

表2 封管后 48 h 两组静脉留置针回血率、堵管率比较

组别	例数	回血例数	堵管例数
观察组	50	0	1
对照组	44*	44	9
P		<0.01	<0.01

* 由于封管后 24 h 对照组有 6 例发生堵管, 观察例数仅剩 44 例

3 讨论

从表中可看出, 观察组的回血发生率和堵管发生率明显低于对照组。目前, 很多医院护士都采取脉冲式推注的封管方法。从本文结果可以看出, 脉冲式推注的封管方法固然很好, 但如果将延长管送入关闭夹时, 抓取位置不当, 回血发生率几乎 100%, 说明最后并未形成适当的正压, 必然增加堵管机会。而在没有培训的情况下, 几乎所有护士、实习生, 都会采取同一方法, 即对照组的封管方法: 用大拇指抵住关闭夹, 食指、中指同时置于在关闭夹两侧的延长管, 将延长管推入关闭夹。所以需要护士实施培训, 方可进行实践操作。对照组回血的原因, 可能是食指、中指同时置于关闭夹两侧时, 手指对关闭夹近心端虽会产生一定正压, 但送入关闭夹以后, 近端被放松时, 又产生了负压, 使血液从静脉内被抽出来。而只抓取调节夹外侧延长管时, 抓取动作形成了正压, 在送入关闭夹的过程中, 关闭夹小卡子再次对延长管产生正压, 是正压叠加, 使得静脉

血液难以进入留置针, 也就减少了堵管的机会。此法效果好, 且简便易操作, 即不采取以往边推液边退针的高难度方法^[8], 唯将习惯性手法做一点改动而已。

需要注意的是, 脉冲式推注剩液近 1~2 mL 时, 一定要边推注, 边推送延长管进入关闭夹。如果液体已经推完或近乎推完, 就失去了正压支持, 就会导致回血。因此必须掌握此要领, 多数护士只要学习 2 min, 便能熟练掌握, 且能达到很好的封管效果。

【参考文献】

[1] 姜湘平. 静脉留置针改良封管方法效果观察[J]. 医学理论与实践, 2010, 23(4): 487-488.
 [2] 东梅. 糖尿病患者静脉留置针堵塞因素分析[J]. 护士进修杂志, 2009, 24(14): 1319-1320.
 [3] 熊常凤, 罗真荣. 小儿静脉留置针中止留置原因分析及护理观察处理[J]. 西南军医, 2009, 11(5): 852-853.
 [4] 邢淑洁. 静脉留置针两种封管方法的效果对比[J]. 山西医药杂志, 2013, 42(8): 963-964.
 [5] 朱云徽. 脉冲式封管与普通式封管对于深静脉置管的应用比较[J]. 中国医学创新, 2012, 8(4): 131-132.
 [6] 宋瑰琦, 乔晓斐, 郭兵, 等. 静脉留置针患者发生静脉炎的影响因素分析[J]. 护理学报, 2008, 15(2): 11-13.
 [7] 胡娟, 曲秋菊. 静脉留置针常规留置时间探讨[J]. 中国实用医药, 2012, 7(8): 248-249.
 [8] 张家荣, 李翠芳, 吕义荣, 等. 新生儿头皮静脉留置针封管方法的探讨[J]. 中华护理杂志, 2000, 35(7): 438-439.

• 短篇报道 • 文章编号: 1002-0217(2015)04-0406-02

以咳嗽、咳痰为唯一症状的心房黏液瘤一例

王云, 王莹

(皖南医学院附属弋矶山医院 呼吸内科, 安徽 芜湖 241001)

【关键词】咳嗽、咳痰; 心房黏液瘤; 超声诊断

【中图分类号】R 732.1 【文献标识码】A

【DOI】10.3969/j.issn.1002-0217.2015.04.034

1 病例简介

患者, 女, 61 岁, 因“反复咳嗽、咳痰 3 月加重 20

收稿日期: 2015-01-19

作者简介: 王云(1989-), 女, 2013 级硕士研究生, (电话) 13665532580 (电子信箱) 13665532580@163.com.

天”就诊。2014 年 11 月 21 日当地县医院胸部 CT 平扫示: 慢支伴两下肺少许感染, 肺门阴影? 因当地医院治疗(具体用药不详)上述症状无好转, 于 2014 年 11 月 28 日就诊我院, 拟“肺门占位?”收住, 病程中患者饮食、睡眠一般, 大小便正常, 无体质量减轻。患者既往有糖尿病病史 4 月, 否认高血压病、冠心病病史, 无吸烟、饮酒史。查体: 神志清楚, 精神可, 双下肺呼吸音减弱, 未闻及干湿性啰音, 心界无扩大, 心律齐, 各瓣膜听诊区未闻及明显病理性杂音, 腹部检查阴性, 双下肢无浮肿, 神经系统检查阴性。ESR: 32 mm/h, BNP: 83.07 ng/L, 血常规、凝血常规未见异常, 心电图正常。入院后予以抗感染、化痰、支持、对症治疗并完善相关检查拟行电子支气管镜等检查以明确诊断。支气管镜术前 2014 年 11 月 29 日心脏超声(如图 1)示: 左房占位性病变(考虑左房黏液瘤, 其他性质不排除)而转胸心外科, 2014 年 12 月 8 日在全麻下行左心房肿瘤切除术+三尖瓣成形术。左心房肿物术后病理组织示: 符合心房黏液瘤伴大片胶原化钙化。

