

的过程,可见呼吸幅度变小和血氧饱和度明显下降。但在面罩给氧的情况下未见低氧血症,诱导平顺,无舌后坠,静息通气正常,无需紧闭面罩。手术开始时由于切皮的疼痛刺激较大,心率、呼吸有一过性增快,之后心率、呼吸稳定,提示异丙酚靶控输注麻醉下手术应激反应较轻。

氯胺酮和芬太尼在本研究中做为基础麻醉可产生明显的镇痛作用,可弥补异丙酚镇痛效果差的缺点。而异丙酚可有效防止氯胺酮的精神反应,且具有止吐功能,与氯胺酮合用达到取长补短的作用。虽然氯胺酮延长了异丙酚的理论苏醒时间(泵模拟显示时间)6 min左右,但这在临床麻醉中是完全可以接受的。靶控输注异丙酚全静脉麻醉可在诱导的同时进行消毒铺巾等工作,因此从入室至手术开始时间较快,而且能及时调节和维持有效麻醉深度,诱导和维持时血流动力学相对平稳。此外,术毕至病人离开手术室的时间短,接台手术紧凑。与吸入麻醉相比其手术室和麻醉恢复室的环境无污染,术后恶心、呕吐并发症少,为一种目前较为理想小儿短小手术的麻醉方法。

参考文献:

- [1] Viviani X, Berdugo L, Aubrydelanoe C, et al. Target concentration of propofol required to insert the laryngeal mask airway in children[J]. *Paediatric Anaesthesia*, 2003, 13(3): 217-222.
- [2] 徐坚, 连庆泉, 陈小霖, 等. 七氟醚用于小儿非住院手术麻醉的可行性[J]. *中华麻醉学杂志*, 2000, 20(4): 248-249.
- [3] Galss PA, Shafer SL, Reves JG. Intravenous drug delivery systems. In: Miller RD, eds. *Anesthesia*. 5th ed[M]. Harcourt Asia: Churchill Livingstone 2001, 377-411.
- [4] Gepts E. Pharmacokinetic concepts for TCI anaesthesia [J]. *Anaesthesia*, 1998, 53(6): 614.
- [5] Newson C, Joshi GP, Victory R, et al. Comparison of propofol administration techniques for sedation during monitored anaesthesia care[J]. *Anesth Analg*, 1995, 81(3): 486-491.
- [6] Marsh B, White M, Morton N, et al. Pharmacokinetic model driven infusion of propofol in children[J]. *Br J Anaesth*, 1991, 67(1): 41-48.
- [7] Kataria BK, Ved SA, Nicodemus HF, et al. The pharmacokinetics of propofol in children using three different data analysis approaches[J]. *Anesthesiology*, 1994, 80(1): 104-122.
- [8] Schuttler J, Ihmsen H. Population pharmacokinetics of propofol: a multicenter study [J]. *Anesthesiology*, 2000, 92(3): 727-738.
- [9] Murat I, Billard V, Vernoes J. et al. Pharmacokinetics of propofol after a single dose in children aged 1-3 years with minor burns. Comparison of three data analysis approaches[J]. *Anesthesiology*, 1996, 84(3): 526-532.

(本文编辑: 毛文明)

• 临床经验 •

二例原位心脏移植成功的体会

程德志, 蒋成榜, 孙成超, 林超西, 谢德耀, 郑亮承, 王珏
(温州医学院第一附属医院 心胸外科, 浙江温州 325000)

[摘要] 目的: 报告2例原位心脏移植成功的初步体会。方法: 2003年2月与2004年1月进行了2例原位心脏移植, 均为扩张型心肌病。采用冷晶体停跳液阶梯式顺灌进行供心保护, 中度低温体外循环下行标准原位心脏移植手术。免疫抑制方案采用赛尼哌及环孢素A、骁悉、甲基强的松龙三联。结果: 2病例均存活, 心功能恢复至Ⅰ级, 围术期无急性排斥反应及感染发生。术后1个月均发生急性排斥反应1次, 1例术后第40天发生肺部感染1次, 均得到有效控制。结论: 良好的心肌保护、术后合理的监测与抗排斥治疗是心脏移植成功的关键。

[关键词] 心脏移植; 心肌保护; 免疫抑制; 急性排斥反应

[中图分类号] R654.2 **[文献标识码]** B **[文章编号]** 1000-2138(2005)05-0408-03

心脏移植已成为目前治疗经过选择的终末期心脏

病合理而又有效的方法。该方面国外成功经验较多, 至2001年底, 全球已进行6万余例。国内自1978年开展心脏移植, 至2002年底, 共进行142例。我院2003年2月与2004年1月进行了2例原位心脏移植, 均获得成

收稿日期: 2004-05-18

作者简介: 程德志 (1973-), 男, 山东梁山人, 主治医师, 医学硕士。

功,现报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 心脏移植受体2例,均为男性,年龄为30岁与45岁,均为扩张型心肌病,病程为2年和6年,经内科药物治疗效果较差。术前超声心动图测LVEF分别为30%与28%,肺动脉压力为45 mmHg与50 mmHg。肺血管阻力为 $180 \text{ dyn} \cdot \text{s}/\text{cm}^5$ 与 $192 \text{ dyn} \cdot \text{s}/\text{cm}^5$ 。第2例为乙肝小三阳,肝功能正常。

