维普资讯 http://www.cqvip.com

卵巢癌患者静脉与腹腔联合化疗的管理

佟丽波[1]，李春艳[2]，孙盛梅[1]
（1.佳木斯大学附属第一医院，黑龙江 佳木斯 154002；2.萝北县医院，黑龙江 萝北县 154203）

[关键词] 卵巢癌；联合化疗
[中图分类号]R737.31 [文献标识码]B [文章编号]1672－5042(2004)02－0142－01

卵巢癌的早期临床表现不明显，主要症状出现时常已属癌症晚期。手术虽然是卵巢癌基本的治疗手段，但也有肉眼看不到的肿瘤细胞残留。如不进行积极有效的化疗，细胞减灭术将变得毫无意义。因此，化疗在卵巢癌的治疗中起着至关重要的作用。静脉与腹腔双途径联合化疗是最常用的方法之一，其管理的质量又直接关系治疗效果。现将我们的经验总结如下：

1 术前准备

保证充足的睡眠，合理饮食，避免出现低血压、低血糖，增强机体抵抗力。有急慢性炎症、肠梗阻、肠粘连，体温高于37.5℃者应禁忌化疗，避免继发感染。术前检查三大常规及肝肾功能，如有异常应纠正为正常后再行化疗。化疗前3 d内，保持大便通畅，减少肠胀气，肠扩张，避免腹穿时损伤肠管。

2 化疗时注意事项

化疗药物滴入前30 min给止吐药。穿刺部位常选择左侧髂窝，避开肠管，可在B超引导下操作。判断腹穿是否顺利：腹穿后9号腰穿针液体流速大于150滴/分，说明穿刺针进入腹腔，同时患者感到有凉意。灌注液体2 000 ml左右无腹泻无排便感可基本排除穿刺针进入肠管。穿刺后腹围无变化亦可排除穿刺针误入皮下组织。顺铂是化疗中最常应用的药物，因其排泄慢，易损伤肾小管，可引起肾小管坏死，所以应用顺铂时必须"水化"（即大量输液3 000 ml/d以上）。

3 化疗后管理

翻身活动，使药物均匀分布，避免局部药物浓度过高造成腹膜刺激症状及肠粘连。药物刺激胃肠道引起恶心、呕吐影响正常进食，可造成电解质平衡紊乱，从而进一步加重胃肠反应，因此合理的补液是至关重要。常规给护肝药3～5 d，准确记录液体出入量，要求尿量2 400 ml/d，如果尿量过少，给利尿剂。监测造血功能：每三天测一次血常规，白细胞计数低于2.0×10^9/L时应用粒细胞刺激因子G-CSF。

4 心理护理

4.1 患者心理特点

主要是恐惧和悲观绝望的心理，当得知病情后紧张、焦虑、忐忑不安，有人甚至承受不了这种打击，加之化疗药物副作用，更是悲痛欲绝，丧失生活勇气和信心，拒绝治疗。

4.2 护理要点

首先，要鼓励和支持患者。详细讲解治疗过程，消除紧张心理，让化疗成功的病人现身说法，介绍经验，增强自信心，逐步配合治疗；其次，取得患者信任。医务人员要用扎实的理论、精湛的技术、周到的服务赢得患者及家属的信任，解除患者的思想压力，更加积极配合治疗。

[收稿日期]2004－01－03 [修回日期]2004－02－28

（编辑：黄春霞）

小儿先天性肠闭锁手术治疗体会

孙亚军[1]，杨铁成[2]，李传真[2]
（1.鞍山钢铁集团公司弓长岭矿业公司职工医院，辽宁 辽阳 111007；2.鞍山钢铁集团公司立山医院外二科，辽宁 鞍山 114032）

