

到很好的全身止痛作用。多瑞吉的应用不仅仅是给药途径的改变,重要的是它避免了常规口服止痛治疗服药不便的突出弊端,确保了止痛效果的充分发挥。口腔溃疡膜为复方制剂,其组成为:每片含硫酸庆大霉素 1000 U 盐酸丁卡因 4 mg 醋酸地塞米松 $120\mu\text{g}$, 具较好的局部消炎止痛作用。

在本研究中,治疗组 35 例用药后 72 h 内疼痛消失率为 94.2% (33 例),而对照组仅 45.7% (16 例), t^2 检验有显著性差异 ($P < 0.01$),见表 1 证实治疗组对口腔溃疡的镇痛作用明显高于对照组,从而可改善患者食欲、睡眠和情绪,大大提高了化疗病人治疗期间的治疗顺应性,显著改善了患者生活质量,从而有利于提高化疗疗效。但两组口腔溃疡愈合的有效率无差异。

多瑞吉不良反应与其他阿片类药物相近。本研究在用多瑞吉的同时给予吗丁啉及缓泻药使患者胃肠道副作用明显减

少,头晕、嗜睡、便秘大多数较轻,不影响治疗的正常进行。

总之,本文通过对多瑞吉联合口腔溃疡膜与单用口腔溃疡膜治疗化疗所致中、重度疼痛的临床疗效进行对比观察,证实两药联用的疗效确切,镇痛效果理想,全面提高了患者的生活质量,有助于患者在比较轻松的条件下顺利完成化疗,且副作用轻,具有较高的临床实用价值。

参 考 文 献

- 1 李平,郭良君,美施康啉,洛泰对重度癌痛的止痛治疗.中国疼痛医学杂志,2000,6(1):32.
- 2 孙燕,主编.内科肿瘤学.第1版.北京:人民卫生出版社,2001.224~227.
- 3 孙燕,周际昌.临床肿瘤内科手册.第3版.北京:人民卫生出版社,1997.53~54.

同种异体原位心脏移植 2例报告

福建医科大学附属第一医院心血管外科 (350004)

李增祺 陈家松 陈阳天 林乌拉 吴强 陈志毅

【摘要】 目的 总结 2 例原位心脏移植成功的治疗经验,探讨手术方式及术后围手术期处理。方法 2003 年 5 月和 2003 年 12 月先后为 2 例终末期心肌病患者施行原位心脏移植手术。术后免疫抑制剂应用“环孢素 A+强的松+骁息”三联疗法。**结果** 2 例手术均获成功,术后无并发症发生,心功能良好,生活质量好。**结论** 经典法原位心脏移植操作方便、缝合牢固确实,但存在术后心房偏大的不足;围手术期处理中应重视右心功能不全、肾功能不全的防治和胃肠道营养的应用。

【关键词】 原位心脏移植; 心肌病; 免疫抑制

【中图分类号】 R654.2 **【文献标识码】** B **【文章编号】** 1002-2600(2004)05-0021-03

Report of two cases of orthotopic cardiac transplantation

Li Zengqi, Chen Jiasong, Chen Yangtian, et al. Department of Cardiovascular Surgery, First Affiliated Hospital of Fujian Medical University, Fuzhou 350004, China

【Abstract】 Objective To sum up the clinic experience of orthotopic cardiac transplantation in two cases, and to investigate some important questions about selection of operative procedures and perioperative management such as prevention and treatment of right heart failure and acute renal failure, and nutritional support. **Methods** Orthotopic cardiac transplantation was performed on two patients with endstage cardiomyopathy in May 2003 and December 2003. Postoperative immunosuppressive therapy was Cyclosporin A, Cellcept and Predison. **Results** All patients survived operation and recovered well. No postoperative morbidity occurred. They are all having good heart functions now and living well. **Conclusion** Classic orthotopic cardiac operative procedure is relatively easier to be performed, and the outcome of suture is reliable, but the drawback of large atrial cavity after operation is obvious. Special care should be paid on the following factors in perioperative management such as prevention and treatment of right heart failure and acute renal failure, and nutritional support.

