动逆向传导至肺血管床引起肺血管阻力升高，是可逆的；②反应性肺动脉收缩，是可逆的；③肺小动脉发生了形态学改变，是不可逆的。结合 Health 和 Edwards 肺血管病变分级：Ⅰ～Ⅲ级：肺血管阻力＜72 kPa·s/L，Ⅲ～Ⅳ级：144 kPa·s/L＞肺血管阻力＞72 kPa·s/L；Ⅴ级：肺血管阻力＞144 kPa·s/L[5]。本组病例，单纯二尖瓣置换组肺血管阻力 33.202 kPa·s/L，三尖瓣成形组肺血管阻力 55.278 kPa·s/L。

风湿性二尖瓣病变时，右室功能受损，心腔扩大，随着三尖瓣病变程度的加重及肺血管病变不断进展，三尖瓣关闭不全逐渐加重，发展为不可逆性改变。本研究显示：三尖瓣返流面积与右心室大小，肺动脉压力，肺动脉阻力正相关。在临床工作中，根据瓣膜替换术后随访观察也发现，由于遗留左房扩大、肺动脉高压、风湿性心肌炎等，病人可继发三尖瓣关闭不全，成为影响术后功能恢复甚至导致死亡的主要原因之一。本研究分析了风湿性二尖瓣病变继发三尖瓣关闭不全时，三尖瓣返流与右心室功能和肺血管病变的联系，对临床工作中更加完善的手术矫治三尖瓣关闭不全提供参考指标。

参考文献：

[1] 耿希刚，黄庆恒，李兆志，等. 风湿性心脏病继发三尖瓣关闭不全的外科治疗[J]. 中华胸心血管外科临床杂志，1997，11(4)：231－233.
[2] Robert M，Bojar M D. Adult Cardiac Surgery[M]. Boston：Blackwell Scientific Publications，1992.218－223.
[3] Grossman W，Barry W H. Heart Disease：A textbook of cardiovascular medicine[M]. 3rd ed. Philadelphia：WB Sanders，1998.242－276.
[4] Fukashima Y M D，Koga Y M D，Shibata K M D. Optimal shape of prosthesis for tricuspid valve replacement[J]. J Thorac and Cardiovasc Surg，1993，106(6)：1 166－1 172.
[5] 朱晓东，薛淦兴，主编. 心脏外科指南[M]. 北京：世界图书出版公司，1990.153－157.
[6] 张玉奇，陈树宝. 超声心动图估测肺动脉楔压的研究[J]. 国外医学：心血管病学分册，1998，4：206－209.

（编辑 薛国文）

文章编号：1000-5404(2001)05-0519-01

个案与短篇

环孢霉素A治疗再生障碍性贫血的疗效观察

Observation on therapeutic effects of cyclosporine A on aplastic anemia

吴英理，张红宾，张翼军 （第三军医大学附属西南医院血液内科，重庆 400038）

我院自1997年10月到1999年2月用环孢霉素A治疗再生障碍性贫血（以下简称再障）16例，取得了良好效果，现报告如下。

1 临床资料

病例均符合血液病诊断及疗效标准[1]。选此期间在我院就诊的病人32例，分为两组。治疗组16例：男性9例，女性7例，急性再障6例，慢性再障8例，纯红再障2例。对照组16例：男性8例，女性8例，急性再障9例，慢性再障7例。全部病人就诊时WBC（0.6～3.1）×10^9/L，平均1.4×10^9/L，Hb 30～62 g/L，平均41.6 g/L，PLT（6～34）×10^9/L，平均28×10^9/L。网织红细胞计数0.001～0.013，粒∶红（0.61～5.6）∶1，平均0.82∶1，细胞外铁++～++。

方法：治疗组：采用深圳三九集团生产的丽珠环明，口服5～10 mg·kg^{-1}·d^{-1}，3个月为1疗程；两个疗程无效或发生不能耐受不良反应，则减量或停药。对照组：口服左旋米唑50 mg×3/d。全部病例均常规加用丙酸睾丸酮和复方皂矾丸。治疗期间每周查血常规加网织红细胞计数两次，肝肾功能1次。每月查T细胞亚群和淋转率1次。

