DOI:10.16016/j.1000-5404.1995.01.037

侧跗蹠关节13例，双侧跗蹠关节18例。反复发作累及多个关节，如踝、膝、腕等关节。通常发作部位不对称。疼痛发生在夜间25例。受累关节X线检查骨骼具有穿凿样破坏者12例。合并耳轮痛风石3例，肾结石10例、胆囊结石8例、高血压11例、冠心病8例、高血脂12例、心律失常8例、糖尿病6例，关节腔穿刺液光镜下见尿酸盐结晶3例。

2.3 实验室检查

血尿酸435～1084.3 μmol/L，平均674 μmol/L；尿尿酸5015～25482 μmol/d，平均10131 μmol/d。血沉增快28例，类风湿因子阳性5例。

3 误诊原因

本文51例，其中误诊11例，误诊率21.6%。误诊病种有急性风湿性关节炎2例，类风湿关节炎3例，丹毒4例、慢性肌炎1例、结节性血管炎1例。

4 讨论

原发性痛风病因尚不十分清楚。发生率有增加趋势。我院1990～1991年共收治25例，占所有病例49%，其原因是近年来，随着经济发展，人们的饮食结构有所改变，高蛋白、高脂肪增多，同时医务人员提高了对本病的认识。本文51例中干部38例，无一例农民，说明工作方式与发病有关。原发性痛风多见于男性，本文男性占94.1%，与报道相近[1]。阳性家族史多见于青年人[2]，本组家族史阳性2例年龄分别为19和21岁。

急性痛风性关节炎是本病最主要临床表现，初发时多为单侧或双侧第一蹠趾关节受累，多次发作后可累及多个关节。受累关节表现为不同程度的红、肿、热、痛。疼痛多在饮酒、创伤、受凉和负重后诱发。受累关节X线检查最具特征性改变是穿凿样骨质缺损，但它的出现多预示疾病的晚期。本文12例有骨骼改变者平均病程15.6年。所以，骨、关节X线检查不是早期诊断指标。

本病误诊率较高。本组误诊率21.6%。其原因为本病的临床表现同风湿性关节炎、类风湿关节炎相似，所以，提高对本病的认识至关重要。我们认为对临床表现提示本病者，应多次复查血、尿尿酸。早期诊断和及时治疗是防止晚期并发症的有效措施之一。

本病治疗以药物治疗为主，本文51例经用药后关节疼痛缓解，血、尿尿酸水平下降。我们的经验是：对未明确诊断的急性期患者，给予消炎痛、萘普生等非特异性抗炎药，能有效缓解局部红、肿、痛症状。秋水仙碱仍不失为一种有效的一线抗痛风药，但用药过程中应特别注意药物副作用，剂量掌握尤为重要，我院曾有一例误服超量秋水仙碱致麻痹性肠梗阻和骨髓抑制[3]。改变饮食结构，少食动物内脏等高嘌呤食物，戒烟酒和长期服用加速尿酸排泄的药物对防治复发有重要作用。

关键词 痛风

中图法分类号 R589.7

参考文献

1 刘新民主编.实用内分泌学.北京：人民军医出版社，1986：203

2 Dippe PA. Investigation and management of gout in the young and the early. Ann Rheum Dis，1991，50(4)：263

3 张 平.超量秋水仙碱致麻痹性肠梗阻一例报告.重庆医药，1991，20(3)：189

(收稿：1994-02-10；修回：1994-09-19)

肝动脉药物灌注栓塞治疗肝癌的疗效与护理观察

The efficacy of hepatic artery themoembolization and nursing care in the treatment of hepatocellular carcinoma

黄文秀 游 箭 江正辉** (第三军医大学西南医院康复理疗科) 630038

目前，临床收治的原发性肝癌病人中仍以中、晚期(Ⅰ、Ⅱ期)病人为主，病变能切除者相对较低。加上肝癌合并肝硬化比例很高，因而使癌肿切除率更低。我院介入治疗组自1988年在门诊与病房共诊治110例。其中住院经肝动脉化学药物栓塞治疗(TACE)30例。本文报道30例TACE的结果、重点阐述术前、术后的护理

* 本院放射科 ** 本院消化科

?1994-2016 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved. http://www.cnki.net

体会、心理护理、生活护理及反应与并发症的护理。

1 临床资料及治疗方法

1.1 临床资料

本组病例系根据各种检查作综合诊断，符合1977年全国肝癌防治研究协会制定的肝癌诊断标准。肝动脉造影全部具有原发性肝癌的主要X线征像，AFP阳性率60%。本组的30例病人中，男性28例，女2例，年龄38～66岁，平均51.5岁。有肝炎史或与HBV标志阳性28例，慢性嗜酒者2例。肿瘤分期：根据1977年全国肝癌协作会议肝癌分型分期标准[1]，Ⅰ期1例，Ⅱ期23例，Ⅲ期6例。结节型20例，大块型10例（肿瘤直径≥5.0 cm）。肿瘤大小，5～14 cm（直径），平均9.5 cm，有卫星灶6例。肝脏大小，从未触及～8 cm，平均5.5 cm。脾触及6例，3～7 cm，平均4.5 cm。CT显示腹水1例（Ⅰ）度，轻度黄疸1例，肺转移1例，门静脉癌栓塞5例。TACE次数：1次25例，2次3例，3次2例。间隔时间为1～2月。

