维普资讯 http://www.cqvip.com

将激活体内其它炎性细胞，释放出更多的炎性介质，导致全身炎症反应不断加剧，形成全身炎症反应综合征(SIRS)，产生休克、内环境失衡、细胞凋亡、免疫抑制和多器官功能衰竭等[2]。在急性反应期对SAP行手术治疗会加重对机体的打击，加重全身炎症反应，同时手术并不能阻断胰腺坏死发展。目前对SAP多主张行积极的非手术治疗，包括：①积极的体液复苏；②抑制胰腺的分泌；③改善胰腺的微循环；④肠道细菌易位的防治；⑤多器官功能障碍的防治等[3]。而SAP的手术治疗主要是治疗其并发症。我们采用腹腔引流术可在床旁局麻下进行，对病人机体的干扰小。而坏死组织及渗液的引出，不仅可减少毒素的吸收，也减少了炎症介质和细胞因子对机体的损害，从而可有效减轻机体的全身炎症反应，而且还可减轻腹胀。加上积极的对症支持治疗，大多数病人可获得治愈。

本组有2例为胆源性伴有梗阻性黄疸，其中1例死亡，该病人为82岁高龄，发病10 h来院，入院时即有急性肾功能不全，并有休克表现虽行腹腔引流术及积极对症治疗，病情仍持续恶化，于入院后20 h死于多器官功能衰竭，考虑为暴发性胰腺炎。另1例有黄疸者则经治疗后症状体征缓解，黄疸消退，治愈出院。但SAP伴有梗阻性黄疸者仍应早期手术治疗。本组还有1例为入院后27 d死亡，该病人为40岁男性，发病3 d后来院，入院后经腹腔引流术及对症、抗感染、胃肠外营养支持治疗后，病人症状体征缓解，血、尿粉酶正常。该病人病程较长，后期因经济原因无力行营养支持治疗致病人机体免疫力低下，身体虚弱，虽已开始进食低脂饮食，但病人第25天不慎受凉后引起双侧肺部感染，虽经积极治疗但未奏效，终死于呼吸衰竭。

[参考文献]

[1]中华医学会外科学会胰腺外科学组. 重症急性胰腺炎诊治草案[J]. 中国实用外科杂志,2001,21(9):513-514.

[2]李宝华. 非手术治疗重症急性胰腺炎[J]. 中国实用外科杂志,1999,19(9):529-531.

[3]严律南. 重症急性胰腺炎的治疗观点：非手术、手术、个体化?[J]. 中国实用外科杂志,2001,21(1):26.

(编辑：兰阳军)

罕见巨大桡骨软骨肉瘤1例报告

巴虎山[1]，王金花[2]　(内蒙古民族大学附属医院：1.骨病科；2.病理科，内蒙古 呼和浩特 010000)

[关键词] 软骨肉瘤；桡骨
[中图分类号] R681.7；R738.3　[文献标识码] B　[文章编号] 1672-5042(2007)01-0064-02

软骨肉瘤是一种常见的恶性骨肿瘤，发病仅次于骨肉瘤，占恶性骨肿瘤的14.2%[1]，男性多于女性。本院收治了一例罕见巨大桡骨软骨肉瘤患者，现将治疗情况介绍如下。

1　临床资料

患者男，34岁，因右前臂中部肿物21年，加重痛疼快速恶性膨胀1年住院。21年前无明显诱因开始右前臂肿胀痛，经医院X线检查显示右侧桡骨中下1/3处骨肿瘤，行瘤体切除术。术后再复发，先后四次做瘤体切除，自体植骨术。近2周疼痛加重，来本院就诊。查体：血压18.5/12 kPa，心率90次/分，呼吸20次/分，体温36.4 ℃，神志清，痛苦面容，心、肺、腹部无异常。右前臂肌力Ⅵ级，其他肢体肌力正常，肌张力正常，右尺、桡动脉搏动减弱，右前臂粗大不规则的压状凸起外围最粗大部分达外围65 cm，左侧30 cm，右前臂全段都有不同程度的丘状凸形隆起，前外侧处2 cm×3 cm皮肤坏疽液化脓(图1a)，浅静脉怒张。右前臂正侧位CR示，右尺、桡骨中段生理弯曲度增高，多处变性凸起，边缘毛糙，呈卒花状(图1b)。血常规WBC 10.5×10^9/L，RBC 4.16×10^{12}/L，HGB 133 g/L，BLT 166×10^9/L，肝肾功能正常，心电、胸片均正常。根据以往骨肉瘤病理报告，考虑多次手术后复发，疼痛剧烈，影响正常工作，家属及本人要求做了肢骨下1/3截肢术。术后病理解剖见瘤体已侵蚀到尺骨体下段，病理诊断为软骨肉瘤(图1c，d)。



a：术前照片；b：X线片；c：切除的瘤体；d：病理切片

图1　病例图片资料

2　讨论

根据软骨肉瘤起源分为原发性和继发性两种，前者发病较

[收稿日期] 2006-10-20　[修回日期] 2006-12-15

维普资讯 http://www.cqvip.com

早,多见于30岁以下,恶性程度高,进展较快,预后较差;后者为骨软骨瘤、软骨瘤等良性软骨病变的恶变,发病较晚,在30岁以上,发展缓慢,预后稍佳,约占软骨肉瘤的40%[2],由于肿瘤生长缓慢,早期可无任何病状,以后出现疼痛,并逐渐加重而转变为持续性剧痛。本例患者男性,34岁,但首次发病时13岁,应为原发性。根据肿瘤的发生部位,分为中央型和周围型,中央型好发于四肢长管状骨,以长骨干骺端多见,中端软骨肉瘤在临床上相对少见;周围型好发于骨盆、肩胛骨等。软骨肉瘤影像学表现的病理基础为瘤软骨钙化或骨化,受累骨质破坏,软组织肿物形成以及骨膜反应性新骨形成等。恶性程度较高的肿瘤可无钙化或骨化[3]。本例X线检查可见桡骨上形成瘤体恶性膨胀破坏为主,骨质不规则丘状凸起侵蚀邻近组织,属中央型。

