维普资讯 http://www.cqvip.com

铂80 mg稀释后冲洗并留置腹腔。腹腔放两支细管备化疗用。术后第10天开始以PC方案化疗3 d(顺铂总量80 mg,腹腔滴入;环磷酰胺400 mg静脉滴入)。术后体重较术前减轻21 kg。病理报告:双侧卵巢多房性乳状粘液性囊腺瘤(交界性),大网膜上有粘液腺细胞种植,阑尾6 cm×2.5 cm,结构破坏,切面囊性,内含胶冻样物。子宫未见异常。

2 结果与讨论

腹膜假性粘液瘤又称粘液性腹水,是卵巢粘液瘤的一种严重并发症,非常罕见。其特点是胶冻样物充盈整个腹腔,粘液状团块可沉积于腹膜的壁层和脏层,并可引起脏器粘连,淋巴管阻塞,引起异物性腹膜炎。最常见的来源部位是粘液性卵巢瘤和阑尾粘性囊肿[1]。临床表现为腹部膨大、消瘦,伴完全或不完全性肠梗阻[2],多无腹痛。腹膜假性粘液瘤组织虽属良性,但为进行性发展,由于粘液细胞难以彻底清除,故预后不好,临床上应视为恶性,病人多死于恶性病质、感染或肠梗阻。治疗原则以手术为主,尽可能寻找并切除原发病灶,清除腹腔内胶状增殖灶,切除变性的大网膜,吸净腹腔内胶状腹水,抗癌药物顺铂、5-Fu灌洗腹腔对本病的发展有一定抑制作用。治疗腹膜假性粘液瘤的要点:不强行剥离囊肿,尽可能全部切除瘤组织,术中避免穿刺和取样做病理,操作中应用纱布将囊肿隔离,一旦囊肿破裂,立即吸净粘液,以5-Fu或顺铂稀释后冲洗局部或留置塑料管以便术后注入抗癌药物。此病人为交界性卵巢粘液瘤,腹膜假性粘液瘤,同时并发阑尾粘液囊肿。阑尾粘液囊肿是指阑尾腔内充满粘液,使阑尾显著增粗,它与卵巢粘液瘤形态相同,可同时发生。此例病人化疗5次,化疗疗效肯定,已随访1年,一般情况好,B超定期检查腹盆腔未见异常。

[参考文献]

[1] 王淑贞. 实用妇产科学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 1993.695.
[2] 谢 岚. 卵巢粘液性乳头状囊腺瘤并阑尾粘液囊肿腹膜假性粘液瘤1例[J]. 中国实用妇科与产科杂志, 2000, 16(9): 532.

(编辑:张天飞)

双腔中心静脉导管引流术在恶性胸腔积液中的应用及护理

朱 琳
(第三军医大学附属西南医院呼吸科,重庆 400038)

[关键词] 肿瘤;中心静脉导管;护理
[中图分类号] R561 [文献标识码] B [文章编号] 1672-5042(2003)05-0389-02

恶性胸腔积液常由肺癌、乳腺癌及淋巴瘤等恶性肿瘤引起,生成迅速,大量积液可严重影响心肺功能,如不及时治疗,患者会在短期内死亡。以往的胸腔穿刺是用注射器,每次抽吸液体量有限,需要反复抽吸,费时费力,且易引起组织损伤和感染,加重病人心理上和身体上的痛苦。自2001年以来,我科利用双腔中心静脉导管引流术,对32例恶性胸腔积液患者进行了胸腔抽水和胸腔内注入药物治疗,患者的呼吸困难和毒性症状均不同程度地得以缓解。同时,也大大减轻了医护人员的工作量,取得满意效果。

1 资料与方法

1.1 临床资料

32例患者中,其中男性24例,女性8例,年龄33~72岁。晚期肺癌转至胸膜者24例,乳腺癌3例,胸膜间质瘤2例,淋巴瘤2例,食道癌1例。术前均有明显呼吸困难,经B超诊断为大量胸腔积液。所有患者均成功地留置了双腔中心静脉导管引流,置管时间最长27 d,最短6 d,平均置管21.8 d。患者的呼吸困难症状均在置管后2~3 h缓解。经综合治疗,31例患者好转出院,1例因全身转移,心、肺功能极度衰竭而死亡。

[收稿日期] 2003-08-25 [修回日期] 2003-09-15

1.2 胸腔穿刺的方法

1.2.1 术前准备 向患者讲清治疗的目的与方法,以取得理解和合作。准备消毒用安尔碘,1%普鲁卡因,无菌穿刺包1个,双腔中心静脉留置管1副(一管腔长一管腔短),3 cm×3 cm大小的无菌小纱布(沿中线剪开一半)及透明敷帖各1张,无菌引留袋1个。

1.2.2 术中配合 穿刺时关好门窗,嘱患者平卧或半卧位,根据B超定位常规消毒皮肤,戴无菌手套,铺洞巾,以1%普鲁卡因自皮肤至胸膜壁层进行浸润麻醉后,左手固定穿刺点皮肤,右手持穿刺针,边进针边回抽,有落空感且注射器内抽吸有胸水即停止再进,左手固定穿刺针,右手将导引钢丝插入胸腔约3 cm,固定钢丝,退出穿刺针,将中心静脉导管顺钢丝推进胸腔3 cm,即固定导管,退出钢丝,长腔管接上无菌橡胶软管和引流袋。用一块3 cm×3 cm大小的小纱布将导管沿中线剪开处敷盖于穿刺部位,透明敷帖固定小纱布和导管。放胸水不宜过快,待液体大部分排除后夹管,自短腔管注入药物,如丝裂霉素、顺氯氨铂、阿霉素等溶于生理盐水20~40 ml,注入胸腔内,然后用肝素液封住短腔管并用生理盐水冲管后注入肝素液2 ml(120~150 U/ml)。嘱患者卧床休息2 h,每5~10 min变换体位一次,使药物能与胸膜病灶充分接触。一般5~7 d胸腔注药一次,5~7次为一疗程。