1.2 治疗方法

按Seldinger技术经皮股动脉插管成功后，先作数字减影血管造影（DSA）常规诊断造影，分别插入B超定位部位肝动脉，明确诊断及肿瘤部位后，根据需要进一步把导管端置入所选择部位。一次性经肝动脉灌注入丝裂霉素20 mg、表阿霉素20 mg、5-FU 0.25～0.5 g或顺铂20 mg，加40%碘化油10 ml。注射后，再用明胶海绵碎块，1/3～1/2块作选择性肝动脉栓塞。

2 治疗结果

2.1 临床症状

临床症状基本好转，食欲增进，疼痛减轻或消失。

2.2 AFP测定（RIA法）

TACE前AFP的定量高者在栓塞后有明显下降，占66%。

2.3 肿瘤大小（B超检查，EUB～40，3.5 mHz，Hitachi）

栓塞后肿瘤直径一般缩小2 cm以上，1例存活36个月者，肿瘤以10 cm缩小至未能辩认。

2.4 存活期

最长生存期已36个月，平均8个月，一年生存率16.6%，其中10例为近6个月治疗病例，尚在观察中。Ⅱ期患者，有腹水、黄疸及肺转移病例效果均差，肿瘤缩小不明显或无缩小，AFP下降不明显或反而升高。有门静脉栓塞者效果欠佳。其中5例于6个月内死亡。

3 护理要点

3.1 术前护理

3.1.1 心理护理：肝癌被称为“癌中之王”，患者及家属对本病均有沉重心理负担。术前必须向病人讲解手术特点、目的及术中注意事项。消除其恐惧紧张心理。作TACE治疗均为不适合手术切除和不愿手术病人，有的患者不免认为是“没有办法的办法”。对此，须向病人解释此为颇有前途治疗。已有报告甚多存活5年以上和做Ⅰ期手术治愈病例。本组已有存活3年以上病例，仍在存活，说明通过TACE治疗可使肿瘤坏死，缩小。1例已行Ⅰ期手术治疗，已存活2年。故加强病人治疗信心，争取病人及家属良好配合为重要环节。术前一日晚上应保证病人良好的睡眠，减少思想不安。可根据医嘱给予镇静药。

3.1.2 术前准备：为预防导管插入区的血管局部组织，发生感染和水肿，血肿，术前3天即开始应用抗生素，常用的有青霉素、先锋霉素等。术前应做好实验室的各项检查，如胸片、EKG三大常规、肝、肾功能检查。有心脏病及严重肝、肾功能损害者，禁止做此项治疗。

术前1 d备外阴皮肤及腹股沟区皮肤准备。做好碘剂、奴夫卡因、青霉素过敏试验，避免引起过敏反应。

备好急救器材及药物，加氧气、开口器、鼻导管、气管切开包及肝素等。

手术当日晨禁食、禁水，加以避免在造影过程中发生呕吐。

TACE一般安全，但也有有引起严重并发症的报道[2～4]。故在治疗过程中严密观察病情，细致护理尤为重要。

3.2 术后护理

3.2.1 术后护理：术后严密观察生命体征，每30 min观察一次脉搏、呼吸、血压的变化，如24 h内无异常，改为每日1次或每日2次。术后嘱病人半卧休息，在24 h内不要屈腿坐、起床下地，以防止穿刺部出血。穿刺部宜置小沙袋轻压，以防出血。做好穿刺侧远端肢体皮肤颜色、温度、感觉、运动功能、足背动脉搏动情况的观察。

在TACE过程中，栓子有时会引起反流到外周动脉，故要观察手术部位皮肤的颜色变化及有无炎症、坏死。以便及时处理，本组未发生。

术后一周内观察尿量，尿大体检查，以观察有无肾功能损害。因碘油可加重肾脏损害。

3.2.2 生活护理：要重视患者对饮食生活的需求，饮食习惯以增加患者食欲。经TACE病人有食欲减退，要搞好饮食安排，管理。要在食物的质、色、量上下功夫，竭尽一切办法，增进患者食欲，少吃多餐，保证病人足够的营养，配合治疗，仍为不可忽视的环节。注意体重变化，每日测量一次，并做好记录。

3.2.3 反应与并发症的护理：术后因化学药物引起的全身及胃肠道反应较重，如发烧、嗳心、呕吐、肝区疼痛

?1994-2016 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved. http://www.cnki.net

