DOI:10.16016/j.1000-5404.2000.05.034

块表面常见污秽的坏死物覆盖,粘膜充血、水肿,管腔阻塞或狭窄,组织松脆。间接征象以阻塞最多见。FB下鳞癌主要表现以肿块型(多为菜花状肿物)最多见,占81.8%,其次是浸润及肿块伴浸润;腺癌以浸润并阻塞或狭窄多见;小细胞癌也以肿块并阻塞多见。另外,触之及活检易出血亦是肺癌镜下特点之一,尤以鳞癌及小细胞癌为甚[3,4]。

3.4 病理结果分析

本组活检阳性率93.9%,刷检阳性率61.6%,总的组织学阳性率96.5%,明显高于总的FB检查阳性率[5],与肺不张患者肿物均生长在大气道,较易活检有关。为提高FB病理诊断阳性率需注意以下几个方面:①取材要深,多部位钳取,最好在病变边缘部或中心实质部取材;遇坏死组织覆盖肿块时,应钳去部分坏死膜,露出淡红色肿块组织后再行活检;②力争第一次活检成功,以免活检后出血致视野模糊,增加活检困难;③应活检、刷检合并使用。本组3例活检阴性而刷检阳性,说明尽管活检阳性率高,但单纯活检仍有不足,应二者合并使用;④高度可疑肺癌而活检等阴性,可再行FB检查,以提高阳性率。本组7例经2~3次FB检查方确诊。另外,在镜检后留痰查癌细胞也可提高阳性率。这与镜检后癌组织易脱落及支气管腔得到疏通、易引流等有关。

总之,FB检查对明确肺不张的病因和指导治疗具有重要价值,为一种不可缺少的诊断方法。

参考文献:

[1] 徐 萍,孙 坚,李 洁.纤维支气管镜检对肺不张病因的诊断[J].中国内镜杂志,1999,5(5):50—51.
[2] 汤华战,毕耜宝,张锦玲,等.1 008例肺不张纤支镜检查结果分析[J].临床医学,1993,13(6):296.
[3] 林耀广,刘春艳,王 虹,等.肺癌在支气管镜下的特征[J].中华内科杂志,1998,37(4):235—238.
[4] 任华丽.纤维支气管镜下肺良性与恶性肿瘤的鉴别诊断[J].中国内镜杂志,1999,5(3):47.
[5] 曲昌发,刘晏杰,潘琳娜,等.5 800例纤维支气管镜检查(附2 820例原发性肺癌诊断分析)[J].实用肿瘤学杂志,1993,7(4):23—25.

(编辑 王 红)

文章编号:1000-5404(2000)05-0489-01

经验与短篇

45例成人法乐氏四联症围手术期的监护体会

Perioperative monitoring for 45 adults with Fallot's tetralogy

刘晓莉,杜俊兰,朱学敏,袁 华 (第三军医大学附属新桥医院心血管外科,重庆 400037)

成人法乐氏四联症由于其病理生理的特殊性,其手术和围手术期监护与儿童不同。我科1987年1月至1998年12月共行16岁以上成人法乐氏四联症根治手术45例,现对其围手术期的监护观察和处理体会报告如下。

1 术前准备

成人法乐氏四联症,症状及体征明显,病程长,顾虑多,病人的必理负担较之儿童重,除耐心做好病人思想工作外,应嘱其卧床休息,间断吸氧,术前一周静滴极化液以增加心肌储备,术前2 d使用抗菌素防止感染,同时使用维生素k1针10~20 mg静滴。

2 术后管理

2.1 循环系统的监护

成人法乐氏四联症心肌细胞变性和纤维化,左心室肥厚较儿童更严重,加之手术转流时间长,组织牵拉水肿更明显引起心肌收缩无力和顺应性下降,术后低心排,心律失常等并发症发生率高达25%[1]。因此术后要密切观察血压、心率、心律、中心静脉压、尿量及血球压积的变化,根据以上观察指标及时补充血容量,防上低容量性休克。术后收缩压维持在12 kpa以上,中心静脉压在1.0 kpa左右,尿量72 ml/h。术后使用洋地黄类药物强心治疗的患者,护理中应定期检查血钾,防止低钾、洋地黄中毒,本组发生低心排10例,因护理周全及时发现,治疗全愈8例,另2例术后发生顽固性低心排,抢救无效而死亡。

