DOI:10.16016/j.1000-5404.1994.03.034

2.2 能量及时程

本组平均放电次数12.35(3～56)次,平均累积电能7936(1300～33 800)J,平均X光暴露时间28(7～108)min,操作总时程平均119(40～360)min。

2.3 并发症及随访

本组中1例于35W放电消融时出现轻微胸痛,2例CK－MB轻度升高,分别为40 U与52 U/L(正常值<25 U/L),其中1例伴CK升高(249 U/L,正常值<195 U/L),均于24 h恢复正常,无严重并发症发生。随访1～7个月,1例复发,占4.76%。

3 讨论

射频旧频率为150 kHz～1.0 MHz的交流电,其频率介于声波(20～20 000 Hz)与超声波(1.0～10 MHz)之间[2]。根据射频能量、电压及电流的不同,对组织产生不同的效应。使用非常高的电压可产生切割效应,如外科手术所用的电刀;若电压略降低,则产生凝固作用,如术中电凝止血;若电压进一步降低(峰电压<100 V),则主要通过热效应对组织发挥作用,而RA就是利用这一特性。

众多临床研究表明,RA治疗AVRT安全可靠,成功率高[3～5],Chen氏报告1例双侧4条旁路,先后放电89次,累积能量达92 700 J,仅有CK－MB轻度升高[6]。本组中放电最多达56次,累积能量高达33 800 J,仅有2例CK－MB轻度升高,且24 h便恢复正常,没有发生严重并发症,成功率达90%以上,进一步证明该法治疗AVRT安全、有效。

提高治疗成功率及减少并发症是今后工作的重点,而消融电极的准确定位则是治疗成功的关键,我们的体会是:粗标CS电极、细标大头消融电极;熟悉冠状动脉解剖部位,以免误入左冠状动脉内消融发生急性心肌梗塞;同时仔细操作、严密观察,以防发生严重并发症。

关键词 射频;消融术;房室旁路;心动过速

中图法分类号 R541.71

参考文献

1 Lavergne T, Guize L, Heuzey JYL, et al. Transvenous ablation of the atrioventricular junction in human with high-frequency energy. J Am Coll Cardiol, 1987, 9:99A

2 Huang SKS. Radiofrequency catheter ablation of cardiac arrthythmias: Appraisal of an evolving therapeutic modality. Am Heart J, 1989, 118:1317

3 Jackman WM, Wang X, Friday KJ, et al. Catheter ablation of accessory atrioventricular pathways (Wolff－Parkinson－White Syndrome) by radiofrequency current. N Engl J Med, 1991, 324:1605

4 Kuck KH, Schliiter M, Geiger M, et al. Radiofrequency current catheter ablation of accessory atrioventricular pathways. The Lancet, 1991, 337:1557

5 Calkins H, Langberg J, Sousa J, et al. Radiofrequency catheter ablation of accessory atrioventricular connections in 250 patients. Circulation, 1992, 85:1337

6 Chen SA, Chiang CE, Chiou CW, et al. Radiofrequency ablation of bilateral quadruple accessory pathways in a patient with Wolff－Parkinson－White Syndrome. PACE, 1992, 15:1266

(收稿:1994-01-22;修回:1994-05-03)

支气管结核31例临床分析

段绪伟 凌培基 杨肇亨 王志强 (第三军医大学大坪医院呼吸科) 630042

我院从1983年7月至1992年12月经纤维支气管镜(以下简称纤支镜)活检,刷检和术后痰查抗酸杆菌及手术切除病理证实为支气管结核31例,现就其临床特征和纤支镜下表现分析如下。

1 临床资料

1.1 性别与年龄

男性16例,女性15例,男女之比为1.06:1。年龄最小20岁,最大74岁。平均41岁。

1.2 临床表现

咳嗽23例,咳痰17例,咯血12例,发热9例,胸痛5例,盗汗乏力各8例。

1.3 X线表现

单纯团块状阴影5例。肺不张4例。中叶综合征4例。大块状阴影7例。局部肺纹理增多5例。块影伴空洞2例。块影伴纹理增多粗乱2例,片状阴影伴气胸和胸水各1例。

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

1.4 纤支镜检查结果

支气管粘膜呈局限性或节段性炎症5例，粘膜增生隆起，管腔变窄9例，腔内乳头状物阻塞或部分阻塞17例。经刷检涂片或术后痰涂片查抗酸杆菌阳性9例（涂片均在Ⅱ以上）。镜下活检病理证实22例，手术切除病理证实2例。

2 讨论

支气管结核旧称支气管内膜结核[1]。本病在纤支镜问世以前临床确诊较困难。我院共检查2300人次，检出支气管结核经病理、细菌学证实31例，占1.4%。Lee氏[2]检出率占4.1%。支气管内膜结核是肺结核的严重并发症，其发病率占10%～38.8%[2]。

