

7. Mazzaferri EL. Papillary thyroid carcinoma: Factor influencing prognosis and current therapy. *Semin Oncol.* 1987, 14: 315.
8. Sakamoto A, et al. Encapsulated papillary carcinoma of the thyroid gland: clinicopathological and cytofluorometric study in comparison with non-encapsulated papillary carcinoma. *Cancer.* 1993, 52, 1849-1855.
9. Shah JP, Loree TR, Dharker D, et al. Prognostic factors in differentiated carcinoma of the thyroid gland, *Am J Surg.* 1992, 164: 658.
10. Sellers M, Beenken S, Blankenship A, et al. Prognostic significance of cervical lymph node metastases in differentiated thyroid cancer. *Am J Surg.* 1992, 164: 578.
11. Harness JK, Thompson NW, McLeod MK, et al. Differentiated thyroid carcinoma in children and adolescents. *World J Surg.* 1992, Jul-Aug; 16(4): 547-53; discussion 553-4.
12. Coburn MC, Wanado HJ. Prognostic factors and management considerations in patients with cervical metastases of thyroid cancer. *Am J Surg.* 1992 Dec; 164(6): 671-676.
13. Nussbaum M, Bukachevsky R. Thyroid carcinoma presenting as a regional neck mass. *Head Neck.* 1990 Mar-Apr; 12(2): 114-117.
14. Hamming JF, Schelfhout LJDM, Cornelisse CJ, et al. Prognostic value of nuclear DNA content in papillary and follicular thyroid cancer. *World J Surg.* 1992, 164, 12: 578.
15. Toshirou N, Kazuyasu N, Masayasu H, et al. Overexpression of p53 as a protein DNA content are important biologic prognostic factors for thyroid cancer. *Surgery* 1996, 5: 503.
16. Dobashi Y, Sakamoto A, Sugmra H et al. Overexpression of p53 as a prognostic factor in human thyroid carcinoma. *Am J Surg Pathol.* 1993, 17: 375.
17. Sanders LE, Rossi RL. Long-time results and prognostic factors in patients with differentiated thyroid carcinoma. *Am J Surg.* 1995, 19: 642.
18. Jossari GH, Clark OH, Well-differentiated thyroid cancer. *Current Problem in Surgery.* 1994, 933.
19. Szanto J, Vivicce B. Postoperative thyroglobulin level determination to follow-up patients with highly differentiated thyroid cancer. *Oncology.* 1990, 46: 99.
20. Shaha AR. Differentiated thyroid cancer: less than total thyroidectomy. *Ann Surg Oncol.* 2002, 7(5): 379.

原位同种心脏移植 1 例

唐和年 张总刚 高伟
新疆维吾尔自治区人民医院心外科(830004) 郭永忠 赵强*
新疆维吾尔自治区人民医院外科ICU(830004) 肖东 张秀敏

自 1967 年心脏移植成功以来,目前,心脏移植的效果及远期成活率已有了显著提高。据国际移植协会统计,心脏移植手术成功率居于 95% 以上,5 年生存率达 72%^[1]。心脏移植技术已日趋成熟,成为治疗晚期终末期心脏病有效的治疗方法,我国心脏移植始于 1978 年。我们于 2003 年 3 月为 1 例晚期扩张性心肌病患者施行了原位同种心脏移植术,术后恢复良好,并且参加正常工作已 1 年整,现报道如下。

资 料 与 方 法

一、一般资料:患者,男性,39 岁,体重 72 kg,农民。反复

发作心悸、气短、咳嗽、下肢水肿 2 年余,近 3 个月病情加重,出现头晕、乏力并出现晕厥。因病情加重多次住院治疗。查体:慢性病容,颈静脉轻度怒张,心界明显扩大,双下肢轻度水肿,心电图示:不完全右束支传导阻滞;动态心电图示:反复短阵房速、房颤、室早、室性逸搏;彩色多普勒检查示:全心大、室壁整体运动明显减弱,二尖瓣中-重度返流,三尖瓣轻度反流,肺动脉压 45 mmHg。左心射血分数(EF)0.27;X 线胸片示:心脏明显扩大,心胸比率 0.63;肝、肾功能正常,肝炎病毒正常、淋巴细胞交叉毒性试验阴性,术前心功能 IV 级,临床诊

* 上海复旦大学附属中山医院心外科

断为扩张性心肌病,为原位心脏移植的手术适应证。

二、手术方法及术后经过:供体为脑死亡者;供心者与受体者血型相同,体重 65 kg,相差小于 $\pm 20\%$ 。给供心者右心注入 100 mg 肝素,纵劈胸骨,剪开心包,在上下腔静脉及升主动脉分别套阻断带,并在主动脉根部置冷灌针,在心包腔内例冰水降温,阻断上、下腔静脉,然后再阻断升主动脉,立即灌注 500 ml 改良 St. Thomas 液,迅速切除上、下腔静脉并将供心取出灌注 500 ml 保护液用冰盐水纱布包裹密封于无菌冰水容器中马上转送。供心在植入前反复灌注冷晶体停跳液,修剪的过程亦在 4℃ 的冰水中进行,以充分保证心肌保护。

