

心电图对本病的诊断无意义,最后的确诊主要依靠影像学检查技术。普通胸片检查可显示主动脉增宽、扩张或纵隔增宽,CT尤其是增强CT不但能清晰地分辨出真假腔征、附壁血栓及主要分支血管受累情况而且能显示动脉内膜撕裂的入口和出口,尽管DSA被认为是AD诊断的金标准,但不适用于基层医院。

AD的治疗分内科保守治疗和外科手术治疗,近年又兴起带膜血管支架介入治疗^[3]。内科保守治疗的目的是通过扩血管药物的使用,降低左心室射血速度和外周动脉压来避免夹层的进一步扩展和破裂。主要包括立即解除疼痛和降低血压两方面:一方面应用吗啡或度冷丁镇痛,另一方面快速有效的控制好血压,使既能遏止主动脉夹层的继续扩展,又能维持心、脑、肾等重要脏器的供血。 β 受体阻滞剂与硝普钠联合是较理想的治疗方案,一般不应用血管紧张素转换酶抑制剂(卡托普利

等),因其致咳嗽副作用可能加重病情。本组12例行内科治疗患者中死亡4例(含院外1例),死亡率33.3%。近年来带膜支架置入技术的开展提高了抢救成功率,本组3例行带膜支架置入术,均得到治愈。因此,有条件的患者可尽早行介入治疗可降低病死率。

【参考文献】

- [1] 刘松年,荆凌华,赵鑫.主动脉夹层34例分析[J].中国误诊学杂志,2006,6(7):1356-1357.
- [2] 张有利,吴艳明.急性主动脉夹层误诊16例分析[J].中国误诊学杂志,2006,6(21):4181-4182.
- [3] 邱福轩,裴明祥,张文新.覆膜支架介入治疗B型主动脉夹层疗效观察[J].中国误诊学杂志,2006,6(6):1039-1040.

收稿日期:2007-06-18;修回日期:2007-07-22 责任编辑:魏建

心脏移植术 10例抗感染药物合理使用分析

陈苏宁¹,文爱东¹,易定华²,俞世强²,程亮²,杨志福¹,王莉¹

【摘要】 目的:总结和评价心脏移植患者术后早期发生感染的主要因素及抗感染药物的合理使用。方法:分析我院施行的10例异体原位心脏移植手术患者情况,结合有关文献讨论感染发生的主要因素和抗感染药物预防及治疗的方案。结果:由于采用多种途径并结合患者个体差异调整治疗方案和剂量,患者愈后良好。结论:围手术期感染的早期诊断和及时治疗可以提高心脏移植术后的存活率,合理使用抗感染药物是降低心脏移植术后感染发生率的关键。

【主题词】 心脏移植/外科学;外科伤口感染/病因学;抗感染药/治疗应用

【中图分类号】 R654.2

【文献标识码】 B

【文章编号】 1009-6647(2007)23-5686-02

心脏移植是目前治疗终末期心脏病的有效手段,但术后感染依然是器官移植最常见的并发症之一,也是造成器官移植失败的重要原因^[1,2]。由于移植后的感染存在发展快、症状重且多为混合感染等特征,如何合理的使用抗感染药物预防感染成为一个重要问题。我院2001—2003年施行异体原位心脏移植术10例,现对手术的预防及治疗方案进行评价如下。

1 临床资料

本组男7例,女3例,年龄14~51(31.13 ± 13.80)岁。术前诊断均为扩张型心肌病,心功能IV级。所有患者术前均经过保守治疗无明显疗效,且心功能不全渐进性加重。手术采用标准原位心脏移植术式,供、受体按左房、右房、肺动脉及升主动脉顺序进行吻合。术后均采用他克莫司(FK506)+霉酚酸酯(MMF)+强的松(Pred)三联免疫抑制治疗方案,且根据抗感染药物临床合理使用指南^[3]制定如下方案:(1)术前对呼吸道、胃肠道进行清洁;(2)术前预防性的单次应用广谱抗菌药物头孢哌酮(先锋必)或头孢曲松钠(罗氏芬),并在超过3h的手术中追加1次,保证组织中的抗菌药物在细菌侵入组织时已达到抑制细菌的浓度;(3)术后预防性用药:①抗菌药物:头孢哌酮钠(先锋必)2.0g,2次/d;或头孢曲松钠(罗氏芬)2.0g,1次/d,静脉滴注。一般情况连续应用5~7d;②抗病毒药物:更昔洛韦250mg,1次/d,静脉滴注,连续使用21d左右;③抗真菌药