本组31例诊断依据为(1)纤支镜下活检病理证实为结核者；(2)镜下粘膜有改变，刷检涂片或痰查抗酸杆菌阳性者；(3)X线检查酷似肿瘤改变，纤支镜检为慢性炎症而手术切除证实为支气管结核者。

本组病人年龄不定，40岁以下占61%，41岁以上占39%，男女老少均有发病，故无好发年龄和性别区分。Lee[2]报告，女性是男性的3.8倍。

临床表现以咳嗽多见，常为干咳无痰、合并感染时有粘痰或黄色脓痰，抗炎效果差，可持续间断少量咯血或血痰。少数病人有低热，盗汗，乏力等中毒症状。起病呈慢性迁延经过。感冒、劳累是常见诱因。

X线表现各式各样，团块影、肺不张、块影伴空洞、肺门影增大、肺纹理增多等均可出现，发生部位常在支气管开口和主支气管内。X线部位与纤支镜所见一致。本组纤支镜见右上叶6例，中叶6例，右下叶9例，右中间段4例。在上叶3例，舌叶1例，左下2例。从发生部位看，右侧多于左侧(25:6)，与Lee氏[2]报告一致，可能与支气管的解剖，呼吸生理有关。

本组病例纤支镜所见并参照文献[3]，我们将镜下观察之病变分为3种类型：(1)炎症型8例，支气管粘膜呈叶性或节段性充血，水肿，轻度肥厚，常有表浅溃疡。(2)增生型10例，除炎症型表现外，粘膜肥厚，显著增生似唇样，管腔变窄，腔内可见肉芽组织增生，呈点状，其间有白色苔样坏死组织，沿支气管壁浸润，部分可波及二或三个分支。(3)肿瘤型13例，支气管腔被突起的肿物阻塞或部分阻塞，肿物呈结节状，乳头状，大小不等，其表面附有白色苔样坏死组织，粘膜糜烂，溃疡形成，其周围支气管粘膜充血，水肿、肥厚、肉眼观察酷似肿瘤。但与肿瘤相比，内膜结核肿瘤型的特征：增生之组织似球形，肿物边界相对清楚；病变组织活检时有一定韧性且出血较少，不像癌组织那样松脆，出血。

由于本病无特征性临床表现和对支气管结核不熟悉，临床医师对本病的警惕不高，而以胸片检查为主要依据者常误诊、漏诊。因本病的增生型和肿瘤型伴支气管阻塞形成肺不张时，肺内包块存在，无论从X线表现和纤支镜肉眼观察都与肺癌难以区别，故最常误诊为肺癌。因胸片示局限性肺纹理增多而纤支镜示局部充血者常误诊为肺部感染，支扩。前者增加病人的精神痛苦或可保守治疗而行手术治疗的错误。后者使病情迁延加重以致扩散，传播。支气管结核是开放排菌者，对患者是结核活动期，对社会是传播之源，故应十分重视。

本组31例中仅4例疑诊肺结核。2例手术证实，其余均在纤支镜下活检，刷检查痰抗酸杆菌证实为结核，而肺结核并发非特异性支气管炎占20%[3]，故增加了临床诊断难度。笔者认为下列情况应注意有本病的可能。(1)40岁以下的青年出现肺不张或块影者；(2)局限性肺纹理增多，经正规消炎疗效欠佳者。(3)纤支镜检查可见肉芽组织增生或肿瘤样改变而病理呈炎症者。(4)老年人伴有肺部块影而有低热、盗汗等结核中毒症状者。

本病确诊靠镜下活检刷检病理、细菌学检查，而活检，刷检和纤支镜检术后24 h痰找抗酸杆菌3种方法同时检查阳性率更高[4]。要在不同病变部位多次(4次以上)深部活检以提高阳性病理结果。刷检或痰检应注意涂片方法和及时送检，以提高阳性率。

关键词 结核；支气管疾病；支气管镜术

中图法分类号 R523

参考文献

1 杨绍禹，王素樱，孙素云，等. 气管、支气管结核65例临床分析. 中华结核和呼吸杂志，1990，13(3)：168

2 Lee HJ, Park SS, Lee DH, et al. Endobronchial tuberculosis: clinical and bronchoscopic features in 121 cases. Chest, 1992, 102: 990

3 陶仲为，姚秀云. 支气管内膜结核32例临床分析. 天津医药，1992，12：742

4 陈融华，邢玲玲. 纤维支气管镜检查对肺结核诊断的评价. 中华结核和呼吸杂志，1988，11(2)：105

(收稿：1993-09-08；修回：1994-02-04)

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