维普资讯 http://www.cqvip.com

量极小，用量约 5 ~ 10U·kg^{-1}·h^{-1}，可以不给予首剂，ACT 即可延长 40 ~ 80%，当 HCT 高或血小板计数高时，用量酌增，因此 CRRT 较 HD 和 HF 能明显减轻胃肠道出血的发生率；CRRT 使用时只有低蛋白结合率，高肾脏排泄率，血药分布容积低的药物才需调整剂量而移植后使用的免疫抑制剂均不在此列，不会诱发排斥反应；CRRT 还有独特的肾外作用，如具有抗炎、降温、清除内毒素、TNF - A 以及多种炎症蛋白因子和介质，对于体外循环产生的其他毒素也有较好的清除作用。

2. CRRT 时应注意的几个问题：①血路：为确保血流量充分恒定，导管留置时间长，行颈内静脉单针双腔导管插管是最佳选择。②肝素：血透中肝素用法和用量，视病情和各种出凝血化验值而定，套用一种模式或经验抗凝方法是不够的。本文例 1 用无肝素透析是为了防止加重术中出血，而且治疗时间短。例 2 因 CRRT 治疗时间长，患者又无明显的出血指征，而用小剂量肝素输入法。两例在治疗中均无出凝血。③超滤量设置：要根据出入量，水肿程度、血压，中心静脉压作调整，要维持水电解质平衡。一般初期超滤量大，以纠正水潴留，后逐渐减量并稳定于适当水平。④严密观察病情变化，随病情做具体处理和调整 CRRT 各种参数值；⑤严格无菌操作，防止诱发感染。

手术治疗左锁骨下动脉闭塞症一例

禹 亮* 张明宇* 殷 辉*

一、临床资料

患者，男，49 岁。头晕 20 年，常有晕厥发作，左上肢麻木，左肩痛 5 年。查体：左上肢无脉。升主动脉造影未见左锁骨下动脉显影，选择性左锁骨下动脉造影见左锁骨下动脉起始部完全闭塞，长约 10mm，闭塞的远端左椎动脉侧枝循环延迟显影。彩超见左椎动脉血液逆流。X 线片，CT 片排除颈椎病变。诊断：左锁骨下动脉闭塞症，左锁骨下动脉盗血。

在全麻下左前外三肋间入胸，见左锁骨下动脉起始部 15mm 长的纤维素机化斑块钙化左锁骨下动脉完全闭塞，游离左锁骨下动脉及主动脉，切断病变远端，结扎近端，用 8mm 人工血管行左锁骨下动脉远端端一端吻合，主动脉端端一侧吻合，术后一周应用肝素抗凝，病人挠、尺动脉搏动良好，无头晕，7 天顺利出院。应用阿斯匹林、华法令抗凝半年随访无异常。

二、讨论

该病少见，注意与颈椎病及左上肢动脉血栓形成或栓塞鉴别。颈椎病有远端脉搏；左上肢动脉血栓形成或栓塞，无头晕且左上肢缺血症状严重。因该病造成脑部缺血，后果严重，选择手术治疗。术前细致的检查和正确的术式选择是保证手术成功的关键，术中注意游离锁骨下动脉前壁时勿损伤迷走神经，术后应长期应用小剂量阿斯匹林防止人工血管闭塞。

* 作者单位：150001 黑龙江省哈尔滨医科大学第一临床医学院心血管外科
** 密山市兴凯湖集团医院

一例左锁骨下动脉闭塞症术后的护理体会

朱 薇* 刘 洋** 张春荣*

锁骨下动脉闭塞症非常少见，可造成脑部缺血，后果严重，常规扩血管药物应用疗效欠佳。人工血管置换术是近年新开展的手术。2001 年 7 月我科成功地为一名锁骨下动脉闭塞症患者行人工血管置换术，术后病人挠，尺动脉搏动良好。头晕症状消失，术后 7 天全愈出院。

一、临床资料

病人为男性，49 岁，头晕 20 年，常有晕厥发作，左上肢麻木，左肩疼痛 5 年，查体左上肢无脉，升主动脉造影未见左锁骨下动脉显影、选择性左锁骨下动脉造影见左锁骨下动脉起始部完全闭塞，长约 10mm，闭塞的远侧左椎动脉枝延迟显影。彩超见左椎动脉血液逆流。X 线片，CT 片排除颈椎病变。诊断：左锁下动脉闭塞症，左锁骨下动脉盗血。

