

融改良均可以阻断心动过速的发生和持续,所以和常规中位或下位法消融只是把慢径路作为惟一的目标不同,采用线性消融后间隔区域,同时可以把慢径路和处于低位的快径路(或者实际上可能属于网络状的传导纤维)作为消融改良的对象,手术成功率就得到相应的提高

本组 21 例患者,均为反复中位或下位法试消融不成功病例,在 CSO 上后间隔采用线性消融后全部获成功,术中无一例发生房室阻滞,且术后无一例复发,说明该方法安全有效,可以作为常规中位或下位法房室结慢径改良困难时的变通术式。

[参考文献]

[1] Wu D, Lai LP, Taylor GW, et al. Radiofrequency catheter ablation of atrioventricular nodal reentrant tachycardia. In: Huang SKS, Wilber DJ, eds. Radiofrequency catheter ablation of cardiac arrhythmias: basic concepts and clinical applications[M]. 2nd ed. Futura: Futura Publishing Co, 2000: 387- 464

[2] Otomo K, Wang Z, Lazzam R, et al. Atrioventricular nodal reentrant tachycardia electrophysiological characteristics of four forms and implications for the reentrant circuit. In Zipes DP, Jalife J eds Cardiac Electrophysiology. Form Cell to Bedside [M]. Third edition. Orlando, USA: WB Saunders, 1999: 504- 521

[3] 陈明龙, 曹克将, 陈 椿, 等. Koch 三角基底部线性消融治疗常规消融方法困难的房室结折返性心动过速[J]. 中华心律失常杂志, 2004(5): 261- 264

[4] Lockwood D, Otomo K, Wang Z, et al. Electrophysiological characteristics of atrioventricular nodal reentrant tachycardia implications for the reentrant circuit In Zipes DP, Jalife J eds Cardiac Electrophysiology. Form Cell to Bedside[M]. Fourth edition. Orlando, USA: WB Saunders, 2004: 537- 557

[5] Lee KL, Chun HM, Liem LB, et al. Multiple atrioventricular nodal pathways in humans: electrophysiology demonstration and characterization [J]. J Cardiovasc Electrophysiol, 1998, 9: 129- 140

[收稿日期] 2006- 03- 20

单肺移植治疗特发性肺间质纤维化 1 例报告

王 勇, 童继春, 张 科, 吴奇勇, 袁卫东, 毛小亮

(南京医科大学附属常州二院胸心外科, 江苏 常州 213003)

[关键词] 特发性肺间质纤维化; 单肺移植

[中图分类号] R563.19

[文献标识码] B

[文章编号] 1007-4368(2006)10-0987-03

2003 年 9 月 15 日南京医科大学附属常州二院胸外科为 1 例特发性肺间质纤维化患者施行了同种异体左肺移植术, 现报道如下。

1 资料和方法

1.1 一般资料

患者女性, 55 岁, 有呼吸困难史 3 年, 加重 2 年。诊断为“特发性肺间质纤维化”, 经内科激素抗炎保守治疗, 症状仍进行性加重, 夜间难以入睡。全胸片及胸部 CT 示两肺弥漫性肺间质纤维化。术前肺功能 最大肺活量 占预计值的

33%。动脉血气分析: pH7.46, PCO₂ 39.7 mmHg, PO₂ 59.2 mmHg。无冠心病, 肝肾功能、心功能正常。术前激素用量逐步减至每天口服强的松 15 mg, 无肺外感染病灶, 无恶性肿瘤。肝炎病毒、艾滋病病毒、巨细胞病毒、梅毒螺旋体、支原体检测均阴性。

1.2 手术方法

供体为 35 岁女性, 脑死亡者。血型相同。采用肺动脉灌洗方法, 灌入 4 改良 Euro-Colins 液 3 000 ml, 用冰屑覆盖肺表面降温。整体取下心肺标本。修剪左房袖, 再肺静脉逆灌 4 Euro-Colins 液 3 000 ml, 无菌袋中低温保存。

左主支气管-左主支气管,左肺动脉-左肺动脉,左房袖-左房袖顺序植入供肺,手术历时4.5 h,冷缺血时间5 h,术中输血400 ml。术毕纤支镜观察支气管吻合口通畅,送入ICU。

