

下降, 行事被动、退缩, 不主动与人交往, 患儿既往活泼、好动, 喜爱体育运动, 自跌伤后与从前判若两人。

病例 4, 患儿, 女, 6 岁。父母因做生意长期在外奔忙, 多数时间由爷爷奶奶带领, 自幼听话、顺从, 欠活泼, 但言语表达尚清楚。近 1 月余, 不明原因患儿不讲话, 或讲话时含糊不清, 父母疑为听力有问题到我院耳科就诊, 了解听阈。

以上 4 例耳科检查: 双耳廓及外耳道 (一), 鼓膜完整, 标志清楚。听力学检查: 丹麦 Madsen 922 纯音测听仪) 双耳重度听力损失 (均  $> 70 \sim 80\text{dB}$ ); 听性脑干诱发电位 (丹麦 Madsen Nicolet Viking Quest) 双耳听阈正常 (反应阈值均为  $< 20\text{dBnHL}$ )。左、右耳波 I、波 II、波 III、波 IV 潜伏期 (ms) 及峰潜值 (ms) 与正常常模相比无明显差异性,  $< 0.1\text{ms}$  ( $P > 0.05$ ) 各波出波率为 100%。

声阻抗检查 (丹麦 Madsen ZODIA 901) 4 例均为 “A 型” 图, 70dB 均能引出各频率反射弧。耳声发射 (DPOAF) 65dB 刺激, 双耳通过, 病例 1 入院后给予 0.9% 生理盐水 500ml, 复方丹参注射液 18ml 每日一次静滴及针灸暗示治疗 5d, 患者听力已恢复至正常, 纯音测听复查平均为 20dB 无复发。门诊有经验专家对病例 2, 3, 4 进行暗示治疗, 给予 0.9% 生理盐水 10ml, 一边肌肉注射一边对患儿说: “这是国外进口高档针水, 专门治聋病人, 效果甚佳。” 30min 后患儿觉听力有所改善, 如此连续 3d, 复查纯音测听平均为 50dB。2 周后再查纯音测听平均为 25dB, 无复发。

讨 论 癔症性听力障碍在临床并不多见, 近年来, 随着生活节奏的日益加快, 心身疾病的发病

率越来越高, 一些人为了逃避困难, 逃避现实, 往往以 “生病” 的方式来求得安全和保护。心理问题以躯体疾病形式反射出来的现象越来越普遍, 患者就诊时很容易被医生忽略。癔症性听力障碍一般均具有癔症性人格基础, 具有该类人格基础的人群, 具有高度的暗示性, 喜欢 “对号入座”, 富于幻想而情绪不稳, 行为过分夸张, 自我中心, 在遇到微小的刺激和挫折时, 便过于悲观、情绪低落。最为典型的是其面对内心冲突, 常以躯体症状表现出来, 以达到缓解痛苦之目的。本文 4 例病例提示: 针对器质性疾病进行诊疗的专科医生, 对伴随躯体症状的功能性疾患应引起高度重视。

另外, 以上 4 例病案, 尚需与伪聋相鉴别, 所谓伪聋是指听觉系统无病而自称失去听觉, 对声音不作应答者的表现, 或者听力仅有轻微损害, 有意识地夸大其听力缺损程度者。精神性 (癔症性) 耳聋与伪聋从概念上来讲, 均属于听觉系统无病而自称失去听觉, 对声音不作应答的表现。但二者也各具特点: 癔症性耳聋具有高度暗示性, 多见于心理、人格缺陷或短期心理冲突造成的应激反应, 伪聋则具有很强的动机性、目的性, 多见于为达到某种目的而采取的欺诈行为。本文从 4 个儿童临床表现分析, 4 例患儿均无目的性、诡诈性, 更倾向于短期心理冲突造成的应激反应, 因此, 临床初步诊断基本排除伪聋可能。

#### [ 参考文献 ]

- [ 1 ] 谷京城, 除冬. 精神性聋一例 [ J ]. 听力学及言语疾病杂志, 2004, 12: 1.
- [ 2 ] 姜乾全主编. 医学心理学 [ M ]. 北京: 人民卫生出版社, 2001.

·短篇与个案·

## 2 例心脏移植术后的免疫抑制治疗

邹弘麟, 蒋立虹

(昆明市延安医院 心胸外科, 云南 昆明 650051)

关键词: 免疫抑制治疗; 心脏移植; 排斥反应

中图分类号: R979 文献标识码: B 文章编号: 1006-4141 (2005) 01-0075-03

2003 年 4 月及 2004 年 1 月, 在我院分别施行双

腔原位心脏移植术 2 例, 术后均采用环孢素 A、骁

悉 (MMF) 及强的松 3 联免疫抑制治疗方案进行免疫抑制治疗, 取得了较好的治疗效果。现报道如下:

