

应用术前化疗在消灭潜在的转移灶的同时,亦能有效地控制原发灶并使之缩小。本组所采用的联合化疗方案证明原发肿瘤有不同程度的缩小,有人认为这也是一种“减瘤治疗”。因瘤体缩小从而能够手术或能缩小手术范围和(或)放射野,对局限性晚期乳腺癌患者可使原发灶缩小,期别降低,使之能够手术或采用放射治疗,有利于延长生存期。

本组采用术前化疗治疗乳腺癌 60 例,术后病理证实术前化疗确实使肿瘤组织有较明显的改变,表现为:(1)绝大部分癌组织坏死,癌巢几乎全部崩解消失或呈泡沫样,坏死的肿瘤组织周围常有炎细胞浸润;(2)在肿瘤区域内有不同程度的血管内皮增生,管壁增厚及透明变性的管腔闭塞;(3)癌巢间胶原纤维组织增生,并常聚结在一起或成纤维化改变,将癌细胞分隔或包绕起来;(4)部分肿瘤区域可见不同程度的钙化。

通过术前化疗可以使临床医师了解肿瘤对化疗药物的敏感性。尽管目前在临床上已开展了抗癌药物的药敏试验,但因为它是在手术切除后癌细胞离体培养后进行的检测,是否能全面、真实地反映出肿瘤对药物的敏感程度尚难以确定,而术前化疗却给我们提供了 1 次临床检测药物敏感度的极好机会,而且还可以从用药后手术切除的标本了解,从病理角度进一步论证药物的有效性,为选择术后化疗方案提供科学依据。

乳腺癌是一种全身性疾病,早期即可发生血行转移,需

要合理的综合治疗才能提高疗效,术前化疗的益处已得到肯定^[7]。在本组实验中,术后随访结果表明,采用术前化疗乳腺癌患者术后的远处转移率明显低于未术前化疗组。因此对于中晚期乳腺癌患者采用术前联合化疗配合手术,放疗及术后化疗的综合治疗方法,可以改善中晚期乳腺癌患者的预后。

参考文献

[1]Henderson IC,Shick P,Goodstein J,et al.Cancer of the breast:The past decade [J].New Eng J Med,1980,302: 17~19
[2] Fracehia AA,Ames FC,Buzzdar AU,et al.Primary carcinoma of the breast without ancillary lymph node metastase [J].Surg Gynec Obst, 1980,151: 375~378
[3]Swain SA,Sorace RA,Bagley CS,et al.Neoadjuvant chemotherapy in the combined modality approach of locally advanced non - metastatic breast cancer[J].Cancer Ras,1987,47: 3 889~3 892
[4] Schwarta GF,Saffer EA,Rudock C, et al.Neoadjuvant chemotherapy before definitane treatment for stage III carcinoma of the breat [J]. Arch Surg,1998,122: 1 430~1 434
[5]Papaioanou AV.Systemic therapy is the initial step in the management of operable breast cancer [J].Surg Clin North Am, 1984,64: 1 181~1 183
[6] Hortobafri GN,Schwart GF,Dunger DB,et al.Menagement of stage III primary breast cancer with primary chemotherapy,surgery,and radiation therapy[J]. Cancer, 1988,62: 2 507~2 511
[7] Smith IC,Hutcheon AW,Heys SP. Current and potential chemotherapyeuc agents used for induction chemotherapy in the treatment of breast cancer[J]. Curr Pharm Des, 2000,63(3): 327~343

(收稿日期: 2005-05-25)

重型颅脑损伤手术后护理体会

李燕芬

(浙江省宁波市第一医院 宁海 315600)

关键词: 颅脑损伤; 术后护理

中图分类号: R 473.6

文献标识码: B

文献编号: 1671-4040(2006)01-0048-02

我科自 2003 年 1 月~12 月,对重型颅脑损伤 GCS≤8 分的手术治疗 36 例。现将术后护理体会报告如下:

1 临床资料

本组 36 例中男 28 例,女 8 例;年龄最大的 71 岁,最小的 7 岁,平均年龄 32 岁;昏迷时间<10d 的 24 例;行气管切开 10 例,合并肺挫伤 6 例,多处复合伤 8 例。

2 术后护理

2.1 体位 仰卧位血压稳定后,头部抬高 15~30°,有利于颅内静脉回流,改善脑供血,缓解脑水肿和缺氧,从而降低颅内压。

2.2 病情观察 密切观察神志、瞳孔、生命体征及头部切口有无渗血,肢体活动情况,每 1/2~1 小时记录 1 次。

2.3 颅内引流管护理 保持引流管通畅,妥善固定引流管,避免扭曲滑出,定时挤压引流管,防止管腔阻塞,每日更换引流袋,观察引流液颜色、性质、量并记录。引流口敷料保持干燥,换引流袋时严格无菌操作并防止逆流。

2.4 呼吸道护理 肺部感染的发生率与昏迷程度、昏迷时间成正比^[1],雾化吸入 2 次/d,气管切开后,气道湿化 NS 50mL+糜蛋白酶 5mg+氟美松 5mg+庆大 8 万 U,2.5mL/h

微泵维持。每 2 小时翻身拍背,必要时吸痰。

2.5 营养支持 是重型颅脑损伤手术后重要的支持治疗,大手术后病人处于创伤应激状态,消耗能量、分解代谢增加,合成代谢下降,糖代谢紊乱。深静脉滴注 TPN,并按医嘱鼻饲能全力 1000mL,24h 均衡滴入,以增加营养,提高机体抵抗力。

2.6 做好口腔护理、皮肤护理,建立翻身卡,q2h 翻身,温水擦背,更换背部、臀部水袋,并及时记录。

2.7 留置导尿管的护理 选用与尿道口径相适应的最小号导尿管,每日作膀胱冲洗,更换引流袋,尿道口护理每日 1 次。

2.8 安全护理 昏迷躁动病人,应床栏保护,防止坠床,用闹绑带约束,防止颅内引流管、导尿管拔出。

2.9 病室的管理 病室每日定时开窗换气、施康消毒液拖地,每日 2 次。并对空气进行细菌学监测,每日更换内衣内裤,勤换被套床单,严格限制陪人,并耐心向家属解释。

2.10 康复护理 恢复期应鼓励病人进食,并指导患者大关节及肢体功能锻炼。

3 转归

本组 36 例中,昏迷<3d 的 8 例,痊愈出院;昏迷≥3d 的 10 例,其中治愈无明显神经后遗症 6 例占 60%,有神经后遗