维普资讯 http://www.cqvip.com

2 术后护理

2.1 导管的护理

妥善固定导管，固定位置主要依据患者睡觉的习惯，防止脱落、扭曲、阻塞，保持引流通畅。每次放胸水或注入药物后应先用生理盐水3～5 ml冲管再用肝素液封管，如暂时不用的导管应每隔一天用肝素液冲管1次。导管出现完全阻塞，可缓慢注入尿激酶2 ml(3 000～5 000 U/ml)反复回抽，待尿激酶在导管内充分混合2～3 h后回抽，有液体流出为通管成功。如无效，用无菌导丝插入中心静脉导管通管。若均无效，更换新的导管。本组32病例中，出现导管阻塞6次，3次经尿激酶通管成功，1次导丝通管成功，1次重新更换导管。

2.2 放液护理

放胸水的速度不宜过快、过多，每次放液量一般不超过1 000 ml，过快、过多使胸腔压力骤降，可导致急性肺水肿及循环障碍。注意观察并记录胸水的量、色、性质，恶性胸腔积液常为血性胸水。

2.3 伤口的护理

2.3.1 胸漏的护理　癌性胸水生长迅速，量多，胸部张力高，容易出现伤口不愈合而导致胸水漏出。本组32例患者中有4例出现胸漏，我科采用腹带缚于胸部穿刺部位一周，松紧度以不影响呼吸为宜。效果很好，既可以防止活动时伤口裂开，加强伤口愈合，还可减轻疼痛。4例出现胸漏患者经以上处理，7～9 d好转。

2.3.2 预防感染　如果插管处皮肤和导管处理不当很可能引起置管术后感染及脓毒症。因此在护理上注意：①操作时严格执行无菌操作，穿刺处皮肤周围保持清洁干燥，敷料每隔一天换一次。若发现局部皮肤有红肿、疼痛等症状，可在更换纱布时，在小纱布中央浸润40 000 U庆大霉素，2－3 d症状可消失；②观察胸液的颜色、性状、量，若病人有发热或胸液的性状有所改变，应做胸液细菌培养。本组病例中，有3例出现局部皮肤红肿、疼痛，经上述处理均被控制。

3 讨论

利用双腔中心静脉导管引流术对患者进行胸腔抽水和胸腔内注入药物治疗，操作简便，持续作用时间长，能及时缓减患者的呼吸困难症状，减轻毒性症状，控制病情。且导管柔软、弹性好，头部圆滑整齐，对局部组织刺激性小，不影响患者活动与休息，能减轻病人心理上和身体上的痛苦。

[参考文献]

[1] 王琳西，潘伯宇. 中心静脉导管感染的发病机理及预防[J]. 中华护理杂志，1997，32(11)：675－676.

[2] 陈灏珠. 实用内科学[M]. 第10版. 北京：人民卫生出版社，1998. 1475－1479.

(编辑：文 灿)

风湿性心脏病与预激综合征

温佳滨

(佳木斯市中心医院，黑龙江 佳木斯 154002)

[关键词] 预激综合征；风湿性心脏病

[中图分类号] R541.7+7　[文献标识码] B　[文章编号] 1672－5042(2003)05－0390－02

预激综合征(Wolff-Parkinson-White，WPW)是临床常见的一种心律失常，即吾巴怀氏综合征，多数无器质性心脏病，但风心病合并预激综合征是比较少见的。我院曾遇3例，均已确诊风湿性瓣膜病，现报道如下。

1 临床资料

例1，女，62岁。1957年患风湿病，经常关节痛。从1960年听诊心尖部舒张期杂音，尚能从事一般活动，但反复出现心动过速，经心电图检查为WPW综合征A型，心动过速为阵发性心房纤颤，需静注普鲁卡因转复为窦性心律。近十余年右心衰竭加重，颈静脉增粗，肝肋弓下5～8 cm，双下肢浮肿。1998年3月患脑梗死，语言障碍，右半身瘫痪至今。

例2，女，29岁。8岁患风湿病，两膝关节肿胀、疼痛。1988年8月12日来院检查，心脏听诊心尖部有舒张期杂音，主动脉区可闻粗糙收缩期杂音及舒张期杂音，血抗链"O"200 mg，血沉5 mm，心电图检查为窦性心律、P－R间期0.10 s，QRS 0.13 s，可见有δ波、室性早搏及ST段改变。临床诊断为风湿性心脏病，联合瓣膜病，预激综合征B型。

例3，女，27岁。自述阵发性心悸三年。1991年10月26日因心动过速发作，去中心医院诊治，心电图检查心率219次/分，静推心律平105 mg后，转复为窦性心律，心尖部可闻及舒张期杂音。诊断为风湿性心脏病，二尖瓣狭窄，预激综合征A型。

2 讨论

预激综合征是常见病，系指窦房结发出的激动不仅通过正常房室传导系统下传到心室，而且通过一条异常的附加旁路，绕过正常房室传导通道以短路方式较早地传到一部分心室所造成的综合征[1]。WPW综合征占心脏心律失常的0.1％～3.1

[收稿日期]2003－09－23　[修回日期]2003－11－15