维普资讯 http://www.cqvip.com

囊冲洗，每次量不得超过50毫升，同时术后可口服小苏打片碱化尿液以减少粘液分泌、防止堵塞，还应重视盆腔引流管的颜色和量，如引流量突然增加提示有漏尿的可能，应及时通知医生处理。4.康复护理：术后切口愈合引流管拔除，病人下地活动除考虑疾病康复外，还考虑的是人生价值，个人前途和尿路改道对家庭、社会的影响。所以我们制定了康复计划，指导病人的饮食起居、定时排尿，恢复排尿功能，学会自我监测，定时随访，消除心理障碍，重建社会适应能力。

二、结果和讨论：膀胱切除术行尿路改道病人承受着恶性肿瘤及永久性尿流改道的巨大心理压力。要求护理人员应具备广博的知识去解决所涉及的医学、生理学、社会学、伦理学的问题，护理工作一定要走向促进病人身心整体健康，参与治疗的认知和评估，为探索规范化、程序化护理模式创造条件，去实施以病人为中心的整体护理。

（收稿：1999-07-12）

中西药结合介入治疗上消化道癌

金 革* 李锦玉** 温佳斌***

我院自1993～1998年经胃镜介入治疗食道癌、胃癌67例，其中西药结合应用治疗32例，本文以单用西药局部注射化疗作为对照，观察中西药结合疗法对进展期食道癌、胃癌的治疗效果。

一、临床资料

1.中西药结合治疗组：进展期癌32例，男23例，女9例；年龄31～76岁；食道鳞癌17例，病灶长度：5～7cm 5例，8～10cm 8例，11～13cm 4例，病变形态：菜花样隆起6例，环形狭窄7例，溃疡浸润样改变4例；胃腺癌15例，病变范围5～6cm 3例，7～8cm 7例，8～10cm 5例；病变形态：隆起型6例，溃疡浸润型5例，弥漫浸润型4例；高分化腺癌4例，中低分化癌8例，未分化癌3例。2.单用西药治疗组：进展期癌35例，男25例，女10例；年龄38～72岁；食道鳞癌14例，病变长度：5～7cm 4例，8～10cm 7例，11～12cm 3例；病灶形态：菜花样隆起4例，环形狭窄6例，溃疡浸润改变4例；胃腺癌21例，病灶长：5～6cm 5例，7～8cm 10例，8～11cm 6例；病变形态：隆起型9例，溃疡浸润型6例，弥漫浸润型6例；高分化5例，中低分化11例，未分化5例。以上两组病人均因不适合手术或无法切除而接受介入治疗。

二、治疗方法：1.中西药结合治疗组 中药：华蟾素注射液（Injection cinobufacini）20ml，加在5%葡萄糖500ml之中静脉滴注，每周连续静点5天，休息2天，15周为一疗程；西药：食道癌采用平阳霉素8mg溶入5-FU500mg的注射液中；胃癌采用丝裂霉素4mg溶入5-FU500mg的注射液中；方法：胃镜下通过注射针向癌灶内注药，每点注药1ml，两点间隔1cm左右，隆起较高、质地较硬的部位，可加量注射1ml，每周注射一次，连续治疗五周后改为每两周注射一次，共10次为全疗程。

三、观察方法：治疗前检查全血象及肝肾功，治疗中每5周复查一次，第一次治疗时先胃镜摄像，每次治疗均描记病变进展，治疗结束再摄像及活检。

四、结果

1.临床情况：两组治疗1个疗程后的临床情况见表1。

表1 二组临床症状改变情况

	中西药治疗组（例）	西药治疗组（例）
疼痛减轻或消失	26	23
饮食增加	24	18
体质改善	18	6
血象降低	0	1
肝肾功损害	0	0

2.胃镜观察：①中西药结合治疗组：32例癌瘤中，5例缩小约1/4～1/3，5例缩小约1/2，18例缩小3/4，3例病灶完全消失，活检转阴，1例无明显变化。②单用西药治疗组：35例癌瘤中，7例缩小约1/4～1/3，21例缩小约1/2，1例缩小约3/4，1例病灶完全消失、活检转阴，5例无明显变化。

