

出血太多,缝合子宫下段过程中造成左侧输尿管子宫漏。由此可见,要加强基层医生围产期保健能力培训,搞好宣教工作,降低剖宫产,减少瘢痕子宫是产科工作者长期以来义不容辞的义务。

**2.5 瘢痕子宫再次妊娠注意事项** 作者在临床工作中的体会:(1)瘢痕子宫妊娠要注意定期加强围生期保健,尤其是瘢痕子宫到妊娠晚期有的会出现自发性破裂风险,应增加产前检查次数,有条件的可以监测一下子宫下段的厚度及是否均匀等(下段剖宫产瘢痕子宫),以预防发生子宫破裂或胎儿死亡。提前两周住院待产,并且最好选择综合性医院。(2)瘢痕子宫再次剖宫产时子宫下段因瘢痕粘连严重,一旦术中遇到困难时应请多学科台上协助处理(如普外科,泌尿科)。(3)若遇胎头位置深陷骨盆,取胎头有一定困难,首好要有良好麻醉,可以让助手从阴道向上顶胎头,或用单叶产钳上撬胎头<sup>[5]</sup>。总之在行瘢痕子宫再次剖宫产过程中,分清解剖层次,应细致分离粘连,从粘连较轻的部位开始,切忌强行剥离<sup>[6]</sup>。若遇子宫下段裂伤,一旦出血多,缝合时用手触摸有无管形结构,缝合前看清输尿管走向,对疑有输尿管和膀胱损伤患者一定请泌尿科医生上台协助行修补术,避免患者术后带来不必要的损失和心理负担,

• 短篇及病例报道 •

以避免不必要的医疗纠纷。

参考文献:

[1] 贺子秋,薛雪,戴钟英. 妇科手术中泌尿系统损伤 14 例临床分析[J]. 实用妇产科杂志,2012,28(1):73-74.  
[2] 戴钟英. 女性输尿管损伤的原因、诊断、处理及技术防范[J]. 实用妇产科杂志,2003,19(1):56-58.  
[3] 董燕. 妇科手术并发泌尿系统损伤 16 例临床分析[J]. 实用妇产科杂志,2010,26(10):794-795.  
[4] Brandes S,Coburn M,Armenakas N,et al. Diagnosis and management of ureteric injury:an evidence-based analysis[J]. BJU Int,2004,94(3):277-289.  
[5] 王永琴,聂引凡. 剖宫产时抬头深陷骨盆徒手经阴道上顶 120 例临床分析[J]. 吉林医学,2011,32(23):4778-4779.  
[6] 孙晔,黄敏. 194 例疤痕子宫再次剖宫产的临床分析[J]. 吉林医学,2011,32(16):3228-3229.

(收稿日期:2012-11-28 修回日期:2013-01-13)

原发性肺软骨瘤 1 例

傅 勇<sup>1</sup>,周 瑜<sup>1</sup>,朱夕章<sup>2</sup>,黄 涛<sup>1</sup>,王 东<sup>1</sup>

(重庆市垫江县人民医院:1. 胸心外科;2. 病理科 408300)

doi:10. 3969/j. issn. 1671-8348. 2013. 16. 058 文献标识码:C 文章编号:1671-8348(2013)16-1927-02

原发性肺软骨瘤在临床上是一种罕见疾病,并且往往术前不能明确诊断,现报道 1 例经病理诊断明确的原发性肺软骨瘤病例如下。

1 病例资料

患者,男,41 岁,因体检发现右上肺包块 2 d 于 2012 年 2 月住院。入院时查体无阳性体征发现。入院后化验检查:血常规、凝血四项、肝肾功等各项指标正常。胸部增强 CT 检查:右肺上叶尖段、后段可见一团块状密度增高影,分叶状,边界较清晰,最大横断面 2.7 cm×2.8 cm,上下径约 3.0 cm,密度不均匀,中央可见许多斑点状高密度影,病灶周围未见明显卫星病灶、纤维条索影及毛刺征像,增强扫描其强化幅度不高,纵隔内未见明显增大的淋巴结影,考虑结核球,周围型肺癌待排(图 1)。入院初步诊断:右上肺包块,性质待诊;右上肺结核球? 右上肺错构瘤? 右上肺癌?

