较，其呼吸紊乱指数、呼吸暂停次数明显降低，最长呼吸暂停时间、最长低通气时间明显缩短，平均血氧饱和度及最低血氧饱和度明显提高，各项指标差异均有统计学意义（$P<0.01$）。从患儿的主观症状上来看，术后患儿的打鼾、张口呼吸、睡眠憋气等症状明显减轻或消失，精神面貌有较大提高，说明手术对治疗儿童OSAHS是十分有效和可行的。

关键词：阻塞性睡眠呼吸暂停综合征；多导睡眠监测；儿童
中图法分类号：R766.9 文献标识码：B

参考文献：

[1] 中华医学会耳鼻咽喉科学分会，中华耳鼻咽喉科杂志编委会．阻塞性睡眠呼吸暂停低通气综合征诊断依据和疗效评定标准暨悬雍垂腭咽成形术适应证（杭州）[J]．中华耳鼻咽喉科杂志，2002，37(6)：403－404.
[2] Li A M, Wong E, Kew J, *et al*. Use of tonsil size in the evaluation of obstructive sleep apnoea[J]. Arch Dis Child, 2002, 87(2): 156－159.
[3] Jain A, Sahni J K. Polysomnographic studies in children undergoing adenoidectomy and/or tonsillectomy[J]. J Laryngol Otol, 2002, 116(9): 711－715.
[4] 刘大波，周丽枫，钟建文，等．阻塞性睡眠呼吸暂停综合征儿童睡眠结构的改变[J]．中华儿科杂志，2004，42(4)：284－286.

（编辑 栗 嘉）

经验交流

文章编号：1000-5404(2007)19-1920-02

肾移植术后并发泌尿系移行细胞癌8例

张纪军[1]，马洪顺[2]，徐子强[2]，周文辉[2]（[1]天津市人民医院泌尿外科，天津 300121；[2]天津市第一中心医院泌尿外科，天津 300192）

随着肾移植术后长期存活患者的增加，并发泌尿系肿瘤的发生率有逐渐增加的趋势[1]。我们于2000年12月至2005年8月共收治同种异体肾移植术后8例发生泌尿系移行细胞癌患者，现总结报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

本组8例，男性4例，女性4例，年龄35～65岁，平均43.8岁。原发病：8例皆为慢性肾炎，慢性肾功能不全-尿毒症期。移植术前皆行血液透析，时间4～26个月，平均15个月。供受体血型相同，淋巴细胞毒试验2%～6%。术后予强的松（pred）、新山地明（neoral）、硫唑嘌呤（Aza）/骁悉（cellcept）三联免疫抑制治疗。根据血CsA的浓度调整药物剂量。术后未发生急性排斥反应，肾功能正常。

1.2 临床表现

全程无痛肉眼血尿6例，常规术后检查B超发现膀胱肿物2例。发病时间为术后4～32个月，平均15.8个月。

1.3 辅助检查

7例行盆腔CT证实膀胱内肿物，膀胱镜检示膀胱侧壁、后壁、三角区单发肿物，直径1.0～3.0 cm，乳头状，5例有蒂，2例广基，活检病理示移行细胞癌；1例行尿路核磁（MRU）示肾盂及输尿管上段扩张积水，输尿管下段梗阻，可见管腔内直径1.0 cm充盈缺损。尿脱落细胞学检查5例找到恶性肿瘤细胞。腹部彩超、盆腔CT、胸CT均未发现淋巴结侵犯及远处转移病灶。

1.4 术前诊断

7例诊断为膀胱癌，1例诊断为输尿管癌。

作者简介：张纪军（1971－），男，天津市人，硕士研究生，副主任医师，主要从事泌尿系肿瘤方面的研究。电话：13752025975，E-mail：zjjdoctor@hotmail.com