【Key words】 Orthotopic cardiac transplantation; Cardiomyopathy; Immunosuppression

心脏移植是目前治愈终末期心脏病的有效方法之一。我院于 2003 年 5~12 月间完成 2 例同种异体原位心脏移植术,现总结如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料: 本组 2 例受者, 例 1 为女性, 37 岁, 体重

心功能 IV 级和房颤。例 2 为男性, 37 岁, 体重 45 kg, 血型为 O 型, 诊断为晚期扩张型心肌病, 全心衰竭, 心功能 IV 级和频发多源性室性早搏, 并有轻度肾功能不全。术前各项辅助检查结果见附表。

2 例供者均为脑死亡, 男性, 异地取供心, 供受体之间

供受体体重差 < 20%。

附表	2例受心者术前各项辅助检查结果	
检查项目	例 1	例 2
心电图	房颤,左室高电压	左心室肥大,频发多源性室性早搏伴短暂阵发性室性心动过速
超声心动图	左、右心房扩大,左右心室肥厚,最厚处达 2.0 cm,有少量心包积液,左室射血分数(EF) 0.47,左室缩短率(FS) 19%,肺动脉压(SPAP法测得 45 mmHg)	室壁运动普遍性减弱,左房左室大,左室呈球形,内径 8.11 cm,左室缩短率(FS) 10%,左室射血分数(EF) 23%,肺动脉峰压 42 mmHg,二尖瓣返流++~+++
胸部 X线片	肺淤血性改变,心胸比例 0.63	心胸比例 0.68
右心导管	肺动脉压 47/28(36) mmHg,肺血管阻力 5 WOOD单位	肺动脉压 36/8(20) mmHg,肺周血管阻力 3.1 WOOD单位
肝肾 B超	1 肝肿大,淤血明显	1. 双肾血流阻力指数增高,RI 0.73(右),0.74(左)
	2 肾脏未见明显异常	2. 肝脏未见明显异常,
肝功能	TBIL45.9 μmol/L, DBIL17.7 μmol/L, IBIL28.2 μmol/L	TBIL47.1 μmol/L, DBIL 14.8 μmol/L, IBIL32.3 μmol/L
肾功能	BUN5.1 mmol/L, Cr89.3 μmol/L	BUN10.7 mmol/L, Cr127.4 μmol/L

1.2 手术情况: 2例供心保护均使用 4℃ Stanford大学心脏停搏液。第 1例供心热缺血时间 4 min,冷缺血时间 111 min,一次性灌注 Stanford液 2 000 ml;第 2例供心热缺血时间 5 min,冷缺血时间 100 min,一次性灌注 Stanford液 1 800 ml 均置入 4℃生理盐水容器中,包扎三层无菌塑料袋封口后置冷藏箱运送至手术室。

均采用经典式手术方法,3-0Prolene线双层缝合左右心房,4-0Prolene线单层连续吻合升主动脉,5-0Prolene线单层吻合肺动脉,开放后心脏复跳。第 1例升主阻断 58 min,吻合时间 40 min,转流 130 min,开放后心脏自动复跳;第 2例升主阻断 62 min,吻合时间 42 min,转流 138 min,开放后电击除颤一次心脏复跳。

1.3 围手术期处理: 免疫抑制剂使用: 塞尼哌术前 1日(1mg/kg)静脉给予,术后 24小时再次静脉内给予 0.5 mg/kg。体外循环前及升主动脉开放前各用甲基强的松龙(MP)1 000 mg和 500 mg静脉给予。术后 72小时内持续运用大剂量 MP(每日 1 000 mg),术后第 3天起抗排斥反应药物采用三联疗法“环孢素 A+强的松+骁息”。例 2因肾功能不全术后头 14天内用普乐可复(FK506),停用 FK506 24小时后改环孢素 A。

手术后入隔离病房监护,予血管活性药物多巴胺、多巴酚丁胺及硝普钠调节血压,PGE1持续静脉维持,根据血压、心率情况适当运用肾上腺素调节,术后头 1周每日一次床边超

膳食,至术后 1月,每日予雾化吸入二性霉素 B预防性抗真菌感染;术后头 1月予以保护性隔离。

2 结果

2例患者均顺利渡过手术及术后围手术期,例 1术后引流量仅 100 ml,术中术后未输血,气管插管术后 24小时左右拔除,术后 2~3天地下活动。例 2早期出现大剂量激素引起的精神反应,激素减量后症状消失。术后 1月例 1体重增加 8 kg,例 2体重增加 6.5 kg。未发生急性排斥反应、感染及其它相关并发症。术后 3月出院。临床功能检查为 0~1级,各项血流动力学指标和超声心动图检查均在正常范围内,精神状态和生活质量好,均能正常工作。