3.近期结果见表2。

表2 二组近期疗效比较表

时间	中西药结合组		西药组	
	生存	死亡	生存	死亡
3～6个月	31	1	30	5
6～9个月	27	5	23	12
9～12个月	19	13	1	34
12～18个月	18	14	1	34
18个月以上	3	29	1	34

五、讨论：①对进展期食道癌、胃癌外科不宜手术或不愿意手术的患者，进行胃镜直观下癌灶内注射化疗药物，可阻碍或影响细胞DNA的复制及生物合成，抑制癌细胞分裂，使癌瘤缩小，近期疗效高，且无明显肝肾功能和造血功能的损害。本文资料显示，单用西药治疗组患者平均生存期7.4个月，与文献报

* 作者单位：150026 黑龙江省哈尔滨市第四医院
** 佳木斯市中心医院
*** 哈尔滨市铁路分局医院

维普资讯 http://www.cqvip.com

大肠脂肪瘤 外科手术 治疗

中国局解手术学杂志 2000年第9卷第1期
Chin J Regional Anat & Operative Surg,2000,Vol.9,No.1

道相近，而中西药结合治疗组患者平均生存期12.5个月，明显高于单用西药组，而且，在饮食增加、体质改善、病变控制等方面，中西药结合治疗组也明显优于单用西药组。由于本文观察时间较短，例数不足，不能确认两组差异是否显著，有待进一步观察对比。②华蟾素注射液，纯中药制剂，具有促进体液和细胞的免疫作用：对癌细胞DNA和RNA的合成有显著的抑制作用。我们通过胃镜观察，华蟾素静点一个月后，局部癌灶开始变化，在癌灶的边缘形成血肿，逐渐变大，随之局部蠕动开始恢复，患者梗阻症状及进食情况明显改善；同时华蟾素还有增进食欲的作用，使患者饮食明显增加，自觉症状好转，减轻了心理负担，增强了治愈的信心，这一心理因素对治疗效果很有利。

（收稿：1999-07-07）

91 51

大肠脂肪瘤手术三例

郑裕隆*

R735.34

一、临床资料：例1，男，37岁，因腹泻、脓血便、里急后重、腹胀、消瘦5月入院。直肠指检距肛缘2.5～5cm有菜花状肿物，质硬，中央凹陷。作腹会阴联合直肠癌根治术及乙状结肠造瘘。病检证实除直肠溃疡型腺癌外，于乙状结肠远端另有一蕈伞状新生物，呈分叶状，直径2cm，附0.8cm短蒂，切片示结肠脂肪瘤。例2，女，36例，因右下腹痛2日入院。查右下腹肌紧，压痛，扪及8×6肿块，质中等、界清，较固定。术中见盲肠内侧8×3cm肿物，质软，包膜完整，切除后病检示脂肪瘤。例3，女，31岁，因下腹隐痛伴粘液血便一月余，食欲减退入院。查体除贫血外，未发现异常。结肠镜见降结肠肿瘤，直径4cm，突向腔内、表面不整，组织脆弱、易出血。术中见降结肠顺行性套入远端10cm、回纳后发现降结肠中段腔内5×5cm肿物，作左半结肠切除后愈。病检示降结肠脂肪瘤伴慢性炎及部分坏死。

二、结果讨论：1.病理：结肠肿瘤以恶性居多，脂肪瘤在结肠良性肿瘤发病率中仅次于息肉、腺瘤、综合发病率为0.26%（0.035～4.4%），但在结肠良性间叶组织肿瘤中却居首位，据国内结肠良性间叶组织肿瘤316例中，脂肪瘤占50.6%。在消化道脂肪瘤中约1/3位于结肠，Mayo186例消化道脂肪瘤中大肠82.3%，Hurwity 72例中也占63.9%，但国内报道小肠脂肪瘤多于大肠。发生部位右半结肠较多，顺序见于盲肠（包括回盲部）、横结肠、乙状结肠、升结肠、降结肠。综合国外结肠脂肪瘤552例，位于回盲部6.2%，盲肠28.1%，升结肠13%，横结肠24.1%，降结肠12.9%，乙状结肠15.7%。国内肿瘤部位明确的123例中，回盲部4.1%，盲肠19.5%，升结肠21.1%，横结肠35%，降结肠10.6%，乙状结肠9.7%。

