

(3) β 阻滞剂治疗对存活的影响 24例 DCCM 病人(19男, 5女)(心功能Ⅲ或Ⅳ级)和对照组同样条件13例病人(9男, 4女)参加本试验。对照组从既往病例中选出。两组病人组成均是16—60岁。试验组接受洋地黄、利尿剂和 β 阻滞剂治疗, β 阻滞剂剂量逐渐增至最大剂量(阿普洛尔25mg2/日, 美托洛尔25mg2/日或50mg3/日, 普拉洛尔100mg3/日), 对照组仅接受洋地黄和利尿剂治疗。完成试验的病人接受 β 阻滞剂治疗至少6个月。5年随访, 结果显示: 对照组第1、2、3年的生存率分别为46、19和10%, 试验组第1、2、3年的生存率分别为83、66和52%。二条生存曲线有显著性差异($P < 0.01$)。

讨论 从上述一系列试验可以证明在传统的洋地黄和利尿剂治疗的基础上加用 β 阻滞剂可以改善 DCCM 病人的临床症状和提高心肌功能和预后。详细机理不明。这可能与其心肌保护作用有关。作者认为 DCCM 病人应当考虑选用 β 阻滞剂治疗。

(李京波摘 李志善校)

270 院内和院外感染的心内膜炎的比较

/Chen SCA...//Am J Cardiol.—1992, 70(12).—1449~1451

本文复习最近13年间30例院内感染的心内膜炎病人的流行病学、临床特点、微生物学和转归, 并与148例院外感染的心内膜炎患者比较。院内感染的心内膜炎诊断采用 Von Reyn 标准, 本次入院前8周曾经手术操作, 心内膜炎与之直接有关, 或入院48小时后出现心内膜炎症状, 或者二者均有者。169例病人发生178次心内膜炎, 其中30例(17%)为院内感染。一年约3.3万病人住院, 心内膜炎发生率为4.5/万, 而院内感染的心内膜炎为0.8/万。初次就诊时, 发热23例(77%), 栓塞现象20例(67%), 23例发生新的杂音或者杂音改变。院内感染心内膜炎者充血性心衰较院外感染心内膜炎者(16/30

对34/148即53%对23%, $P=0.001$) 低血压较多(8/30对12/148即27%对9%, $P=0.008$)。17例从血液和可疑感染来源处分离出相同的病原菌。常见入侵门户是静脉导管11例(37%)。病原菌除1例外均为金葡菌。3例心瓣膜置换者分别为曲霉菌、粪链球菌和耐二甲氧苄青霉素金葡菌。潜伏期约10天(3~42天)。病原菌一般可反映菌血症的来源。葡萄球菌为主是可疑皮下或静脉内病灶。2例心导管术后心内膜炎中有1例由插管前剃毛区毛囊炎的金葡菌引起。另1例由棒状杆菌引起, 2例均有基础瓣膜病变, 泌尿生殖道操作病人由肠球菌和G⁻细菌引起心内膜炎。2例长期抗菌素治疗发生白色念珠菌心内膜炎。1例心瓣膜移植者发生曲霉菌引起的心内膜炎。院内感染心内膜炎者死亡率高于院外感染心内膜炎者(40%对18%, $P=0.02$), 8例须作瓣膜置换术。院内感染心内膜炎者比院外感染心内膜炎者年龄较大, 充血性心衰低血压和介入操作后菌血症出现率较高。金葡菌是常见病原菌, 分离获得的菌株24%对二甲氧苄青霉素耐药。以前尚无类似报告。院内和院外感染的心内膜炎的病原学不同, 前者链球菌1例, 后者47例(32%); 肠球菌, 真菌均发生在前者, 后者的金葡菌对二甲氧苄青霉素均敏感。为预防院内感染心内膜炎, 介入操作应严守规程并预防性使用抗菌素。

(匡晓芳摘 王永保校)

271 心脏移植病例选择趋向[英]/Kubo SH...//JACC.—1993, 21(4).—975~981

心脏移植是终末期心力衰竭患者治疗的有效手段, 为确保移植的成功, 及将来有限的供体得以最佳地应用, 病例选择标准极为重要。但鲜有资料报告“标准”应用的确切效果及能否识别最适患者。本文通过回顾性分析1987年至1991年明尼苏达大学心脏中心511例被推荐作心脏移植的心力衰竭患者的