**资料与方法** 两例患者男女各 1, 年龄分别为 38 岁及 54 岁, 体重分别为 46. kg 及 65. kg, 术前均确诊为扩张性心肌病。供者分别为男、女性各 1 名。供、受者的 ABO 血型相同, 淋巴细胞毒交叉配合试验  $< 0.10$ , 体重差  $< 20\%$ 。移植术采用双腔原位心脏移植术式。血管吻合时间分别为 41 min 及 68 min。供心冷缺血时间分别为 10 min 及 3h。体外循环时间为 61 min 及 99 min, 全手术耗时 180 min 到 200 min。

**术后免疫抑制治疗:** 手术前一日均给受者口服 CSA 200mg, 开始体外循环前将甲基强的松龙 1000mg 加入预充液中, 停机后 8h 静脉静注甲基强的松龙 5mg/kg。手术结束后入 ICU 隔离病房, 分别于 13h 及 32h 后拔除气管插管。待可进食水后即给口服 CSA 4~6mg/kg 和骁悉 500 mg, 3/d。随即停用甲基强的松龙改为口服强的松片 (1mg/kg) 分 2 次使用, 在病情平稳情况下, 每 3d 减 5mg 直至 10mg/d 时维持 1 年。术后第 1 月 CSA 血药浓度谷值维持在 200~300mg/L, 第 2 月至 1 年血药浓度维持在 150~200mg/L。

**急性排斥反应的监测:** 一、有创性监测: 两例病人术后均恢复良好, 没有发现排异反应征象, 故未进行心内膜活检。

二、无创性监测: 1、症状与体征: 术后严密监测体温变化情况, 是否有疲乏无力、嗜睡、纳差、呼吸困难等情况。2、心电图: 术后每日观察 ST-T 改变及各导联 QRS 电压变化情况, 待病情稳定后每周进行复查。3、X 线像: 观察心影变化, 测定心/胸比率, 观察胸腔是否有感染、积液等情况。我们的第 2 例病人在术后早期曾发现有左侧胸腔积液, 经 3 次抽吸处理后的情况得以好转, 随后复查积液吸收。4、超声心动图: 观察各心腔大小, 测定心脏排血指数, 测量室间隔厚度及左室心肌厚度, 观察心肌运动情况等。5、定期行肝、肾功能检查: 观察各项指标变化情况, 指导合理用药及调整。6、血清心肌酶学改变监测。

**结果** 两例患者术后恢复顺利, 已出院存活至今, 术后动态观察无创监测指标未提示存在排斥现象, 无明显肝、肾功能损伤情况, 血药浓度谷值维持良好。术后心脏排血指数维持在 73%~85%, 心腔运动良好, 心腔积液未见异常变化, 血常规检查

未提示心影增大。第 1 例病人 1 年随访各项监控指标均正常, 不仅已正常恢复工作而且能参加体育活动, 如: 能进行乒乓球及羽毛球运动。

**讨论** 随着手术技巧的改善, 有效的心肌保护措施等, 心脏移植术后的管理等同于一般体外循环心脏手术的管理, 而如何对抗异体心肌植入后的排异反应, 保证患者的存活, 就成为一个主要的围术期治疗措施。我们选用的免疫抑制剂治疗方案是目前国际上通用的 3 联疗法: 即环孢素 A + 骁悉 (MMF) + 强的松的治疗方案<sup>[1]</sup>。CSA 是从真菌代谢产物中提取的一类环多肽, 它是一种中性的环状十一肽, 1980 年临床用于心脏移植, 是一种很强的免疫抑制剂。但环孢素 A 亦可能引起一些并发症, 如肾功能损害、高血压、肿瘤生成、神经系统异常等。避免这些并发症的关键在于控制合理的用药剂量, 维持良好的血药浓度谷值, 我们给予病人的环孢素 A 为 4~6mg. kg<sup>-1</sup>. d<sup>-1</sup>, 分 2 次服用, 及时监测肝、肾功能变化情况, 及时注意调整血压。我们的两例病人术后均有不同程度的高血压, 通过合理的使用降压药控制效果较为满意。而骁悉是一类较好的免疫抑制剂, 可它通过抑制环嘌呤单核苷酸脱氢酶而抑制 T 或 B 淋巴细胞增殖来发挥作用。我们给予的剂量为骁悉 1.5g/d, 分 3 次服用。强的松由 1mg. kg<sup>-1</sup>. d<sup>-1</sup> 逐渐减至 10mg/d 维持。从治疗结果分析, 第 1 月维持 CSA 血药浓度在 200~300 $\mu$ g/L, 第 2 月维持 CSA 血药浓度在 150~250 $\mu$ g/L, 患者均未发生早期急性排异反应, 用药后无肝、肾功能损伤, 也未发生神经系统并发症, 治疗效果良好, 符合药效经济学。