肿瘤多单个，多发约10%（6～12%），常2～3个，很少超过4个，偶有百余个报告。据肿瘤始发部位及生长方式可分为四型：腔内型　肿瘤源自粘膜下层，由于肠蠕动及肌层收缩，易向腔内突出，较小，2/3附蒂，常引起出血、梗阻、套叠；腔外型　肿瘤始发于浆膜下层，常向腔外生长、可较大，易扭转、梗阻；壁间型　肿瘤自粘膜浆膜间生长，常向腔外发展，可较大，并附蒂，有呈环形环绕肠壁致狭窄、堵塞、梗阻；混合型　肿瘤生长不局限于肠壁某层，可在其中两层或三层中生长，并向腔内外突出，其腔外部分常较腔内部分为大，罕见。石黑信彦综合日本84例除类型不明者外，属腔内型78%，腔外型13.2%，壁间型8.8%，其中内脂肪瘤86.9%，外脂肪瘤6%，余不明。肿瘤大小0.2～30cm。肿瘤多呈圆形、卵圆形、环形、分叶状，质软、生长缓慢，切面黄色，镜检示由分化良好的脂肪组织构成，瘤细胞与正常成熟脂肪细胞相似，偶有较幼稚脂肪细胞，体小核大，无间变及分裂像，瘤外有被膜，中间为少量纤维组织所分隔，组织结构多由纯脂肪组织组成，少数夹杂其他组织，Mayo 186个结肠脂肪瘤中属脂肪瘤152个，纤维脂肪瘤10个、脂肪瘤病22个，脂肪肉芽肿2个。据肿瘤数量及分布情况可分为：单发性脂肪瘤、多发性脂肪瘤、弥漫性脂肪瘤、脂肪组织浸润、但不形成瘤结节。肿瘤可发生溃疡（10%）、囊性变、出血、炎症、感染、坏死、套叠、扭转、狭窄、堵塞、穿孔，偶钙化或自行脱落，但不会恶变。本组1例合并结肠套叠，另1伴梗阻。结肠脂肪瘤尚可伴有消化道其他肿瘤，Mayo病例中有29.3%伴癌，本组1例伴直肠癌。

2.诊治：女性多于男性（1.5～2:1）。可发生于10月～87岁，平均55岁，常见于40～70岁。临床表现与肿瘤大小、部位、生长方式、并发症类型等有关。多数无明显症状，仅1/4有症状，肿瘤＜1cm多无症状，＞2cm才可产生症状，3～4cm有1/2有症状，＞4cm 3/4有症状。主要症状为慢性腹痛，粘液血便及排便习惯改变，可有腹痛、腹泻、便血、便秘、腹胀、腹块等，鹰尾博司综合日本97例中腹痛78.4%，大便习惯改变38.4%，便血29.9%，恶心呕吐16.5%，腹胀15.5%，腹块13.4%，合并疾患症状3.1%，无症状5.1%。此症可并发肠梗阻（7%），套叠（19～42.9%），出血（25%），穿孔等，腔外型易发生扭转、坏死、腹膜炎。

钡灌肠或气钡造影可助诊断，可示结肠圆形或卵圆形透亮阴影或充盈缺损，边缘光滑，分叶状，形态及大小各异。纤维结肠内窥镜可于直视下发现肿瘤部位、大小、形态，并可活检，CT或MRI也有助确诊。

对无症状者可不必治疗，但应密切随访，较大、多发、有症状或并发症者则宜手术治疗，位于浆膜下者可摘除，位于粘膜下者若有蒂可经纤维结肠镜烧灼或勒除器切除，应注意避免出血及穿孔，若无蒂或镜下操作困难，多发，有并发症者可经腹局部切除肿瘤或病变肠段，弥漫性者择其体积较大，易产生并发症者予以切除，此外应注意消化道其他部位有无癌瘤存在，以防疏漏。

（收稿：1999-06-01）

* 作者单位：210006　南京医科大学附属南京第一医院