3 讨论

3.1 手术方式的选择: 经典式手术方式,术野暴露好,操作方便、缝合牢固确实,但对受体的左右房保留过多,导致移植后左右房腔过大,且供体心房与受体心房的吻合部在心房内形成一道堤状隆起,突入腔内。同时由于供体和受体各具有自己的窦房结,使受体心房和供体心房收缩不同步,影响心房血流,导致三尖瓣及二尖瓣的轻度关闭不全。我们在 2例移植病人的随访中均发现存在三尖瓣轻度返流。因此,采用更接近解剖生理情况下的双腔法心脏移植术能否解决上述问题有待实践进一步证实。

3.2 术后围手术期处理:

3.2.1 预防术后早期右心功能不全: 心脏移植患者多伴有不同程度的肺动脉高压,这是决定手术成败的主要因素,也是导致术后早期右心衰竭的主要原因。有文献报道^[1],如移植受体术前 PV R< 2.5 WOOD单位,心脏移植术后 90天内右心衰竭导致死亡率 6.9%,如 PV R> 2.5 WOOD单位,术后 90天死亡率为 17.9%;如经应用硝普钠降压后 PV R仍大于 2.5 WOOD单位,则术后早期死亡率为 40.6%。故术前正确评估受体肺血管病变程度,正确选择供受体是移植成功的先决条件,对于 PV R大于 2.5 WOOD单位的病人,术后应注意早期右心功能的监测,防止右心衰的发生。前列腺素(PGE₁)能有效地降低肺动脉压,防止术后早期右心功能不全的发生。我们主张术中及术后早期持续应用大剂量 PGE₁(0.04 μg/kg·min),以利于减轻术后右心的后负荷,减少右心功能不全的发生^[2]。

3.2.2 肾功能不全的预防: 术前充分评估病人情况,预防肾功能不全发生概率,对于术后处理有一定的指导意义。提高体循环灌注压,适当运用利尿剂,避免肾毒性药物的使用是手术早期有效保护受者肾功能的关键^[3]。我院使用的免疫抑制剂治疗方案,在术前 24小时至术后 72小时内没有使用环孢素 A(CSA)、FK506 硫唑嘌呤(AZA)等肾毒性药物治疗,能最大程度上减少对外循环手术后患者肾功能的损害。例 2术前有肾功能不全迹象,但经完善围手术期处理后安全渡过肾衰危险期,术后没有使用持续性肾脏替代治疗(CRRT)进行血滤。

3.2.3 肠道营养在移植病人围手术期处理中的重要地位: 心脏移植术后早期,由于患者服用免疫抑制剂,肝肾功能往往欠佳,胃肠道反应较大,而且体外循环后因心功能状况较差对病人体液容量有一定的限制,而心脏移植术后早期给病人鼻饲

来的容量过负荷的危险。对于心脏移植早期病人内环境的稳定有着特殊的优势,对于增进病人体质,最大程度减少术后感染的发生有着极其重要的意义。同时胃肠内营养有着经济、简便的优点。

3.3 免疫抑制剂的使用中不良反应的处理: 本例 2 中因大剂量激素的使用术后第 3 天出现迟发的精神症状,待激素改为小剂量口服后 2 天症状自行缓解,因此在使用大剂量激素时应注意观察病人的精神状态,有不良迹象时,应予以调整。CSA 与 FK506 肾毒性作用的评估: FK506 的肝毒性损害较 CSA 小,但对于肾毒性损害与 CSA 无明显差异^[4]。我们经验证实此现象,在使用 FK506 2 周后病人的 BUN、Cr 迟迟无法降至正常水平,后改用 CSA 也未见肾功能损害加重的迹象,说明在肾功能不全病人选择 FK506 时亦需慎重。

