

命体征。

## 2 结果

**2.1 临床症状与DSA表现：**9例临床症状与DSA表现：6例为穿刺误伤小动脉形成出血点，其主要临床症状为血尿伴有血凝块，DSA表现为肾段以下小动脉破裂，对比剂成点状外溢，消散缓慢；3例穿刺误伤小动脉伴动脉瘤及动静脉瘘（AVF）形成，其中主要症状为腹痛者1例，反复血尿伴腹痛，DSA表现为肾动脉期出现1支或多支肾静脉与肾动脉相通且早期显影。

**2.2 肾动脉栓塞：**9例经DSA检查均找到准确的出血部位，并均一次性栓塞成功，栓塞后造影示病变区肾动脉远端未显影，对比剂外溢消失，8例栓塞后2~24h尿液转清，生命体征平稳，1例发生“栓塞综合征”，于术后1d发热38.5℃，对症处理后好转。

## 3 讨论

PCN是一种相当成熟的微创手术，它仍带有一定风险性。肾出血是其并发症中最常见的，其肉眼血尿的发生率在5%~21%，最高可达30%。肾周围血肿发生率在1.4%~3.7%，通常肾PCN术后肾出血保守治疗，如卧床、止血、输血抗炎等，出血多能自行消失，有例病例出血无法控制，停药及下床活动后反复发作，应进行DSA造影和超选择肾动脉栓塞治疗。

肾内血管丰富，且血管腔细小，B超显示不清，在操作中也难以完全避免，是其出血的主要原因。根据本文9例结合参考文献，将肾出血的肾动脉造影和临床分三型：**小动脉型：**主要表现为穿刺部位小动脉局部对比剂外溢呈团状，且持续滞留，或对比剂即刻充盈肾盂肾盏。临床表现为大量肉眼血尿，多数伴有血凝块。**动脉瘤及动静脉瘘（AVF）形成：**主要为继发性AVF，其病因为损伤肾小动脉和小静脉形成AVF，表现为一根供血动脉直接或通过一个动脉瘤样扩张注入，一根或多根静脉出现肾动脉期肾静脉显影的征象<sup>[2-4]</sup>。**小静脉损伤型：**此型较少见。由于静脉压力较低，出血多可内科保守治疗控制，静脉造成大量肉眼血尿者更为少见。

PCN术后肾出血通常经保守治疗，如卧床、止血、输血抗炎等，出血多能自行消失，如仍不能控制者以往需手术治疗。近年来，随着介入放射技术的发展，超选择性肾动脉栓塞术的

应用，为肾脏出血性疾病提供了一种既能保护患侧肾功能，又能有效治疗出血的好方法。尤其对因PCN出血的患者，保守治疗无效，若行外科手术，肾功能损失大，而超选择性肾功能栓塞术创伤小、安全性高，能有效进行止血，并最大限度地保存肾功能，改善患者生命体征，降低病死率和肾切除率，减少医疗纠纷。9例PCN术后肾出血患者，经超选择性肾动脉栓塞术治疗后，出血停止，肾功能无进一步损伤，一般情况快速好转，未发生严重并发症。

经超选择性肾动脉栓塞术治疗PCN术后肾出血应注意：治疗时机的选择，肾出血临床诊断明确，出血量较大病情恶化危及生命者，保守治疗6h应行急诊栓塞抢救，栓塞时机和指征：血红蛋白减低 $\geq 20$ g/L，伴血压降低等休克症状的病情的急剧恶化危及生命者；经使用立止血、Vit K和止血敏保守治疗1~3d，仍有肉眼血尿和血凝块者；经用止血药出血控制，减量、停药或活动后反复发作者。为了最大限度保存肾功能，一定要超选择插管至出血的肾段以下小动脉，导管可选择用4F或5F，必要时用微导管，在导丝的引导下尽可能插到出血的血管末端，距出血的部位越近越好，最大限度地减少肾梗死范围，达到止血目的，避免肾实质受损；栓塞剂的选择，栓塞材料较多，如凝血块、明胶海绵、细丝环、弹簧圈、塑料珠等。对于PCN引起的出血，由于出血多发生在肾下端，血管细小其主要目的为栓塞至出血点保持一段时间的出血停止，以利机体自身的凝血机制修复，所以在DSA造影后应根据出血情况，尽量选用可吸收的中、短期的栓塞物，如明胶海绵。