1.2 供体心脏情况 尸体供心,年龄 <35 岁,既往无心血管疾病史,无肝炎结核等传染病史。供体选择均符合UNOS选择标准^[1]。第1例供受体血型同型,HLA配型3个位点相同,第2例供受体ABO血型相符。供心者体重与受心者体重相差 $\leq \pm 20\%$ 。供受体淋巴细胞毒交叉配合试验阳性 $\leq 5\%$ 。供体诊断脑死亡后,全身肝素化,正中进胸,阻断升主动脉,经主动脉根部灌注 4°C 改良St Thomas液 $1000\sim 1200 \text{ ml}$,同时心包腔内注入冰泥降温。心脏取出后,置入 4°C 心脏保存液中,放于冰盒内,运至手术室。

1.3 移植手术 移植手术在全身麻醉及体外循环条件下进行。手术方式均采用标准原位心脏移植手术——左、右心房吻合均采用3-0Prolene连续外翻缝合,吻合左房开始时在左房外侧壁上下各先做一针缝合定位,然后做连续缝合。主动脉及肺动脉采用4-0Prolene连续缝合法,主动脉吻合完成后开放升主动脉,肺动脉在心脏跳动下缝合。手术体外循环时间为120 min和145 min,供心冷缺血时间为103 min和131 min。

1.4 免疫抑制处理及监测 2例患者均于术前24 h静注赛尼派50 mg,并于术后补充25 mg,术后14 d再应用50 mg。主动脉阻断开放后应用甲基强的松龙500 mg,术后当晚再应用500 mg。次日清晨拔除气管插管,予口服骁悉100 mg,每日2次。继续静脉应用甲基强的松龙,第3天改为甲基强的松龙片,1 mg/kg,分2次口服,2 w后减量至8 mg/d。第3天起口服环孢素A片,开始剂量6 mg/kg,分二次口服,并根据血药浓度调节剂量,初期维持谷值 $200\sim 250 \mu\text{g}/\text{L}$ 。急性排斥反应的监测主要依据:症状与体征、心电图、超声心动图、细胞检测(CD_4/CD_8)、血清心肌酶学指标。术后予常规监测胸片、血常规、血生化、血清病毒抗体、痰、尿、粪细菌与真菌培养等。

1.5 结果 2例患者均存活,围术期经过平稳。移植心脏均自动复跳,术后12 h与14 h拔除气管插管,术后第1天患者能够下床活动。术后隔离监护时间均为3 w,心功能术后均恢复至I级。第1例患者术后已14个月,已恢复正常工作,术后12个月检查均正常。第2例患者也已出院。2例患者均在术后1个月后(31 d和35 d)

出现急性排斥反应,临床表现为乏力、心悸和食欲下降,心电图表现为房性早搏,经甲基强的松龙冲击治疗后缓解。第2例术后第40天还出现肺感染,表现为右下肺小结节,经抗感染治疗后痊愈。

2 讨论

国外心脏移植手术已经成熟,其1年生存率可达90%以上,5年生存率有的可高达80.7%^[1],患者最长已存活25年,其疗效远高于内科治疗。国内开展较少,与我国巨大的人口基数及众多终末期心脏病人的存在的现状不相适应,现将我们的体会报告如下。

2.1 关于吻合技术。吻合技术已相当成熟,我们在吻合左房时稍做改动,左房外侧壁上下边缘各先缝合定位,然后连续外翻缝合,这样使缝合时层次清晰,而且便于调整。主动脉吻合完成即开放,一方面是减少热缺血时间,另一方面能够使肺动脉吻合的效果更佳,不会因过长而致扭曲,也不会因过短而致张力过大。

2.2 关于乙肝表面抗原携带问题。国外大部分移植中心都将乙肝表面抗原携带作为禁忌证,但结合国情,国内乙肝携带者超过10%,这一比例在南方可能更高,这使得我们无法拒绝乙肝表抗原阳性的供体或受体。根据我们肾移植的经验,乙肝表抗原阳性受者术后恢复与普通患者无异。台湾地区101例心脏移植供受体乙肝阳性者术后恢复亦平稳,少数乙肝发作者予拉米福啉治疗有效^[2]。本例术后仅出现一过性转氨酶升高,与一般体外循环手术患者手术经过无异,证明只要适当选择患者,乙肝小三阳并不是绝对禁忌。

2.3 移植围手术期处理。我们安常规应用赛尼派,赛尼派是特异性的白细胞介素-2受体拮抗剂,应用后白细胞很快下降。它的应用,可以使术后使用环孢素有较大的灵活性,如怀疑肾功能有问题,环孢素可推迟应用而不用过分担心急排的发生^[3]。另外,环孢素在人体的代谢分布因人而异,其应用应根据血药浓度调节。

