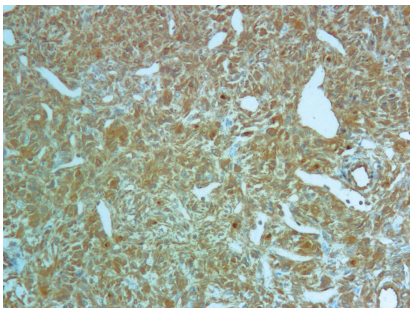


图3 梭形细胞和卵圆形细胞表达 CD34(EnVision 二步法 ×100)

一个新的病变实体,而是 SFT 的一个亚型。因此,Guillou 等[3]将其命名为含有脂肪组织的 SFT 的变异型(fat-containing variant of SFT)。2013 年第 4 版 WHO 软组织肿瘤分类中,首次提出该肿瘤是 SFT 的一个亚型,并正式命名为 FFSFT[1]。

根据第 4 版 WHO 软组织肿瘤分类中关于 FFSFT 的诊断标准,结合本例肿瘤的组织病理学特征和免疫组化染色结果,该患者被诊断为 FFSFT。临床上,FFSFT 通常生长缓慢,多数患者没有症状,少数患者由于肿瘤压迫可出现相应的症状。FFSFT 发病年龄是21~79岁,平均发病年龄和中位年龄分别是 50.9 岁和 51.0 岁。男性发病率稍高于女性(31∶21)。腹膜后和下肢的深部软组织是最常见的发病部位,其他累及的部位有眼眶、纵隔、脊髓等[4-6]。大体检查肿瘤界限清楚,可有或无包膜,中等大小,切面灰白色夹杂多少不等的灰黄色[7-8]。组织学上,肿瘤组织内可见分化成熟的脂肪组织和血管外周细胞瘤样区域。血管外周细胞瘤样区域细胞丰富,细胞为梭形和卵圆形,细胞无异型性,核分裂相罕见。血管外周细胞瘤样区域可见特征性的鹿角状薄壁血管,梭形细胞和卵圆形细胞围绕这些血管排列[1,9]。免疫表型上,梭形细胞和卵圆形细胞表达 CD34、CD99、Vimentin 和 BCL-2[7]。

FFSFT 的诊断主要根据其特征性的组织病理学改变和免疫表型,但需要和血管平滑肌脂肪瘤、梭形细胞脂肪瘤、脂肪肉瘤和神经鞘瘤等鉴别。FFSFT 中可见分支状血管,不见畸形的厚壁血管,肿瘤细胞表达 CD34、CD99,不表达 SMA、HMB45 和 Melan-A,以此可以和血管平滑肌脂肪瘤鉴别。梭形细胞脂肪瘤中可见梭形细胞和束状的硬化胶原交错分布,可见多核巨细胞,其细胞核呈花环状排列,不见分支状血管。完整切除肿瘤是 FFSFT 的治疗方式,FFSFT 预后较好,目前未见手术切除后复发和转移的病例[5]。随访该患者9 个月,未见肿瘤复发和转移。

[参考文献]

[1] Zambo I, Veselý K. WHO classification of tumours of soft tissue and bone 2013: the main changes compared to the 3rd edition[J]. Cesk Patol, 2014,50(2):64-70.

[2] Nielsen GP, Dickersin GR, Provenzal JM, et al. Lipomatous hemangiopericytoma. A histologic, ultrastructural and immunohistochemical study of a unique variant of hemangiopericytoma[J]. Am J Surg Pathol,1995, 19(7):748-756. doi:10.1097/00000478-199507000-00002.

[3] Guillou L, Gebhard S, Coindre JM. Lipomatous hemangiopericytoma: a fat-containing variant of solitary fibrous tumor? Clinicopathologic, immunohistochemical, and ultrastructural analysis of a series in favor of a unifying concept[J]. Hum Pathol, 2000, 31(9):1108-1115. doi:10.1053/hupa.2000.9777.

[4] 高 靖,于冉冉,欧阳建东,等.脂肪瘤性血管外周细胞瘤3 例及文献复习[J].临床与实验病理学杂志,2013,29(12):1356-1358.

[5] Chen D, Xuan J, Sun M, et al. Lipomatous hemangiopericytoma(adipocytic variant of solitary fibrous tumor) of the parotid gland: a case report and review of the literature[J]. Oncol Lett,2013,6(5):1380-1382. doi:10.3892/ol.2013.1538.