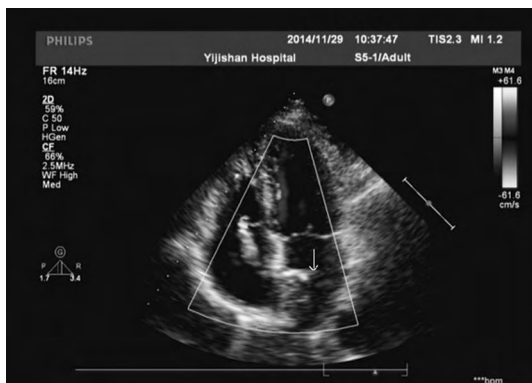


图 1 患者心脏超声图(箭头指向为心房黏液瘤)

2 讨论

心脏原发性肿瘤是一种少见疾病,但心脏黏液瘤是最常见的心脏良性肿瘤,占 50% 左右^[1],病人年龄大多数在 30 ~ 50 岁之间,女性发病率比男性略高。心脏黏液瘤临床表现复杂多样,主要取决于瘤体的位置、大小、生长速度、瘤蒂的长短,以及是否发生脱落、出血、坏死等^[2]。心房黏液瘤体积很小时可无临床症状及体征,体积较大时可影响血流动力学而出现全身表现或周围血管栓塞症状。左心房黏液瘤可影响肺静脉血液回流,表现为呼吸困难、咳嗽、咯血等肺淤血症状。位于右心的肿瘤脱落的碎片或栓子,以及通过左→右的心内分流来自左心的栓子都可引起肺梗死或肺动脉栓塞和肺动脉高压。心脏黏液瘤的临床诊断需结合患者的病史、临床症状及体征和影像学等辅助检查进行综合分析,最有效的无创检查方法是超声心动图^[3]。其优点是:①二维超声心动图可以很直观地观察心腔内结构,能够准确描述肿瘤部位、大小、数量、形状、活动性及与相邻组织结构的关系;②多普勒超声心动图可以评价肿瘤所致瓣膜口血流动力学改变,同时可以对肿瘤造成瓣膜狭窄程度进行准确评估^[4]。

心脏黏液瘤虽为良性肿瘤,但有恶变倾向,一旦

确诊,首选尽早施行手术切除肿瘤,避免肿瘤发生恶变、瘤体突然堵塞房室瓣口导致猝死、黏液瘤碎片或瘤体表面血栓脱落发生体、肺循环的栓塞。王志农等^[5]报道心脏黏液瘤手术后近、远期疗效较好。有文献报道心脏黏液瘤复发率相对较低,一般约在 5% 以下^[6],所以尽早诊断、治疗心脏黏液瘤具有重要意义。

本例患者的临床特点在于仅仅表现为反复咳嗽、咳白色黏痰,而无心悸、气急、咯血、呼吸困难等症状;体格检查时肺部无明显湿性啰音,心脏无明显病理性杂音,无明显心功能不全、栓塞等临床症状。这种仅仅以呼吸系统症状为主要临床表现而无左心房黏液瘤临床特征的病例临床少见。同时患者胸部影像学检查提示肺门占位,初诊考虑肺癌可能性大,入院后心脏超声发现心脏肿瘤,术后病理确诊。因此,作为呼吸科医生,当患者有肺部症状时,不仅要考虑呼吸系统疾病,同时也要拓展我们的临床思维范畴,警惕心脏等病变导致的肺部改变。虽然胸部 CT 扫描检查是肺和纵隔疾病检查的重要手段,但对心脏肿瘤的诊断价值有限,心脏运动所致的伪像,严重影响其分辨率,因而提高临床医生对心脏黏液瘤的认识,注重心脏超声检查,防止误诊至关重要。

【参考文献】

[1] Reynen K. Cardiac myxomas [J]. The New England Journal of Medicine, 1995, 333(24): 1610 - 1617.
 [2] 吴在德,吴肇汉. 外科学 [M]. 7 版. 北京: 人民卫生出版社, 2008: 380 - 382.
 [3] 林益民,张奕,林涌,等. 心脏粘液瘤的临床分析和手术治疗 [J]. 医学前沿, 2012, 2(3): 123.
 [4] 胡艳芳. 心房粘液瘤超声特征分析及与房室瓣膜狭窄相关性研究 [J]. 健康研究, 2013, 33(4): 264 - 267.
 [5] 王志农,张宝仁,郝家骅,等. 心脏粘液瘤外科治疗近远期疗效 [J]. 中国胸心血管外科临床杂志, 2002, 18(3): 3.
 [6] Stiller B, Hetzer R, Meyer R, et al. Primary cardiac tumours: when is surgery necessary [J]? Eur J Cardiothorac Surg, 2001, 20(5): 1002 - 1006.