等。本组均有轻重不等程度发生，对预防恶心、呕吐发生，术前可口服胃复安一次。术后再酌情服。本组采用冬眠灵25 mg(1 ml)加1%奴弗卡因1 ml，作双手内关穴位注射，起到良好止吐作用。近年报道有用抠复灵的，疗效较好。发热一般在38℃左右，多为肿瘤坏死及化学药物反应引起，一般不予特殊处理，发热多在1～3 d内恢复正常。术后病人多有肝区疼痛或一过性ALT升高，多为肿瘤坏死及肝包膜膨胀压力所致。根据疼痛进行正确的分析和判断，配合医生采取不同的治疗，并详细记录，记载疼痛的部位及可能机理。可用适当的镇静剂，少数用可待因。少用易成瘾的麻醉止痛药与剧毒药如杜冷丁、吗啡类药。本组未见发生心、脑、肾并发症。1例发生坏死性胆囊炎，乃胆囊动脉分支被栓塞所致，经手术切除治疗治愈。

关键词 肝肿瘤；栓塞，治疗性

中图法分类号 R459.9

参考文献

1 曹韵贞，汤剑猷. 肝癌的诊断、鉴别诊断和临床分型分期. 引自汤剑猷. 原发性肝癌. 上海：上海科学技术出版社，1981：226

2 Yamada R, Morio S, Kawabata M, et al. Hepatic artery embolization in 120 patients with unresectable hepatoma. Radiollogy, 1983, 148(2): 397～401

3 高炎明，夏穗生，丁志强，等. 肝动脉栓塞术治疗肝癌50例. 中华医学杂志，1987，67(3)：127～129

4 贾雨辰，王震堂，张维娥，等. 肝动脉药物灌注与栓塞治疗肝癌. 中华放射学杂志，1990，24(增刊)：35～38

(收稿：1994-03-24；修回：1994-11-22)

鱼胆中毒30例临床分析

Clinical analysis of 30 cases of fish bile posioning

程相崙 江正辉* (第三军医大学卫生处) 630038

鱼胆中毒，是我国特有的疾病、病死率较高，文献报道不全。现将我校附一院16年来消化科收治的30例，就其所致肝、肾、心等脏器严重损害作一分析。

1 一般资料及临床分型

30例中男14例，女16例，年龄10～60岁，平均32岁。早期中毒症状为恶心、呕吐、腹痛、腹泻。服后15 min～1 h，出现中毒症状8例，2～5 h为15例，6～14 h为7例。入院时间：6 h～12 d。初发症状腹痛29例，头昏痛24例，心悸20例，乏力19例，多汗12例，发热畏寒11例。生服草鱼重1.5～7.5 kg鱼胆20例；除1例一次服4 kg重两条鱼胆2枚外，余皆为1枚。服0.25～6.5 kg白鲢鱼4例：1例服3 kg重三条鱼胆3枚和服0.25～0.3 kg 20条鱼胆20枚鱼一次服，余皆为1枚。服5.5～7.5 kg鲤鱼胆3例：其中1例服1.0 kg 6条鱼胆6枚。服1.5 kg重青鱼胆2例。还有1例每年服一次3～4 kg重鲢或鲤鱼鱼胆，前4次无中毒，第5次服猪胆1枚，3天后，又服5.5 kg重草鱼胆1枚发生中毒。30例中有2例蒸熟，3例煮熟，1例泡酒食入，其余皆为生吞。

根据临床表现大致可分三型：

(1)轻度中毒：以消化道症状为主，体征不明显或轻微，肝肾功能无明显或轻度改变，本组有5例。

(2)中度中毒：除消化道症状外，合并有肝肾功能损害及实验室有关项目异常，本组有8例。

(3)重度中毒：消化道症状及肝肾功能严重损害，并有严重急性肾功能衰竭或循环，神经系统等严重损害，死亡率较高。本组有17例。

2 脏器受损害表现及治疗

2.1 肝脏损害表现

肝区胀痛29例，纳差、乏力30例，厌油20例，巩膜及皮肤黄染16例，肝大1.5～3.5 cm 21例，ALT升高28例，50～100 IU/L 3例，102～192 IU/L 10例，200～400 IU/L 10例，410～570 IU/L 3例，1070～1650 IU/L 2例。总胆红素30.7～64.9 μmol/L 10例，68.4～100.8 μmol/L 5例。直应胆红素20.52～64.98 μmol/L 10例。ALP 106.5～142.0u/L 7例，177.5～213.0 u/L 3例。LDH<525 u 3例，530～568 u 2例，600～628 u 3例，1300～1388 u 3例。G－GT 22～74 u 10例，424～465 u 2例。A/G查28例皆正常范围。蛋白电泳查9例均正常。ALT升高持续12～45 d，平均20 d。G－GT：升高持续15～50 d，平均26 d。随着病情好转ALT、G－GT最迟于50 d可恢复正常。详见表1。

* 西南医院消化内科

?1994-2016 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved. http://www.cnki.net