维普资讯 http://www.cqvip.com

1.2 水化及利尿的方法

大剂量顺铂用药前给0.9%氯化钠1 000 ml加10%氯化钾20 ml静点,20%甘露醇125 ml快速静点,静脉注射止吐剂,顺铂加入0.9%氯化钠500 ml中静点,3 h左右滴完。给20%甘露醇125 ml快速静点,并给予大剂量液体以达到利尿作用。必要时给速尿20 mg静注,以降低顺铂在肾小管中的积聚。化疗第一天和第二天每日液体量为3 000~4 000 ml,每日尿量大于3 000 ml,第三天液体总量为3 000 ml左右,尿量大于2 000 ml。

2 化疗前的护理

大剂量顺铂的化疗,胃肠道反应较重,多数病人都有不同程度的恶心、呕吐、食欲不振等。有些患者感觉难以坚持治疗,表现为烦躁、易怒、情绪低落,甚至拒绝治疗。因此,首先应安慰病人,做好解释工作,特别对那些化疗反应非常明显的病人,护士刚进病房,就条件反射地恶心、呕吐、惧怕化疗,对治疗失去信心。护士应多介绍治疗效果显著的病例,并告诉患者化疗前给止吐剂,能有效地减轻胃肠道反应,使患者增强战胜疾病的信心,坚持治疗。化疗前向病人说明大剂量顺铂治疗的目的及意义,化疗期间饮食要清淡、易消化、少量多餐,切忌进食过热、粗糙、辛辣食物。多食含钾高的水果,如西瓜、柑橘等。化疗期间饮水宜少量多次,饮清水,每日尿量应大于3 000 ml。化疗前一天晚将病人安排在特殊化疗病房,晚7点钟将病房用紫外线消毒40 min,告诉病人家属减少陪护人员,以预防感染。

3 化疗中的护理

3.1 准确测量体重

因为顺铂有剂量依赖性,剂量大,会加重药物的毒副作用;剂量小,起不到治疗效果,反而加重病人的耐药。研究表明顺铂的剂量在100 mg/m^{2}时疗效最佳。

3.2 水化治疗的监护

静脉穿刺应选择粗大通畅的血管,由于用药后频繁呕吐,应避开关键部位。注射顺铂前,病人尿量应大于100 ml/h,静脉注射止吐药30 min后才能应用。并准确记录液体输入量及排尿量。观察患者是否有胸闷、气短、心慌、呼吸困难等症状,防止发生心衰、肺水肿等并发症。对频繁呕吐者,应合理应用止吐剂,适当调整补液量,鼓励病人多饮水。注意水化液的速度及量,保证输液速度大于60滴/min。水化液的量为3 000 ml左右,为了保证肾脏的持续灌注,输液时间应维持15~16 h。

4 利尿的监护

准确记录24 h出入量,保证24 h尿量大于3 000 ml,若发现输液1 000 ml以上或连续5 h患者无尿,要立即报告医生给予利尿处理。观察尿的性质和颜色,若患者尿液呈深色而浑浊,立即报告医生及时给予处理,以防发生急性肾功能衰竭。密切观察生命体征的变化并准确记录,如发现异常及时向医生汇报。

5 出院时的医嘱

对反映较重的病人,可在医生指导下应用止吐剂。由于顺铂对造血系统也有一定的破坏作用,所以病人出院后应在医生指导下服用升白细胞的药物。定期检查血常规、肝功、肾功,如有异常及时就诊。饮食要易消化、清淡、少量多次,特别在呕吐时,仍需坚持进食。适当锻炼,避免过劳。

(编辑:邱全光)

甲状腺癌超声诊断及误诊分析

李冰茹[1],关新全[1],李剑秋[2] (鞍山钢铁集团公司:1.长甸医院;2.曙光医院,辽宁 鞍山 114005)

[关键词] 甲状腺癌;超声;误诊
[中图分类号] R736.1 [文献标识码] B [文章编号] 1672-5042(2005)03-0196-02

我院2001年2月至2004年6月收治甲状腺癌98例,本研究回顾性分析其超声检查及病理结果。

1 资料与方法

98例甲状腺癌患者中,男性36例,女性62例,年龄38~74岁,术前均经HP4500彩色多谱勒超声诊断仪(探头频率7.5 MHz)检测双侧甲状腺大小、回声、占位病变个数、位置、大小、回声强度、回声均匀性、边界、血运情况检查。术后均有病理报告。

2 结果

本组甲状腺癌患者98例术后病理证实甲状腺乳头状癌73例,髓样癌8例,混合癌10例,滤泡癌7例,隐性癌1例。超声检出病灶97例(99.1%),其中病理良、恶性诊断符合53例(54.1%),误诊44例(44.9%),漏疹1例(1%)为髓样癌。98例患者淋巴结转移40例,淋巴结转移发生率为40.9%。

3 讨论

甲状腺癌声像图有其特有的特征,本组病例显示甲状腺癌原发灶有以下特征。囊实混合型多有近似完整的包膜,有实性回声突入囊腔,或囊腔呈不规则多房性分布,后方回声增强,实性回声可不均匀,有的伴沙粒样钙化,实性内可见彩色血流。此型以乳头状癌、滤泡癌多见。实性中低回声结节型常单发或合并有结节性甲状腺肿、桥本氏甲状腺炎,其内可见散在钙化,后方回声衰减。此型多见于髓样癌。弥漫性高回声型病例较