## 4 参考文献

- [1] 刘同才,李政华.超选择性肾动脉栓塞在肾损伤中的应用[J].中华泌尿外科杂志,1999,20(1):152.
- [2] 李世华,董宗俊,李建新.超选择性肾动脉栓塞术治疗严重肾外伤出血[J].首都医科大学学报,1997,22(2):79.
- [3] 熊恩庆,赵新求,李为兵,等.161例肾损伤的处理[J].中华泌尿外科杂志,1999,20(1):80.
- [4] 李迎春,王家平,阎东,等.肾动脉栓塞治疗肾出血的疗效评价[J].放射学实践,2004,19(3):590.

[收稿日期：2010-12-16 编校：周瑾]

# 肺部恶性肿瘤患者下呼吸道感染目标性监控研究

刘建军, 鲍秀艳, 周凝, 唐鲁艳, 司玉爱, 王秀华, 石新华 (胜利油田中心医院, 山东 东营 257034)

**[摘要]** 目的：控制肿瘤科肺部恶性肿瘤患者的医源性下呼吸道感染。方法：对收治的136例肺部恶性肿瘤患者实行下呼吸道感染目标性预防监控。结果：下呼吸道感染率降为13.24%，较往年64.74%下降明显（ $P < 0.01$ ）。结论：目标性预防监控是控制肺部恶性肿瘤患者下呼吸道感染最为有效的手段之一。

**[关键词]** 肺部恶性肿瘤；下呼吸道感染；目标性监控

早在1997年，对恶性肿瘤患者医院感染的调查发现，其医院感染率高达18.77%，例次感染率为22.92%，下呼吸道感染构成比占33.99%，多年来呈增高趋势<sup>[1]</sup>。为此又对近3年来下呼吸道感染对肺部肿瘤患者预后的影响进行了专题调研。发现肺部恶性肿瘤患者的下呼吸道感染率竟高达64.74%，例次感染率达

127.88%；117例死亡病例均伴有不同程度的下呼吸道感染<sup>[2]</sup>。下呼吸道感染对肺部肿瘤患者的预后影响巨大。为控制这一顽疾，对肿瘤科肺部恶性肿瘤患者的医源性下呼吸道感染有针对性的进行了为期1年的目标性监测控制。结果成效显著，现报告如下。

## 1 资料与方法

1.1 一般资料：对肿瘤科2009年5月~2010年5月收治的所有肺部恶性肿瘤患者共136例均进行登记记录，其中男86例，女50例，年龄37~82岁。

1.2 方法：136例患者均纳入医源性下呼吸道感染目标性预防监控对象，并就其基础疾患、易感因素、侵袭性操作等可能导致下呼吸道感染的因素逐一记录。入院后即对其进行有关预防感染知识的教育，如预防感冒、消毒洗手、交叉感染、清洁卫生、通风换气、吸氧及雾化吸入等向患者及家属说明。感染科成员跟踪查房，及时发现下呼吸道感染的苗头及诱因，并及时提醒各级医师及护理等相关人员。使其对预防下呼吸道感染的每一环节保持高度警惕，如消毒、灭菌、无菌操作、保护性隔离，放疗化疗时血象的观察，激素、抗生素的合理使用，注意痰培养及药敏试验等。一旦发生下呼吸道感染感染，立即查找感染原因，引以为戒，记录在案，并制定出合理有效的治疗方案。

1.3 辅助检查：全部病例均经CT、胸片、B超、血常规、肝肾功能、活检病理等必要的检查，均经病理确诊；全部下呼吸道感染等病例除具有咳嗽、咯痰、发热等相应的临床症状外，也均经CT、胸片、痰培养、血常规等多项辅助检查确诊。

## 2 结果

2.1 下呼吸道感染率及例次感染率：经全方位的目标性监测控制，1年内，136例肺部恶性肿瘤患者，共发生医源性下呼吸道感染18例，38例次。下呼吸道感染率及例次感染率分别为13.24%和27.94%。其中1例次感染者5例，2例次感染者6例，3例次及以上感染者7例。

2.2 死亡病例与下呼吸道感染：136例中，共死亡病例12例，占8.82%。有4例死亡时伴有下呼吸道感染，占33.33%。共感染10例次，例次感染率为83.33%。