2 结果

术后72 h拔除气管插管,改面罩呼吸机辅助呼吸,术后12天停用呼吸机。术后使用头孢他定+氯唑西林,并根据痰培养和药敏试验调整抗生素。术后当天即予氟康唑抗霉菌治疗1个月,术后54天痰培养出曲霉菌,予伊曲康唑注射液治疗半个月后痰培养转阴。术后予环孢素A、骁悉、赛尼哌三联抗免疫排斥反应,术后第6天患者出现全身乏力、胸闷气急、痰量增加、动脉血氧分压下降,全胸片提示移植肺叶出现点片状浸润灶,纤维支气管镜检查见吻合口及远端支气管黏膜肿胀糜烂。考虑急性排斥反应,予甲强龙冲击治疗1周,患者症状消失。未行肺组织活检,以后未再发生排斥反应。

患者术后1个月余出现双下肢水肿,经利尿剂治疗仍反复发作并加重,至术后70天双下肢高度水肿,血管造影发现右下肢股静脉以及下腔静脉血栓形成,遂用尿激酶100万U静滴,每日1次,1周后改低分子肝素皮下注射治疗1周,后改华法林口服,3个月后下肢水肿消失。

患者术后2个月出院,自觉良好,无明显胸闷气急,进食良好,生活基本自理。体温正常,移植肺呼吸音正常,无干湿性啰音。出院时复查血气分析 PO_2 121.5 mmHg, PCO_2 35.25 mmHg, 肺功能FVC 1.16 L, FEV1 0.95 L, 肺CT提示“移植肺复张良好”。术后1年复查血气分析正常,全胸片“移植肺良好”。

术后15个月出现低热胸闷,全胸片及CT提示移植肺结核,痰涂片找到结核杆菌,予异烟肼、利福平、乙胺丁醇抗结核治疗3个月后好转。存活2年,死于溺水。

3 讨论

肺移植是大脏器移植中问题及难点较多的一个课题,至2002年底,国际心肺移植协会登记的肺移植手术量为14 588例^[1],国内在该方面的进展较为缓慢。本例手术取得了成功,术后遇到了排斥反应、真菌感染、下肢深静脉血栓等并发症,均得到了及时处理并取得成功。

肺移植用于治疗双侧肺部均有严重病变,内外

肺移植的病种^[2],因感染轻,术后留下的自体肺血管阻力及气道阻力均高,气体血液都至健康的供肺,不易有V/Q的不匹配。因此肺纤维化是肺移植的主要手术指征。

感染是肺移植后死亡的重要原因。国际心肺移植学会报道,肺移植死亡病例中,感染占40%。虽然细菌感染较为多见,但病毒和真菌感染更为凶险。抗菌药物的原则是强效、短期、尽早停用。由于排斥反应,大量激素冲击治疗及抗排斥反应药物的应用,患者术后易出现肺曲霉菌感染,本例选用了斯皮仁诺注射液,其抗真菌谱较广泛,疗效好,不良反应少^[3],取得了满意的疗效。

排斥反应的判断及处理的好坏直接关系到肺移植的成败。急性排斥反应通常发生于术后6天以后,通过募集的炎性细胞(大多数为中性粒细胞和淋巴细胞,但也包括巨噬细胞)而造成血管和气道的同时损害。临床表现为感觉不适、疲劳、发热、胸闷气急、胸痛,全胸片有浸润阴影、胸水等,白细胞升高、动脉血氧分压下降、FEV1降低。CT对肺移植急性排斥反应的诊断作用有限,其敏感性为35%、正确率为53%^[4]。有时候胸片改变早于症状的出现和肺功能的改变。纤维支气管镜肺灌洗(BAL)和肺组织活检(TBB)在诊断排斥和感染上有很重要的作用。TBB成为诊断急性排斥的金标准,敏感性和特异性达到90%以上^[5]。

临床上甲基强的松龙实验性冲击治疗是最常用的诊断方法。针对本例患者,作者及时应用甲基强的松龙冲击治疗取得满意疗效。患者术后严密随访,监测环孢素A的血药浓度,出院后未有排斥反应。

本例术后出现下肢深静脉血栓,考虑可能与术后长期卧床、应用激素,深静脉留置导管对静脉壁的损伤等有关,及时溶栓抗凝治疗能取得满意效果。

肺移植术后肺结核与大剂量使用激素有关,结核感染一旦确诊,常规抗结核药物异烟肼、利福平、乙胺丁醇等治疗效果都很好,即使是在免疫抑制治疗之下,也能治愈。

【参考文献】

- [1] Hertz MI, Taylor DO, Trulock EP, et al. The registry of the international society for heart lung transplantation: nineteenth official report 2002[J]. J Heart Lung Transplant, 2003, 21 (9): 950-970
- [2] Mal H, Brugiére O, Dauriat G, et al. Lung transplantation in pa-