临床资料, 评价心脏移植病例选择的趋向。

该中心心脏移植入选标准为: 左室射血分数 $<35\%$; 积极内科治疗无效; 症状顽固、不能耐受; 无可逆的疾病因素如心肌缺血、二尖瓣返流; 预计1年存活概率 $<50\%$ 。反指征包括: 肺动脉高压, 肝肾功能异常, 合并胰岛素依赖型糖尿病、肺功能异常, 症状性周围血管病或脑血管病, 恶病质, 胶原血管病, 精神疾病, 心功能“过好”(指运动最大耗氧量 $>20\text{ml/kg}\cdot\text{min}$ 或 $>75\%$ 极量)等。经临床评估和随访, 511例患者中: (1)符合各条入选标准而无反指征, 被列入待移植名单者221例(占43%); (2)有一条或以上反指征而被剔出待移植名单者222例(43%); (3)临床评估完成前即病重死亡者39例(8%); (4)因保险等原因被建议作其他治疗者15例(3%); (5)待进一步临床评估者14例(3%)。

5年间每年列入或剔出待移植名单的百分率为30~51%, 列入/剔出比率无恒定趋势。221例被列入名单的患者中: 115例(占52%)接受心脏移植; 50例(22%)在等待合适供体阶段死亡; 12例(5%)因临床状况改善而剔出名单; 9例(4%)被建议作其他治疗; 35例(16%)仍留在名单上。后者因供体持续短缺的原因, 1987年占12.6%, 至1991年上升至36.5%。患者等待移植时间亦因此而显著延长。222例被剔出者中, 50例(23%)属心功能“过好”, 经4~62(中位数28.6)个月随访, 除7例失访外, 43例(86%)均存活。12例列入名单后因临床状况(症状、射血分数或最大运动耗氧量)进步而被剔出名单, 经11~61(平均27.7)个月随访, 亦均存活。

上述资料表明, 被推荐作心脏移植的心力衰竭患者后果严重, 病死率颇高, 心脏移植不失为一有效治疗手段。入选标准可能识别其中死亡危险性低的部分患者, 如心功能“过好”而被剔出者和因临床状况改善而被剔出名单者, 均预后较佳。

(施海明摘 戴瑞鸿校)

272 术后长时间ST段压低对大血管手术后心脏并发症的意义[英]/Landesberg G//Lancet.—1993, 341(8847).—715~719

病例与方法 151例病人接受大血管手术包括颈动脉内膜切除、腹主动脉重建、下肢血管再造术, 不包括来自急诊室立即手术的病人。根据Goldman修正标准计算Det-sky心脏危险指数。术前一天、术中和术后一天连续记录心电图(45.3 ± 5.9 小时)采用 V_4 、 V_5 和 avF 导联。心肌缺血的心电图标准为: ST段压低(J点后60ms处ST段下垂型或水平型压低 $>0.1\text{mV}$, 持续时间 ≥ 60 秒, 距前次心肌缺血的心电图改变至少60秒)或ST段抬高(J点处ST段抬高 $\geq 0.2\text{mV}$)。如果ST段压低伴T波改变, 或原有ST段压低, 则要有J点和ST段均比基础状态低 $\geq 0.1\text{mV}$ 。

结果 术后13例(8.6%)发生了心脏事件(6例心肌梗塞、2例不稳定型心绞痛、5例充血性心力衰竭)。在342例次表现为ST段压低的心肌缺血中, 164例次(48%)发生于手术后。手术后缺血性发作时间长于术前和术中(3.2对1.7和1.5分/小时, $P<0.001$), Del-sky心脏危险指数和术前长时间(>2 小时)心肌缺血是估计手术后心脏并发症的预报因子(单变量分析比数比分别为3.3, $P=0.03$ 和7.2, $P=0.009$)。然而, 根据多变量Log-istic回归分析, 术后长时间(>2 小时)心肌缺血是心脏并发症的唯一预报因子, 两者显著相关(比数比21.7, $P=0.017$)。大多数(84.6%)手术后心脏事件(包括心肌梗塞)术前有长时间ST段压低。而术前ST段抬高者术后不发生心脏事件。手术后发生的6例心肌梗塞病人, 5例为非Q波心肌梗塞。

作者认为, 术后心肌损伤和心脏并发症的原因是术后长时间心内膜下缺血, 而非急性冠状动脉闭塞。

(张永斌摘 智光校)