flanked by adenosines, indicates that thousands of human genes are microRNA targets[J]. Cell, 2005, 120(1): 15-20.
[17] Krek A, Grun D, Poy M N, *et al*. Combinatorial microRNA target predictions[J]. Nat Genet, 2005, 37(5): 495-500.
[18] Croce C M. Oncogenes and cancer[J]. N Engl J Med, 2008, 358(5): 502-511.
[19] Osborne C, Wilson P, Tripathy D. Oncogenes and tumor suppressor genes in breast cancer: potential diagnostic and therapeutic applications[J]. Oncologist, 2004, 9(4): 361-377.
[20] Yu J, Ryan D G, Getsios S, *et al*. MicroRNA-184 antagonizes microRNA-205 to maintain SHIP2 levels in epithelia[J]. Proc Natl Acad Sci U S A, 2008, 105(49): 19300-19305.
[21] Schondorf T, Ebert M P, Hoffmann J, *et al*. Hypermethylation of the PTEN gene in ovarian cancer cell lines[J]. Cancer Lett, 2004, 207(2): 215-220.
[22] Trotman L C, Wang X, Alimonti A, *et al*. Ubiquitination regulates PTEN nuclear import and tumor suppression[J]. Cell, 2007, 128(1): 141-156.
[23] Wang X, Trotman L C, Koppie T, *et al*. NEDD4-1 is a proto-oncogenic ubiquitin ligase for PTEN[J]. Cell, 2007, 128(1): 129-139.
[24] Zbuk K M, Eng C. Cancer phenomics: RET and PTEN as illustrative models[J]. Nat Rev Cancer, 2007, 7(1): 35-45.
[25] Yang H, Kong W, He L, *et al*. MicroRNA expression profiling in human ovarian cancer: miR-214 induces cell survival and cisplatin resistance by targeting PTEN[J]. Cancer Res, 2008, 68(2): 425-433.
[26] Blumenthal G M, Dennis P A. PTEN hamartoma tumor syndromes[J]. Eur J Hum Genet, 2008, 16(11): 1289-1300.
[27] Yan X, Fraser M, Qiu Q, *et al*. Over-expression of PTEN sensitizes human ovarian cancer cells to cisplatin-induced apoptosis in a p53-dependent manner[J]. Gynecol Oncol, 2006, 102(2): 348-355.
[28] Salmena L, Carracedo A, Pandolfi P P. Tenets of PTEN tumor suppression[J]. Cell, 2008, 133(3): 403-414.

(**收稿**:2012-03-09;**修回**:2012-04-13)
(编辑 汪勤俭)

个案与短篇

文章编号:1000-5404(2012)16-1612-01

内科胸腔镜诊治胸膜腔疾病的围术期护理

王 苇,周泽云 (400037 重庆,第三军医大学新桥医院全军呼吸内科研究所,全军呼吸病研究重点实验室)

[**关键词**] 内科胸腔镜;胸腔积液;诊断;护理
[**中图法分类号**] R473.5 [**文献标志码**] B

近年来,内科胸腔镜手术因其创伤小、痛苦少、术后恢复快等优点而广泛开展[1-2]。我们采用日本 OLYMPUS LTF240 型软硬结合可弯曲电子内科胸腔镜对 231 例胸腔积液患者行内科胸腔镜检查,早期明确诊断,取得满意效果。报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

2009 年 12 月至 2011 年 8 月对本院 231 例胸膜腔疾病患者进行了诊断性内科胸腔镜检查,其中男性 159 例,女性 72 例,年龄 13~89(50.18±15.88)岁,有胸水的患者行胸穿常规检查均为渗出液。胸腔镜下胸膜活检病理结果:结核 119 例,腺癌 66 例,鳞癌 3 例,小细胞癌 6 例(含神经内分泌癌 1 例),肺癌未分型 4 例,胸膜间皮瘤 3 例,淋巴瘤 3 例,病理结果提示慢性炎症而随后经肺穿或临床诊断肺癌 9 例,嗜酸性粒细胞增多症 4 例,气胸 1 例,结缔组织疾病 1 例,乳糜胸 1 例,取异物 1 例,镜下见胸膜无异常未取活检 10 例。患者均顺利手术,术后胸痛 157 例,发热 6 例,复张性肺水肿 2 例,咳嗽 3 例,术中出血 1 例;未发生皮下气肿、血胸、气胸、气体栓塞等并发症,无手术死亡,术后拔管后肺膨胀恢复良好。

1.2 围术期护理

1.2.1 术前准备 术前耐心细致地与患者及家属进行交谈、沟通。讲解内科胸腔镜的原理、目的、方法、效果、安全性、检查的必要性,告之该手术的优点:无需开胸、费用低、术后恢复快、痛苦小[3]。可以有效消除其紧张、恐惧心理,积极配合治疗。