收稿日期：2006-12-08；修回日期：2007-02-26

2 结果

7例膀胱癌行经尿道膀胱肿瘤电切术（Tur-Bt）5例，膀胱部分切除术2例，1例输尿管癌行肾输尿管切除术同时作膀胱套袖切除，术中皆证实术前诊断。术后病理报告皆为移行细胞癌（$T_{1-2}G_{1-2}$）。应用硫唑嘌呤的患者停用硫唑嘌呤，改为骁悉；7例免疫抑制剂剂量减少到原剂量的1/4～1/2，1例新山地明、骁悉、强的松三联免疫抑制，术前剂量就很小，未再减量。密切观察肾功能变化。膀胱灌注卡介苗120 mg/次或丝裂霉素20 mg/次，持续2年。

患者均健在，皆获得随访，时间1～56个月，平均16.3个月。7例未见有肿瘤复发、转移。1例Tur-Bt术后3年再次出现血尿，MRU示左输尿管上段多发肿瘤，直径0.5～1.0 cm，行左肾输尿管切除、膀胱套袖切除术，病理示移行细胞癌（T_1G_{1-2}）。1年后B超又发现右肾盂肿物，直径1.5 cm，切除右肾输尿管，病理如前。8例移植肾均未发生慢性排斥反应，肾功能正常。

3 讨论

恶性肿瘤是患者肾移植术后常见的晚期并发症。与同年龄组的一般人群相比，其发病率高，发生时间早。国外报道发病率为6.5%，是正常人群的30倍，平均发生时间为术后16个月[2]。

肿瘤的发生主要与应用免疫抑制剂有关。长期使用免疫抑制剂，削弱了机体对肿瘤突变细胞的免疫监视和免疫清除功能，免疫功能的抑制又容易招致致癌病毒感染，如EB病毒、疱疹病毒、人类乳头瘤病毒、巨细胞病毒、乙肝病毒等。而且，免疫抑制剂本身及其代谢产物也存在致癌作用，并且这些药物还可以加强其他致癌因素的作用。已经证实，膀胱肿瘤的发生与环磷酰胺有关，肾细胞癌则与CsA有关。还有，血液透析也会

造成体液及细胞性免疫缺陷；缺少尿液的冲洗、毒素的长期刺激等都会促进肿瘤的发生。

肿瘤发生类型具有种族、地域差异性。欧美以皮肤癌和淋巴瘤最为多见；日本以肾细胞癌、甲状腺癌高发；我国则以泌尿系肿瘤报道最多[3]。

在我国，肾移植术后并发泌尿系肿瘤最常见的病理类型是移行细胞癌。胡小鹏等[3]报道发病率为 1.6%。发生部位以膀胱最为多见，全程无痛肉眼血尿为主要的初发症状，也有因慢性泌尿系感染而就诊者；输尿管癌、肾盂癌亦可见。其共同特点是进展快，多呈浸润性生长，易扩散、复发、转移，恶性程度高，预后不佳。各部位发病率、发生时间还有待通过大病例、长时间随访而获得。肾细胞癌则报道不多[3]。前列腺癌发生数量明显减少，可能与这些患者中激素水平减少有关。本组 8 例患者皆为移行细胞癌，共 10 处，膀胱 7 处，输尿管 2 处，肾盂 1 处，肿瘤发现时间术后 4～32 个月，平均 15.8 个月。

根治性外科手术是首选的治疗方案。对于确诊病例，如有可能，宜及早手术。根据病变部位、程度、个体情况来制定治疗方案。对上尿路的肿瘤行标准的肾输尿管切除术同时作膀胱套袖切除；对浅表性膀胱肿瘤行经尿道切除；对浸润性膀胱肿瘤作膀胱部分切除或根治性全切除[4]；对肾细胞癌行根治性肾切除。降低免疫抑制剂的剂量，可以降低恶性肿瘤的发生率，术后应根据血 CsA 的浓度、患者移植的时间等减少免疫抑制剂的剂量或选用毒性小的免疫抑制剂。我们一般以维持良好的肾功能为前提，减至原来剂量的 1/4～1/2。移行细胞癌需定期膀胱灌注卡介苗或丝裂霉素等药物，以降低肿瘤复发率。

