

表1 β -连环素在肺癌中各项表达结果 例(%)

组织类型	n	阳性	阴性
鳞癌	46	22(47.8)	24(52.2)
腺癌	33	16(48.5)	17(41.5)
小细胞癌	10	5(50.0)	5(50.0)
其它类型癌	15	8(53.3)	7(46.7)
淋巴结转移			
有	56	17(30.4)	39(69.6)
无	48	32(66.7)	16(33.3)
病理分级(腺癌、鳞癌)			
I	18	10(55.6)	8(44.4)
II	40	16(40)	24(60)
III	21	5(23.8)	16(76.2)

3 讨论

β -连环素是一种分子量约 92000 的细胞骨架蛋白, β -连环素的 arm 区域与 E-cad 的细胞质端结合,氨基端 α -cat 结合, α -cat 再和肌动蛋白丝相连,形成 E-cad/cats 复合体而发挥细胞间粘附作用。国内外的一些研究显示, β -连环素的表达情况与许多肿瘤的浸润、转移有关。Bankfalvi 等^[5]发现乳腺癌的淋巴结转移的表达有明显相关性。李玉军等^[6]发现 β -连环素的表达与胰腺癌的转移显著相关。本研究中提示到 β -连环素的阳性表达与肺上皮性恶性肿瘤无一定相关性。但分化低的其阳性表达越低,无淋巴结转移的阳性表达越高,有明显的相关性。进一步证实

了 β -连环素作为构成粘附连接的 E-cad/cats 复合体的细胞内重要成分,其被破坏可导致整个复合体结构破坏与功能障碍,而对上皮性肿瘤临床病理分级、浸润、转移有密切相关,因此检测 β -连环素在肺癌的表达可作为判断肺癌的生物学行为和预后的重要指标。

参考文献

- 李文俊,吴人宪. β -连环素与肿瘤发生、浸润和转移.国外医学·分子生物学分册,2001,23:52-55.
- Jawhari AU, Farthing MJ, Pignatelli M. The E-cadherin/epidermal growth factor reversible control of intercellular adhesion and cell proliferation. J Pathol, 1999, 187: 155-157.
- Shi ZR, Itzkowitz SH, Kim YS. A comparison of three immunoperoxidase techniques for antigen detection in colorectal carcinoma tissues. J Histochem Cytochem, 1998, 36: 317-321.
- Shen JH, Lin YQ, Chen bin, et al. The expression and significance of MDR1 gene product P-glycoprotein in colon cancer. Int J Med Cancer Therapy, 2001, 4: 10-11.
- Bankfalvi A, Terpe HJ, Breukelmann D, et al. Immunophenotype and prognostic analysis of E-cadherin and β -catenin expression during breast carcinogenesis and tumor progression: a comparative study with CD44. Histopathology, 1999, 34: 25-34.
- 李玉军,纪祥瑞. β -连环蛋白、细胞周期蛋白 D1 和 c-myc 表达与胰腺癌发生及生物学行为的关系.中华病理学杂志, 2003, 31: 238-241.

(收稿日期:2004-12-13) (编辑 罗彬)

·经验交流·

心脏病患者行非心脏手术 1 例分析

荣彦生 林永刚 张云鹤

【文献标识码】 B 【文章编号】 1684-2030(2005)03-0199-01

患者,女,50岁。以阴道血性分泌物 2 个月,病理诊断子宫内膜癌入院,拟在硬膜外麻醉下行子宫癌根治术,既往有十几年的风湿病史,房颤 6 年,轻度活动心慌,气短,心功能 II~III 级,胸片、ECG、超声均诊断为二尖瓣狭窄并关闭不全,三尖瓣狭窄伴关闭不全,主动脉瓣狭窄伴关闭不全,肺高压中度、房颤,入院后心内科术前准备 2 周,术前 30min 肌注东莨菪碱 0.3mg、安定 10mg、吗啡 10mg,入室血压 115/80mmHg,HR 100 次/min, R 20 次/min,选 T₁₂~L₁ 硬膜外穿刺成功后向上置管 5cm,ECG 示异位心律、房颤,手术后患者面部青紫,经面罩加压吸氧、辅助呼吸及静注西地兰 0.2mg,紫绀未改善,即快速诱导插管,控制呼吸,紫绀缺氧改善,继续手术,当分离膀胱与子宫黏膜间隙时,ECG 示:室颤,当即停止手术抢救,经多次胸外心脏按压,电除颤恢复窦性心律,继续完成手术,患者术后恢复顺利。

本病例给我们的教训是麻醉选择用硬膜外麻醉,从结果上看不如选择气管内插管全麻安全,全麻具有保证呼吸道通畅以及充分供氧特点,虽然有肺淤血、肺水肿、肺高压,

但仍能保证氧在肺泡内的弥散,避免心肌缺氧。而硬膜外麻醉就难以达到避免心肌缺氧,保持心肌供需之间的平衡,因此,麻醉选择应以硬膜外麻醉复合气管内插管全麻为好,硬膜外麻醉既可提供手术全程的有效止痛,又可减少全麻药用量,气管内插管全麻便于呼吸管理,又提供足够的氧,避免单一硬膜外麻醉所致的血流动力学波动过大和减少局麻药的用量,二者互补,使麻醉安全平稳,效果好,术后又清醒快,术毕仍可留置硬膜外管,术后镇痛。

心功能欠佳的患者行非心脏病手术,其危险性在相当程度上可大于心脏手术,有心衰史的患者麻醉和手术期间及术后再发心衰的机会为无心衰史者的 1 倍,手术危险性大,麻醉前评估麻醉和手术危险性不仅取决于心脏病本身的性质、程度和心功状态,还取决于非心脏病变对循环动力的影响、手术创伤大小、麻醉者和手术者的技术水平、术中术后监测条件,以及出现各种异常情况的及时判断和处理能力,麻醉医师必须掌握心脏病变的基本病理生理、有关心脏和循环的代偿情况,充分评估病情,及时处理各种危象,具备术中监测、术后管理的能力,只有这样,才能防止发生失误。

(收稿日期:2004-11-30) (编辑 一坤)