[关键词] 小儿；先天性肠闭锁；手术治疗
[中图分类号]R605 [文献标识码] B [文章编号] 1672－5042(2004)02－0142－02

先天性肠闭锁是临床较常见的消化道畸形，主要是通过手术治疗来保持消化道的通畅。自1985年至2004年，我们共收治6例先天性肠闭锁患儿，现将手术治疗体会报告如下。

[收稿日期] 2004－01－27 [修回日期] 2004－02－18

1 资料与方法

1.1 临床资料

本组男性4例，女性2例，日龄2～3 d，平均住院15 d。患儿出生后开始呕吐，呕吐物为胆汁性胃液，轻度腹胀，偶见胃

维普资讯 http://www.cqvip.com

型，部分病例排白色黏液球样便。经X线立位腹透检查，发现上腹部双气泡征（左、右上腹分别可见胃泡状影像），稀钡胃肠透视见十二指肠与部分小肠高度扩张、梗阻。

1.2 手术方法

本组病例全部手术，术中发现5例为空肠高位闭锁，分别距Treitz韧带10～20 cm处不等，其余肠段未见异常；1例小肠三处闭锁，结肠一处闭锁。

2 结果

5例经手术切除治愈，另一例死亡，总治愈率为83.3%。

3 讨论

3.1 先天性肠闭锁的病因和诊断

先天性肠闭锁是一种胚胎发育畸形。1955年Loun和Barnard从实验中发现肠闭锁可继发于小肠系膜血管损伤，认为是胎儿期肠管已形成后由于某种原因损伤了肠系膜血管，使其相应之肠段缺血，最终发生闭锁畸形。肠闭锁可以是一处闭锁也可以是多处闭锁，由于肠闭锁的位置不同，临床上小儿表现有高位或低位肠梗阻的症状和体征。先天性肠闭锁多发生于小肠，其中以空肠高位较为常见，主要症状是：小儿频繁呕吐、吐物为奶块和胆汁样胃液，个别表现为腹胀，有的还可见胃肠型及蠕动波。X线立位腹透具有典型的双气泡征，如用稀钡进行胃肠透视更能有助于诊断。值得注意的是，当"肠旋转不良"或"环状胰腺"时也可表现有双泡征，故需要鉴别，这两种畸形也需手术治疗，只是术式不同而已。

3.2 先天性肠闭锁手术治疗体会

本文认为：①手术是治疗肠闭锁唯一有效的方法。手术切除病变肠段，尽快恢复消化道的畅通性和连续性，这对挽救小儿生命极为重要。由于闭锁小肠的近端高度扩张，肠腔宽大并且肠壁肥厚，与之相反，远端则细小，腔窄；当切除病变肠段后将小肠近端和远端吻合十分困难。我们在充分保护好肠系膜血运的前提下，将扩张之肠管系膜对侧肠壁适当楔状切除一部分后再内翻缝合，这样做能够缩小近端的肠腔，然后与远端肠管吻合，效果很好；②切除病变肠管时，如果条件允许（主要是距Treitz韧带远些），应尽可能多地切除近端扩张的肠管，主要是因其过度扩张肠壁薄、血运差，不利于吻合后愈合；此外，在吻合前还要仔细检查各段肠管是否通畅，一般用0.9%氯化钠100 ml注入肠管内观察液体在肠腔内流动变化。本组5例术后均无吻合口瘘或狭窄发生，并且在手术后第2～3 d时已有黄色粪便排出，经10～20年随诊，这些小儿生长发育正常。另一例因多处小肠闭锁和大肠闭锁，结果于术后死于多器官功能衰竭；③小儿（新生儿）手术后易并发肺炎、硬肿症和皮下坏疽，因此要加强围手术期管理，注意保暖，给静脉高营养支持，保证足够的热量，选择广谱有效的抗菌素抗炎，对于预防并发症、提高治愈率十分重要。

（编辑：张天飞）

动脉多发性变异1例

张小平，李兴国，黄淑群
（昆明医学院解剖学教研室，云南 昆明 650031）

[关键词] 解剖学；动脉；变异
[中分类号] R322.121 [文献标识码] B [文章编号] 1672－5042(2004)02－0143－02

在尸体解剖时发现一具男尸右侧面动脉、肝动脉、肾动脉多发性变异，将变异情况进行解剖学观察报告如下，以供参考。

1 材料与方法

1.1 面动脉变异

面动脉通常情况下起自颈动脉三角处的颈外动脉，行向内上方穿经颌下三角内的下颌下腺上面或其实质内，在转向外上，至咬肌附着处的前缘，呈弓状绕过下颌体下缘达面部在面静脉的前方迂曲上行，至口角外约1 cm处发出上、下唇动脉后继续上行至内眦，名为内眦动脉。而此具男尸右侧的面动脉起点比较高，距外耳门水平面下方约1.7 cm，距下颌角上方约3.9 cm，变异的面动脉的血管外径0.16 cm，起于颈外动脉穿经腮腺段，在颈外动脉发出上颌动脉的起点处，与颞浅动脉、颈横动脉共同起于颈外动脉。面动脉自颈外动脉发出后行向下外侧，穿腮腺至腮腺前缘，然后折向前行经咬肌的浅面，越过面静脉至其前方至距口角约1 cm处，发出较细的一支下唇动脉和稍粗的一支上唇动脉后与面静脉相伴上行，并沿途发出细小的分支，最后移行为内眦动脉，其分支下唇动脉较细，另有从舌动脉发出一外径为0.08 cm的副面动脉代偿，其颈部及下颌部的行程与常见的动脉相同。

1.2 肝动脉变异

肝动脉左、右支通常情况下由肝固有动脉分出，此具尸体的肝固有动脉直接延续为肝动脉右支，从肝门处入肝，其长约2.5 cm，外径约为0.32 cm；1支迷走肝右动脉起至肠系膜上动脉，于门静脉和下腔静脉间行向右上，至肝十二指肠韧带行于胆总管的右侧，并发出胆囊动脉，外径约为0.1 cm，从胆囊颈的右侧进入胆囊，分支营养胆囊，此迷走肝右动脉外径约为0.37 cm，另一支迷走肝左动脉起于胃左动脉，行向右上方，从脏面进

[收稿日期] 2003－10－10 [修回日期] 2004－01－04