

复发 1 次,2 例复发 2 次,给予以上同样方法治疗,全部治愈。

4 典型病例

苏某,女,32 岁,2002 年 3 月就诊,自述 1999 年因洗衣时擦伤右腕关节,经治疗痊愈,继后右腕背部渐起一肿物,半年长至蛋黄样大,诊为腱鞘囊肿,经针刺加压包扎治疗,囊肿消失。后又复发 2 次,用外科手法挤压消失,此次囊肿再次复发,腕部沉胀酸痛,活动时右上肢酸软无力,影响工作和生活。给予山莨菪碱 10mg 囊肿内注射治疗,4d 后囊肿完全消失,活动正常,随访半年无复发。

5 体会

腱鞘囊肿中医认为是外伤筋膜,邪气所居,郁滞运化不畅,水液积聚于骨节经络而成。现代医学多认为是关节囊、韧

带、腱鞘上的结缔组织因局部营养不良发生退行性变而形成囊肿。囊壁为致密的结缔组织,囊内为无色透明的胶冻样粘液。山莨菪碱为抗胆碱药,具有松弛肌肉、解除血管痉挛、扩张外周小血管、改善微循环、抑制腺体分泌等作用,因而山莨菪碱局部用药,可直接扩张囊肿周围血管,促进血运,改善局部营养,促进囊内物质吸收,抑制其粘液分泌,并且囊内注射可延缓药物吸收,作用持久,所以一般注射 1 次便可使囊肿消失。

此种方法较针刺、挤压、手术等法简便,痛苦小,复发率低,疗效确切,值得推广。

(收稿日期: 2004 - 03- 29)

有机磷农药中毒致呼吸衰竭的抢救及护理

胡伟利 马春梅

(山东省济宁市市中区人民医院 济宁 272000)

关键词 :呼吸衰竭 ;有机磷农药中毒 ;抢救 ;护理

中图分类号 :R 595.4

文献标识码 :B

文献编号 : 1671-4040(2004)04-0063-01

急性有机磷中毒,在我国农村是一种常见的多发病,以中青年为主,病死率极高,对社会家庭损失很大,针对有机磷农药中毒致呼吸衰竭的抢救与护理,现介绍如下:

1 临床资料

我院自 2001~2003 年共收治急性有机磷农药中毒致呼吸衰竭的患者 40 例,其中女 34 例,男 6 例;年龄以中青年多见。治愈 35 例,死亡 5 例,抢救成功率 87.5%

2 抢救和护理

2.1 呼吸衰竭处理 患者首先要保持呼吸道通畅,头偏向一侧,迅速清除口腔粘液、呕吐物或其它异物,防止窒息。有机磷中毒的死因为呼吸衰竭,其原因是肺水肿、呼吸肌麻痹或呼吸中枢抑制所致,故维护呼吸功能极为重要,所以要立即在气管内插管,有条件者用人工呼吸机辅助呼吸与输氧,条件较差者用人工气囊辅助呼吸。插管完后,立即给予插管洗胃。

2.2 洗胃 是迅速清除胃内容物的有效方法,反复彻底的洗胃是大大提高治愈的必要措施。洗胃应尽早进行,一般在服毒后 6h 内洗胃有效,但超过 6h 由于部分毒物仍可滞留在胃内,故多数有洗胃的必要。患者均取头稍低、左侧卧位进行洗胃,插管的深度从病人的鼻尖到耳垂到剑突下的距离(或者从发际到剑突下的距离)即 50~60cm,胃管的深度很重要,插得太浅仅插到食管,无法将胃内容物吸出,若胃管插入仅达到贲门,胃内液体流出缓慢且有间断吸出,洗胃时间长、不彻底,洗胃后腹痛、虚脱、胃出血,可能与不能尽快吸出灌洗液而导致胃扩张、胃粘膜损伤有关。插入胃管侧孔刚好在胃内,这样使胃液快而通畅,洗胃时间短,洗胃彻底且洗胃后发生腹痛、虚脱、胃出血降低,并在未灌入洗胃液之前多数能引流

出原液^{〔1〕}。还要选择大口径且有一定硬度的胃管,管壁太软在回抽时负压可使管壁塌陷,导致引流不畅。洗胃液选 20~28 摄氏度的开水较安全,灌进 300mL 左右,小儿酌减,按先出后入,快出快入,出入量大致相近的原则。进行电动或者用注射器抽吸,每次洗胃至洗胃液澄清无味为止。

2.3 导泻 洗胃后灌入泻药以清除进入肠道的毒物,阻止毒物经胃肠道粘膜吸收,防止再次中毒。

2.4 由于胃粘膜的解剖结构影响一次洗胃彻底性,禁食病人由于胃液的不分泌带有残留毒物的胃液,如得不到及时的引流和清除,同样增加毒物重吸收,所以洗胃后应保留胃管,定时反复洗胃,并在每次洗胃后将胃管接上一次负压袋,进行持续负压引流,才能有效地防止和减少胃液中中毒物的重吸收。

2.5 阿托品使用原则 应早期足量及反复给药,直到毒蕈碱样症状明显好转,或有“阿托品化”为止再慢慢减量。

2.6 胆碱酯酶复能剂应用 解磷定和氯磷定复能剂在体内排泄快,作用仅能维持 1.5~2h,故用此类药物必须注意早期给药、重复使用。阿托品与胆碱酯酶复能药宜合用,两者有协同效果,此时阿托品用量须酌减。

2.7 密切观察生命体征 观察神志状态、瞳孔大小及肺部罗音、尿量及呼吸困难、紫绀情况及全血胆碱酯酶活力测定结果,以便及时了解治疗、护理效果,并向医生报告。

参考文献

[1]方咏梅.洗胃胃管插入长度的护理研究[J].中华护理杂志,2001,36(7):536

(收稿日期: 2004 - 02- 16)