

数十种之多,大多未经科学验证,其中绝大多数或明或暗地含有西药成分<sup>[3]</sup>。因此,建议患者应到正规医院、在医生指导下,接受长期、正规的治疗,以免增加不应有的负担。

3.4 此外,服用这样的制剂,一旦患者出现毒副作用,使医生不明原因,贻误时机。同时也极易造成其他医生使用西药配合治疗时出现药物过量及中毒。因此在这个问题上,患者必须小心,应选用有正规批号、经严格科学检测和临床试验的抗癫痫药。医生在接诊用“纯中药”治疗的患者时更要多一个心眼,

应作有关方面的测定,以了解血中是否有抗癫痫西药成分。

#### 参 考 文 献

- 1 《中国药典》编委会. 中国药典. 二部. 北京: 人民卫生出版社, 2000: 127
- 2 解学孔. 癫痫病学. 北京: 人民卫生出版社, 1995: 254, 493
- 3 吴 逊. 重视正规治疗、提高癫痫病人的生活质量. 中华神经科杂志 1999; 32(2): 69

## 1 例 Whipple 术后并发淋巴管瘘的护理

广西民族医院(530001) 叶翠萍

我院于 2000 年 10 月 31 日收治 1 例肝曲部结肠癌病人, 行 Whipple 术后并发淋巴管瘘, 经心理护理, 营养护理、腹腔引流管的护理及精心治疗, 病人康复出院, 现报告如下。

### 1 病例介绍

患者, 男 50 岁, 因反复右侧腹疼痛半年, 加重 2 个月于 2000 年 10 月 31 日入院。患者一般情况好, 无黄疸, 心肺正常, 腹平软, 右中上腹有压痛, 无反跳痛, 未触及明显包块。B 超: 右上腹实质性包块, 约 9.1cm × 6.5cm × 5.1cm 稍低回声团块, 边界较清楚, 内部回声不均匀。结肠纤维镜: 肝曲、升结肠见一环形菜花样肿物, 表面溃烂, 易出血。诊断为: 肝曲部结肠癌。于 2000 年 11 月 3 日在气管插管全麻下拟行“右半结肠切除术”, 术中发现结肠肝曲部 6cm × 6cm × 6cm 肿块, 向外浸润至胰头部及十二指肠, 行右半结肠切除术、Whipple 手术。术后治疗中, 病人腹痛消失, 体温正常, 但腹腔引流管持续引出乳白色液体, 每天多至 1500ml, 少至 300ml, 经取样检查, 有大量白细胞, 尤以淋巴细胞为多, 乙醚苏丹Ⅲ染色阳性, 诊断为淋巴瘘。经持续引流, 锁骨下静脉穿刺置管间断输新鲜血、输入血白蛋白、血浆、脂肪乳、输液维持水电解质平衡等静脉高营养治疗, 病情逐渐好转, 腹腔引流液逐渐减少, 于 2000 年 12 月 5 日拔管, 病人无腹胀痛, 无发热, 引流口愈合, 血常规正常, 腹部 B 超未发现腹腔积液。术后随访至今半年余, 患者情况良好。

### 2 护 理

2.1 心理护理: 由于患者腹腔引流管持续引出乳白色液体, 及对疾病认识不足, 我们通过做好解释工作, 向患者及家属解释该手术后引起淋巴管瘘的原因是手术创伤较大所致, 积极配合治疗, 有利于病情康复, 消除患者恐惧及紧张心理, 取得患者及家属的合作, 树立战胜疾病的信心。

2.2 静脉营养通道及营养液的管理: 患者需要在相当长的一段时间内依靠静脉高营养治疗, 静脉通道及营养液管理至关重要。我们给予该例病人行锁骨下静脉穿刺置管, 避免四肢的反复穿刺, 减少病人的痛苦。置管前向病人做好思想工作, 以取得病人的配合。锁骨下静脉穿刺置管要注意观察有无气胸症状, 如胸闷、气紧、呼吸困难、紫绀等应及时报告医师, 及时处理。注意无菌操作, 每天更换输液管一次, 接上液体时勿使空气输入, 各接头须紧牢固定, 以防脱开, 硅胶管内如有回血, 须及时用生理盐水冲管, 防止血凝堵塞管腔, 出现恶心呕吐, 打喷嚏时嘱病人用手轻压穿刺部位, 以防硅胶管滑出。穿刺部位每三天更换敷料一次, 用 2.5% 碘酒及 75% 酒精消毒, 盖上消毒纱布, 预防感染。暂停输液时用 100u/ml 肝素钠盐水 4~5ml 冲管后用纱布包好肝素帽固定。导管末端肝素帽每周更换一次, 如有血迹应随时更换以防感染。输液前打开包扎肝素帽纱布, 消毒肝素帽橡皮后接上 100u/ml 肝素钠盐水 3~5ml, 急速回抽, 然后冲注少量 100u/ml 肝素钠盐水, 再接上输液管, 用消毒纱布包好接头并固定。营养

液现用现配,严禁一次配制所有液体,防止液体放置时间过长发生输液反应。

2.3 饮食护理:患者长期淋巴液丢失、营养丢失和消耗,为了使淋巴管愈合,给病人加强营养支持疗法,除了静脉输注人血白蛋白、脂肪乳、氨基酸、血浆等高营养液外,在术后第 4 天,肠蠕动恢复,给病人进食流质,一周后进食半流质,两周后进食普食,在逐渐增加饮食量同时逐渐减少胃肠外营养液的补充。