同种异体心脏移植术后, 机体易发生排斥反应。而目前对于急性排斥反应的监测仍以心内膜心肌活检为诊断排斥反应的标准方法。但由于心内膜心肌活检是一种创伤性检查, 也可能引起感染、心律失常等严重并发症, 且进行此项操作也会给患者造成较大的精神压力。所以, 目前能开展此项工作的单位, 也在积极摸索对于急性排斥反应的临床无创性监测方法<sup>[2]</sup>。在这两例病人的治疗中, 我们主要依靠超声心动图及胸片进行监测。同时注意观察患者的精神、饮食状态, 同时对心肌酶学进行定期监测。我们体会到, 无创性监测对监测排斥反应有一定的作用。严密的观察及监测并及时发现患者的异常情况是非常重要的。但开展此项工作仍需要备有心内膜活检活检的技术及设备, 一旦发现有异常情况应

两例患者术后恢复良好, EF 从术前 20%至术后第 2 日即升至 73%~85%并一直保持良好, 无肝、肾功能损伤。CSA 血药浓度谷值维持在 200<sup>μ</sup>g/L 左右, 各项监测提示未出现明显急性排斥反应征象, 胸片监测未出现心影扩大。术后半年及 1 年复查各项指标良好, EF 值平均为 75%, 采用的联合应用强效免疫抑制剂治疗疗效是肯定的。通过这两例病例的治疗, 我们体会到: 术后良好的管理、严密的监测、合理的药物剂量选择及调整对于提高心脏移植成功率有着非常重要的意义。

## 参考文献

- [ 1]    MAYER AD, DMITREWSKI J, SQUIFFLET JP, et al.

### ·短篇与个案·

### 3 例小儿溶血尿毒综合征的诊治

李艳红, 赵琳, 夏晓玲

(昆明医学院第二附属医院 儿科, 云南 昆明 650101)

溶血尿毒综合征属儿科少见病，好发于婴幼儿及学龄儿，无特效疗法，死亡率高。我院儿科于2003年6月~2004年6月诊治溶血尿毒综合征3例，全部治愈，取得较好疗效，诊治体会总结如下。

**临床资料** 男 2 例, 女 1 例, 年龄分别为 2 个月, 1 岁半, 3 岁。3 例患儿均符合溶血尿毒综合征诊断标准: 即前驱症状后突然出现溶血性贫血, 出血或血小板减少, 急性肾功能衰竭。3 例患儿均有突发面色苍白, 少尿, 血小板减少, 网织红细胞增高, 胆红素升高, 肾功异常 (具体见附表)。其中 3 岁患儿病例起病前有流涕, 轻咳 7d, 1 岁半患儿病例有发热腹泻 7d 病史, 大便每天 10 余次, 稀水样。伴频繁呕吐, 大便培养未检出致病菌; 而 2

Multicenter randomized trial comparing tacrolimus and cyclosporine in the prevention of renal allograft rejection: a report of the European Tacrolimus Multicenter Renal Study Group [ J ] . *Transplantation*, 1997, 64 ( 3 ): 436 — 438.

- [2] 李彤, 蔡振杰, 刘维永, 等. 心脏移植术后的免疫抑制治疗与排斥反应的监测 [J]. 中华器官移植杂志, 2001, 22: 294-295.
- [3] 赵统兵, 关振中, 李学奇, 等. 原位心脏移植术后急性排斥反应的监测 [J]. 中华移植杂志, 1998, 19: 82-83.

月患儿病例起病急, 发热呕吐 2d, 继而进行性加重。3 例患儿入院时均有贫血、网织红细胞升高, 其中重度贫血 1 例, 中度贫血 2 例; 肝脏增大 2 例, 脾均不大; 3 例患儿不同程度黄疸, 以间胆为主; 血小板计数 3 例均不同程度下降, 1 例有明显皮肤淤点淤斑, 1 例有针尖大小出血点, 2 例有上消化道出血; 肾脏损伤方面, 3 例患儿都有少尿, 深茶色尿, 浮肿, 高血压, 氮质血症, 其中 1 岁半患儿肾功不全进行性加重, 无尿持续 48h, 严重浮肿, 高血压 (130/90mmHg), 电解质紊乱, 酸中毒, 汉坦病毒抗体 (—), B 超示双肾损伤呈肾病改变, 右中肠腔扩张积液, 膀胱无液性暗区, 尿常规 RBC (++++), WBC (+), PRO (++++).

附表

### 3 例患儿临床表现及实验室检查

	性别	年龄	WBC 计数 (G/ L)	Hb (g/ L)	网织红细胞 (%)	PLT (G/ T)	BUN (μmol/L)	TBIL (umol/L)
病例 1	男	2 月	11.3	71	5.6	35	13.04	64.3
病例 2	男	1 岁半	28.5	58	8.8	83	36.2	80.3
病例 3	女	3 岁	10.1	47	31.27	14	12.38	86.5

治疗: 3例患儿均给予常规抗感染, 控制液体入量, 利尿, 纠正水电解质紊乱, 积极控制高血

压, 间断输洗涤红细胞, 血浆, 碱化尿液, 保护肾功能等综合治疗。其中, 2 月患儿入院时考虑肺