2.2 呼吸系统的监护

本组病人术后均带气管插管进入ICU病房,给予呼吸机支持呼吸,病人未清醒时呼吸方式选用定容控制呼吸,必要时可给予少量PEEP,一般为5 cm H_2O压力,以改善肺泡通气,吸氧浓度开始为60%,2~3 h后改为40%,呼吸机的时间长短病情的轻重、心脏畸形的程度、循环是否稳定、出血情况而定,大部分病人术后24 h内拔掉气管插管。重症病人呼吸机需要支持48 h,甚至更长的时间,对于72 h后不能脱机病人改鼻插管或行气管切开,以利口腔及气管管理。成人法四,病程长,病情多危重,术后呼吸机支持一般较儿童长,气管切开者亦较儿童多,

(下转492页)

作者简介:刘晓莉(1962—),女,重庆市人,主管技师,主要从事临床护理技术方面的研究,发表论文6篇。电话:(023)68755000—74607

收稿日期:1999-10-17;修回日期:2000-03-06

?1994-2016 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved. http://www.cnki.net

组比较，低渗组轻度减少（$P>0.05$），而高渗组显著减少（$P<0.001$），与其他学者报道较为接近[5]，肝细胞水化状态诱发的[^{3}H]亮氨酸[^{3}H]TdR掺入量改变之间呈非常显著正相关，提示肝细胞水化状对细胞内蛋白和DNA合成的影响是完全一致的。

肝细胞水化状态使肝细胞膜Na^+/K^+-ATP酶活性改变的规律及与DNA和蛋白合成关系尚不清楚。肝细胞容积改变后膜Na^+/K^+-ATP酶活性测定发现，随培养时间延长与等渗组比较，高渗组膜酶活性逐渐增高，低渗组则随时间延长逐渐降低。将膜酶活性与[^{3}H]亮氨酸蛋白掺入量和[^{3}H]TdR DNA掺入量作相关分析发现，低渗时两者呈非常显著负相关（$P<0.01$），而高渗时呈非常显著正相关（$P<0.001$），说明高渗时膜Na^+/K^+-ATP酶激活，消耗细胞内能量，从而影响细胞内蛋白和DNA合成，而低渗时膜酶活性受抑制，可能对细胞内蛋白和DNA合成有利。但是Na^+/K^+-ATP酶活性改变是否通过其他机制，直接或间接地影响细胞内蛋白或DNA合成尚有待进一步研究。

培养上清液中反映肝细胞损伤的指标ALT、AST、LDH活性始终在正常临界范围波动，说明肝细胞肿胀膜通透性增高，酶溢出略增加并非肝细胞病理性损害。也进一步验证不同渗透压培养对鼠肝细胞蛋白和DNA合成抑制及膜酶活性变化受细胞水化状态调节，且这一改变属生理性[1]。

参考文献：

[1] Haussinger D, Schliess F. Cell volume and hepatocellular function[J]. J Hepatol, 1995, 22(1): 94—100.

[2] Agius L, Peak M, Beresford G, *et al*. The role of ion content and cell volume in insulin action[J]. Biochem Soc Trans, 1994, 22(3): 516—522.

[3] Haussinger D, Roth E, Lang F, *et al*. Cellular hydration state: an important determinant of protein catabolism in health and disease[J]. Lancet, 1993, 341(8 856): 1 330—1 332.

[4] 王宇明，陈国致，董家鸿，等. 分离肝细胞的一种体外灌流法[J]. 中华消化杂志，1994，14(3)：175.

