癌中CD54的高表，发现其达与肝转移相关。我们用流式细胞术检测50例非小细胞肺癌患者外周血淋巴细胞CD54的表达与肿瘤直径、病理类型以及分化程度等无显著相关($P>0.05$)，其结果还显示Ⅳ期表达明显高于Ⅲ期，差异有显著性($P<0.01$)。而临床分期与病期的早晚和转移有关，与预后直接相关，提示外周血淋巴细胞CD54的高表达与肺癌的侵袭及转移有关系。

本研究表明在近期疗效NC+PD患者中外周血淋巴细胞CD54的表达明显高于CR+PR患者，差异有显著性($P<0.01$)，CD54的动态观察显示治疗后CD54的水平明显低于治疗前，差异有显著性($P<0.01$)，当治疗有效，瘤灶缩小时CD54也随之降低，而治疗无效时，CD54水平变化不大。因此外周血淋巴细胞CD54的水平可作为疗效评估的指标之一。

LRP是新近发现的一种多药耐药蛋白，首先发现于肺癌细胞中，故命名为肺耐药蛋白[4]。LRP蛋白是穹窿蛋白的主要成份，其过度表达明显影响药物的胞内转运和分布，致靶点药物有效浓度下降而介导对铂类，烷化剂等耐药。LRP的表达可以作为肿瘤对化疗药物敏感性的一个指标。本实验显示50例非小细胞肺癌外周血淋巴细胞LRP的表达与肿瘤直径、病理类型、分化程度、临床分期以及治疗前后等无显著相关($P>0.05$)。本研究还表明在NC+PD患者表达明显高于CR+PR患者的表达，差异有显著性($P<0.01$)，提示高表达的LRP近期疗效明显低于低表达的LRP，与Filipits等[5]报道相似。因此化疗前进行LRP的监测与评价，有利于选择化疗方案。

本研究结果提示在治疗前检测外周血淋巴细胞CD54及LRP可以作为非小细胞肺癌预后评估的指标之一。

参考文献：

[1] Honn K V, Tang D G. Adhesion molecules and tumor cell interaction with endothelium and subendothelial matrix[J]. Cancer Metastasis Rev, 1992, 11(3-4): 353-375.
[2] Schwaeble W, Kerlin M, Mayer Zum Buschenfelde K H, *et al*. De novo expression of intercellular adhesion molecule 1 (ICAM-1, CD54) in pancreas cancer[J]. Int J Cancer, 1993, 53(2): 328-333.
[3] 马 陈, 邢春根, 毛大本, 等. CD44和CD54在结直肠癌肝转移中的表达意义[J]. 中华胃肠外科杂志, 2004, 7(2): 140-143.
[4] Izquierdo M A, Van der Zee A G, Vermorken J B, *et al*. Drug resistance-associated marker Lrp for prediction of response to chemotherapy and prognoses in advanced ovarian carcinoma[J]. J Natl Cancer Inst, 1995, 87(16): 1230-1237.
[5] Filipits M, Jaeger U, Simonitsch I, *et al*. Clinical relevance of the lung resistance protein in diffuse large B-cell lymphomas[J]. Clin Cancer Res, 2000, 6(9): 3417-3423.

（编辑 张大春）

个案与短篇

文章编号：1000-5404(2005)11-1138-01

60例高龄患者冠脉内支架植入术的护理体会

Nursing experience of 60 senile patients undergoing percutaneous transluminal coronary angioplasty

刘文静，赵桂景 （解放军总医院南二科，北京 100853）

经皮冠状动脉支架植入术，是治疗冠状动脉狭窄的重要方法。该治疗方法可扩张狭窄的冠状动脉，改善心肌供血，缩小梗死范围，从而治疗心绞痛或心梗、提高患者生活质量[1]。但该技术是有创的，尤其对于高龄患者来说，易造成免疫力低下，各脏器功能衰退，常合并多器官疾病，手术风险大，术中、术后易出现一些并发症，且病情变化较快。密切监护和精心护理，对于提高手术成功率及预防和减少并发症的发生具有重要的意义。现将护理体会总结如下。

1 临床资料

本组60例患者中，男54例，女6例，年龄67~81岁，平均72.3岁。其中糖尿病48例，稳定型心绞痛41例，不稳定型心绞痛19例，陈旧性心梗26例，急性心梗18例，高血压56例。术前均因心绞痛反复发作而住院，经多种血管扩张药物治疗均不能有效控制。冠状动脉造影证实，60例患者中，均存在单支或多支冠状动脉血管>50%狭窄。

2 手术方法

在局麻下，经皮右（或左）股动脉穿刺，行冠状动脉造影后，

（下转1141页）

作者简介：刘文静(1976-)，女，河北省栾城县人，护师，主要从事心内科临床护理方面的研究。电话：(010)66845603

收稿日期：2005-02-15；修回日期：2005-04-20

程度等有关。我们的体会是如病变直径小于 2 cm，或者病变位于肺底部，活动度较大者，穿刺准确率下降，针尖不易到达病灶中心，不易获得满意的标本。因此，对于薄层 CT 检查诊断考虑为肺癌，而经皮肺活检未能确诊者，不排除未取得满意标本，必要时可再次行经皮肺活检或直接行手术治疗。此外经皮肺活检术毕竟是有创检查，存在一定风险，如气胸、血气胸、大咯血[2,5]。因此，所有患者在术前均应签署手术同意书，查凝血象，向患者及家属讲明该操作的目的和可能发生的并发症，如果血小板过低或凝血象异常的患者操作应慎重。穿刺中及穿刺后应严密观察，如出现上述并发症，应及时处理。

总之，临床上要想提高孤立性肺结节的确诊率，应把薄层 CT 检查和经皮肺活检术两者有机结合起来，临床医师和 CT 诊断科医师密切协作，综合进行判断。

参考文献：

[1] McGormack P M, Ginsberg K B, Bains M S, *et al*. Accuracy of lung imaging in metastases with implications for the role of thoracoscopy[J]. Ann Thorac Surg, 1993, 56(4): 863－865.

