DOI:10.16016/j.1000-5404.1988.03.029

1例误吞义齿52h入院，X线片显示义齿位于3、4胸椎之间水平食管内，经右胸取出，切开食管时见义齿的金属卡环尖端恰对着主动脉弓上1cm处。

（2）巨大义齿，如镜取或粉碎失败而不能推入胃内者应尽早开胸。杨强等[3]认为，食管异物并发主动脉瘘的机制除由于尖锐性异物直接刺破主动脉壁外，异物压迫坏死形成食管憩室，继发感染形成假性动脉瘤是基本因素。故应尽早解除巨大异物对食管壁及周围组织的压迫。本组2例巨大义齿5.5×3.5cm、6.5×3.5cm分别嵌顿于距门齿23cm和34cm处食管内，前者开右胸，后者开左胸，见局部食管壁呈水肿状态。

（3）后纵隔脓肿可由于食管损伤，也可由咽后脓肿向下蔓延所致，均应及时开胸引流，否则易引起中毒性休克，死亡率极高。

3．我们认为颈侧切开术应先安置胃管，术中先从食管后间隙游离食管，气管食管沟应仔细操作，可避免喉返神经损伤。本组1例颈部义齿术后左喉返神经麻痹，可能为术中损伤了喉返神经。

4．对腐败性感染，在切开食管取出异物后，应反复冲洗食管腔，术后应用抗厌氧感染类药物。

5．食管切开取出异物后，对食管腔及周围间隙应彻底冲洗及引流；缝合食管时应重视粘膜层的对合；对局部肿胀显著者，应粘膜与肌层分别缝合，并应稍晚进食，可早期采用鼻饲法。本组无1例发生食管瘘或食管狭窄。

参考文献

1．中华耳鼻喉科杂志编委会。食管异物（综合报道）。中华耳鼻喉科杂志 1982；17(1)：50

2．戴复华。食管异物并发症的处理。中华耳鼻喉科杂志 1982；17(1)：56

3．杨强，等。食管异物并发主动脉食管瘘。中华耳鼻喉科杂志 1979；14(1)，45

短篇与个案

激活凝血时间（ACT）对体外循环常规肝素抗凝法的监测

刘桥义 方国兴 沈丽珍 （第二附属医院 麻醉科）

尽管ACT肝素剂量反应线是指导体外循环肝素抗凝的最佳方法，但常规肝素化即按体重计算肝素量在临床上仍被普遍采用，为了解此法抗凝的效果与安全性，我们对105例体外循环手术病人按体重计算肝素量并进行ACT测定，现报导如下：

材料与方法

一．病例 本组男性45例，女60例。年龄5～56岁。病种包括房室间隔缺损、瓣膜替换、四联症、肺动脉瓣狭窄及左房粘液瘤等。术前测出凝血时间、凝血酶元时间均在正常范围，血小板80～120×10⁹/L。体外循环时间在70min内者73例，大于70min

?1994-2015 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved. http://www.cnki.net

者32例。

二、肝素与鱼精蛋白用量　右房注入肝素3 mg/kg，机器预充液每100ml含肝素2 mg，预充血100ml含肝素5 mg。右房注入肝素后60min追加肝素1.5mg/kg。鱼精蛋白剂量为肝素总剂量的1.5倍。

三、ACT测定方法　将国产硅藻土12mg加入干燥试管内，置于37℃水浴中预热3 min，从中心静脉导管抽血2 ml尽快加入试管中，立即将试管反复颠倒10次，放入37℃恒温水浴中，从血液注入试管开始按秒表计时，密切观察试管内出现微小凝血块的时间，从血液注入试管到出现小凝血块，即为ACT。分别于肝素化前、肝素化后10min、转流30～50min、转流90min及注入鱼精蛋白后10min进行测定。

结　果

测定时间	ACT		
	≤130″	400～600″	>600″
肝素化前	103*	0	0
肝素化后10′	0	36	69
转流30～50′	0	43	62
转　流90′	0	16	16
鱼精蛋白后10′	90*	0	0

* 肝素化前ACT在正常范围为103例，另有2例为140～150″ 鱼精蛋白中和后恢复至正常范围者90例，另有15例在130～200″，经追加鱼精蛋白后恢复至正常范围。

本组病例在肝素化后，转流期间和停机后，肉眼观察机器部件及管道，均无小凝血块或纤维蛋白沉着。

讨　论

文献报导[1][2]在体外循环中个体对肝素耐量的差异较大，如按体重计算肝素量有导致凝血的可能。因此主张采用ACT进行术中监测。然而按体重计算肝素量（常规肝素抗凝法）方法简便而且术中出现凝血者极为罕见，故临床上仍有实用价值。从本组测定结果提示，在一定条件下，按体重计算肝素量可以达到充分抗凝。但应注意：(1)肝素剂量偏大，效价良好。(2)转流期间血温在28℃～25℃。低温时肝素破坏减慢，在25℃时肝素代谢停止[3]。(3)密切观察机器中血液流变情况，及时追加肝素。另外，本方法肝素化后部份病人按预计量鱼精蛋白不能完全中和肝素，需追加鱼精蛋白量，以免导致渗血。

参 考 文 献

1. Bwll BS, et al. Heparin therapy during extracorporeal circulation I, Problems inherent in existing heparin protocols. J Thorac Cardiosurg 1975;69:674
2. Mabry CD, et al. Identification of heparin resistance during cardiac and vascular surgery. Arch Surg 1979;114:129
3. Cohen JA, et al, Plasma heparin activity and antagonism during cardiopulmonary bypass with hypothermia. Anesth Analg 1977;56:564

?1994-2015 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved. http://www.cnki.net