[5] Stoll B, Gerok W, Land F, *et al*. Liver cell volume and protein synthesis[J]. Biochem J, 1992, 287(1): 217—222.

[6] 孙志贤 主编. 现代生物学理论与研究技术[M]. 北京：军事医学科学出版社，1995：300.

[7] Unverferth D V, Lee S W, Wallick K T. Human myocardial adenosine triphosphatase activities in health and heart failure[J]. Am Heart J, 1988, 115(1): 139—146.

[8] Holen L, Gordon P B, Seglen P O. Inhibition of hepatocytic autophagy by okadaic acid and other protein phosphatase inhibitors [J]. Eur J Biochem, 1993, 215(1): 113—122.

[9] Haussinger D, Lang F, Gerok W. Regulation of cell function by the celluar hydration state[J]. Am J Physiol, 1994, 267(3): E343—355.

（编辑 王 红）

（上接489页）

注意气管插管位置的深度，一般为第3、4胸椎之间较适宜，同时注意有无胸腔积液等，法四根治术后左心负荷增加，肺血骤然增多，或者纵隔毛细淋巴管破裂，常出现胸腔大量积液，而影响肺功能，使病人不能脱离呼吸机，本组发现大量胸腔积液5例，给予多次胸穿或胸腔引流，加强强心利尿后治愈。

2.3 水电解质的监测

成人法四，心肌应激性高，水电解质的微小变化均可引起心律紊乱，术中术后要求严密监测钾、钠、氯和中心静脉压，尽量维持在最佳状态，术后早期1～2 h测量各项指标1次。

2.4 术后引流管管理

体外转流时间长，凝血因子进一步破坏，因此术后容易出血[2]。术后引流量较儿童明显增多，本组病人第一个24小时胸腔引流量多在500～800 ml，个别病人达1 000 ml以上。发生心填塞而再次开胸4例，较之儿童为多。因此，术后要加强引流管管理。及时挤压引流管，保持引流管通畅，防止弯折、扭曲，严格观察引流液的性质、颜色和流出速度，密切注意血压、中心静脉压的变化。如引流连续每小时超过200 ml，或出现引流量突然减少，心律增快血压下降，中心静脉压升高，尿量减少等心包填塞征象，应尽早再次开胸止血。

2.5 肾脏功能的监护

由于长期慢性缺氧，不少病人术前就有不同程度的肾功能损害，重症病人常有下肢浮肿，尿蛋白＋＋～＋＋＋，文献[3]报道达6.7%，加之体外循环手术对肾脏的损伤，术后体内代谢产物增多，进一步增加肾脏负担，血红蛋白尿对肾小管的损害，特别是术后低心排进一步加重肾脏缺血缺氧，可导致急性肾功能衰竭。本组1例术后发生急性肾衰，抢救无效死亡。因而术后定期检查肾功能，加强对尿量的观察，注意尿的颜色、性质、比重、保持尿管通畅，病情允许应尽早拔除尿管。防止尿路感染，对严重血红蛋白尿的患者应给予碱化尿液。防止肾小管堵塞，尤其注意积极纠正低心排综合症，防止缺氧和低血压是保护肾功能的关键。

总之，成人法四术后并发症多，监护难度大，但只要手术治疗满意，加强围手术期监护，手术仍可取得与儿童相似效果[3]。

关键词：成人；法乐氏四联症；围手术期；监护
中图法分类号：R473.6 文献标识码：B

参考文献：

[1] 尤 伟. 成人法乐氏四联症术后并发症原因分析及护理[J]. 解放军护理杂志，1999，14(2)：186—188.

[2] 李年发，邵和安. 成人法乐氏三联症的外科治疗[J]. 中华外科杂志，1993，31(2)：118—119.

[3] 吴清玉，郭加强. 大龄法乐氏四联症75例手术经验[J]. 中国循环杂志，1992，7(4)：315—317.

（编辑 张大春）

?1994-2016 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved. http://www.cnki.net