物:早期没有明确的检验结果表明感染时,可暂时不使用抗真菌药物。

2 结果

本组术后早期均出现不同程度的异常菌群生长,主要是表皮葡萄球菌、鲍曼不动杆菌和阴沟肠杆菌。由于及时合理的应用了抗感染药物,9例均没有发生严重的术后感染。1例(女性)术前长期心功能衰竭引起机体各器官的损害,术后病情危重需呼吸机长时间辅助呼吸,且一直痰量较多,经病原学检查发现有细菌、霉菌感染的迹象。在降低FK506用量并及时使用头孢哌酮钠、氟康唑等抗感染药物后患者病情得到了控制。现10例患者无一死亡,且生活质量良好。

3 讨论

心脏移植手术时间长、创伤大,受者因为长期心功能不全而合并多种疾病,机体免疫力低下,感染易发生在移植术后早期尤其是数周内,应预防性使用广谱抗菌药物,并在长时间的手术中追加1次,术后再继续短期应用抗菌药物。这样当细菌侵入组织时,抗菌药物已达到一定浓度,可以有效抑制细菌胞壁的合成,达到抑菌目的。同时由于患者肝、肾功等因素的影响,药物用量需根据具体情况进行调整,尽量减少肝、肾毒性。这样的方案周期短、效率高,治疗效果明显优于术后再开始应用抗菌药物的方法,可以减少受者使用抗菌药物的时间和种类,节

药物变得尤为重要。用药过程中还需注意如下问题:

3.1 免疫抑制剂的使用 心脏移植患者为避免产生排斥反应需要长期应用免疫抑制剂,在研究中发现选择他克莫司+霉酚酸酯+强的松的三联免疫抑制方案,且术后第1个月内FK506的治疗窗谷浓度选择在 $15\sim 20\text{ ng/ml}^{[4]}$ 可以有效的降低免疫抑制剂用量过大造成的受者免疫力低下或用量过小产生免疫排斥等情况的发生率,最大限度的减少抗感染药物的使用。

3.2 血糖的控制 手术创伤造成的应激状态及术后应用强的松作为免疫抑制治疗极可能诱发血糖的升高,增加机体感染的机率。长期血糖增高可使机体在抵抗力下降的同时减少组织供氧,有利于厌氧菌的生长。因此对于术后的患者必须密切监测其血糖值,在发现异常时对患者进行饮食控制或使用胰岛素治疗,及时有效的控制血糖的升高,预防感染发生。

3.3 病原学检查结果的应用 病原学检查对早期明确诊断有重要的意义,因此对术后患者可进行多种标本的细菌和真菌检查,在术后早期进行EB病毒、巨细胞病毒等的血清学检查,对于深静脉及动脉插管、导尿管等在拔出后按常规进行培养。一旦发现阳性结果立即进行药敏试验,根据试验结果针对性的进行用药方案调整,做到有的放矢。

3.4 其他 在围手术期将受者置于监护室中隔离;所有进出

隔离室的人员均严格消毒;对于术后使用的各种插管在条件许可的情况下要尽早的拔除;应用心电图、心脏超声、心脏X线片以及肌钙蛋白I C反应蛋白等方法进行排斥反应监测,减少心肌活检次数等措施都可以减少感染的概率。