[收稿日期] 2005-01-15 [修回日期] 2005-03-08

维普资讯 http://www.cqvip.com

少见，多合并结节性甲状腺肿，也可见于青少年甲状腺乳头状癌。实质性低回声并钙化型肿块或双侧甲状腺呈低回声，内可见较大粗糙的钙化回声，此型多见于晚期的未分化癌，颈部淋巴结常呈同样回声。

以上各型癌灶内钙化点越小越有意义，彩色血流显示癌灶内常有新生血管，呈湍流频谱，血流丰富，有动静脉瘘，晚期常出现颈部淋巴结转移，有时侵犯喉返神经，引起声音嘶哑。本组甲状腺癌误诊最多的为乳头状癌，占误诊病例的65.9%(29/44)，尤其囊实混合型结节状回声，其中16例实性部分呈不规则网状分布，13例实性部分可见钙化，18例实性处包膜出现断裂，以上特征可在同一病灶内同时出现。误诊病例主要有：①发病早期，癌灶较小检查者未引起重视。②有些患者原有良性腺瘤，部分恶变。③有些肿瘤出现液化坏死，囊性变，局部呈无回声区，似腺瘤囊性变。④有的肿瘤边缘出现高速血流信号，内部无或少许血流信号，易误诊为良性病变。⑤甲状腺内良、恶性病变共存。笔者认为注意扫查混合性回声实性部位的包膜，实性在囊内的分布、有无钙化及血运，是减少甲状腺乳头状癌误诊的有效方法之一。其他甲状腺癌误诊从超声图像分析：等回声病理多为分化较高的滤泡癌、腺癌、隐性癌，与良性腺瘤图像相似；弥漫性回声，尤其多发结节存在，合并有炎症的结节、髓样癌及隐性癌易误诊、漏诊；较大肿瘤局部恶变，此类患者多有长期病史，易误诊为结节性甲状腺肿、桥本氏甲状腺炎。

总之，甲状腺癌的超声诊断主要依靠二维图像，彩色多谱勒血流显示及同侧颈淋巴结的检查可对甲状腺癌的诊断提供帮助。甲状腺癌的超声诊断除了声像图特点，还要结合临床表现，化验室检查，做出正确的判断，尽量减少误诊。

（编辑：蒋登金）

25例急性胆道出血的诊治体会

孙亚军，杨铁成，郭宇林 （鞍山钢铁集团公司立山医院外科，辽宁 鞍山 114032）

[**关键词**] 胆道出血；诊断；治疗
[**中图分类号**] R657.4 [**文献标识码**] B [**文章编号**] 1672-5042(2005)03-0197-01

急性胆道出血是临床较常见的急、危病症，其来势急迫，可并发休克，危及病人的生命，必须引起注意。60年代其病死率高达40%～50%，近年来由于医学科学技术的发展，对胆道出血的诊治水平已大大提高。我科自1990年至2003年共收治25例，现通过回顾性分析，总结将诊治体会报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料

25例中男性14例，女性11例，年龄19～72岁，尤以40～60岁居多，平均住院25 d。其中肝脓肿14例(56%)，胆石症7例(28%)，胆道蛔虫1例(4%)，肝血管瘤2例(8%)，肝外伤术后1例(4%)。

1.2 治疗情况

本组25例经手术治疗18例(其中肝脓肿13例，胆石症2例，肝血管瘤2例，肝外伤术后1例)，手术方式分别肝叶切除、肝固有动脉结扎术或出血点缝扎术等，结果有13例治愈，5例死亡，死亡率占28%。非手术治疗7例，方法为抗炎、止血、支持及中药综合疗法，结果死亡3例，死亡率占43%。

2 讨论

急性胆道出血的治疗包括手术治疗和非手术治疗两种方法，当出血速度比较缓慢、量不多、病人一般状态好，血压和脉搏相对较稳定，红细胞压积不低于30%时可采用非手术疗法，具体是通过各种途径给各种止血剂(选择性肝动脉内填塞止血)和脑垂体加压素(20 U加入5%葡萄糖200 ml内静脉滴注，每日给药3～4次)。选择广谱有效的抗生素抗炎，中药治疗及输血输液等营养支持。本组有7例采用非手术治疗，结果4例治愈，3例死亡，死亡率为43%。我们认为非手术疗法效果不明显，应积极手术治疗。手术方式有多种，一般选择肝叶切除术、肝固有动脉结扎术和出血点缝扎术，本组18例经手术治疗，其中4例因患多发肝脓肿引起胆道大出血，分别选用肝叶切除或半肝切除术，结果全部被治愈。其余病例采用肝固有动脉结扎术12例，结果治愈8例，死亡4例；采用出血点缝扎术2例，结果治愈1例，死亡1例。死亡率达28%。两种方法相比较，可见手术治疗的效果是可以肯定的。我们体会对肝脓肿引起的胆道大出血只要条件允许做肝叶切除或半肝切除术，其疗效是理想可靠的。虽然做肝固有动脉结扎术术后仍有再出血的可能，但对一些危重、休克不适合做肝叶切除的病例不失为首选，对于肝外胆道出血，可直接切开胆总管直视下缝扎出血点，其止血效果也很可靠，尤其对重要血管的出血要双重结扎及缝扎。同时还要注意缝扎线的松紧度要适合，防止因组织撕裂或线结脱落而发生再出血。本组有1例因线结脱落而发生再出血，虽经二次手术抢救，但最后死于失血性休克。对此我们有一定的教训，实践使我们深深地感到：术者在术中冷静、果断、紧张而有序地在短时间内查明出血部位，随之采取有效的方法迅速做好止血、彻底清除病灶，是抢救病人性命的关键。

（编辑：蒋登金）

[**收稿日期**] 2004-01-12 [**修回日期**] 2005-02-18