

助系统。

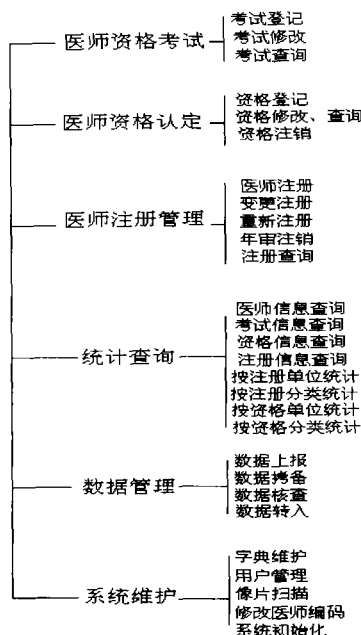


图 1 军队执业医师管理系统结构图

**3.1.2 系统兼容性强** 目前提供了单机版和网络版两种版本,网络版与军卫 1 号系统要求的软、硬件运行环境一样,在已推行军卫 1 号的医院中可将军队执业医师管理系统作为军卫 1 号的一个子系统运行。

该系统的研制成功及在全军的推广使用,首次

[文章编号]1005-1139(2004)02-0155-01

## 同种异体心脏移植供心保护 1 例

陈翔,张向华,李增祺,廖崇先,孙树汉,范里莉

(解放军 309 医院 心胸外科,北京 100091)

[关键词]心脏,移植术;异体移植术

[中图分类号]R654.2

[文献标识码]D

**1 临床资料** 女性患者,44 岁,劳累后心慌、气短 10 年,加重伴双下肢水肿半年 1999 年 5 月 10 日入院。诊断:终末期扩张型心肌病。供体:男性,27 岁,脑死亡志愿捐献者。供、受体血型一致,体重比为 63/66。

供体静注肝素( $3\text{mg} \cdot \text{kg}^{-1}$ ),人工辅助呼吸,维持循环稳定。仰卧位,胸部正中切口,胸骨锯劈开胸骨,倒“T”剪开心包,分离并结扎上腔静脉远端,近膈肌处横断下腔静脉,经主

建成了全军医师信息数据库,成功实现了军队执业医师信息与国家执业医师信息库的对接。实现了在全军范围内对医师信息进行动态跟踪管理,为合理使用人材提供了可靠的依据。

**3.2 系统运行效果与分析** 军队执业医师管理系统自 2000 年底开发完成后已逐步在军队、武警卫生单位全面推广使用。该系统在全军卫生单位的成功使用,实现了军队执业医师信息的全面、准确、动态的计算机管理,在全军执业医师数据汇总中收到了很好的效果,可方便、准确、快速地从不同层面分类统计出全军医师的数据,为总部培养、使用、调配、分析军队医师情况提供了可靠的数据。该系统的使用效果受到了军队各级卫生管理部门的一致欢迎和肯定。

今后每年都要定期完成执业医师考试、资格认定、执业注册工作,这就要求执业医师管理软件的功能要不断完善,更加科学、合理,要经得起时间的考验。

### [参考文献]

- [1] 中国人民解放军总后勤部卫生部. 军队医师管理工作文件汇编[S]. 北京:解放军总后勤部卫生部出版,2001. 2.
- [2] 夏蕾,袁云娥. 研究生教育管理信息系统的研究[J]. 军医进修学院学报,2000,21(2):157-158.
- [3] 傅征,任连仲主编. 医院信息系统建设与应用[M]. 北京:人民军医出版社出版,2002.