入院后完善相关术前检查及准备,在全麻、双腔气管插管下行右侧剖胸探查,术中所见:右上肺尖后段可扪及一约 4.0 cm×3.0 cm×3.0 cm 大小的包块,质硬,脏层胸膜无明显凹陷。予以行右上肺包块楔形切除术。术中冰冻病理检查结果回示:(右上)肺软骨瘤。术后病理检查结果:切除的肺组织一块,5.5 cm×5.0 cm×4.0 cm,切面见一 4.0 cm×3.5 cm×3.0 cm 大小的灰白色包块,分叶状,边界较清楚,切面灰白色,质地

较硬;病理诊断:(右上)肺软骨瘤(图 2)。患者住院 7 d,病情痊愈出院,出院诊断:右上肺软骨瘤;随访 3 个月无特殊不适。

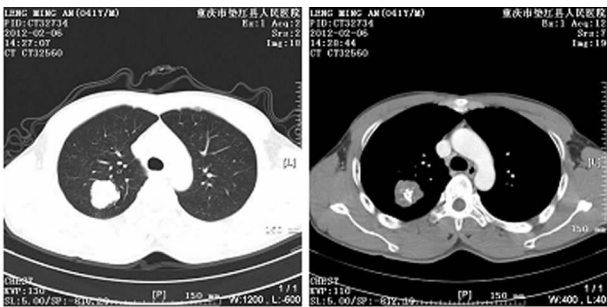


图 1 胸部 CT 检查提示右上肺包块

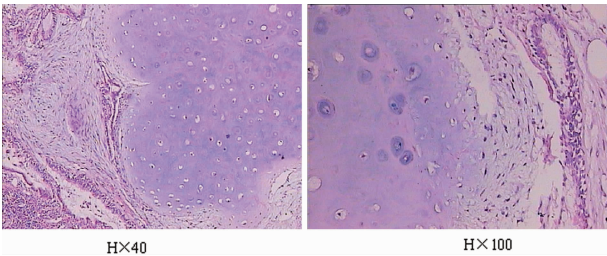


图 2 病理切片

作者简介:傅勇(1978~),主治医师,主要从事普胸外科研究。

## 2 讨 论

本病例术前诊断为右上肺包块,经过手术及术后病理检查确诊为右上肺软骨瘤,这在临床上属于罕见病例。原发性肺软骨瘤病程进展缓慢,可以在较长时间内没有典型的临床表现,多在体检或尸检中发现。肿瘤较大时,可出现气管、支气管压迫的临床症状。本例肺软骨瘤患者病变位于右上肺外带,因此,无明显临床症状;但其影像学表现与文献报道<sup>[1]</sup>的肺软骨瘤相对特征性影像学表现相符合。

原发性肺软骨瘤由软骨组织构成,来源可能为:(1)胚胎发育时残留在肺脏内的异位软骨组织;(2)其他不为的软骨细胞随血流入肺脏;(3)结缔组织、纤维网细胞在一定条件刺激下向胚胎原始方向发展,成为胚胎性的间叶组织,以后发育成为软骨细胞,生成软骨组织。但这些只是理论上的推测,具体发生机制尚不清楚,有待进行相关实验研究证实。

本病例患者可伴有 Carney 三联综合征病史,即:肺软骨瘤、胃肠道平滑肌肉瘤和肾上腺外的功能性副交感神经瘤,临床上出现 3 种或者其中任意 2 种肿瘤即可诊断。Carney 三联综合征中的胃肠道平滑肌肉瘤和肾上腺外的功能性副交感神经瘤具有潜在致命的可能<sup>[1-2]</sup>,并且有原发性肺软骨瘤患者最长 26 年后发现第 2 个肿瘤的相关报道<sup>[3]</sup>。因此在临床上对肺软骨瘤患者应高度重视,需要完善相关检查,建议术后密切随访。目前,国内尚未见 Carney 三联综合征病例的报道。

原发性肺软骨瘤术前诊断困难,临床确诊都是通过手术及

病理检查。临床上遇到 CT 平扫病灶内呈不规则结节状或片状钙化灶、增强扫面无强化的病例时均应考虑本病。本病手术治疗效果好,并且随着电视胸腔镜的大力推广,与既往行剖胸探查、肺段或肺叶切除手术相比,应用电视胸腔镜行手术切除,既能完整切除病变、明确诊断,又具有创伤小、恢复快的特点;因此,对术前高度怀疑肺软骨瘤病例,作者认为应将电视胸腔镜手术作为首选治疗方式。

### 参考文献:

[1] Beigelman C, Perez T, Remy-Jardin M, et al. Latriade de Carney:Imagerie dans le diagnostic et la surveillance[J]. Rev Im Med,1990,25(2):171-177.