2.3 下呼吸道感染诱发因素：肿瘤阻塞性肺炎10例，坠积性肺

炎4例，放射性肺炎3例，上感加重诱发1例。

2.4 下呼吸道感染病原菌：18例下呼吸道感染患者，共行痰培养40例次，共检出病原菌36株。其中金黄色葡萄球菌3株，肠球菌2株（革兰阳性菌占13.89%）；大肠埃希菌2株，肺炎克雷白菌3株，铜绿假单胞菌4株，醋酸钙不动杆菌4株（革兰阴性菌占36.11%）；霉菌18株（占50%）。

## 3 讨论

经1年全方位对肺部肿瘤患者下呼吸道医源性感染进行目标性监测控制，下呼吸道感染率得到了明显的控制，由原来的64.74%降为13.24%（ $P < 0.01$ ）；例次感染率由127.88%降至27.94%（ $P < 0.01$ ），成效明显。说明肺部恶性肿瘤患者的下呼吸道感染是完全可以预防和控制的，同时也证明前瞻性目标性监测控制就是控制其下呼吸道感染的最为有效的手段之一。

肺部肿瘤患者的下呼吸道感染危害巨大，严重影响患者的治疗效果、生存质量及其预后，它不仅在患者极其严重病痛的基础上再次增加痛苦，在高昂医疗费用的基础上，再增加比较高的医疗费用，最后结局又很可能是人财两空。所以对家庭及社会影响巨大，应尽最大努力加以控制。

下一步此类患者下呼吸道感染的控制，应将进一步预防和控制阻塞性、坠积性、放射性肺炎为主，努力清除各类耐药菌株，争取将其下呼吸道感染率控制在最低限度，最大限度地配合临床医师，保障此类患者的顺利康复。

## 4 参考文献

- [1] 刘建钧,洪兆平.肿瘤患者院内感染调查研究[J].滨州医学院学报,1997,20(2):161.
- [2] 刘建钧,王秀华,石新华,等.下呼吸道感染对肺内恶性肿瘤预后的影响[J].中华医院感染学杂志,2010,20(10):1357.

[收稿日期：2010-12-15 编校：朱建梅]

# 局部皮瓣修复头面部缺损创面的临床应用

宋毅,王志远,翟晓霞(天津市公安医院医学美容科,天津 300050)

[摘要] 目的：探讨应用局部皮瓣修复手术后头面部缺损创面的方法和经验。方法：根据头面部手术后缺损创面的大小、部位以及形状，设计合理的局部皮瓣，分别采用改良菱形皮瓣、O-Z皮瓣、A-T皮瓣、“Z”成型对偶皮瓣、皮下蒂“风筝”皮瓣等方法。结果：手术治疗切除头面部病损共64例，缺损创面面积最大4.0 cm × 3.5 cm。术后皮瓣全部成活，无明显并发症发生。修复组织与周围皮肤组织相匹配，外观满意，供瓣区无明显继发畸形。结论：设计合理的局部皮瓣，修复手术后头面部缺损创面可以达到较理想的美容效果。

[关键词] 皮瓣；头面部；缺损；手术

头面部软组织缺损创面在整形美容外科中较为常见，如外伤、肿瘤、色素痣、瘢痕等手术后继发缺损创面。由于头面部在人体外貌中的重要性，对缺损创面修复的要求也较高，“微创无痕”是医生和患者共同追求的目标。如果病变范围小或局部皮肤较松弛，多行病变切除后直接拉拢缝合；病变过大则行皮片游离移植或皮肤软组织扩张术；而常见的病变较大难以直接切除后拉拢缝合或直接缝合后会造成局部变形或邻近器官移位者，则采用局部皮瓣进行修复是首要选择。局部皮瓣转移，

因移植后的皮肤在色泽、质地、厚度、毛发生长情况等方面与受区最为接近，具有修复及形态再造的双重功能，因此，局部皮瓣在临床上头面部软组织缺损创面的修复中得以广泛应用<sup>[1]</sup>。大量的临床实践证明，局部皮瓣是修复头面部软组织缺损创面的首选方法。但局部皮瓣中的各种皮瓣应用技巧是否得当，是否为最佳方案，仍需不断的探索与改进。自2008年1月至今，采用局部皮瓣修复头面部软组织缺损创面共64例，取得满意效果，现报告如下。