动脉弓分离阻断升主动脉,主动脉根部插管,加压注入  $4^{\circ}\text{C}$  高钾心脏停搏液 1 500 ml;横断右肺静脉及上腔静脉,左手托起心脏,依次切断左肺静脉、肺动脉及主动脉,取出供心,立即以冰盐水纱布包裹后放入盛有无菌冰屑盐水的双层密闭取心袋中,再置于不锈钢容器内,放在保温桶内快速转运。途中每间隔 20 min 灌注一次  $4^{\circ}\text{C}$  改良 Stanford 大学心脏保护液 500 ml,电话通知手术组供心获取,保护良好,手术开始。供心到达手术室后,在  $4^{\circ}\text{C}$  冰盐水中修剪左房及各血管残端,去除多余组织,并检查供心有否瓣膜病变及心内畸形。供心植入过程,以 1:4 含血冷停搏液灌注保护心脏。

**2 讨论** 本例心脏移植供心保护特点如下:①无自主呼吸脑死亡供体,尽早人工呼吸,维持心肌血供,减少热缺血时间,于心停跳前快速灌注高钾停搏液,使其停搏在舒张期,避

(下转 157 页)

[收稿日期]2003-06-23

[修回日期]2003-07-10

[作者简介]陈翔(1968-),男,河南省平舆县人,1999 年军医进修学院硕士毕业,主治医师,发表论文 8 篇。电话:(010) 66767729-775059

不太支持腹腔肿瘤的可能,但应进一步完善肿瘤标志物的检查,完善肠镜及妇科B超的检查,以排除如梅格斯综合征等肿瘤的存在。

**2.6 诊断** 综合以上分析,目前本病考虑“结核性腹膜炎”可能性最大,继续完善相关检查,同时加强抗痨治疗力度,注意抗痨药物的毒副作用,及时复查肝功、肾功能,加强保肝、支持治疗。

### 3 第二次查房(3月12日)

住院医师:上次查房主要诊断考虑“结核性腹膜炎”,予四联(异烟肼片 0.3 g,1/d;利福平胶囊 0.45 g,1/d;吡嗪酰胺片 0.5 g,3/d;硫酸链霉素针 0.75 g 肌肉注射,1/d)抗痨治疗1周,仍反复发热,最高温度达 40.5℃,一般在 39.0℃左右。腹水仍存在,据上次查房指示完成相关检查:狼疮细胞(一),自身抗体(一),腹水细胞学检查见:大量红细胞及炎细胞:炎性细胞分类:细胞总数:  $10.5 \times 10^9/L$ ,白细胞:  $2.0 \times 10^9/L$ ,单核 60%,多核 40%。血肿瘤标志物 CA125 500 U/ml,结核抗体:弱阳性,肝功能示(3月10日):总蛋白 53.4 g/L,白蛋白 25.0 g/L,球蛋白 28.0,白球比 0.89,血糖 6.66 mmol/L,钙 1.95 mmol/L,血培养:无细菌生长,PPD 正常,大便常规:WBC +/HP,吞噬细胞:0~2个/HP,潜血试验(+),血沉高,复查正位胸片:双肺野未见异常,B超提示有少量胸水,妇科B超:子宫及附件未见异常,纤维结肠镜检查:全肠道未见异常,骨髓穿刺:未见异常,腹腔穿刺放出黄色腹水约 200 ml,并取腹膜组织 3 块送病理检查(报告未回),腹部CT提示:膈下积液。

主任医师:患者反复高热,以下午、晚上为甚,有潮热盗汗,出现多浆膜腔积液,腹水性质为炎性渗出物,量相对稳定,胸水量增加,结核抗体弱阳性,肝功能损害,血沉高,腹部CT提示:膈下积液。虽然 PPD 正常,结核抗体弱阳性,经正规、足量抗痨治疗1周症状无缓解,诊断仍主要考虑:结核性多浆膜腔积液,膈下脓肿的可能性最大。处理:①坚持四联抗痨治疗,因肝功能损害较重,改利福平为利福喷丁 0.45 g,1/d;异烟肼减量为 0.2 g,1/d。注意肝脏、心脏保护,加强支持治疗。②腹腔镜下行腹腔探查术,明确膈下积液性质,明确病因。

