维普资讯 http://www.cqvip.com

据相关文献报道，肱动脉双干发生率为7.72%，分为9型。本例不在9型中实属罕见，桡大正中动脉发生率为3.74%（本例为浅正中动脉），但发自双干型肱动脉者未见报道。双肱动脉弓形吻合有3侧，且弓远动脉较肱动脉浅干为粗，本例则显细，且有关节支自弓凸侧发出。桡动脉终末分支与拇指、食指动脉的关系亦属少见变异。

由于变异典型、对国人臂动脉干的变异、分型及定名有参考价值，对临床臂部手术、断掌、断指手术也有参考意义。

（收稿：2001-06-05）

Fallot's四联征术后出现乳糜胸一例

王文林* 曾伟生* 蒋仁超* 曹振飞*

一、临床资料

病例：男性，18岁，因自幼发现心脏杂音于2000年11月13日首次入院。患者有紫绀、蹲踞、活动后心慌气短病史。入院查体见杵状指，口唇紫绀，胸骨左缘第2、3肋间闻及III/6级收缩期杂音，P2减弱。心脏超声检查提示右心室肥厚、肺动脉狭窄，主动脉骑跨，室间隔缺损。术前诊断为Fallot's四联征。经充分准备，于2000年11月22日在全麻体外循环下行根治手术。术中以涤纶补片修补室间隔，自左侧心包壁切除自体心包约4cm×5cm大小、加宽右室流出道。手术顺利，术后恢复良好，于2000年12月6日病愈出院。一月后，病人因感冒出现发热、咳嗽，在当地治疗一周效果不佳而第二次入院。入院查体发现左侧呼吸音低，X线检查见左侧胸腔积液，行胸腔穿刺，抽出300ml淡红色胸液，乳糜试验为阳性。2d后，再次行胸腔穿刺，抽出400ml淡红色胸液，乳糜试验依然阳性，考虑为乳糜胸，向左侧胸腔注50%葡萄糖溶液100ml，共3次，胸腔积液消失。

二、讨论

乳糜胸是胸外手术常见的并发症，但多见于左侧胸部切口，其它部位的切口少见。在正中胸骨劈开切口施行心脏手术时，因为手术操作仅局限在上纵隔和前、中纵隔，损伤胸导管的可能性不大，因此，心脏手术并发乳糜胸的机会很少。本例病人在术后出现该并发症的原因可能与以下因素有关：1.上纵隔呼前纵隔内的淋巴管可能受损伤，这些细淋巴管主要包括胸骨旁淋巴结和肋间淋巴结的输入和输出淋巴管；2.由于Fallot's四联征手术较为复杂，左侧胸膜在切除心包补片时缺损，纵隔内的淋巴回流可能通过缺损处流入左侧胸腔；3.左侧破裂的胸膜周围可能有淋巴管受损。由于本例病人损伤细小淋巴管的可能性较大，因此，胸腔积液的量较少，治疗效果也较理想。以其它替代物行右室流出道的修补可预防这种并发症的发生。

（收稿：2001-04-30

* 作者单位：510010 广州市广州军区总医院心胸外科

肾移植术后观察及护理

王殿珍* 许爱华* 吴 亿*

肾移植术后的护理是肾移植成功的关键因素。现将我院1998年5月至2001年4月，开展的100例肾移植术后的观察及护理介绍如下。

一、临床资料

肾移植患者100例，男74例，女26例，年龄最大69岁，最小9岁。100例肾移植术后病人中10例出现急性排斥反应，1例出现超急性拜谢斥反应、13例发生感染，1例尿瘘，1例移植肾破裂行肾修补术，8例出现心衰。近期随诊79例，患者身体状况好，能从事一般家务劳动或工作。

二、术后的观察及护理

1.密切观察病情变化：重点在体温、血压、氧饱和度监测。

体温观察：无论排异或者感染均会导致患者发热。感染时发热的发生率达100%，排异时发生发热的达91.6%，但排异时的发热常为突然发生，多为中度热，大多发生在清晨服用免疫抑制剂药物之前；而感染发热开始时体温逐渐上升，多为高热，伴寒颤或畏寒，有呼吸道、泌尿道、皮肤等定位症状和体征。本组肾移植术后不同时期高热13例，分析其病因均为感染。

血压观察：血压过低可使移植肾灌注不良，造成移植肾第2次热缺血，导致移植肾功能衰竭，血压持续处于高压状态容易诱发心衰，肾移植后血压一般在20/12 kPa左右较理想，既保证了肾脏的有效血液灌注，也减轻了心脏后负荷。

血氧饱和度是最早反应机体组织细胞和微循环的客观指标。当血氧饱和度低于90%时有发生心衰的危险，如及早发现血氧饱和度的变化、加大吸氧流量，可改善心肌缺氧症状后，缓

* 作者单位：400038 重庆市第三军医大学西南医院泌尿中心肾科

维普资讯 http://www.cqvip.com

解心衰症状

2. 移植肾功能观察：①尿液的分泌是反映移植功能的重要标志之一，要及时记录每小时尿量及尿液性质。②病人术后少尿或无尿，应注意输尿管支架管、尿管是否通畅，液体入量是否不足、有无移植肾区出血，注意有无排斥反应及急性肾小管坏死的发生等。③随时了解肾功能检验结果，血肌酐、血尿素氮在肾移植后应逐步降至正常。④移植肾区有无肿胀、疼痛是否加重、伤口有无出血、血肿等。