2.4 腹腔引流管的护理:每天挤压腹腔引流管,预防堵塞,避免引流管扭曲,保持引流管通畅,引流管口有分泌物或渗出液时,应及时清除、消毒、用氧化

锌软膏保护引流管口周围皮肤,防止发生皮炎,并给予更换敷料,预防感染。注意避免牵拉导管而导致引流管滑脱等。准确记录每天的引流量。

### 3 小 结

腹腔手术发生淋巴管瘘罕见,我们收治该病例行 Whipple 术后并发腹腔内淋巴管瘘,在护理上无常规可循,在该病例的护理实践中,我们体会到经充分心理护理,胃肠外静脉高营养管理,饮食的指导护理,加强抗炎,充分的引流等护理可促进病人的康复和治愈。

## 钩体病并多脏器损害 2 例

广西医科大学第一附属医院传染科(530021) 苏明华 罗光汉

1999 年 8 月,我科收治 2 例钩体病并多脏器损害病人,现报告如下。

### 1 病例介绍

例 1 卢某,男,15 岁,学生,住院号 360377。因全身乏力 18 天,尿黄、皮肤黄 15 天于 1999 年 8 月入院。病前无发热,有下田史。入院查体:37℃,P80 次/min,瘦力体型,神清,皮肤、巩膜重度黄疸,浅表淋巴结无肿大,球结膜无出血,可闻早搏 8~10 次/min,双肺(-),肝右肋下 1.0cm,质充实,无触痛,脾(-),腓肠肌轻度压痛。辅助检查:白细胞(WBC)27.49 × 10<sup>9</sup>/L,血红蛋白(Hb)59g/L,红细胞(RBC)1.88 × 10<sup>12</sup>/L,尿蛋白可疑,尿胆原(+),尿胆素(++),尿潜血(+). 肝功能:总胆红素 800.4μmol/L,谷丙转氨酶(ALT)23U/L,谷草转氨酶(AST)35U/L,肾功能:尿素氮(BUN)29.66mmol/L,尿肌酐(Cr)139μmol/L。血清电解质:K<sup>+</sup> 2.93mmol/L,Na<sup>+</sup> 125.1mmol/L,Cl<sup>-</sup> 89.1mmol/L。甲、乙、丙、丁、戊、庚型肝炎病原学检查均阴性。钩体凝溶试验:流感伤寒群 1:400(++),1 周后再复查为 1:1600(++). 入院予以氢化可的松 100mg/d ivdrip × 3 天,护肝、退黄、输血等,病人入院 1 周后黄疸渐消退,症状好转,早搏减为 1~2 次/min,血清电解质、肾功能正常,WBC 降为 5.84 × 10<sup>9</sup>/L,Hb 升为 72g/L。2 周后肝功能全正常,Hb 为 95g/L 治疗 1 个月,病情恢复出院。

例 2 王某,女 14 岁,学生,住院号 049638。因发热、乏力、全身肌肉酸痛 9 天,黄疸 3 天于 1999 年

8 月入院。入院前有以下田史,发病后在当地医院用青霉素后热退,但出现呼吸困难,咳嗽,咳血,黄疸,胸片示钩体病肺部改变。因病情加重转我院。查体:T36.8℃,P116 次/分,R40 次/分,BP17.3/11.7kPa(130/80mmHg),神清,痛苦面容,重度黄疸,下颌淋巴结肿大、压痛,口唇、睑结膜苍白,呼吸急促,双肺呼吸音粗,左下肺闻小湿罗音,HR116 次/分,无杂音,肝右肋下 3.0cm,脾(-),腹水(-),腓肠肌轻度压痛。辅助检查:WBC37 × 10<sup>9</sup>/L,RBC2.85 × 10<sup>12</sup>/L,尿潜血(++),尿胆素(++),肝功能:总胆红素 389.3μmol/L,ALT83u/L,AST63u/L,血清 K<sup>+</sup> 4.25mmol/L,Na<sup>+</sup> 131.6mmol/L,Cl<sup>-</sup> 91.8mmol/L。肾功能:BUN43.35mmol/L,Cr456μmol/L。钩体凝溶试验:流感伤寒群 1:3200(++),血气:代酸失代偿。入院后第二天出现神志模糊,上腹胀痛、压痛明显,查淀粉酶(AMS)453U/L,尿 AMS750U/L,提示并发急性胰腺炎,住院期间经予以禁食(3 天),抗炎、纠酸、止血、输血、护肝、退黄等综合治疗,用轻化可的松 100mg/d ivdrip 3 天,入院第 3 天病人呼吸平稳,黄疸逐渐消退,第 10 天复查血、尿 AMS 正常,2 周后查肝功能,肾功能恢复正常,WBC 为 6.0 × 10<sup>9</sup>/L,Hb62g/L。住院 2 个月康复出院。

### 2 讨 论

钩体病常累及心、肝、肾、肺、脑等脏器,但以累及单一脏器较多见,同时并发多脏器损害则较为少见。笔者收治 2 例重症钩体病均为学生,病前有下田史。