### 4 第三次查房(3月18日)

主治医师:上次查房后,患者于3月13日转入微创外

科,于3月14日全麻下行腹腔镜腹腔探查术,腹腔镜探查到:腹腔内大网膜包裹在右上腹,腹腔内各脏器表面及壁层腹膜上分布大量粟粒状黄白色结节,腹腔内有约 300 ml 淡黄色清亮腹水,肝上间隙包裹性积液约 200 ml,其内有大量脓胎,各脏器形态色泽基本正常,未见有异常包块,腹腔结节病理活检报告:腹腔结核。患者病情诊断清楚:①腹腔结核、②膈下脓肿。

主任医师:国外研究表明有 1/3 腹腔结核患者肺部可无异常所见,以女性青年年龄期明显,可能与女性生殖器结核有关。病程中该患者肺部一直无阳性发现,曾作子宫及附件B超未发现生殖器结核,提示结核病菌起始定殖位置就在患者腹腔脏器及腹膜。本例患者病程,腹腔结核为基础病因,未经及时抗痨治疗,再合并普通细菌的感染形成肝上间隙包裹性积液,两种感染同时存在造成患者的热型呈稽留热,虽经正规、足量的抗结核治疗1周,临床症状不但不缓解,结核毒血症状、消瘦、贫血、胃肠功能紊乱更加严重,动摇了临床医师对疾病准确判定的信心。回顾诊治过程,能合理解释持续高热不退的原因,也提示抗痨治疗并非无效,只是治疗效果有所掩盖;同时,也证实了对包裹性积液的治疗,即使联合、强力使用抗菌素效果也不理想。本病例3月4日腹部B超就提示肝上间隙有液性暗区,但治疗中未引起足够的重视。在临床工作中我们不能忽视发现的每一个阳性体征和检查,以免延误诊治。同时,对于患者所表现出的各系统症状、阳性体征及相关阳性检查,尽量用一种疾病来解释,以利于提高疾病诊断的准确性。腹腔镜检查对那些临床上怀疑为结核性腹膜炎,特别是渗出性病例,经有关检查而不能明确诊断者,具有不可替代的明确诊断的作用。对于临床诊断有困难的患者,应尽早安排腹腔镜检查。目前患者诊断清楚,应在正规抗结核治疗的同时,加强支持治疗,适量给予激素,注意抗痨药物对肝、肾功能的损害,及时对症处理。

### 5 后记

患者在“腹腔镜腹腔探查术”中,分离肝上界间隙粘连及包裹,引流积液,并放置血浆引流管一根,后转结核病防治所,予异烟肼、利福喷丁、乙胺丁醇、吡嗪酰胺四联抗结核治疗,口服泼尼松,同时予高价静脉营养支持治疗,1周后患者体温降至 36.5~37.3℃,病情逐渐趋于稳定。

(上接 155 页)

免一切不必要耗时,快速完整取出供心,低温保存。②选择安全、通畅、快捷交通工具及线路,将供心快速送达手术室,避免不必要等待时间,减少冷缺血时间。③选择有效心肌保护液,低温灌注、保存确实可靠。④改良手术方法,先吻合左心房与主动脉,左心系统重建完毕即可开放循环,恢复供心血供,然后行右心房和肺动脉重建,缩短供心缺血时间,减少心肌缺血再灌注损伤。⑤受术术前、术中及术后早期均给予免疫抑制剂,防止受体对供心的排斥反应。

获取良好供心及保护是心脏移植成功的第一步,低温、高钾心肌保护方法效果确切,但其保护效果随心肌缺血时间的延长而降低。一般认为供心热缺血 10 min、冷缺血 4h 之内为好,移植心脏易存活,因此尽量缩短缺血时间是获得良好供心保护的最好方法。本例供心切取热缺血 6 min,冷缺血 110 min,手术吻合完毕,开放循环后供心自动复跳,搏动良好,脱离心肺循环机顺利,患者康复出院。