参 考 文 献

- 1 Srinivas M, Robert LK, Barry FU, et al. Preoperative pulmonary hemodynamics and early mortality after orthotopic cardiac transplantation: the pittsburgh experience. *Am Heart J*, 1993, 126: 896~904.
- 2 李增祺, 廖崇先, 廖东山, 等. 28 例心脏移植早期右心功能不全的防治. *中华器官移植杂志*, 2004, 25 (2): 80~82.
- 3 Reichart B, Meiser B, Vigano M, et al. European Multicenter Tacrolimus (FK506) Heart Pilot Study: one-year results. European Tacrolimus Multicenter Heart Study Group. *J Heart Lung Transplant*, 1998, 17 (8): 775.
- 4 张振, 王武军, 廖崇先, 等. 心脏移植术后肾功能监测与治疗. *广东医药杂志*, 2001, 22 (10): 920~921.

先兆子痫及子痫分娩时机与方式探讨

(附 173 例分析)

福建医科大学附属二院妇产科 (362000) 林秀琳 徐惠贞

【摘要】 目的 探讨先兆子痫及子痫患者的分娩时机及分娩方式。方法 对 173 例先兆子痫及子痫患者进行回顾性分析。结果 先兆子痫经治疗病情稳定, 孕周 ≥ 36 周, 估计胎儿成活即终止妊娠; < 36 周子痫病情稳定, 促胎肺成熟, 尽量保胎至 36 周选择适当的分娩方式终止妊娠。子痫抽搐控制后 6 小时内终止妊娠, 先兆子痫阴道分娩率 (57.24%) 高于子痫组 (28.59%), 而剖宫产率 (42.76%) 低于子痫组 (71.42%) ($P < 0.05$)。结论 先兆子痫及子痫患者病情控制稳定后, 估计胎儿成活, 孕周 ≥ 36 周, 选择适当的分娩方式, 尽快结束分娩, 是抢救母婴的重要措施。

【关键词】 先兆子痫; 子痫; 阴道分娩; 剖宫产

【中图分类号】 R714.24 4, 714.24 5 **【文献标识码】** B **【文章编号】** 1002-2600(2004)05-0023-02

Study delivery times and ways of patients with pre-eclampsia and eclampsia Analysis of 173 cases

Lin Xiulin, Xu Huizeng. Department of Obstetrics and gynecology, The Second Affiliated Hospital of Fujian Medical University, Quanzhou 362000, China

【Abstract】 Objective To study delivery times and ways of the patients with pre-eclampsia and eclampsia. **Methods** We have made a retrospective analysis of 173 cases with severe PIH. **Results** The patients with pre-eclampsia were made to stabilize the process and should be delivered when the duration of pregnancy had advanced to 36 weeks. Termination ways should be chosen in an attempt to increase infant survival by permitting the fetus to become more mature for less than 36 weeks. Patients with eclampsia should be delivered within six hours after convulsions were controlled. The rate of vaginal delivery with pre-eclampsia was higher than that with eclampsia. The rate of cesarean section with pre-eclampsia was lower than that with eclampsia. There was significant different between them ($P < 0.05$). **Conclusions** Termination of the pregnancy is the decisive step in the treatment of both pre-eclampsia and eclampsia after the process to be stabilized and the duration of pregnancy is more than 36 weeks. It is important method for infant and maternal survival.

【Key words】 Pre-eclampsia and eclampsia; Vaginal delivery; Cesarean section.

先兆子痫及子痫为重度妊高征, 严重危害母婴的健康和生命, 至今仍是孕产妇死亡的重要原因之一。早期诊断, 及时控制先兆子痫及子痫, 适时终止妊娠是抢救母婴生命最有效的措施。本文对我院近 5 年来收治 173 例先兆子痫及子痫患者进行分析, 探讨其分娩时机及分娩方式。

1.1 发病率: 我院近 5 年来分娩总数 8940 例, 妊娠高血压综合征 314 例, 其中先兆子痫及子痫患者 173 例, 占分娩总数 1.94%, 其中先兆子痫 152 例, 子痫 21 例。

1.2 一般资料: 173 例患者中, 初产妇 146 例, 经产妇 27 例。平均年龄 25.1 岁, 孕周 34~42 周, 有产前检查 168 例 (97.05%), 无产前检查 5 例 (2.95%)。