

229 围产期心肌病患者心脏移植的长期预后〔英〕/Rickenbacher P R...//Am Heart J 1994; 127 (5): 1318~1323

围产期心肌病 (PPCM) 是病因未明的罕见病。作者对 PPCM 患者心脏移植后并发症的发生率及长期预后进行了评价。

方法: 1982~1992 年美国斯坦福大学为 8 例 PPCM 药物治疗心衰无效者进行了心脏移植。选择标准: ①心衰发生在妊娠最后 3 个月或产后头 6 个月; ②无明确的心衰原因; ③原来无心脏病。对照组为 9 例 18~35 岁未经产女性扩张性心肌病 (IDCM) 患者, 同时进行了心脏移植。术前评估: 包括病史、体检、生化、右心导管、心输出量、右室心内膜活检。术后处理: 2 例 PPCM 和 4 例 IDCM 使用环孢霉素与强的松, 6 例 PPCM 和 5 例 IDCM 使用环孢霉素、硫唑嘌呤与强的松, 3 例 PPCM 和 1 例 IDCM 后来还用 OKT3 作“诱导”治疗, 术后头 2 周为 5mg 4 次/d, 环孢霉素 4~8mg/kg/d, 白细胞维持在 $4.5 \times 10^9 \sim 6.0 \times 10^9/L$ 之间。强的松 0.1~0.2mg/kg/d。术后头 1 个月每周 1 次心内膜活检, 后 1 个月内 2 周 1 次, 后 4 个月内每月 1 次, 6 个月以后每年 3~4 次, 以监测排异反应。如排异反应分级为中度到重度时, 用甲基强的松龙 1.0g 静滴, 连用 3 天。如排异反应顽固或严重时加用 ATG (antithymocyte globulin) 或 OKT3。防止淋巴扩散, 避免对药物无效的排异反应复发。3 个月后的排异反应用强的松 100mg/d, 3 天后逐渐恢复原来剂量。感染发生后需住院静滴抗生素或与激素同用。门诊记录心功能、血压、恢复状态, 筛除肿瘤, 检查肾功能, 拍胸片。每年 1 次冠状动脉造影和血液动力学检查。随访全部患者, 资料汇集于计算机系统, 进行统计学处理。

结果: 两组除妊娠次数不同外 (2.5 ± 1.5 ; $0, P = 0.0002$); 在临床、血液动力学和组织学方面无显著差异。术后 6 个月两组各有 2 例死亡, 以后各有 1 例死亡。两组生存率 1 年为 $75\% \pm 15\%$ 和 $78\% \pm 14\%$, 5 年为 $60\% \pm 18\%$ 和 $78\% \pm 14\%$, 10 年为 $60\% \pm 18\%$ 和 $62\% \pm 18\%$ 。两组排异率头 3 个月为 1.85 ± 0.56 和 1.91 ± 0.49 ($P = NS$), 第二个 3 个月为 0.18 ± 0.18 和 0.45 ± 0.26 两组术后 3 个月激素剂量为 $7.1 \pm 4.0g$ 和 $9.8 \pm 6.2g$ ($P = NS$)。两组感染

菌和弓形体) 6% 和 20%, 两组术后生存 6 个月以上者分别随访 4.5 ± 3.1 年和 7.8 ± 3.2 年, 在临床、检验、血液动力学检测方面无明显差异。两组心功能除 1 例 IDCM 为 III 级外, 其余均为 I 级, 动脉粥样硬化发病率均低, 血液动力学检测全部正常。

结论: PPCM 并发严重充血心力衰竭对常规治疗无效者, 施行心脏移植是有价值的选择。研究证实, PPCM 患者与年龄、性别相对应的 IDCM 患者相比较, 在心脏移植后的长期生存率、感染率以及随访中临床、检验、血液动力学检测方面无明显差异。

(263 医院 史占鳌摘 崔吉君校)

230 多巴胺和去甲肾上腺素对急性呼吸衰竭病人心血管功能的影响〔英〕/Qvist J...//Eur J Anaesth 1994; 11: 107~110

为了解急性呼吸衰竭病人终止多巴胺或(和)去甲肾上腺素与硝酸甘油治疗前后的血流动力学变化, 作者选 PEEP 机械通气 24h 以上, 并用多巴胺或去甲肾上腺素支持心血管功能, 无慢性肺病的成年患者 21 例进行研究。呼吸衰竭因为各种肺炎 9 例, 胸腹术后 6 例, 败血症 3 例, 术后肺梗塞 1 例, 心源性休克 1 例, 原因不明 1 例。研究期病人的 FiO_2 平均为 0.54 ($0.40 \sim 0.80$), PEEP 为 10.2 ($4.0 \sim 17.5$) cmH_2O , T 38.1 ($36.6 \sim 39.1$) $^{\circ}C$, 潮气量 702 ($395 \sim 1080$) ml, PaO_2 10.8 ($6.3 \sim 18.9$) kPa, $PaCO_2$ 5.0 ($3.4 \sim 6.8$) kPa, pH 7.41 ($7.26 \sim 7.50$)。血管活性药使用指征: 输注 20% 白蛋白 100ml 和等渗盐水 300~500ml 后, 收缩血压仍低于 $11.97kPa$ 或心脏指数 $< 2.5L \cdot min^{-1} \cdot m^{-2}$ 或尿量 $< 30mL \cdot h^{-1}$ 。首选多巴胺, 用量 $> 10 \sim 12 \mu g \cdot kg^{-1} \cdot min^{-1}$ 或引起心动过速时, 伍用或改用去甲肾上腺素加硝酸甘油。血管活性药物输注期和停止输注后 10min, 通过 7F 号肺动脉导管测量右房压、肺动脉压、肺毛楔压、心输出量以及左右心室射血分数。研究期使用定容呼吸机, FiO_2 和 PEEP 恒定; 输注药物时间 14~48h; 3 例由于低血压不能完全停输变力药物, 只好减慢输注速度 50% 进行上述测量; 3 例用药为去甲肾上腺素和硝酸甘油, 其中 1 例还用了多巴胺。

终止变力药物前后, 心率 (98.8 和 $96.4bpm$)、平均动脉压 (11.18 和 $10.78kPa$)、平均肺动脉压 (3.59 和 $3.33kPa$)、肺血管阻力 (3.48 和