

呈轻度强化,瘤周无水肿与文献报导相同。本组 4 例除例 1 误诊外,其余 3 例术前诊断正确。其原因是吸取了教训和复习文献有关。MRI 表现:本组 2 例作了 MRI 平扫和增强扫描,其钙化部分 T₁WI 及 T₂WI 多呈低信号,囊变部分 T₁WI 及 T₂WI 呈液体信号,实质部分 T₁WI 呈低或等信号,T₂WI 呈不均匀高信号,增强扫描早期未见强化,延迟期呈轻度强化,局部组织结构受压移位,瘤周无水肿,未见软骨帽。作者认为颅内软骨瘤 CT 扫描为首选检查方法,MRI 检查在与软骨肉瘤及其它恶性肿瘤鉴别诊断是必要的。

4 鉴别诊断

4.1 颅内软骨肉瘤 颅内软骨肉瘤虽是恶性度较低,但肿瘤范围较大,临床症状较重,较大的肿块常伴有出血,坏死、囊变、钙化以及破坏,瘤周水肿较软骨瘤多见。CT 和 MRI 增强扫描早期呈不均匀强化,瘤周水肿等,颅骨常侵蚀。免疫组化染色角蛋白和上皮膜抗原阴性,结缔组织和间质标志反应阳性^[4]。

4.2 脑膜瘤 脑膜瘤绝大多数在 CT 和 MRI 增强时有较明显强化及瘤周水肿,常见“脑膜尾征”,脑血管造影时可见血管网,钙化率较软骨瘤低。

4.3 脊索瘤 颅底脊索瘤主要是溶骨性骨质破坏,如斜坡、蝶鞍附近的蝶骨蝶体和大翼,并可侵犯筛窦、蝶窦、枕大孔和枕骨等,附近见软组织肿块,肿块内出现钙化。CT 和 MRI 增强扫描见明显强化。免疫组化上皮细胞标志是脊索的特点^[4-5]。

另外尚需与软骨母细胞瘤、软骨粘液纤维瘤、神经鞘瘤等鉴别。

5 参考文献

- 1 孙异临,张辉,曲宝清,等. 颅内软骨瘤的临床表现、超微病理学特点及其组织发生[J].首都医科大学学报,2007,28(1):124-127
- 2 刘学军,隋庆,等. 颅内软骨瘤的 CT、MRI 诊断[J].中华放射学杂志,2006,40(1):51-54
- 3 Nakayama M, Nagayama T, Hirano H, et al. Giant chondroma arising from the dura of the convexity. J Neurosurg 2001;94(2):311
- 4 解中福,杜金梁,秦进喜,等. 颅内软骨肉瘤的 CT 及 MRI 表现. 实用放射学杂志[J]. 2004,20(2):112-114
- 5 何明基,钱瑞菱,等. 颅内骨软骨瘤 1 例报告[J].实用放射学杂志,1997,13(8):500

原发性肝癌破裂出血并发失血性休克的护理对策和体会

张萍(鞍山市双山医院,辽宁省鞍山市 114032)

关键词:原发性肝癌破裂;护理;体会

原发性肝癌破裂出血是肝癌患者严重而致命的并发症,临床表现以失血性休克为主要表现,该症无论治疗或护理均难度大,愈后差,作者将双山医院 2001-01/2010-12 收治的 16 例进行回顾性总结,结合文献学习将护理对策和体会进行报告。

1 对象和方法

1.1 对象 本组男 10 例,女 6 例,年龄 45~75 岁不等,均经病理证实为原发性肝癌(肝细胞癌 6 例,胆管细胞癌 10 例)。

1.2 病因与部位 自发性破裂 12 例,腹外伤破裂 4 例。其中肝左叶破裂 5 例,肝右叶破裂 11 例。裂口长 2.5~6 cm 不等,个别还呈菜花状,深达肝实质,腹腔内积血 1 500~2 000 mL。

1.3 方法 16 例均经抗休克和急诊手术抢救。手术方式包括缝合修补和肝段切除术,术后辅以抗炎,止血和营养支持,个别病例还进行介入性化疗,全程治疗中均加强围手术期护理干预。