二、术后护理体会

1. 术后给予一级护理，密切观察血压变化，血压过低应及

* 作者单位：150001 黑龙江省哈尔滨医科大学第一临床医院心外科
** 黑龙江省松江电机厂职工医院外科

维普资讯 http://www.cqvip.com

时通知医生、对症处理,该患血压正常,无出血倾象。

2.血循环观察,2h一次,注意观察左桡、尺动脉搏动是否良好,该患者经过48h观护,左桡、尺动脉搏动良好。

3.扩血管抗凝药物的应用。给予脉栓通15000mg,0.9%生理盐水250ml,静滴。肝素1/4支1/6h静滴。3d以后改为口服小剂量的阿斯匹林,以防止人工血管闭塞。

4.出院指导,指导病人定时定量服用抗凝药,每月测一次PT、APTT,根据PT、APTT值调整药量。嘱病人3个月来院全面复查一次。

(收稿日期:2001-10-03)

肺血管平滑肌肉瘤一例报告

李兴富* 刘振玉*

肺平滑肌肉瘤是一种较少见的肺部原发性的恶性肿瘤,其临床表现、X线及CT表现均无特征性,我院收治1例报道如下。

一、临床资料

患者,女,34岁,两周前出现原因不明的发热,在当地医院以感冒抗炎治疗一周,效果不佳,并出现胸闷持续性发热,体温在38℃左右。自发病以来、无明显咳嗽、咳脓痰及咳血病史。胸部正侧位片检查:见右肺上叶10.5cm×11cm×13cm的肿块影,边缘光整,密度均匀,两肺门影无增大及纵隔增宽征象;侧位见肿块占据右肺上叶的后上方,X线报告:①右肺上叶外周型肺癌。②神经源肿瘤(良性)。③肺肉瘤。建议CT检查。行胸部CT平扫,纵隔离:见右肺上叶一10.5cm×11.0cm×13.0cm的肿块影,边缘光整、无分叶、其密度不甚均匀,肿块内可见不规则的低密度坏死区、纵隔及肺门区未见肿大淋巴结,胸腔无积液征象。上部椎体椎弓根及椎间孔无破坏及扩大征象。肺穿:见肿块下方有肺纹理密集影像。CT报告:①右肺上叶外周型肺癌。②右肺上叶肺肉瘤。身体其它检查,均无异常改变。入我院胸外科,手术后病理报告为肺血管平滑肌肉瘤。

二、讨论

肺平滑肌肉瘤发病率极低,仅占肺部原发恶性肿瘤的0.2~2.0%左右,这些肿瘤在生物学、诊断学的鉴别诊断和预后等方面与原发性肿瘤相似,不易确诊。肺肉瘤多半是以纤维肉瘤和平滑肌肉瘤为主,发病年龄以青壮年居多,男性略多于女性,发生于肺的平滑肌肉瘤很罕见,国内仅有散在个案报道。临床表现和影像学都缺乏特征性,最后确诊需病理学检查。其病理表现为:起源于支气管及肺血管的平滑肌,也有发生于肺实质者。一般生长缓慢,浸润局限,具有包膜。常见的临床症状为胸痛、发热,但较轻微,当肿瘤向支气管腔内生长阻塞管腔后可造成肺不张,继发感染等,这时可有咳痰、咳血、高热等症状。X线和CT表现分为中央型和周围型,中央型位于肺门附近的肿块向腔内侵犯,引起阻塞性肺不张。也可侵犯局部的淋巴结,但很罕见。周围型较多见,好发于两肺下叶的肺实质内,发现时肿块常较大,有时可占据整个肺叶。肿块边界清楚、光滑,可有分叶,但无毛刺,肿瘤中常有低密度坏死灶,偶可见钙化。巨大肿块压迫肺组织可产生膨胀不全,支气管受压时常可见狭窄和移位。随着病程的进展,邻近组织和器官也可受到侵犯。如胸膜受累时可出现胸腔积液。本病早期手术较佳,但仍有复发的可能。

本病痰细胞学检查阳性率不高,纤维支气管镜和经皮肺穿刺活检可明确诊断,CT检查能明确部位和精确测量大小,了解侵犯程度及引导穿刺。

(收稿日期:2001-08-01)

* 作者单位:154002 黑龙江省佳木斯大学附属第一医院放射线科

19例会阴三度裂伤临床分析

吴欣苹* 马秀娟*

临床上会阴三度裂伤是经阴道分娩的较少见的并发征,若不及时进行治疗,行会阴修补手术和良好的术后护理,最终会导致大便失禁,甚形成粪漏,本文对19例会阴三度裂伤进行临床分析研究,报道如下。

一、临床资料

1978年4月至1999年8月间,在我院产科住院经阴道分娩

* 作者单位:154002 黑龙江省佳木斯大学临床医学院妇产科