3. 液体出入量观察：①正确调节液体的速度：液体的补充应根据尿量、血压、心功能、中心静脉压测定来综合判断。②保持出量入量平衡，心衰病人严格控制输入速度。③血压与尿量的关系：血压高而尿量多时，应适当控制液体入量；血压低尿量少时应加快液体速度，必要时静滴人体白蛋白提高血浆渗透压。

4. 环孢霉素浓度的观察：移植肾发生排斥反应与环孢霉素在血液中的浓度过低相关，对肝脏、肾脏的毒性反应与环孢霉素在血液中的浓度过高相关，监测环孢霉素浓度，利于及早避免排斥反应和肝、肾毒性的发现。

5. 术后并发症观察及护理：①排斥反应与感染防护：尸体肾移植成功的因素有两个，一是预防移植肾的排斥，二是保持受者一定的免疫力以防感染，因此对排斥反应观察与感染防护十分重要。排斥反应观察：排斥反应表现为全身不适、无力、烦躁不安、发热。血压、血肌酐、血尿素氮增高，尿量减少、移植肾区肿胀、压痛、B 超提示移植肾体积增大、血流减少、血管阻力指数大于 0.75。排斥反应处理：甲基强的松龙(MP)0.5 g/d 或抗胸腺淋巴细胞球蛋白(ATG)100 mg/d，连续 3 d 静滴，因尿量减少而出现全身明显钠水储留，应恢复血液透析直至尿量增加，经上述处理排斥反应不能逆转时应摘除移植肾。本组 10 例出现移植肾急性排异反应，经血液透析、积极抗排斥反应、保护肾功能及对症等治疗，9 例病情逆转而成功，1 例摘除了移植肾。1 例发生超速排斥反应、摘除了移植肾

感染防护：常见病原体有：细菌、病毒及真菌。部位多见于上呼吸道、尿路。为了预防术后感染，病房采取严密的保护性隔离措施，定期做咽拭子及痰细菌培养、室内空气培养每周 1 次。本组 2 例上呼吸道感染，1 例尿道感染，经积极抗菌治疗后，感染得到控制。

②移植肾破裂：多发生于术后 1～3 周之内，患者表现为典型的"三联症"——移植区疼痛、低血压、少尿。腹压突然增高、透析抗凝治疗、体位改变等是移植肾破裂的主要诱因。本组 1 例因剧烈咳嗽后出现血压下降、面色苍白、移植肾区疼痛明显、尿量突然减少，诊断为移植肾破裂，急诊行肾修补术后移植肾功能恢复。

③移植后心衰：原发性和继发性高血压、移植肾功能低下、液体输入明显大于排出致水钠潴留等因素，使心脏前后负荷加重而致心力衰竭。本组 8 例出现心衰，经抗心衰处理后取得满意效果。

④尿瘘：产生尿瘘的原因有外科手术因素、感染、排斥反应、血供障碍(肾局部梗死、输尿管坏死)、组织愈合不良等。本组有 1 例出现尿瘘。表现为发热、右移植肾区肿胀、压痛、伤口渗黄色液体浸湿敷料、自解小便减少，经放置引流管处理后尿瘘消除，患者痊愈出院。

此外，还有诸如急性肾功能不全、术后出血等并发症。

6. 出院指导：包括讲解服药、早期发现排斥反应、预防并发症的方法、做好家庭内消毒隔离、指导日常生活、定期复查肝肾功能、环孢霉素浓度。

(收稿：2001-07-03)

右肺鳞癌并发绒毛膜促性腺激素增高一例

金秀华* 郭丽娟*

一、临床资料

病例，男性，47 岁，咳嗽，气短伴头痛，双侧乳腺增大三个月。查体：神志清，呼吸稍促，口唇无发绀，颈静脉无怒张，浅表淋巴结无肿大，双侧乳腺肿大，各为 4.5cm × 4.5cm × 2cm 大小，中等硬度、轻度触痛，可活动，乳晕黑褐色。右上肺叩诊浊音，呼吸音弱 心率 84 次/min，心音清，律齐。腹部平坦，肝、脾未触及，肠鸣音正常。四肢活动自如。生理反射存在，无病理反射。辅助检查：X 线胸片检查发现右肺上叶 8cm × 12cm 大小占位性病变。后经胸部 CT 检查诊断为右肺周边型肺癌，两肺内转移及纵隔淋巴结转移。头部 CT 诊断脑转移癌，腹部 CT 发现胰尾部转移癌。右肺穿刺活检和痰检均报告为鳞状细胞癌。血中绒毛膜促性腺激素(HCG)高达 3767 MIV/ml(正常 < 8 MIV/ml) 临床诊断：右肺周边型肺癌伴脑、胰腺转移(IV 期，鳞状细胞癌)。

二、结果：入院后采用 DDP、VP－16、BLM 化疗一疗程，病人自觉咳嗽，头痛及双侧乳腺肿大略有好转，复查 HCG：2196MIV/

* 作者单位：114033 辽宁省鞍山市鞍钢曙光医院化疗科