[2] Rodriguez FJ, Aubry MC, Tazelaar HD, et al. Pulmonary chondroma:a tumor associated with Carney triad and different from pulmonary hamartoma[J]. Am J Surg Pathol, 2007,31(12):1844-1853.

[3] Carney JA. Gastric stromal sarcoma, pulmonary chondroma, and extraadrenal paraganglioma(Carney Triad):natural history, adrenocortical component, and possible familial occurrence[J]. Mayo Clin Proc,1999,74(6):543-552.

(收稿日期:2012-12-01 修回日期:2013-01-22)

(上接第 1925 页)

有效降低了患者的住院天数及医疗费用;同时通过临床路径表,常规向患者及家属解释碎石原理、手术麻醉方式及注意事项,使患者熟悉治疗、护理方案,满足了患者的知情权,提高了患者主动参与的意识,真正体现了以患者为中心的服务理念,改善了护患关系,提高了患者对护理工作的满意度。本组结果显示临床路径整合整体护理组住院天数及住院费用明显低于对照组。而患者对护士的满意度两组比较差别无统计学意义,是因为本文的评价对象是仅针对护士,对照组也实行整体护理,已体现了以患者为中心的服务理念。

临床路径在超声碎石术患者中的应用充分体现了患者的知情权,使患者对疾病的治疗和康复有计划和时间的概念,贯穿治疗护理过程始终的健康教育激发了患者主动学习疾病相关知识的热情,提高了健康教育达标率及满意度<sup>[7]</sup>。本组结果显示两组患者掌握疾病相关知识程度比较差异有统计学意义。

以往的医疗护理计划一般由管床医护人员依据诊疗规范和个人经验而定,而临床路径的制订是基于循证医学的证据,经集体讨论而定,可减少不同医护人员之间特别是不同资质人员之间的差异。同时,临床路径和整体护理的计划性、系统性最大限度地降低了医疗缺陷的发生率,其核心价值在于医护质量和效率的持续改进和提高<sup>[8]</sup>。

随着临床路径在中国的开展,其降低医疗成本和提高医护质量的价值已得到普遍的认同,整体护理在中国已广泛开展,将整体护理和临床路径整合实施,可以合理利用护理人力资

源,提高工作效率,持续提高护理质量。

### 参考文献:

[1] 王晋忠,雷一鸣,王世棕,等. 输尿管镜及气压弹道碎石术治疗输尿管结石[J]. 重庆医学,2004,33(3):408-409.

[2] 文黎敏,王军,张捷,等. 应用临床路径测算病种成本的方法探讨[J]. 中国循证医学杂志,2002,2(3):187-189.

[3] 王玲. 临床护理路径及其作用[J]. 中国现代医生,2010,48(1):41-42.

[4] 张秀丽,梁丽芹. 临床路径与整体护理整合用于腹腔镜胆囊切除术的效果[J]. 临床护理杂志,2008,7(1):27-28.

[5] 刘世芳,胡华,付炼,等. 输尿管镜气压弹道碎石术治疗输尿管结石的临床路径研究[J]. 重庆医学,2012,41(14):1450-1451.

[6] 何瑞仙,徐波. 欧美护理发展新概念:临床路径[J]. 护理管理杂志,2002,2(1):22-24.

[7] 雷芬芳,尹小莉,夏玉玲. 临床路径在经输尿管镜治疗输尿管结石患者中的应用研究[J]. 护理研究,2007,21(6):792-793.

[8] 羊淑平. 论临床路径与整体护理整合趋势[J]. 护理学杂志,2006,21(1):70-72.

(收稿日期:2012-12-08 修回日期:2013-01-09)