待确保供心可用后,受体采用胸骨正中切口,显露心脏;全身肝素化后于升主动脉远端插管及上、下腔静脉插管后建立体外循环;降温至 26℃,同时,位于右上肺静脉根部置入左房引流管。阻断升主动脉后,沿房室沟及大血管半月瓣交界上方切除病变心脏,使受体保留左房壁和右房大部分。将修剪完毕后的供心同左房先进行吻合,用 4-0 Prolene 线连续缝合,由左上肺静脉开始向下缝至房间隔,再用另一针向上连续缝合至房间隔与前一针缝线汇合打结。然后,行右心房吻合,由供心下腔静脉开口处开始,沿着房间隔向上用 4-0 Prolene 线连续缝合。修剪主—肺动脉开口,分别行肺动脉口吻合、主动脉口吻合。主动脉排气后松开主动脉阻断钳,心脏复跳后仔细检查出血情况,停转外循环机后常规置起搏导线。

手术体外循环时间 105 分钟,主动脉阻断时间 65 分钟,心脏自动复跳。

病人术后转入经过严格消毒、隔离的监护室。常规监测心电图,有创动脉压、氧饱和度、记录出入量、电解质、动脉血气分析,术后使用甲基强地松龙(MP)。抗排斥反应应用环孢素 A(CsA) + 强地松(Pred) + 骁悉(MMF)三联用药。监测 CsA,浓度值。术后 1 个月内维持 CsA 血药浓度为 150~250 ng/ml,1 年内为 100~200 ng/ml,1 年后为 50~100 ng/ml,术后血液动力学稳定,顺利度过围手术期,术后每 3 个月复查一次血常规和血液生化检查、心电图、彩色多普勒、血液 CsA 浓度。半年后参加正常工作。病人术后随访至今未发生过排斥反应和感染。心功能 I 级(NYHA),未服用任何强心、利尿药物。

讨 论

一、心脏移植是治疗晚期终末期心脏病有效的治疗方法。

但要严格掌握心脏移植的手术指征。美国 UNOS 已制定受体评定标准^[2]。对于内科、外科治疗无效的终末期心脏病,年龄不宜>55 岁;EF<0.20;肺血管阻力必须<6Wood;其他脏器无严重器质性病变;预计生存时间大于 1 年的可能性<75%。因此,对肺血管情况的判断是十分重要的。不可逆的肺血管病变可由于高肺血管阻力和高肺动脉压引起移植后右心衰,是心脏移植的禁忌症。

二、供心的心肌保护直接影响移植的成败,尽量缩短心脏热缺血及冷缺血时间以减轻缺血性损害对保护心肌十分重要。切取供心后的运输延长了心肌缺血时间,因此尽量缩短运输时间,使每一个环节紧密衔接起来,避免其因不必要的时间延长导致供心保护失败。

三、心脏移植的手术方法已基本规范,手术中要注意几个方面:吻合口缝合要严密以防漏血;吻合口的设计和修剪要合适,避免有张力和扭曲;注意保护窦房结的功能。

四、感染及排异反应是远期死亡的主要原因,感染和急性排异反应的早期发现和及时处理是心脏移植成功的关键之一。本例尚未出现感染及排异反应。我们采取临床症状观察,UCG、GCE、心肌血清酶学(TnI)检测综合分析判断可早期发现排异反应。虽然心内膜心肌活检(EMB)证实,大多数病例排异反应为国际心脏移植学会急性心脏排异反应诊断标准的 0—I 级^[3]。EMB 是判定急性排异反应的金标准,因其是有创性检查,有时可发生心传导系统损伤,心律失常等并发症,且价格较高,故我们建议在观察有排异反应的可能时再行 EMB 检查为妥。

免疫抑制剂的合理应用十分重要。选用免疫制剂的原则首先是有效,其次是低毒性,同时要保持一定的血液药物浓度。我们应用的是环孢素 A(CsA) + 皮质激素(Pred) + 骁悉(MMF)。不同的病人存在着个体差异,临床药物的用量根据血液药物浓度监测进行调整。

因病人使用了大剂量的免疫抑制剂,极易并发感染,我们多采取以下措施:(1)术后病人要严格隔离,其病房和环境采取严格消毒和隔离措施。(2)预防性抗菌素的应用。(3)定期进行细菌培养及霉菌培养并做药物敏感试验。

