

检查,可明确为盆腔囊性占位而不致误诊。④对高热及白细胞升高这一症状缺乏正确认识。本文2例由于发病时间较长,扭转囊肿缺血坏死,导致机体体温升高及白细胞增高,而非感染性病变所致。结合本组2例分析,我们认为凡遇女性急腹症患者,应想到妇科疾病的可能,根据临床表现进行综合分析,行必要的妇科检查、体检及影像学检查,这样才能作出正确的诊断、必要的鉴别诊断和治疗。

心脏移植的适应证、供体保护及术后处理

米宽庆,卢丽,颜丽娟,梁韶春

(济南市第五人民医院,山东济南 250022)

20世纪80年代环孢素问世以后,心脏移植在全球范围内不再是一种实验性医疗方法,而是临床治疗终末期心脏病的惟一有效手段。同时心脏移植在终末重症心力衰竭治疗中的重要地位也不容置疑。

手术适应证:90%的心脏移植病例为心肌病及晚期冠心病。欧美发达国家的心脏移植患者中,冠心病占首位(约44%),扩张性心肌病次之(约40%)。欧洲一些国家心脏移植中心统计,心脏移植患者中男性占82%,年龄(45±15)岁;缺血性心脏病占39%,扩张性心肌病占35%。我国则以扩张性心肌病居多。一般认为受体年龄不宜超过50岁,目前倾向于按照患者生理年龄,60岁以上无禁忌证的患者也可行心脏移植。禁忌证:①心脏疾病:不可逆的肺动脉高压,肺血管阻力 $>6\text{WU}/\text{m}^2$ 。②其他疾病:急性感染,6~8周内的肺栓塞史,明确的慢性肾功能不全,肌酐水平持续高于正常值高限2.5倍或肌酐清除率低于 $25\text{ml}/\text{min}$,慢性肝功能衰竭,胆红素水平持续高于正常值高限2.5倍,新近有癌肿病史或明确的慢性肺部疾病史,红斑狼疮,明确的症状性颈动脉或周围血管病史,明确的高凝状态,近期溃疡病史,主要的慢性致残性病史,糖尿病器官衰竭期或不稳定期,过度肥胖(体重超过正常值30%)。③心理疾病:未控制的精神病,6个月内的药瘾,嗜烟史经专科治疗未获控制,难治性精神障碍经专科治疗未获控制。

供体保护:对于脑死亡的患者,尽可能维持血流动力学、代谢与呼吸功能,采用低温、扩张剂保护心脏,严防低血容量并予心导管监测,有效防治酸中毒,及时应用激素(包括胰岛素、皮质激素、三碘甲状腺素及垂体加压素),维持心脏最基本功能。

术后处理:①术后处理原则:早期主要针对排斥反应与感染,远期则主要针对肿瘤与血管疾病的治疗。②血管活性药物的应用:移植心脏因为去神经化的原因,对药物的反应有所改变,仅有异丙肾上腺素仍具有一般正性肌力作用,维拉帕米仍有减慢房室传导的作用。③免疫抑制剂的应用:常用药物均存在细胞毒性,且不能阻止移植心脏的排斥反应发生。因此

些新药如多克隆抗胸腺蛋白、单克隆OKT3、IL-2受体的抗体蛋白等已开始用于临床。骁悉可替代硫唑嘌呤,塔克路林斯可以替代环孢菌素,激素类药物则可很大程度减少免疫诱导期间排斥反应的发生。④感染的防治:最易发生机会性感染,而巨细胞病毒感染的处理最困难。中药鱼腥草、穿琥宁、清开灵临床应用有效,对供、受体病毒原学检查阳性者应加以预防。⑤冠脉血管病变的处理:血管病变是心脏移植远期死亡的原因,其发生与损伤、局部排异反应有关,脂代谢过氧化、免疫药物、病毒感染也可能参与。为了早期确定有无此病变发生,每年应做冠脉造影检查,而血管内超声较之更敏感,因为病变呈弥漫性,故治疗效果十分有限。⑥肿瘤的预防:术后肿瘤发生率高,是正常人群的10~100倍,以皮肤系统多见。使用环孢菌素类药物者淋巴系统异常增生率达2%~4%,并有致命性。减少应用免疫抑制剂或用CD20抗体可减少其发生率。

腹部手术后切口周围皮下广泛积气1例报告

庄时刚

(奉化中医医院,浙江奉化 315500)

患者男,58岁,农民。因反复腹泻2个月入院。入院前肠镜检查提示横结肠约 $4\text{cm} \times 3\text{cm}$ 息肉。患者既往有哮喘病史,反复发作,入院时有明显气急,呼吸不畅,以喘定治疗。入院检查完善后行横结肠部分切除,从右腹直肌切口进腹,手术顺利,关腹时用2-0可吸收线连续缝合腹膜及腹直肌后鞘。术后4d因患者进食过量固体食物而出现腹痛,腹部极度膨隆,肛门停止排气,腹平片见肠腔扩张,广泛液气平面,诊断为肠梗阻。同时哮喘加重。查体:呼吸促,“三凹”征(+),双肺闻及哮鸣音,心率98次/min,腹部膨隆,叩呈鼓音,肠鸣音活跃。切口发红,稍肿胀,周围压痛;切口周围皮下广泛捻发音,占据右侧整个中下腹壁;切口皮肤对合良好,无渗液。即予胃肠解压、肛管排气及中药内服、抗炎补液等对症处理,肠梗阻症状缓解,腹胀减轻,并积极治疗哮喘,发作次数减少,程度减轻。此后皮下捻发音范围渐渐缩小,1周后基本消失,切口皮肤拆线时愈合良好。患者1个月后因肠粘连再次手术,由原切口进腹,查切口下无积液,见切口中段腹膜撕裂,部分肠管与腹壁粘连成角,近段肠管扩张。

讨论:皮下积气多见于胸壁,空气由肺胸壁破口进入皮下而成。腹部手术后罕见有腹壁皮下积气。本例患者术后出现肠梗阻,是因肠腔内积气积液而扩张,使腹部膨隆过度牵拉引起缝合口腹膜撕裂;患者原有严重的哮喘,术后未能及时有效控制,主动呼气时腹内压升高,使腹腔内残留气体进入切口内而形成广泛的皮下积气。因此,腹部手术后积极预防治疗腹胀及其他相关病症,保持腹部切口有相对稳定的愈合环境,对术