[参考文献]

[1] 徐爱德. 骨关节CT和MRI诊断学[M]. 济南:山东科学技术出版社, 2002.215.
[2] 荣独山. X线诊断学[M]. 上海:上海科学技术出版社, 2000.128.
[3] 王晓睿,刘鹏飞. 肱骨上端软骨肉瘤1例[J]. 中国CT和MRI杂志, 2005,3(3):62-63.

(编辑:余汇洋)

绒癌病人化疗期的临床护理

李 玫,赵 钰 (中国医科大学第一临床学院采血中心,辽宁 沈阳 110001)

[关键词] 绒癌;化疗;临床护理
[中图分类号] R737.33 [文献标识码] B [文章编号] 1672-5042(2007)01-0065-01

绒毛膜癌(简称绒癌)是一种高度恶性肿瘤,早期即可通过血运转移至全身,破坏组织器官,引起出血坏死。对该病的治疗以化疗为主,手术为辅。在绒癌的化疗过程中,对化疗病人的科学护理是保证其化疗顺利进行的重要环节。我院从2000年10月至2006年9月共收治134例绒癌患者,现将护理体会报告如下。

1 资料与方法

本组共134例,年龄在21~47岁,平均年龄31岁。常用药物为氟尿嘧啶(5-FU)、更生霉素(KSM)、甲氨喋呤(MTX),5-FU、KSM的副作用较轻,MTX的副作用较重。一般情况,采用5-FU与KSM联合用药,给药途径以静脉为主,5-FU每日剂量为28~30 mg/kg,溶于10% GS500 ml中,6~8 h滴完,8~10 d为一疗程,间隔2周。KSM每日剂量8~10 $\mu g \cdot kg^{-1} \cdot d^{-1}$,溶于10% GS500 ml中,约4~6 h滴完,8~10 d为一疗程,间隔2周。若5-FU与KSM联合应用,5-FU的剂量为26~28 $mg \cdot kg^{-1} \cdot d^{-1}$,KSM为6 $\mu g \cdot kg^{-1} \cdot d^{-1}$,8 d为一疗程,间隔3周。治疗需持续至临床无症状,血HCG每7天测1次,连续3次正常,然后再巩固2~3疗程,观察5年无复发为治愈。

2 化疗期的护理措施

2.1 心理护理

该病发病年龄多见于20~35岁的育龄妇女,有些是初次怀孕,恐惧、焦虑等情绪较重。因此,在护理过程中,应根据患者年龄、性格、文化程度以及病情发展阶段等众多因素把病人区分为不同的心理反应类型,从而更加准确、具体地掌握病人的心理状态,并以此作为制定护理对策的依据。平时应多与病人交谈,主动热情地为其解决实际问题,取得病人的信赖,建立良好的护患关系,把心理护理渗透到化疗的全过程,力争达到最佳治疗效果。

2.2 给药时的护理

化疗前向病人介绍药物的作用机理、临床应用的效果和毒副反应,告之病人疗程及治疗过程中的注意事项。化疗药物均按体重计算剂量,每一疗程前必须准确称量体重,在过程中随时称量体重,及时调整剂量。药物配置后立即使用,以免影响药效。输液中严格掌握输液的速度,速度过快会增加药物的毒性,加重副作用,过慢则影响疗效。输液时应有计划地选择血管,先从肢体远端指(趾)处静脉开始。对血管不好的病人使用静脉留置针,外接可来福接头,每次输液后均推注10 ml生理盐水,此法可保留3~5 d。

2.3 化疗药物毒副反应的护理

造血功能障碍是最常见的,且是对病人危害最大的副作用,主要表现为骨髓抑制,引起白细胞总数及血小板减少。如果WBC总数 $< 3.0 \times 10^9/L$ 或血小板 $< 75 \times 10^9/L$ 应停药,并采取对应措施,白细胞低下者可应用重组人粒细胞集落刺激因子,每次75 μg,皮下注射2 d,仔细观察有无出血先兆。白细胞明显低下者要注意预防感染。化疗期间每日用漱口液漱口2~3次,保持口腔清洁。每日认真检查口腔,如发生溃疡可用庆大霉素8万单位或地塞米松5 mg涂抹患处,4~5 d可痊愈。胃肠道反应影响治疗的效果,也削弱病人的免疫抵抗能力,常见症状有食欲不振、恶心呕吐,多于用药后2~3 d出现。化疗时同时给予胃复安10 mg,3次/日口服可预防。呕吐、腹泻严重者应停药,给予补液对症治疗,并警惕病人有无伪膜性肠炎发生。胃肠道症状减轻时鼓励病人多进食以增强体质。应用化疗药物后,患者均有脱发现象,一般停药后可长出,必要时戴帽子和假发。应用5-FU后,沿血管走向可出现浅咖啡色色素沉着,血管变硬,需要较长时间才可恢复,应注意保持皮肤清洁干燥,经常更换衣服。

(编辑:朱志立)

[收稿日期] 2006-10-05 [修回日期] 2006-12-17