五、心脏移植手术的目的是保障病人健康状况,改善其生活质量和工作质量,故长期随访此类病人尤为重要,其目的亦是尽早及时发现排异反应和减少免疫抑制剂的副作用。

参 考 文 献

1. McGarthy PM, Smith JA, Siegel LC, et al, Cardiac transplant admission, anesthesia, and operative procedures, In: Smith JA, The Stanford manual of eardipulmonary thansplantation, New York: Futura Publishing Company, 1996. 31 - 62.
2. Fleischer KJ, Baumgartner WA, Heart thansplantation, In: Edmunds HL, Cardiac surgery in the adult, Mew york: McGraw - Hill, 1997. 1409 - 1449.
3. 赵统兵, 关振中, 王璞, 等, 心脏移植术后心内膜一心肌活检的临床应用. 中华器官移植杂志. 1997, 18: 31 - 33.

原发性肾上腺皮质增生(PAH)致 醛固酮症 3 例报告

新疆维吾尔自治区人民医院泌尿外科(830004) 吴 群 马力克 文 彬 闵立贵

本文介绍的原发性肾上腺皮质增生症(PAH)所致醛固酮症较为少见,我科曾收治 3 例,现报告如下。

一、病例简介:

例 1,患者,男性,45 岁,汉族,因发现高血压并乏力 10 余年就诊,入院时血压 21.3/13.3 kPa,体格检查未发现异常阳性体征,血钾 2.80 mmol/L,血醛固酮立位 34.3 ng/dl,卧位 15.7 ng/dl。血肾素及皮质醇节律正常。CT 检查为:左侧肾上腺皮质腺瘤可疑。经术前纠正低钾及控制血压,手术探查见左肾上腺无明显腺瘤,皮质广泛增生,行左肾上腺切除,术后 1 周内血压及血钾均恢复正常范围。病检结果:左肾上腺皮质增生。

例 2,患者,女性,40 岁,汉族,因头晕、头痛、乏力、心慌 4 年就诊,入院时血压 20.0/12.0 kPa,体格检查未发现异常阳性体征,血钾 3.10 mmol/L,血醛固酮立位 28.9 ng/dl,卧位 11.5 ng/dl。血肾素及皮质醇节律正常。CT 检查为:左侧肾上腺皮质增生。手术切除左侧肾上腺,术后血压降到正常范围,术后未给予补钾,术后第 5 天查血钾 3.70 mmol/L,病检结果:左肾上腺皮质增生。

例 3,患者,女性,52 岁,汉族,因发现高血压,乏力 5 年就诊,入院时血压 21.6/16.0 kPa,体格检查未发现异常阳性体征,血钾 2.60 mmol/L,血醛固酮立位 31.2 ng/dl,卧位 16.7 ng/dl。未查血肾素,皮质醇节律正常。CT 检查为:左侧肾上腺皮质增生。经术前准备后手术切除左侧肾上腺,术后血压较术前下降,但仍需服降压药物,术后第 7 日复查血钾 3.65

mmol/L,病检结果:左肾上腺皮质增生。

二、讨论:

1、醛固酮症导致高血压,低血钾等,严重危害心脏等全身重要脏器功能。随着临床检验及检查水平的不断提高,对醛固酮症的诊治也在有新的认识。醛固酮是由肾上腺皮质球状带细胞分泌的一种激素,起到调节人体内水、电解质代谢平衡的作用。原发性醛固酮增多症最常见的病因是肾上腺皮质腺瘤(醛固酮腺瘤),除此以外还有其它较少见疾病。

2、导致原发性醛固酮增多症的疾病有:(1)醛固酮腺瘤(APA);(2)醛固酮腺癌(APC);(3)原发性肾上腺皮质增生(PAH);(4)双侧特发性醛固酮增多症(IHA);(5)糖皮质激素可抑制的醛固酮增多症(GSA);(6)异位醛固酮分泌。其中,以 APA 最常见,占原醛症 70%~80%,IHA 占第二位,约 30%。本文报导的 3 例 PAH 较为罕见,仅占原醛症的 0.5%。

3、随着临床检验技术的不断提高,醛固酮症的定性诊断已不困难。目前定性诊断的标准是:(1)舒张期高血压不伴浮肿;(2)肾素分泌减少或活性降低;(3)醛固酮分泌过多且不能被适当抑制。

4、对于较常见的肾上腺皮质腺瘤,随着 CT, MRI 在临床上应用的日益广泛,定位诊断不难作出。但对于本文报道的 PAH,术前要作出指导手术的明确诊断尚有难度。本文报告的 3 例病例,在是否手术探查及是否切除患侧肾上腺这两方面,均给术者造成了一定的压力。

5、本文报道的 3 例 PAH 较为罕见,仅占原醛症的 0.5%。