常规器械准备及消毒。术前 15 min 肌注咪哒唑仑 5 mg、盐酸哌替啶 100 mg,缓解患者紧张情绪、减轻疼痛;协助患者取舒适体位勿随意活动,嘱其不要剧烈咳嗽,同时给予氧气吸入,心电监护。铺无菌操作台,备灭菌胸腔闭式引流包,一次性 trocar套管,一次性吸引管,一次性空针抽吸 2% 利多卡因 5~10 ml,另备无菌标本容器 1 个留取活检标本。

1.2.2 术中护理 术中密切观察生命体征,尤其是血氧饱和度,根据血氧饱和度调节吸氧流量。严格无菌操作,清洗腔镜器械及机器维护[4]。少数患者由于肌注咪哒唑仑、盐酸哌替啶后处于嗜睡状,容易出现不自主活动,必要时予轻度约束,以保证手术顺利进行。注意观察抽吸的胸水量,避免大量胸水患者因一次性抽吸胸水过多出现急性肺水肿。熟练配合医师行壁层胸膜活检术,一般考虑结核的患者胸膜活检组织质地较松软易活检,考虑癌症的患者胸膜活检困难,组织质地硬,需要准备齿钳,活检时缓慢钳取,同时观察患者的反应及出血情况。

1.2.3 术后护理 术后除常规护理外,加强呼吸道的护理:①对于存在术后低氧的患者,予中低流量(3~5 L/min)氧气吸入,维持血氧饱和度在 95% 以上。②对于咳痰困难的患者,鼓励其深呼吸及有效咳嗽;协助其翻身叩背、体位引流;必要时给予雾化吸入或应用支气管扩张药和祛痰药。并观察患者伤口及疼痛情况,根据疼痛程度,对伤口疼痛轻微的患者鼓励其思想放松,分散注意力,增加其舒适感;对于胸痛和疼痛较重的患者,遵医嘱酌情予口服止痛药或肌注曲马多。并密切观察术后并发症,及时报告医师并及时处理。对于术后留置胸腔闭式引流管的患者,做到妥善固定引流管,观察水封瓶内水柱波动情况,保持引流通畅,记录引流液的颜色、性质和数量,必要时调整引流管位置或方向。夹管 24 h 证实无气胸或血胸发生时,可拔除引流管;拔管后仍需继续观察呼吸、切口渗液等情况。

[**通信作者**] 周泽云,E-mail:zizhu05@126.com

(下转 1616 页)

还发现,左旋棉酚所诱导的细胞自噬是下调 Namalwa 细胞中 BLyS 蛋白的重要机制。由于 BLyS 是刺激 B 淋巴细胞生长的重要因素,因此推测下调 BLyS 可能是左旋棉酚抑制 B 淋巴细胞生长的重要机制。

目前,对细胞自噬活性与 BLyS 蛋白表达之间的机制研究还不够深入,体内研究更少。相信通过合理的实验设计和科学的评价体系,左旋棉酚及其他更多的 Bcl-2 家族抗蛋白凋亡抑制剂有望成为有价值的下调 BLyS、治疗 B 细胞肿瘤的药物。

参考文献:

[1] Fawzy S M, Gheita T A, El-Nabarawy E, *et al*. Serum BAFF level and its correlations with various disease parameters in patients with systemic sclerosis and systemic lupus erythematosus[J]. The Egyptian Rheumatologist, 2011, 33(1): 45 - 51.

[2] Schneider P. The role of APRIL and BAFF in lymphocyte activation [J]. Curr Opin Immunol, 2005, 17(3): 282 - 289.

[3] Gao H, Bian A, Zheng Y, *et al*. sBAFF mutants induce neutralizing antibodies against BAFF [J]. FEBS Lett, 2007, 581(4): 581 - 586.

[4] Shen Y, You F, Li C, *et al*. Molecular cloning, bioinformatics analysis and functional characterization of B-cell activating factor in goat (Capra hircus)[J]. Dev Comp Immunol, 2012, 36(1): 191 - 198.

[5] Chen C M, Ren W H, Yang G, *et al*. Molecular cloning, *in vitro* expression and bioactivity of quail BAFF[J]. Vet Immunol Immunopathol, 2009, 130(1/2): 125 - 130.

[6] 黄艳, 黄刚, 胡长江, 等. GW3965 在 Raji 细胞中对 BLyS 表达的影响[J]. 第三军医大学学报, 2011, 33(13): 1342 - 1345.

[7] Shivakumar L, Ansell S. Targeting B-lymphocyte stimulator/B-cell activating factor and a proliferation-inducing ligand in hematologic malignancies [J]. Clin Lymphoma Myeloma, 2006, 7(2): 106 - 108.

[8] Scapini P, Bazzoni F, Cassatella M A. Regulation of B-cell-activating factor (BAFF)/B lymphocyte stimulator (BLyS) expression in human neutrophils [J]. Immunol Lett, 2008, 116(1): 1 - 6.