肾移植术后患者是泌尿系肿瘤高发人群，尤其是高龄和长期生存患者。由于肿瘤发生与免疫抑制剂关系密切，故调整免疫抑制剂的剂量是预防肾移植术后肿瘤发生的金标准[5]，不同患者需制定个体化用药方案。同时，应定期行泌尿系统 B 超检查，对出现血尿的患者要高度重视，除应注意排斥反应可能外，还要排除肿瘤的可能，必要时行膀胱镜、尿脱落细胞、CT 检查等，了解肿瘤的类型、部位、分期，做到早发现、早诊断，并给予积极、恰当的治疗，争取良好预后。Diller 等[1]报道 1 组1 804 例患者经历 2 068 次肾移植，术后 34 例患者发生 39 处泌尿系肿瘤诊治资料，早期诊治的患者预后明显好于晚期患者，5 年生存率达到 91%。本组 8 例均得到及时的诊治，随访 1～56 个月，平均 16.3 个月，患者均健在，生存良好。

关键词：肾移植；泌尿系肿瘤；免疫抑制
中图法分类号：R699.206　　**文献标识码**：B

参考文献：

[1] Diller R, Gruber A, Wolters H, *et al*. Therapy and prognosis of tumors of the genitourinary tract after kidney transplantation[J]. Transplant Proc, 2005, 37(5): 2089－2092.
[2] Veroux M, Puliatti C, Fiamingo P, *et al*. Early de novo malignancies after kidney transplantation[J]. Transplant Proc, 2004, 36(3): 718－720.
[3] 胡小鹏，马麟麟，张小东，等. 肾移植术后恶性肿瘤的临床分析[J]. 临床外科杂志，2006，14(8)：504－505.
[4] Lang H, de-Petriconi R, Wenderoth U, *et al*. Orthotopic ileal neobladder reconstruction in patients with bladder cancer following renal transplantation[J]. J Urol, 2005, 173(3): 881－884.
[5] Andres A. Cancer incidence after immunosuppressive treatment following kidney transplantation[J]. Crit Rev Oncol Hematol, 2005, 56(1): 71－85.

（编辑　邓强庭）

文章编号：1000-5404(2007)19-1921-02

经验交流

运用护理程序提高糖尿病患者教育质量的临床研究

宋　梅，李雪飞　（解放军第 305 医院内二科，北京 100017）

糖尿病(diabetes mellitus，DM)是继心血管疾病、肿瘤、艾滋病之后的第四大致死疾病。目前全世界 DM 患者有 1.3 亿。DM 为慢性终身性疾病，可引起多种并发症，导致残疾或过早死亡，而有效地控制 DM，需要对患者进行健康教育。我们运用护理程序对 DM 患者进行健康教育，收到了良好的效果，现报告如下。

1　对象与方法

1.1　对象

收集我院 2005 年 2 月至 2006 年 10 月收治的 85 例 DM 患者，其中男性 55 例，女性 30 例；年龄最小 15 岁，最大 65 岁，平均 47.2 岁；病程最短 1 年，最长 20 年，平均 5.5 年。患者均住院接受过 1 次以上治疗，能以普通话沟通。

1.2　方法

运用护理程序分评估-计划-实施-评价 4 个步骤开展健康教育，解决患者现存或潜在的健康问题。

1.2.1　评估　在教育前了解患者掌握基本卫生常识及糖尿病相关知识程度，评估其基本知识需求和学习态度、能力等。收集与患者相关的信息，采用交谈、观察、问卷、体检等方式，重点收集患者对 DM 知识的认知情况和关注的内容。DM 患者关注的内容提问次数依次为：血糖控制 41 次；身体健康 18 次；饮食治疗 15 次；家居自我检验血糖 13 次；胰岛素注射 12 次；DM 病因 11 次；胰岛素首用及副反应 8 次；口服降糖药物治疗 6 次；DM 与遗传 2 次；DM 并发症 2 次；运动疗法 2 次低血糖 2 次。评估情况见表 1，评估结果为制定教育计划提供了依据。

作者简介：宋　梅(1976－)，女，四川省营山县人，护师，主要从事糖尿病护理及教育方面的研究，发表论文 5 篇。电话：(010)66097442，E-mail：songmei2001@yahoo.com.cn
收稿日期：2007-03-23；修回日期：2007-06-17