

故阿霉素累积剂量限制在 $550\text{mg}/\text{m}^2$ 以下较为安全, 而且疗效不减。

参考文献:

[1] 孙燕, 陆道培, 胡亚美, 等. 内科肿瘤学 [M]. 北京: 人民卫

生出版社, 2001. 995.

[2] 贾博奇, 鲁玄兰. 临床医师诊疗全书 [M]. 北京: 北京医科大学出版社, 2002. 696.

(收稿日期: 2003-10-14)

心脏移植术后近期上消化道大出血 2 例

黄雪珊, 陈道中, 陈良万, 廖崇先

文章编号: 1008-0074 (2004) 04-0376-02

中图分类号: R654.2

文献标识码: B

我院于 1995 年 8 月至 2003 年 5 月共施行了 42 例同种异体原位心脏移植手术, 36 例受者获长期存活, 恢复正常工作和生活, 其中 2 例近期并发上消化道大出血, 经积极处理均获治愈, 兹报告如下。

1 临床资料

例 1, 男性, 38 岁, 确诊终末期扩张型心肌病, 心功能 IV 级, 于 2000 年 6 月行标准式原位心脏移植术。移植后免疫抑制方案采用他克莫司 (FK506)、骁悉 (MMF) 及甲强龙 (MP) 抗排斥治疗。术后第 2 日出现急性肾衰竭, 立即停用 FK506, 同时经锁骨下静脉行缓慢持续静脉-静脉血透 6 日。免疫方案改为抗胸腺细胞球蛋白 $1\text{g}/\text{d}$ 静脉注射, 6 日, 及 MP $1\text{g}/\text{d}$ 静脉注射, 3 天后改泼尼松 (Pred) $1\text{mg}/\text{kg} \cdot \text{d}$ 口服, 术后第 7 日开始口服环孢素 A (CsA) + MMF + Pred 三联维持治疗。围术期为预防应激性溃疡采用洛赛克 ($40\text{mg}/\text{d}$ 静脉注射, 6 日后改 $20\text{mg}/\text{d}$, 口服)。术后第 10 日排无痛性柏油样便, $2\sim 4$ 次/d, 每次约 $200\sim 400\text{ml}$, 血红蛋白由 $126\text{g}/\text{L}$ 降至 $72\text{g}/\text{L}$ 。予禁食、洛赛克、施他宁、立止血等治疗, 输血 1200ml , 4 日后大便隐血试验 (OB) 为阴性。术后 1 个月肾功能完全恢复正常, 未发生感染, CsA 血浓度谷值调节在 $280\sim 520\mu\text{g}/\text{L}$ 。术后 1 个月心内膜心肌活检为 Ia 级; 移植后 3 个月查胃肠钡透, 无明显溃疡迹象。随访 38 个月, 心功能 0 级。

例 2, 男性, 44 岁, 确诊为终末期扩张型心肌病, 心功能 IV 级, 术前乙型肝炎病毒 HBsAg 和 HBcAb 阳性, 丙型肝炎病毒 HCV-IgG 阳性。于 2003 年 3 月行标准式原位心脏移植术。采用免疫诱导方案: 术

前 12 小时内、术日及术后第 14 天分别予赛尼哌 (zenapax) $1\text{mg}/\text{kg}$ 、 $0.5\text{mg}/\text{kg}$ 、 $1\text{mg}/\text{kg}$ 经静脉泵入。术后予 FK506、MMF 及 Pred $1\text{mg}/\text{kg} \cdot \text{d}$ 新三联免疫治疗。Pred 于术后第 7 日开始每日减量 5mg , 至第 2 周减量至 $0.2\text{mg}/\text{kg} \cdot \text{d}$, 术后 1 个月停药。受者术后并发糖尿病, 经饮食控制及胰岛素治疗, 血糖控制在 $5.2\sim 8.1\text{mmol}/\text{L}$ 之间。术后第 20 日改服 CsA $3\text{mg}/\text{kg} \cdot \text{d}$, 采用 CsA + MMF + Pred 三联维持治疗, CsA 血浓度谷值波动在 $220\sim 310\mu\text{g}/\text{L}$ 。移植后作为消化道保护性治疗予洛赛克 ($40\text{mg}/\text{d}$, 静脉注射, 3 日后改 $20\text{mg}/\text{d}$, 口服)。术后第 24 日出现呕吐、腹痛、腹胀、面色苍白, 排黑便 $1\sim 3$ 次/d, 每次约 $300\sim 500\text{ml}$ 。纤维胃镜检查示, 十二指肠球部后壁溃疡 ($0.5\times 0.8\text{cm}$), 并出血, 幽门螺杆菌 (HP) 阳性; 心脏彩超检查: 左室 EF 68% 。未发现排斥临床表现。血红蛋白由 $136\text{g}/\text{L}$ 降至 $78\text{g}/\text{L}$, OB 强阳性。即予补液、洛赛克、立止血等治疗, 输血 800ml , 5 日后 OB 转阴性, 继续服洛赛克 + 阿莫西林 + 甲硝唑 2 周。随访 5 个月, 心功能 I 级, 复查纤维胃镜溃疡已愈合。