综上所述,心脏移植患者预防性应用抗感染药物是预防、治疗和控制术后感染的重要环节,通过监测血药浓度、控制血糖、进行病原学检查等方法可以综合考虑抗感染药物的用量,降低术后并发症的发生率,明显缩短术后住院时间,节约治疗成本,提高患者的生存质量。

【参考文献】

- [1] 苏泽轩,于立新,黄杰夫.现代移植学[M].北京:人民卫生出版社,2000:560.
- [2] Hoffman FM. Outcomes and complications after heart transplantation: a review[J]. J Cardiovasc Nurs, 2005, 20(5 Suppl): S31-42.
- [3] 文爱东,张永生,黄立勋,等.抗感染药物临床合理使用指南[M].西安:陕西第四军医大学出版社,2005:197-199.
- [4] 文爱东,蔡振杰,李彤,等.心脏移植受者FK506治疗窗的临床初探[J].中华胸心血管外科杂志,2002,18(4): 223-225.

收稿日期:2007-06-12;修回日期:2007-07-22 责任编辑:魏建

睾丸卵黄囊瘤 8例临床病理分析

黄克斌

【摘要】 目的:探讨睾丸卵黄囊瘤的临床病理学特征。方法:搜集8例睾丸卵黄囊瘤的临床资料进行临床病理学、免疫组化,以及随访情况进行了研究。结果:组织学形态多样,免疫组化AFP、AAT阳性。8例均行患侧睾丸肿瘤切除术。结论:测定血清AFP水平对确定肿瘤性质,监视治疗效果有重要意义。根治术加化疗可以提高睾丸卵黄囊瘤的生存率。

【主题词】 睾丸肿瘤 诊断;内胚层囊瘤 诊断;预后

【中图分类号】 R737.21

【文献标识码】 B

【文章编号】 1009-6647(2007)23-5687-02

本文报告8例睾丸卵黄囊瘤(YST),结合其临床资料、病理组织学、免疫组织化学,并复习文献报道如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 本组中右侧4例,左侧4例,年龄11月龄~26岁,平均6.4岁,其中3岁以下6例。病程1~7个月。主要症状:常为无意中发现单侧阴囊逐渐增大的肿块,近期内生长迅速,常大至鸡蛋大小,局部无红、肿、热、痛等症状。伴患侧精索增粗3例,伴有鞘膜积液1例。

1.2 方法 6例做血清放射免疫法测定AFP,对8例标本加做免疫组化标记。所用抗体为AFP、AAT、HCG、EMA均购自福州迈新生物技术公司。

1.3 病理分期 根据TNM分期:I期5例(I S期2例),II期3例(均为II A期)。

1.4 血清AFP测定 本组术前用放射免疫法测定AFP 6例:5例AFP均 $> 400\mu\text{g/L}$ 。

1.5 治疗 本组均行腹股沟高位精索睾丸肿瘤切除术,1例I期病例加做腹膜后淋巴结清扫术。术后辅以化疗,6例未按计划完成治疗方案。

2 结果

2.1 病理检查 肉眼观察:本组肿瘤直径 $2\sim 5\text{ cm}$,肿瘤平均体积: $4.8\text{ cm}\times 3.6\text{ cm}\times 3.1\text{ cm}$,呈圆形或椭圆形,一般有包膜,表面光滑,切面主为实性,部分为囊性或黏液变性,并可见不同程度的出血及坏死,颜色多样,呈灰白、灰黄、灰褐、灰红色,质较软而脆。镜下观察组织学形态多样:(1)疏松网状结构:瘤细胞排列成疏松的筛状或网状结构,形成大小不等的网眼,被覆扁平、立方或柱状上皮,网眼内含有黏液样基质;(2)内胚囊样结构(又称Schiller-Duval小体):是由单层或多层立方或柱状细胞围绕小血管形成;(3)透明小体(又称嗜酸性小体):在瘤细胞浆内或疏松网眼黏液样基质中,成群或散在分布,在HE染色中,呈圆形半透明红色小体,大小不等,直径 $2\sim 30\mu\text{ m}$,PAS染色