[2] Yamagami T, Iida S, Kato T, *et al*. Usefulness of new automated cutting needle for tissue-core biopsy of lung nodules under CT fluoroscopic guidance[J]. Chest, 2003, 124(1): 147－154.

[3] Yamagami T, Kato T, Iida S, *et al*. Percutaneous needle biopsy for small lung nodules beneath the rib under CT scan fluoroscopic guidance with gantry tilt[J]. Chest, 2004, 126(3): 744－747.

[4] Ohno Y, Hatabu H, Takenaka D, *et al*. CT-guided transthoracic needle aspiration biopsy of small (< or = 20 mm) solitary pulmonary nodules[J]. AJR Am J Roentgenol, 2003, 180(6): 1665－1669.

[5] Wallace M J, Krishnamurthy S, Broemeling L D, *et al*. CT-guided percutaneous fine-needle aspiration biopsy of small (< or = 1 cm) pulmonary lesions[J]. Radiology, 2002, 225(3): 823－828.

[6] Gasparini S, Ferretti M, Secchi E B, *et al*. Integration of transbronchial and percutaneous approach in the diagnosis of peripheral pulmonary nodules or masses. Experience with 1,027 consecutive cases[J]. Chest, 1995, 108(1): 131－137.

[7] 李铁一，龚景玲，葛　云. 35 例肺结核的 CT 误诊分析[J]. 中华放射学杂志，2000，34(9)：588－590.

（编辑　汪勃俭）

（上接 1138 页）

用特制球囊导管扩张病变部位，再将带有支架的球囊导管送至病变部位，以 8 个大气压扩张球囊 30～60 s，植入支架。然后，用耐高压球囊加压 12～16 个大气压，扩张 30～60 s，以保证支架均匀扩张。支架将永久地嵌入患者冠状动脉内膜。

3　护理体会

3.1　术前准备

因高龄患者病情变化较快，对其可能发生的意外应有充分的准备，备好抢救预案、抢救物品、药品及器械。

术前常规抽血检查凝血时间、凝血酶原时间、肝肾功、电解质、心肌酶等。

因多数高龄患者有前列腺肥大症状，术前应留置尿管，嘱患者手术前禁食水 4～6 h，但要结合具体情况，为防止术后低血压、高凝等引发肾功损害可给予静脉补液。

3.2　术中配合

持续心电监护，建立静脉通道并保持通畅。准备好吸引器、除颤器及急救药品，以防出现血压下降、心搏骤停等意外情况的发生。

由于导管的机械刺激和造影剂对心肌的负作用，可加重心肌缺血，诱发各种心律失常、心绞痛，心衰，为防止罕见的造影剂过敏，要密切注视患者的意识状态、心律、血压、呼吸等，如有异常，应及时配合处理。

3.3　术后护理

3.3.1　持续心电监护　　严密观察心律的变化，即 ST-T 段是否压低，是否出现心律失常。若有心绞痛复发，预示支架血栓形成或冠状动脉急性再闭塞，须及时通知医生处理。

3.3.2　拔出鞘管后的止血　　在穿刺点上方 5～10 mm 处股动脉搏动明显处逐渐加压，同时，拔出鞘管，根据其足背动脉搏动和下肢紫绀情况，调整压力压 20 min 左右或至穿刺点无出血，加盖敷料后用绷带卷和弹力胶布加压包扎 1 kg，沙袋压迫穿刺部位 6 h[2]。

3.3.3　血压的监测　　严密监测血压的变化，在术后 2 h 内每 15 min 测量并记录 1 次，2～4 h 每 30 分钟 1 次，4 h 后每 1 小时 1 次。一旦出现血压降低，应给予积极处理。本组有 4 例患者术后2 h 出现低血压，经及时用药后，恢复为正常范围。

3.3.4　预防动脉栓塞的形成　　动脉栓塞可累及下肢动脉及其它脏器，因此，应密切观察肢体的温度、色泽、足背动脉搏动情况，如有异常应给予及时处理。

3.3.5　抗凝治疗　　为预防血栓形成，应予阿司匹林＋氯吡格雷＋肝素联合等，一般为 600～1 000 U/h。采用输液泵，保证液体匀速滴入，静脉肝素停用后予低分子肝素皮下注射 5～7 d。

3.3.6　出血倾向观察　　由于抗凝药物的应用，应密切观察皮下出血、穿刺部位血肿、血尿、大便潜血及口腔粘膜出血等。

3.3.7　预防局部及全身感染　　因高龄患者免疫力差，恢复较慢，卧床较多，可引起排痰不畅，应按时使用抗生素及雾化吸入 4 次/d，15 min/次，预防感染的发生。

关键词：高龄；冠状动脉；支架植入；护理

中图法分类号：R473.6　　**文献标识码**：B

参考文献：

[1] 盖鲁粤. 介入心脏病学[M]. 北京：人民卫生出版社，2001. 175－178.

[2] 刘　鹏. 老年冠心病患者介入治疗中股动脉穿刺点三种不同止血方法应用对比研究[J]. 中国介入心脏病学杂志，2004，12(3)：177－179.

（编辑　刘洪娥）