

晚期疼痛往往难以忍受。疼痛使患者情绪低落、悲观致夜不能寐、食欲下降、形体消瘦、免疫功能降低,甚至会削弱人的求生欲望,驱使人自杀。王丽^[7]在文章中指出“希望治疗重点放在镇痛上”达 79.5%,而“即使忍受痛苦,多活一天也好”的希望延长寿命的治疗仅占 5.2%。1986 年出版的世界卫生组织关于控制癌症疼痛的指导方针被认为是控制晚期癌症疼痛的金标准^[8]。

2.4.1 评估疼痛的程度。正确的评估疼痛是有效治疗疼痛的第一步,可以根据疼痛估价表进行判断。该表的主要内容包 括:疼痛的性质,部位,程度,发作情况和伴发症状等。这些估价是通过问答形式由患者作出具体的描述。虽然疼痛估价表是评估疼痛的重要手段之一,但是细致的体检及其他诊断资料也是不可缺少的。

2.4.2 药物止痛。作者根据世界卫生组织提出的三阶梯止痛法对患者进行合理的止痛,根据患者的病情,认真做到“按需给药”“按时给药”和“四个正确”(即正确的药物,正确的剂量,正确的时间,正确的途径),并给予止痛效果评价^[5]。何树珍^[9]指出晚期癌症患者的疼痛,应适时、合理地使用镇痛剂,一般分为三个阶段给药:早期轻痛,口服阿司匹林去痛片;中度疼痛,肌注安痛定、颅痛定、维生素 K₃,曲马多;重度疼痛,可使用可待因、杜冷丁、吗啡等。但必须让患者知道药物不是唯一控制疼痛的方法,鼓励患者自我控制。有文献指出在能走动的癌症患者间进行由护士引导的、为战胜癌症疼痛所带来的态度或者行为障碍而进行的个体化教育干涉,从而提高他们对疼痛的认识,减轻他们对药物不良反应和药物成瘾的忧虑,提高他们对疼痛的耐受,从而达到撤离药物而使疼痛得以控制的目的^[10]。当疼痛剧烈时,应适当放宽镇痛剂的使用,必要时给麻醉剂以解除痛苦。

2.4.3 缓解疼痛。了解疼痛部位、时间及规律性,给患者以舒适的体位,护理操作时要采取局部按摩、热敷或者轻轻按揉疼痛部位来缓解疼痛。治疗护理上除采用有效的药物外,还要采用转移注意力、情绪稳定、意志控制、心理暗示等心理护理,并给予适当的劝导和安抚,并动员其亲人多探望,交流信息,尽量满足其要求,给予最大的精神安慰^[11]。同时,对患者及其家属进行有关疼痛缓解的教育。

2.5 血管的护理 因为患者长期需血管给药,所以,血管护理也很重要。医护人员要有熟练的操作技巧,严格执行无菌操作,从远端计划选用血管,尽量保持血管的连续使用;使用化学药物时,观察有无外渗确保在血管中后方可进药,药物一旦外漏立即停药,用激素、普鲁卡因加生理盐水封闭,封闭后用 50%硫酸镁冷敷;使用药物后要用生理盐水冲洗,输入药物的

浓度不要过浓,不要用小血管输入强烈刺激性药物,输完液后热敷血管,以备下次继续输液。

2.6 临终关怀 提高患者生活质量,协助家庭和社会满足他们的需要。改善环境,家属陪伴,亲人及单位领导多探视,以便患者对一些未做完的事做些交代,不让他们感到孤独无助。护士应学习与患者家属建立相互依靠、相互合作的关系。告诉家属患者的病情,让家属参与治疗决策。总之,尽最大努力为患者安详地走过人生最后旅程提供良好条件。

由于癌症威胁着人们的健康甚至生命,因此对于晚期癌症患者来说,护士的主要目的不是治疗,而在于加强各项护理工作,并结合运用临终人文关怀来为患者服务,使患者建立正确的生死观,让他们勇敢地接受死亡。所以,护士的最终目的是让他们在痛苦最小的情况下,有尊严地、安详地离开人世。