2 结果

本组有 1 例因术后并发出血而行 2 次手术,结果有 2 例死于多脏器功能衰竭,14 例虽被治愈出院,经随访也分别在 2~3 个月内相继死亡。

3 讨论

3.1 临床护理

3.1.1 急救护理措施 立即将患者安置在病房抢救室内,去枕平卧位,双下肢抬高 20°~30°。利于脑部供血,面罩加大吸氧。肝癌破裂由于大出血患者有效循环血

量锐减,全身组织器官灌注量不足易造成心肺肾等脏器缺血缺氧,补充血容量是抢救首要问题故迅速建立 2 条以上静脉通路,其中一条静脉通路,用输血器为输血做准备,在血源未达情况下先给大分子右旋糖苷,冷沉淀液,葡萄糖和生理盐水补充血容量,维持血压在 100/70 mm Hg (1 mm Hg=0.133 kPa)左右,同时尽快配血,为能迅速止血,遵照医嘱静脉首次注射生长抑素 250 μg,另将垂体后叶素以 0.2~0.4 u/min 持续滴入,同时做好配血,留置导尿管和心电血氧监测,严密观察患者的呼吸,防止肺水肿和心衰发生。

3.1.2 手术前后的护理 患者失血过多,术前必备好大量血源,按照腹部外科手术范围常规备皮,行胃肠减压和麻醉前给药。术后仍需去枕平卧位,当患者完全清醒后再适当改成平卧位,这样可利于患者呼吸和腹腔负压引流。每间隔 4~6 h 将肩胛部,骶尾部按摩 1 次,双下肢伸屈活动一次,预防压迫性溃疡和下肢深静脉血栓发生。做好心电和血氧监测,记录 24 h 出入量,妥善固定好腹腔引流管,外接负压吸引器。肝癌破裂术后仍有再出血情况发生,要严密观察引流液的颜色,性质和数量,一经发现引流新鲜血液较多(100 mL/h),要立即向医生报告,以便采取积极治疗措施。本组有 1 例因术后并发在出血经即使发现又进行二次手术止血获得成功,为预防切口裂开,手术后常用腹带包扎。腹带包扎过紧会影响患者呼吸,过松还会发生切口渗血,因此包扎腹带要松紧度适宜,要根据病情随时进行

调节松紧度。当医生允许患者离床活动和进食时,护理人员应尽量提供生活上的帮助和心理上的支持,鼓励患者多在病室内外散步,促进肠蠕动,呼吸新鲜空气,改善肺换气功能,当肠功能恢复后再给食用营养均衡易于消化的饭菜和水果,保持排便通畅。促进刀口愈合机体康复。

3.2 心理护理 心理护理在患者治疗全过程中始终占有极其重要的作用。尤其是肝癌破裂出血具有发病突然急剧,出血量大而至休克的特点,其死亡率较高,患者常常产生紧张、恐惧和绝望的负性心理。

护理人员采取的主要方法是对患者进行精神上的安慰,理解和疏导^[1-2],主动接近患者进行心理交流,针对不同年龄,职业和在不同时期所产生的心理障碍进行护理干预^[3-4]。当患者并发时要争分夺秒积极抢救,一旦病情稳定后再以微笑,饱满的热情和耐心细微的服务让患者从心理上消除不良情绪,正确对待人生观,主动接受治疗和护理,这样才能有效地防止威胁生命的各种并发症发生,尽快康复。

作者体会:通过分析本组病例的临床资料,探讨共同的特点,制定相应的护理对策,进行规范化的护理是提高肝癌破裂出血及其它内脏损伤抢救成功的保证,护理人员的行为应以人为本,针对病情科学准确地判断和医生协调配合快速敏捷的采取有效抢救措施是抢救患者生命,减轻患者痛苦,提高治愈率的关键。

4 参考文献

- 1 赵捷,闫秀琴,汪恩焕,等. 癫痫灶位于功能区手术前后特殊情况的护理[J].实用全科医学杂志,2007,5(7):652
- 2 秦欢. 52 例创伤失血性休克的急救与护理[J].局解手术学杂志,2009,18(6):429-430
- 3 孙乐,黄弘,时明霞,等. 护理干预对肝癌破裂大出血患者的影响.第十二届全国肝癌学术会议论文汇编,2009 年 9 月(沈阳):175
- 4 王照云,张萍. 外伤性脾破裂合并失血性休克的急救护理[J].局解手术学杂志,2009,18(6):433