[9] 郭忠, 赵晋, 马建秀. 棉酚的药理作用研究[J]. 基础医学与临床, 2010, 30(1): 93 - 96.

[10] Letai A G. Diagnosing and exploiting cancer's addiction to blocks in apoptosis [J]. Nat Rev Cancer, 2008, 8(2): 121 - 132.

[11] Volate S R, Kawasaki B T, Hurt E M, *et al*. Gossypol induces apoptosis by activating p53 in prostate cancer cells and prostate tumor-initiating cells [J]. Mol Cancer Ther, 2010, 9(2): 461 - 470.

[12] Etxebarria A, Landeta O, Antonsson B, *et al*. Regulation of antiapoptotic MCL-1 function by gossypol: mechanistic insights from *in vitro* reconstituted systems[J]. Biochem Pharmacol, 2008, 76(11): 1563 - 1576.

[13] He C, Levine B. The Beclin 1 interactome [J]. Curr Opin Cell Biol, 2010, 22(2): 140 - 149.

(**收稿**:2012-01-13;**修回**:2012-02-10)

(编辑 汪勤俭)

(上接 1612 页)

2 结果

231 例患者全部顺利完成手术。其中有 112 例留置胸腔闭式引流管。术中行胸膜活检时有 1 例出血,经喷射管对准活检出血部位喷射 1∶10 000 肾上腺素,出血停止。术后有 157 例出现不同程度的胸痛或伤口疼痛不适,定期更换敷料 1 ~ 2 次后自行缓解。本组 6 例患者出现发热至体温 38.0 ℃左右,经抗感染及物理降温退热治疗,2 ~ 3 d 后体温降至正常。2 例患者出现复张性肺水肿,立即予夹闭引流管、取半卧位,高流量吸氧 4 ~ 6 L/min,报告医师后予紧急药物治疗后恢复。

3 讨论

内科胸腔镜术前充分的准备,术中积极配合,术后密切观察病情和护理,是胸腔镜手术成功的重要保障。另外,术前往往需要造人工气胸,护理时需要监测生命体征,注意观察患者有无呼吸困难及严重程度,必要时查血气分析了解有无呼吸衰竭。若患者出现呼吸衰竭,立即吸氧并报告医师行胸腔穿刺抽出部分液体或气体;如果无呼吸衰竭,常规行胸片或 X 线确认人工气胸是否成功。

虽然内科胸腔镜仅需 1 个小切口,但仍需加强伤口护理,避免因为感染或疼痛造成患者痛苦和医疗费用增加。主要包括观察伤口颜色,及时更换敷料,严格无菌操作。本组患者无伤口出血及伤口感染情况。术后伤口疼痛:患者术前均予肌注米哒唑仑及盐酸哌替啶针,活检时部分患者有疼痛感,但均能耐受。

加强内科胸腔镜术后并发症的观察和处理。其并发症主要有疼痛、发热、皮下气肿、气胸、血胸、复张性肺水肿、心律失常、气体栓塞等[1,5]。发热大多是机体对手术的一种无菌性组织炎症反应,通常不需要处理,达中等度发热以上时可予药物退热,如怀疑有感染可给予经验型抗感染治疗,同时行胸腔引流液培养。部分患者人工气胸时或术后出现皮下气肿,轻者一般不需特殊处理,经休息、吸氧可自行吸收,重者需切开排气和行皮下穿刺抽气。

本组有 2 例出现复张性肺水肿均为大量胸腔积液、病程超过 2 个月的患者。当术后出现严重呼吸困难怀疑复张性肺水肿时,立即夹闭引流管、取半卧位,高流量吸氧 4 ~ 6 L/min,安慰患者消除紧张情绪,并立即静脉注射糖皮质激素、西地兰、速尿、氨茶碱等,患者症状多于 0.5 ~ 1 h 后缓解。

参考文献:

[1] 童朝辉, 王臻, 王辰. 内科胸腔镜技术及其临床应用[J]. 中华结核和呼吸杂志, 2007, 30(3): 220 - 222.

[2] 潘频华, 杨红忠, 胡成平, 等. 可弯曲内科胸腔镜在不明原因胸腔积液中的应用分析[J]. 中国内镜杂志, 2007, 13(11): 1197 - 1199.

[3] 孙建华, 马俊婷, 李兰生, 等. 80 例诊断性胸腔镜并发症的观察和护理[J]. 护理研究, 2011, 25(3A): 626 - 627.

[4] 殷莉, 邱宁雷, 旷玉明. 经胸腔镜治疗胸腔积液 23 例护理配合[J]. 齐鲁护理杂志, 2010, 16(26): 63 - 64.

[5] 柯彩霞, 刘晓华, 刘琼慧. 内科胸腔镜手术并发症的观察及护理[J]. 实用医学杂志, 2008, 24(20): 3599 - 3600.

(**收稿**:2012-01-13;**修回**:2012-03-19)

(编辑 邓强庭)