泌异常增多,使肾远曲小管及集合管抑制钠再吸收,促使水再吸收,使尿渗透压、血容量及尿浓缩功能改变。有研究表明皮肤及运动系统副癌综合征与体液抗原及异位内分泌物质都相关[5]。

神经副癌综合征则与自身免疫有关,在副肿瘤性周围神经病患者的血清、脑脊液和尿液中可发现有自身抗体,如抗 Hu 抗体、抗神经细胞核抗体[6]。在小细胞肺癌患者血清及脑脊液中可发现抗 - CV2 抗体。在 95 %类重症肌无力综合征患者中可检出 VGCC 抗体即电位门钙通道抗体,此抗体主要作用于运动终板突触前膜上的 VGCC,而阻碍突破前膜上乙酰胆碱囊泡释放[7],这些肿瘤作为始动抗原诱发机体产生的高度特殊性抗体在补体参与下不仅抑制肿瘤细胞生长,同时也导致宿主中枢神经系统的损害,宿主中枢神经系统神经元被破坏时释放的抗原进一步刺激中枢神经系统中 B 细胞,而导致鞘内抗体的合成,引起强烈而广泛的免疫应答反应,从而使神经系统副肿瘤综合征临床表现复杂多样[8]。

副癌综合征常为肺癌的早期表现,由于缺乏呼吸道症状和体征,容易误诊或漏诊,本组病例首诊误诊率高达 47.7 %。胸部 CT 及 X 线检查仍是常用、方便且有价值的辅助检查手段,及时作胸部 X 线片或 CT 检查,并进行随访观察,可提高早期诊断率。肺癌患者副癌综合征的发展往往与肺癌的进程平行,大部分副癌综合征可随肿瘤治疗好转而好转或消失,并在肿瘤复发、转移时再出现。因此提高对肺癌副癌综合征的认识,对于肺癌早期诊断、观察疗效和估计病情发展有着重要意义。

参考文献

[1] 彭维,主编. 临床综合征学[M]. 第 1 版. 北京:人民卫生出版社,1994:520～522

[2] 汤钊猷. 现代肿瘤学[M]. 第 2 版. 上海:上海医科大学出版社,2000:593～595

[3] 黄友歧,主编. 神经病学[M]. 第 2 版. 北京:人民卫生出版社,1989:251～253

[4] 张卓白. 临床肺癌误诊漏诊分析[J]. 实用心脑肺血管病杂志,1999;7(4):229～239

[5] 李龙芸,高 延,崔朝勃,等. 肺癌副癌综合征 104 例[J]. 中华内科杂志,2000;39(7):449～453

[6] Lucchinettui CF, Kimmel DW, Lemmon VA. Paraneoplastic and oncologic profiles of patients seropositive for type 1 antineuronal nuclear autoantibodies[J]. Neurology, 1998;50(3):652～654

[7] D'Duilleabhain P, Low PA, Lenson VA. Autonomic dysfunction is the Lambert - Eaton myasthemic syndrome: Serologic and clinical correlates[J]. Neurology, 1998;50(1):91～92

[8] 路 屹,陈齐鸣. 神经元抗体与神经系统副肿瘤综合征研究进展[J]. 蚌埠医学院学报,1999;24(4):296～297

(收稿日期:2004-09-18)

·全科临床护理·

中心静脉导管用于胸腔闭式引流的护理

严 莉

临床上胸腔积液的治疗,多采用反复胸腔抽液,病人痛苦,治疗费用高,易感染,医护工作量大。1998 年 11 月～2003 年 11 月,我科利用中心静脉导管对 16 例中等量以上的胸腔积液病人行胸腔闭式引流,取得了满意效果。现将护理体会报道如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料 16 例中等量以上的胸腔积液患者,男 9 例,女 7 例,年龄 38～65 岁。其中癌性胸水 12 例,肝癌腹水并胸水 4 例,置管时间最长 12d,最短 3d。

1.2 治疗方法 经 X 线摄片或 B 超确定穿刺点(一般肩胛下角线第 7～8 肋间或腋中线第 5～6 肋间)。根据病人病情取坐位,半卧或平卧位。常规消毒皮肤,术者戴无菌手套,铺洞巾,局麻后左手固定穿刺点皮肤,右手持特制的 5ml 注射器与胸壁垂直沿肋骨上沿缓慢进针,有落空感后,胸腔积液有液体进入注射器后,左手固定穿刺针,右手将导引钢丝从注射器内腔送入至胸腔,固定钢丝,退出穿刺针,再用扩张管扩张皮层及皮下组织,然后拔出扩张管,送入中心静脉管达胸腔内约 10cm 固定导管退出钢丝,将输血器分别与中心静脉管和引流袋相连,观察有液体流出,最后用创可贴固定导管[1,2]。

2 临床护理

2.1 穿刺前的心理护理 向病人介绍该引流方法的优点:①中心静脉管引流只行一次穿刺即可,且导管头部柔软光滑,组织相容性好,对局部刺激小,引流形成密闭系统,可长期引流不引起感染。②中心静脉导管留置引流便于控制引流速度,动态观察胸腔积液情况,随时留取标本送检,利用调整治疗用药,并且可连续注入抗生素,激素及化疗等药物,增强治疗效果。③中心静脉管柔软有弹性,用创可贴或敷料固定,不易脱落,病人改变体位或离床活动时不引起疼痛,引流管无侧孔不易引起皮下气肿。④中心静脉管质软,组织相容性好,肺复张后不引起疼痛。

2.2 引流期间的护理 加强巡视病房,保持导管流畅,防止滑脱,扭曲,每天更换引流袋 1 次,倾倒引流时特别注意关闭管道,防止空气逸入胸腔。

加强局部皮肤护理,引流期间禁洗淋浴,擦身时保持导管周围皮肤清洁干燥,引流期间患者每周更换创可贴或敷料 2～3 次。

指导病人经常更换体位,协助离床活动,以利充分引流,促使肺部早日复张,注意引流袋不可高于引流口,防止逆行感染。

注意观察引流液的色、量并记录,积液量一次缓慢排除,一般速度不超过 50ml/ min[3]。

由于引流管腔及开口端孔径较小,容易堵塞可予生理盐水冲洗,无效果时可用 a - 糜蛋白酶 8000U 溶于生理盐水后注入导管内,30min 后导管内引流物溶解后抽出,冲洗时压力不宜过大,并注意观察和询问病人反应,发现异常应立即停止操作,及时处理。

胸腔积液患者引流管无液体流出,B 超证实无胸水后拔管。

参考文献

[1] 亓红梅,李正君. 肺部一侧全肺切除的护理体会[J]. 实用全科医学,2004;2(1):88～88

[2] 马爱萍. 胸腔闭式引流管的护理[J]. 实用全科医学,2004;2(2):158～158

[3] 魏长春,刘彦秀,董秋兰,等. 大量胸水不同排液方法的临床分析[J]. 中国防痨杂志,2002;24(2):24～26

(收稿日期:2004-04-12)

作者单位:210003 江苏省南京市第二医院

© 1994-2006 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved. http://www.cnki.net