2 讨论

终末期心脏病患者术前心脏功能失代偿, 胃肠淤血, 手术体外循环时间长, 术后早期应用大剂量激素, 不可控制的应激反应, 病毒感染, 既往有溃疡病史等是同种异体原位心脏移植术后近期发生上消化道出

作者单位: 福建医科大学附属协和医院, 福建 福州市 350001

作者简介: 黄雪珊 (1973-), 男, 福建莆田市人, 博士生, 主要从事心脏移植临床及基础研究。

· 功能评定 ·

急性心肌梗死后左心室收缩功能的定量组织速度成像分析

武小薇, 秦 燕, 张一娜

摘要:目的: 应用定量组织速度成像技术 (QTVI) 测定急性前壁心肌梗死 (MI) 后不同时段左室的收缩功能, 评价再灌注治疗对急性前壁 MI 患者左室收缩功能的短期影响。方法: 对 60 例初次急性前壁 MI 患者 [心梗后再灌注治疗 28 例, 未再灌注治疗 (未再通) 32 例] 和年龄匹配的健康人 25 例应用 QTVI 技术分别测量二尖瓣环的收缩期峰值运动速度, 计算平均峰值速度 (Sa)。通过 Simpson 方法测定并计算左室射血分数 (LVEF)、左室短轴缩短率 (FS)。急性前壁 MI 患者分别于发病后第 2、4、12 周进行上述测量。比较分析再灌注治疗对急性心肌梗死 (AMI) 患者左室收缩功能的短期影响。结果: Sa 与 LVEF 呈显著正相关 ($r=0.76$); AMI 患者发病后第 2、4、12 周的 Sa、LVEF、FS 均低于对照组 ($P<0.01$); 再灌注组的 Sa、LVEF、FS 均显著优于未再通组 ($P<0.05\sim<0.01$)。结论: QTVI 测量二尖瓣环峰值运动速度能很好地反映左室整体收缩功能; 及时有效的再灌注治疗可明显改善左室收缩功能。

关键词: 定量组织速度成像; 急性心肌梗死; 不同时段; 再灌注治疗

文章编号: 1008-0074 (2004) 04-0377-04

中图分类号: R540.4709

文献标识码: A

Analyzing of the systolic function of left ventricular in different periods after acute myocardial infarction by quantitative tissue velocity imaging/WU Xiao-wei, QIN Yan, ZHANG Yi-na//Chinese Journal of Cardiovascular Rehabilitation Medicine, 2004, 13 (3): 377

Abstract: **Objective:** To assess the short period effects on the systolic function of left ventricular of reperfusion therapy in acute myocardial infarction (AMI) by quantitative tissue velocity imaging (QTVI). **Methods:** A total of 60 patients with AMI and 25 subjects with normal LV function were studied by QTVI. The mitral annulus systolic peak velocities and average peak velocities (Sa) were computed. **Results:** There was close relation between Sa and

基金项目: 黑龙江省教育厅 2004 年基金资助项目 (10541109)。

作者单位: 哈医大附属第二医院老年病科, 黑龙江 哈尔滨 150086

血的主要原因^[1]。在环孢素时代, 上消化道出血是器官移植术后最常见且严重的并发症之一^[2]。本组 2 例受者上消化道大出血分别与大剂量激素应用、急性肾衰及血透等应激及既往有溃疡病史有关; 临床表现以间歇性、无痛性柏油样便为主, 出血量大者会影响移植早期的血流动力学, 延缓移植物的功能恢复; 降低免疫抑制剂的血药浓度, 易致急性排斥反应; 处理不及时, 将导致移植丧失功能。

心脏移植术后近期发生上消化道大出血, 诊断明确后首先必须补液, 并立即予大剂量质子泵抑制剂 (PPI) 或 H_2 抑制剂; 有溃疡病史且 HP 阳性者需抗 HP 治疗, 慎用会影响免疫抑制剂吸收的粘膜保护剂 (如磷酸铝类), 及时应用止血药物或生长抑素, 必要时内镜下止血甚至手术治疗^[2]; 出血量大者, 应密切随访 CsA 等血药浓度, 调整其剂量, 及时输血, 保证有效的浓度谷、峰值, 防止急性排斥反应; 出血者易

并发肺部感染, 故出血期间应定期行痰培养, 作预防性抗感染治疗。本组预防上消化道出血的经验是: 移植后早期常规应用 PPI, 保护胃肠道粘膜, 大部分受者未发生此种并发症; 采用新型生物制剂进行免疫诱导, 减少激素的用量, 并尽快作撤退性减量; 术前有溃疡病史者为心脏移植的相对禁忌症, 最好先进行规范性治疗, 待溃疡愈合后再行心脏移植。

参考文献:

- [1] Troppman C, Papalois BE, Chiou A, et al. Incidence, complications, treatment, and outcome of ulcers of the upper gastrointestinal tract after renal transplantation during the cyclosporine era [J]. J Am Coll Surg, 1995, 180 (4): 433.
- [2] Johnson R, Peitzman AB, Webster MW, et al. Upper gastrointestinal endoscopy after cardiac transplantation [J]. 1988, 103 (3): 300-304.

(收稿日期: 2003-08-24)