[6] Chen Y, Wang F, Han A. Fat-forming solitary fibrous tumor of the kidney: a case report and literature review[J]. Int J Clin Exp Pathol,2015, 8(7):8632-8635.

[7] Jing HB, Meng QD, Tai YH. Lipomatous hemangiopericytoma of the stomach: a case report and a review of literature[J]. World J Gastroenterol,2011,17(43):4835-4838. doi:10.3748/wjg.v17.i43.4835.

[8] Esquenazi Y, Christopher C, Tandon N, et al. Lipomatous hemangiopericytoma of the sellar region: case report and review of the literature[J]. Ann Clin Lab Sci,2014,44(1):104-108.

[9] Böcker W. WHO classification of breast tumors and tumors of the female genital organs: pathology and genetics[J]. Verh Dtsch Ges Pathol, 2002,86:116-119.

(编辑:魏 源)

doi:10.11659/jjssx.06E016027

烧伤患者气管切开术后窒息原因分析及对策

杨 娟,周宜芳,陈文娣,王良喜 (解放军第 97 医院烧伤整形科,江苏 徐州 221004)

Causes analysis and countermeasures of asphyxia after tracheotomy in patients with burn injury

YANG Juan, ZHOU Yi-fang, CHEN Wen-di, WANG Liang-xi (Department of Burn and Plastic Surgery, 97th Hospital of PLA, Xuzhou Jiangsu 221004, China)

[关键词] 烧伤;气管切开术;窒息
[中图分类号] R619 [文献标识码] B [收稿日期] 2016-05-10

[通信作者] 王良喜,E-mail:wlxi73@163.com

窒息是烧伤早期突发死亡的主要原因,预防性气管切开是减少烧伤患者早期突发性死亡的重要策略[1]。2011 年至 2015 年我科共收治烧伤患者 7 874 例,其中实施预防性气管切开术 136 例,术后意外窒息 7 例,经及时处理均迅速恢复有效通气,未出现明显并发症。现报道如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料

2011 年至 2015 年我科共收治烧伤患者 7 874 例,实施预防性气管切开术 136 例,术后意外窒息 7 例(占比 5.1%),表现为患者突发呼吸困难,躁动,口唇青紫,指脉血氧饱和度迅速降至 90% 以下;男 6 例,女 1 例,年龄 26 岁 ~49 岁,平均(33.4 ± 10.2)岁;进一步检查证实,气管套管完全堵塞 4 例(男 3 例,女 1 例),气管套管脱出 3 例(均为男性)。

1.2 方法

对患者进行急救:套管完全堵塞者,立即解开或剪断固定绳,拔出套管;套管拔出或套管脱出后,立即以血管钳撑开颈部瘘口通气,并协助医生尽快插入新的气管套管;对于因颈部肿胀所致套管脱出者,注意更换加长的气管套管。对气管套管完全堵塞、气管套管脱出原因进行分析,提出防治对策。

2 结果

7 例气管切开术后意外窒息的患者中,4 例气管套管完全堵塞,均出现在术后 48 ~96 h,套管拔出后,可见黏稠的痰液形成痰痂,牢固粘附在套管内壁,呈坡状,越靠近远端越厚,直至完全堵塞管腔。3 例气管套管脱出,2 例出现在术后 8 ~30 h,系随着病程进展,患者颈部软组织肿胀明显加剧,导致气管套管长度相对不足所致;1 例出现在术后 53 h,系颈部水肿消退后未及时调整固定绳长度所致。经急救处理,7 名患者均迅速恢复有效通气,未出现呼吸骤停、重要器官缺氧性损害等并发症。此后注意充分湿化气道、及时吸痰,未再出现气管套管堵塞;及时调整固定绳,未再出现气管套管脱出。