参考文献

- [1] 王晓云. 晚期癌症患者的护理[J]. 世界今日医学杂志, 2003,4(4):315-316.
- [2] 许玉子,许京子. 晚期癌症患者的护理[J]. 吉林医学信息,2002,19(9-10):34-35.
- [3] 马花德,张萍. 中晚期癌症患者的心理护理[J]. 实用医技杂志,2004,10(6):946.
- [4] 马现美,董相玲,徐厚兰. 癌症患者的心理护理[J]. 中华腹部疾病杂志,2003,3(7):541.
- [5] 何满红,王素蓉. 52 例家庭病床晚期癌症患者的护理[J]. 护理研究,2002,16(7):402-403.
- [6] 冯雪萍,齐凤琴. 癌症患者的护理[J]. 黑龙江医学,2005,29(4):302.
- [7] 王丽. 癌症患者的护理体会[J]. 河北职工医学院学报, 2002,19(12):29-30.
- [8] Hall EJ,Sykes NP. Analgesia for patients with advanced disease:1[J]. Postgrad Med J,2004,80(941):148-154.
- [9] 何树珍. 晚期癌症患者的护理[J]. 中华今日医学杂志, 2003,3(23):80-81.
- [10] Yates P,Edwards H,Nash R, et al. A randomized controlled trial of a nurse-administered educational intervention for improving cancer pain management in ambulatory settings[J]. Patient Educ Couns,2004,53(2):227-237.
- [11] 孙闯,孙天竹. 癌症患者的心理护理[J]. 伤残医学杂志, 2005,13(2):441-443.

(收稿日期:2011-07-14)

“遗传性” α_2 球蛋白增高者 1 例

刘润鑫(四川省邛崃市疾病预防控制中心 611530)

【关键词】 醋酸纤维素薄膜电泳; α_2 球蛋白; 清蛋白

DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2012.02.078 文章标志码:B 文章编号:1672-9455(2012)02-0254-02

血清蛋白质经纸上电泳后可分为清蛋白、 α_1 、 α_2 、 β 及 γ 球蛋白 5 条区带^[1]。在正常情况下,各种蛋白质均占有一定百分比,在许多疾病中可出现异常变化,表现为原有蛋白成分的升高或降低。 α 球蛋白为肝脏所合成,肝癌及其他各种恶性肿瘤时,血清 α_1 及 α_2 球蛋白升高。因此,血清 α_1 和 α_2 球蛋白升

高,在临床上提示有患肝癌及其他恶性肿瘤的可能^[2]。作者 1981 年 12 月采用醋酸纤维素薄膜电泳法检出 1 例血清 α_2 球蛋白明显升高的患者,特作报道。

1 临床资料

患者,刘 XX,男,1921 年生,农民,就诊时呈慢性贫血病

容。主诉：反酸、呃气、“胸口痛”近 30 年。血常规检查：白细胞计数 $8.6 \times 10^9/L$ ；白细胞分类计数：嗜中性粒细胞 84%、淋巴细胞 16%；血红蛋白 90%；吞钡造影试验检查：十二指肠球部溃疡合并胃炎。电泳法检出其 α_2 球蛋白为 13.1%，甲胎蛋白（琼脂扩散法）阴性，其他检查未见异常。该患者经门诊观察治疗后于 1982 年 6 月痊愈。其子刘 X 于 1985 年 3 月也曾因病就诊，作者也对其作了血清蛋白电泳检测，发现其血清 α_2 球蛋白也略为偏高，甲胎蛋白（琼脂扩散法）阴性。于是，怀疑此父子二人为家族性 α_2 球蛋白增高。现将此 2 例患者当年的血清蛋白电泳检测结果见表 1。

表 1 球蛋白检验结果 (%)

项目	清蛋白	α_1	α_2	β	γ
刘 XX	50.80	4.58	13.10	8.52	23.00
刘 X	67.00	2.47	7.28	6.64	16.61
平均正常值	64.59	3.12	6.16	9.09	17.41
正常范围	57.45~71.73	1.76~4.48	4.04~8.28	6.79~11.39	11.85~22.97

2 讨论

薄膜的质量对电泳结果有很大影响，但本实验室系采用上海某厂生产的优质产品，质量可靠。作者曾用此薄膜检测 100 余例受检者，从未发现有此球蛋白明显增高者。溶血标本可致 β 球蛋白增高，但作者采用的是空腹无溶血标本，且检测结果 β 球蛋白并不高，重复操作 2 次，结果相似。故作者认为，本实验室结果可靠。但该患者血清 α_2 球蛋白偏高的原因是什么？一直未解。随访 20 多年，患者刘 XX 于 2006 年 1 月因解柏油样黑大便未及入院医治去世；其子刘 X 2011 年已 56 岁，健在。

参考文献

- [1] 张桂生. 临床生物化学检验[M]. 成都: 四川人民出版社, 1979.
- [2] 叶应妩, 王毓三, 申子瑜. 全国临床检验操作规程[M]. 3 版. 南京: 东南大学出版社, 2006.

