管及负压吸引管是否通畅,一般引流 5~7d。根据引流情况、(下转第 55 页)

祛痰活血法对抗联苯双酯停药反跳

刘勇¹ 杨环² 刘成³

(1 江西省修水县中医院 修水 332400; 2 江西省德安县中医院 德安 336400;
3 江西省瑞昌人民医院 瑞昌 332200)

关键词:祛痰活血法;联苯双酯;肝炎;ALT

中图分类号:R 575.1

文献标识码:B

文献编号: 1671-4040(2003)06-0055-01

联苯双酯在肝炎治疗中有疗效确切、价格低廉等优点,但也有疗程长、撤减药困难、停药后反跳率高等缺点,医生多不喜用之。我们采用祛痰活血法停用联苯双酯,取得了满意疗效。现报告如下:

1 临床资料

11 例患者中,男 4 例,女 7 例;年龄最大 53 岁,最小 19 岁;HBV 阴性 2 例,大三阳 6 例,小三阳 3 例;服用联苯双酯最长者 15 个月,最短 2 个月;治疗前肝功能均正常。

2 治疗方法

直接停用联苯双酯,以自拟方替代,改以中药汤剂替代,每日 1 剂,20d 后 2 d 1 剂再用 10 剂,共 30 剂服用 40d。处方如下:陈皮 10g,半夏 10g,茯苓 20g,丹参 15g,桔梗 6g,大黄 10g,山楂 20g,桃仁 10g,夏枯草 15g,土鳖虫 10g,泽泻 10g,甘草 6g。

3 疗效观察

停用联苯双酯前、停用联苯双酯 1 个月服中药期间、停用联苯双酯 2 个月停中药 20d,及停用联苯双酯 4 个月各查肝功能 1 次。

本治疗组 11 例患者中,1 例停联苯双酯 2 个月、停中药 20d 复查时 ALT 反跳为无效;2 例患者停联苯双酯后 4 个月末复诊亦判为无效;其余 8 例停联苯双酯 4 个月复查肝功能正

常,有效率为 72.7%。

4 体位与饮食的护理

手术 24h 后如病情稳定,可取半卧位,这样有利于呼吸和腹腔引流。术后禁食,静脉输液补充适量的水、电解质、维生素。一般术后 3~4d 待肠蠕动功能恢复,停止胃,肠减压后嘱病人饮少量水,第 2 日起进全流食 3 天、半流食 3 天,后改为软食并注意少量多餐。

5 皮肤与口腔护理

保持床铺平整、清洁、干燥、无渣屑。术后由于病情的影响,病人肢体活动受限,卧床时间较长,因此定时帮助病人翻身、按摩受压部位皮肤,做肢体运动,促进血液循环,增加皮肤排泄功能,防止静脉血栓形成,预防皮肤感染褥疮发生。禁食期间口腔粘膜干燥易发生干裂溃疡。术后当日随时用无菌棉签蘸生理盐水擦拭口腔,第 2 日开始协助病人用吸水管吸漱口液漱口,如有口角干裂可涂石蜡油,如有溃疡可涂冰硼散。

6 结肠造口的护理

结肠造口对患者造成心理创伤往往超过生理创伤。因

常,有效率为 72.7%。

4 病案举例

王某,女,32 岁,防疫站检验员,于 2003 年 3 月 27 日初诊。自述患肝炎病 7 年,去年春节后发病某医推荐使用联苯双酯后,肝功能控制尚好,但不敢停药,服用联苯双酯 1 年,病虽控制,心却烦。余接诊后,患者无明显不适,但不耐劳,纳食正常,舌质红、苔白厚,脉细,肝功能正常,两对半为大三阳,联苯双酯每次服用 8 粒,每天 3 次。用本法撤联苯双酯一举成功,随访至今未发病。

5 讨论

联苯双酯是中药五味子提取物的人工合成品,曾在很多病例的降酶护肝中取得显效,仅因反跳而废用颇为可惜。我们根据津熬成痰,血滞成瘀理论,结合肝病初起多由湿致,湿热久羁熬津成痰,痰浊阻络血行不畅则成瘀血,“自积既久亦能化为痰火”,如此互为因果成为痰瘀胶着之局面。要想将抑制 ALT 升高的联苯双酯撤下,就必须解决痰瘀胶着这个病理结果。故以燥湿祛痰的二陈汤为基础方,加用活血搜络、抗肝纤维化的丹参、土鳖、山楂、桃仁、大黄等,佐泽泻利水,配大黄给邪出路,选药组方既符合中医辨证,所选之药又大多经现代药理证明有降酶之功。故诸药合用而奏效。

(收稿日期:2003-11-03)

此,消除患者精神上的忧虑,指导其正确使用造口用品是护理的关键。术前:(1)进行造口护理的宣教,组织观看造口护理录像。(2)进行造口定位,选择患者能触摸并且各种卧位都能看到部位造口,避开疤痕、切口、皮肤皱褶的部位。术后:(1)观察造口情况,如造口血供,是否出现肠粘膜颜色变暗、发紫、发黑等异常造口出血,造口感染,粘膜红肿、狭窄等。(2)观察有无恶心呕吐、腹痛腹胀等症状,以防止肠梗阻和便秘的发生。(3)造口袋中有气体或排泄物,证明患者肠蠕动恢复,可拔除胃管。(4)造口处拆线后,每天进行扩肛 1 次,小指开始循序渐进,以食指完全插入为宜,防止造口狭窄。(5)为防止排泄物对皮肤的腐蚀,可选用氧化锌软膏或防漏膏涂布造口周围皮肤。(6)饮食上应清淡易消化的食物。腥、辣、刺激性食物及胀气食物应尽量少吃,芹菜、白菜、粗纤维的蔬菜易引起肠道和造口的梗阻,不宜多吃。

近年来,我们对直肠癌手术病人在加强术前心理调护及充分术前准备的基础上,加强术后细心观察、护理指导,这对增强病人承受手术的耐受力,减少手术后并发症的发生,帮助病人早日康复具有非常重要的作用。

(收稿日期:2003-08-02)