3 讨论

烧伤患者早期预防性气管切开的手术指征主要包括:①头面部深度烧伤,口唇呈鱼嘴状;②颈胸部环形半环形焦痂,限制呼吸;③大面积烧伤后水肿,预计体位改变可能导致气道阻塞;④严重的吸入性损伤[1]。气管切开患者由于上呼吸道加温湿化功能丧失,吸入干燥空气,加上气管切开后呼吸道水分丢失明显增加,如果湿化不充分,就容易造成痰液干燥结痂,从而导致呼吸道阻塞,因此适度湿化是气管切开护理的关键环节[2],是人工气道管理最主要的内容[3]。本文 4 例气管套管完全阻塞,皆因气道湿化不足痰液干燥结痂所致。部分学者对气道湿化的方法进行了改进,有的对湿化液的配方进行了改进,将传统的 0.9% 氯化钠改为 0.45% 氯化钠,并在溶液中加入沐舒坦(氨溴索)[2];有的对湿化方法进行改进,推荐使用微量注射泵结合人工鼻持续湿化法[4];有的主张早期使用 1.25% 碳酸氢钠进行气道冲洗[3]。除加强气道湿化外,及时清除套管内的分泌物和及时给患者吸痰也十分重要[5],曹淑琴等[6]推荐采取听诊吸痰法,即用听诊器定时听诊气管内痰鸣,以便及时吸出;同时教会患者用手语表达吸痰需求。气管切开术后意外窒息发生后,我们改进了气道湿化液的配方,并在痰液黏稠时使用 1.25% 碳酸氢钠进行气道冲洗。及时吸痰,使用常规方法吸痰的同时,定期使用纤维支气管镜吸痰并进行气道灌洗,有效地保障了气道通畅。

气管切开术后的意外脱管也是烧伤患者早期死亡的一个重要因素,尤其是当其发生在气管切开后的 1 周之内时,抢救成功率很低。夏照帆等[1]归纳了容易发生意外脱管的危险人群和危险因素:①大面积烧伤且颈部肿胀明显的患者;②肥胖且颈部粗短的头面颈部烧伤患者;③气管切开手术质量差,切开位置偏低;④医疗操作时气管套管护理不当;⑤回吸收期未及时调整气管套管固定绳。同时针对这些危险人群和因素制订了一系列预防措施:①对大面积和头面部烧伤患者早期启动预防程序;②颈部粗短且肿胀严重者应用加长气管套管;③对转院患者重新评估意外脱管危险性;④在医疗操作中强化意外脱管预防意识;⑤回吸收期及时调整固定绳[2-6]。我科的气管切开术由耳鼻喉科医师实施,动作熟练,操作仔细,且切开位置选择恰当,因此气管切开手术质量均较满意。意外脱管主要系颈部肿胀、气管套管长度相对较短所致,以后的气管切开术中尽可能选择加长气管套管。我们坚持做到回吸收期每 8 h 检查、调整固定绳一次,有效地预防了因固定绳较松所致的意外脱管。但仍有 1 例发生,系个别护士责任心不够强所致,注意坚持加强对护士的慎独精神教育和培养。

气管切开术后患者的护理很重要,病情观察同样重要。除了定期检查固定绳的松紧度外,更需对套管在位情况、通畅情况、患者的呼吸、血氧饱和度等加强观察。为保证气管套管意外堵管、脱管等情况发生时能及时予以急救,该类患者床旁常规备一清创包,以便套管完全堵塞时能及时剪断固定绳、拔出套管,同时在套管拔出或套管脱出后,能及时以血管钳撑开颈部瘘口临时通气。这是 7 例意外窒息发生后未出现明显并发症的重要保证。

[参考文献]

[1] 夏照帆,王钟山,房 贺. 烧创伤相关肺损伤系统控制技术的研究与转化[J]. 中华烧伤杂志,2013,29(2):113 - 115. doi:10.3760/cma.j.issn.1009 - 2587.2013.02.005.

[2] 张 云,吴杨炀,张 逸,等. 改良气道湿化液在烧伤气管切开病人的临床应用[J]. 中国保健营养,2014,24(2):610 - 611. doi:10.3969/j.issn.1004 - 7484(x).2014.02.010.

[3] 郗玉芝. 严重烧伤合并吸入性损伤气管切开患者的呼吸道管理[J]. 护士进修杂志,2011,26(18):1726 - 1727. doi:10.3969/j.issn.1002 - 6975.2011.18.043.

[4] 姜蒙丽,刘 琰. 不同气道湿化法在烧伤合并吸入性损伤气管切开患者中的应用[J]. 齐鲁护理杂志,2014,20(10):88 - 89. doi:10.3969/j.issn.1006 - 7256.2014.10.050.

[5] 李巧银,王爱珠,唐秋焕. 颅脑外伤患者气管切开术后护理方法的探讨[J]. 局解手术学杂志,2011,20(4):414 - 415. doi:10.3969/j.issn.1672 - 5042.2011.04.034.

[6] 曹淑琴,王良喜,孙 媛,等. 烧冲复合伤内脏损伤患者的观察及护理[J]. 徐州医学院学报,2013,33(9):629 - 630. doi: 10.3969/j.issn.1000 - 2065.2013.09.020.

(编辑:左艳芳)