(收稿日期: 2011-07-11)

基层医院急性阑尾炎误诊分析

刘 勇(重庆合川区人民医院普通外科 401520)

【关键词】 阑尾炎； 基层医院； 误诊

DOI: 10.3969/j.issn.1672-9455.2012.02.079 文献标志码: B 文章编号: 1672-9455(2012)02-0255-02

急性阑尾炎是外科常见多发病，居各种急腹症的首位。基层医院临床上往往根据病史中有转移性右下腹疼痛，查体右下腹固定压痛，辅助检查血常规白细胞升高（大多数患者外周白细胞大于 $13.0 \times 10^9/L$ ），以中性粒细胞升高为主，高于正常 70% 来作为诊断急性阑尾炎的重要依据。但是除了阑尾炎可以引起右下腹疼痛以外，右下腹回肠、盲肠、卵巢、输卵管、输尿管等器官以及中上腹部分器官如胃、十二指肠、胆囊、胰腺、肾脏等器官病变亦可能表现右下腹疼痛（部分仍有转移性右下腹痛），而且一些非外科急腹症也可能表现为右下腹疼痛，很容易混淆导致误诊^[1]。本院 2000~2010 年以急性阑尾炎收治入院患者 3 595 例，其中确诊 3 433 例，误诊阑尾炎 162 例。现将误诊情况报道如下。

1 临床资料

本组误诊 162 例患者，其中男 62 例，女 100 例，年龄 3~78 岁，其中肠系膜淋巴结炎 70 例，误诊率 1.95%；泌尿系结石肾绞痛 24 例，误诊率 0.67%；妇产科急腹症 36 例，误诊率 1.00%；消化道穿孔 8 例，误诊率 0.22%；美克尔憩室炎 4 例，急性胆囊炎 4 例，急性胰腺炎 4 例，误诊率均为 0.11%；肠系膜血管阻塞致小肠坏死 2 例；回盲部肿瘤 2 例；回盲部局部坏死 1 例；急性出血坏死性肠炎 1 例；肠克罗恩病 1 例；肾脏周围血肿 1 例；右侧胸膜炎 1 例；带状疱疹 1 例；糖尿病酮症 1 例；尿毒症 1 例；术前诊断准确率 95.5%。

2 讨论

急性阑尾炎作为临床相当常见的急腹症，它的误诊或漏诊并非少见。本组误诊为急性阑尾炎的疾病主要有肠系膜淋巴结炎、妇产科急腹症及泌尿系结石肾绞痛等。究其原因分析如下：(1) 病史采集不全面。回顾复习本组误诊病例可以发现病历中病史记录太简单，对疾病发生、发展及相关症状的鉴别诊断记录过于简单甚至缺失。在 70 例肠系膜淋巴结炎患者中仅

有 5 例在病史中有病前上呼吸道感染症状的记录；而右侧胸膜炎患者患者中居然没有呼吸道相关症状及活动后心累、气促的记录；24 例泌尿系结石病患有 20 例无尿痛、血尿及会阴放射痛等泌尿系症状的描述；36 例妇产科急腹症患者病历对女性月经、白带的描述不详细甚至缺如导致宫外孕、盆腔炎误诊；8 例消化道穿孔误诊患者多数为胃后壁穿孔，术后追问病史发现 6 例平时有呃逆、反酸、腹胀、腹痛等消化道症状。由此可见详细询问病史是准确诊断急性腹痛的关键。病史询问除包括患者性别、年龄、职业、既往史外，对腹痛的诱因、部位、性质、程度、放射痛及相关伴随症状（发热有无和发热与腹痛时间先后顺序，恶心、呕吐，呕吐物性状、量，排便情况以及有无休克、黄疸、尿频、尿急、尿痛，月经以及阴道分泌物有无异常等）应重点询问^[2-3]。(2) 体格检查不全面、不细致。本组 1 例急性胆囊炎患者本身胆囊肿大达髂窝，因查体不仔细且未做 Murphy 征检查，误将胆囊压痛当作麦氏区阑尾压痛行阑尾切除。1 例带状疱疹患者术前腰部见几枚小红斑丘疹，因忽略行阑尾切除术，术后第 2 天见沿神经分布成簇水疱而确诊。1 例急性胰腺炎患者术前即有腹胀，查体不仔细，未将中上腹部压痛与右下腹压痛比较，忽略对腰部叩诊和肠鸣音听诊而误诊阑尾炎行手术治疗。由此可见详细、全面的体格检查对急腹症的诊断相当重要。除对患者面部表情、体温、脉搏、血压、皮肤颜色检查外，对急腹症患者腹部进行视、触、叩、听系统、全面的体格检查绝不能忽视，亦不能靠相关辅助检查替代。近 2 年来本院对急腹症患者常规进行直肠指检，对可疑妇科急腹症患者请妇科会诊并做阴道双合诊检查，明显降低了阑尾炎的误诊率。(3) 临床经验缺乏，凭主观臆断，缺乏相关辅助检查或过分依赖辅助检查。临床通过血液、尿液、大便常规，血尿酸淀粉酶，电解质，血糖，肝肾功能，胸腹部摄片，B 超等检查手段，绝大多数急腹症是可以与急性阑尾炎相鉴别的。本组病例中，部分低年资接诊