- [3] 张翔宇, 高成新, 施建新, 等. 肺移植后侵袭性肺曲霉病的诊治 1 例[J]. 中华器官移植杂志, 2005, 26(11): 664-665
- [4] Gotway MB, Dawn SK, Sellami D, et al. Acute rejection following lung transplantation: limitation in accuracy of thin section

- CT for diagnosis[J]. Radiology, 2001, 221: 207-212
- [5] 陈静瑜, 郑明峰, 何毅军, 等. 肺移植急性排斥反应的诊治[J]. 中华器官移植杂志, 2003, 25(6): 346-348

[收稿日期] 2006-03-13

电子喉镜与支撑喉镜下声带息肉 129 例手术前后嗓音分析与比较

俞晨杰, 王建群, 沈晓辉, 钱晓云

(南京大学医学院附属鼓楼医院耳鼻喉-头颈外科, 江苏 南京 210008)

[关键词] 声带息肉; 电子喉镜; 嗓音声学参数

[中图分类号] R767.4

[文献标识码] B

[文章编号] 1007-4368(2006)10-0989-02

计算机嗓音声学分析作为一项无创伤性的客观检查, 近年来已广泛应用于嗓音疾病的评估与疗效分析。本研究通过回顾南京大学医学院附属鼓楼医院近 2 年来 129 例声带息肉经电子喉镜或支撑喉镜下手术摘除, 术前后行嗓音声学分析进行研究比较, 现报告如下。

1 材料和方法

1.1 临床资料

电子喉镜手术组: 103 例中, 男 48 例, 女 55 例。支撑喉镜手术组: 26 例中, 男 16 例, 女 10 例。声带息肉女性多于男性, 病程长短不一, 通常为 2 个月~2 年。所有入选病例均由病理最后确诊。年龄 8~65 岁, 平均 36.5 岁。各实验组随机纳入各年龄段分布。声带息肉直径 3 mm 有 54 例, 4~6 mm 有 69 例, 7 mm 有 6 例。息肉均位于声带前中 1/3 交界处, 息肉直径大小比较均无显著性差异。正常对照组: 45 例, 健康成年志愿者, 其中男 20 例, 女 25 例; 年龄 18~57 岁, 平均 31.6 岁。既往无喉部疾患史, 半个月来无感冒、声音嘶哑病史, 无吸烟、酗酒嗜好, 心理听觉评价嗓音均正常。

1.2 手术方法

电子喉镜手术组使用电子喉镜(Pentaxnl-1530 型), 活检钳及摄录系统, 耳鼻咽喉科综合治疗台上

喷入鼻腔使其充分收缩, 2%地卡因鼻腔及咽喉部麻醉 3 次, 沿电子喉镜活检孔声带表面滴入 2%地卡因 1 ml, 嘱患者轻咳, 麻醉生效后电子喉镜从宽敞一侧鼻腔导入暴露声门, 看清息肉部位, 沿活检孔放入活检钳, 钳口中央针固定于息肉或小结上, 调整镜体, 使钳口活动平面与声带缘呈 15°~45°或与声带平行钳除息肉。大的息肉可分次钳取, 修平声带边缘, 摘除物送病理检查, 摄录手术前后照片以便进行对比和术后复诊。

支撑喉镜手术组采用插管全身麻醉, 取平卧头仰位。放置好护胸板, 将支撑喉镜沿气管插管缓慢置入喉腔, 边观察电视显示器边进入, 调整好焦距, 到可观察清声门和息肉后再固定支撑喉镜, 用声带息肉钳摘除息肉, 用肾上腺素小棉球轻轻涂擦创口, 无明显出血即可缓慢取出支撑喉镜。所有患者术后丁胺卡那 0.2 g, 地塞米松 5 mg 雾化吸入, 每日 1 次, 共 5 次。术后 2 周声休。

1.3 测试方法

采用美国泰亿格电子有限公司 Dr.Speech for Windows 软件, 对所有受试者分别行嗓音测试。测试时, 在环境噪声小于 45 dB SPL 的室内, 受试者位于话筒前, 口与话筒保持约 20 cm 的距离, 以舒适、自然声强及声调发国际音标 /a:/ 稳态元音 (70~85 dB 声样) 持续 10 s 以上。录音前受试者先行发声训