2.4 排斥反应的监测。心内膜心肌活检(EMB)是术后判定急性排异反应的金标准,目前,在心脏移植患者中,EMB证实其排异反应多为0~1级(国际心脏移植学会急性心脏排斥反应诊断标准)。心脏排斥反应诊断标准)。但EMB为有创检查,具有一定风险。根据我们对2例心脏移植术后及肾移植术后急性排斥的观察发现,临床症状具有高度灵敏性。移植术后患者服用激素,食欲较好,若患者突然出现食欲不振,乏力及心悸,加之心电图表现为房性早搏或是室早,应高度怀疑急性排斥反应的发生。症状出现的早期,心超检查不一定出现异常,及时处理,患者症状很快消失。若等到心超出现异常,可能病情已较严重,这时再干预可能已经较晚。即使不是急性排斥反应,短期大剂量激素冲击,其副作用也是

可以接受的。国内移植例数较多的单位认为应重视无创性的免疫监测,及时捕捉一些敏感征象,必要时结合心内膜活检^[4,5]。

术后感染亦是较为常见的并发症,Stanford中心620例心脏移植患者中共发生感染1043次,其中28.1%发生在肺部^[4],本组第2例患者术后40 d发生肺感染,表现为肺部新发小结节,体温升高不明显,应用泰能后复查CT示消失。移植术后由于应用免疫抑制药物,应高度警惕感染的发生。

参考文献:

- [1] Marcelli D, Laks H, Kobashigawa JA, et al. Seventeen-year experience with 1,083 heart transplants at a single institution [J]. *Ann Thorac Surg*, 2002, 74(5): 1558-1567.
- [2] Ko WJ, Chou NK, Hsu RB, et al. Hepatitis B virus infection in heart transplantation recipients in a hepatitis B endemic area[J]. *J Heart Lung Transplant*, 2001, 20(8): 865-875.
- [3] Vincenti F, Kirkman R, Light S, et al. Interleukin-2-receptor blockade with daclizumab to prevent acute rejection in renal transplantation. Daclizumab Triple Therapy Study Group[J]. *N Engl J Med*, 1998, 338(3): 161-165.
- [4] 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(5): 294-295.
- [5] 王春生,洪涛,赵强,等.11例心脏移植成功的初步经验[J]. *中华心血管病杂志*, 2002, 30(1): 43-45.
- [6] Montoya JG, Giraldo LF, Efron B, et al. Infectious complications among 620 consecutive heart transplant patients at Stanford University Medical Center[J]. *Clin Infect Dis*, 2001, 33(5): 629-640.

(本文编辑:毛文明)

· 临床经验 ·

针吸细胞学检查对腮腺腺淋巴瘤的诊断价值

何秋香, 徐纪为

(温州医学院第一附属医院 病理科细胞室, 浙江 温州 325000)

[摘要] 目的: 探讨腮腺腺淋巴瘤的针吸细胞学特点, 以提高针吸细胞学的确诊率。方法: 对25例有组织学对照的腮腺腺淋巴瘤细针吸取细胞学资料进行回顾性分析。结果: 25例组织学诊断腮腺腺淋巴瘤中, 针吸细胞学诊断与其一致者21例, 诊断腺瘤伴囊性变3例, 疑似炎症或淋巴结者1例。针吸细胞学镜下特点主要见嗜酸性上皮细胞和淋巴细胞间质, 部分病例见核碎片及巨噬细胞伴吞噬。结论: 针吸细胞学对腮腺腺淋巴瘤的诊断具有较好的特异性, 确诊腮腺腺淋巴瘤有赖于针吸获取该瘤具有诊断特征性的满意标本及掌握鉴别诊断要点。

[关键词] 腮腺肿瘤; 腺淋巴瘤; 细针吸取细胞学; 诊断

[中图分类号] R739.87 **[文献标识码]** B **[文章编号]** 1000-2138(2005)05-0410-02

腮腺腺淋巴瘤是腮腺较常见的良性肿瘤,术前确诊对于手术方式选择及预后评价都有重要意义。腮腺肿瘤的切取活检常因创伤较大、容易引起肿瘤种植等因素而不被广泛应用,细针吸取细胞学检查(Fine Needle Aspiration Cytology, FNAC)如能获取满意的标本,不但可确定肿瘤的良恶性,还可作出与病理诊断相一致的细胞学诊断。现将我科25例有组织学对照的腮腺腺淋巴瘤细针吸取细胞学资料进行回顾性分析,探讨其诊断及

鉴别诊断要点以进一步提高细胞学检查的确诊率。

1 临床资料

1.1 材料 收集我科细胞室1987年1月至2003年12月行针吸细胞学检查并有术后组织病理对照的腮腺腺淋巴瘤标本25例。

1.2 一般资料 25例均为男性,年龄51~80岁,平均60.7岁。肿块均位于腮腺,右侧15例,左侧9例,左副腮腺1例。

1.3 方法 采用7号针头,按常规消毒及针吸方法操作。吸取物直接涂片1~3张,置95%乙醇固定,HE染色,光镜观察。

收稿日期:2005-03-07

作者简介:何秋香(1971-)。女,浙江丽水人,主治医师。