疗效标准：按“血液病诊断及疗效标准”[1]。

作者简介：吴英理（1972－），男，河南省邓州市人，博士研究生，医师，主要从事造血干细胞移植方面的研究。电话：（023）68773059

收稿日期：2000-01-20；修回日期：2000-11-15

2 结果

疗效：治疗组：基本治愈1例，缓解2例，明显进步7例，无效6例，总有效率62.5%。治疗前10例CD4/CD8比值小于1者，有效8例（80.0%）。6例比值大于1者（2～4），有效2例（33.3%）。对照组：基本治愈1例，缓解1例，明显进步5例，无效9例，总有效率43.8%。两组疗效差异显著（$P<0.05$），采用环孢霉素A有效者服药期间病情无反复，1例治愈及2例缓解病人停药后多次复查血象均较稳定。

不良反应：治疗组中恶心、纳差12例，多毛6例，牙龈增生3例，转氨酶、胆红素升高2例，尿素氮、肌酐增高1例。停药及对症处理后恢复正常。

3 讨论

近年来越来越多的证据提示免疫学异常在再障发病中占有重要地位[2]：再障患者骨髓和外周血HLA-DR+$CD8^+$比值显著增大，具有较高水平的IFN-γ和TNF-α表达，可上调IL-2R，导致多克隆T细胞扩增，并使Fas抗原表达增加使$CD34^+$细胞凋亡，引起全血细胞降低，且IL-2及其受体水平与病情成正比。Leonard[3]认为环孢霉素A（CsA）主要作用是阻断细胞毒性T细胞对IL-2的表达。Orosz提出CsA能抑制T细胞生成IFN-γ等造血负调控因子纠正免疫紊乱，恢复造血功能。CsA治疗再障

（下转521页）

?1994-2016 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved. http://www.cnki.net

后不能脱机的左心功能不全的病人。DeBacky 等[2] 对 2 例心脏术后的病人运用体外心室辅助装置进行辅助, 病人脱机后长期生存。80 年代后期, 世界各地运用各种心脏辅助装置开展了心脏移植前的过渡辅助, 积累了不少经验[3]。我科曾在 1 例心脏移植过程中, 因供心难以克服肺动脉高压, 用离心泵作右心转流, 顺利的脱离了体外循环机, 取得了良好的效果[4]。离心泵左心转流的优点是: ①血泵工作产生涡流和离心吸引力推动血液流动, 减少了血液成份的破坏; ②容易控制引流血量, 并能自动调整灌注量的大小, 较好的维持了血流动力学的稳定; ③转流中可采用变温器将血液加热或降温, 使病人的体温保持在正常范围; ④转流中控制 ACT 值在 200 s 左右, 当转流时间延长时, 只在预充液内加入肝素, 用量只需全身化的 1/3(约 1 mg/kg), 停止转流后 ACT 值可自行恢复正常。但离心泵主要缺点是有一定局限性, 故最适用于可能在短时间或几天内恢复心肌功能的辅助。

3.2　左心转流食管癌切除与重建

左心转流下食管癌切除文献报道甚少。近年来由于体外循环技术在肺外科的应用日趋增多, 对一些晚期肺癌侵及左房、肺动脉干时, 在体外循环下施行晚期肺癌切除, 使一些患者能无瘤生存, 改善了生活质量, 提高了生存率。周清华[5] 曾报告 1 例肺癌侵及降主动脉, 在部分体外循环下行降主动脉部分切除、重建和左肺上叶切除, 术后无瘤生存 8 年之久, 目前仍能正常工作与生活。本例患者食管癌侵及降主动脉, 在左心转流下施行了食管癌切除, 术中见肿瘤已部分侵及肌层, 上、下阻断降主动脉后, 切除了肿瘤, 主动脉连续两层线缝合, 修复了主动脉。术后虽然发生了部分胃底瘘, 经再次手术, 修补了漏口, 并设计了肋间肌瓣覆盖修补部位, 取得了近期良好的效果, 患者出院前能进普通饮食, 体重增加 2 kg, 提高了近期生活质量。其远期疗效有待观察。对一些晚期食管癌, 侵及降主动脉时, 左心转流下肿瘤切除的优点是: ①上、下降主动脉阻断, 在分离肿瘤与主动脉浸润粘连时, 较常规手术中操作简便; ②避免了因肿瘤浸润主动脉造成的大出血; ③对侵及主动脉较深肌层或全层时可行主动脉部分替换, 操作也较方便; ④部分肝素化后, 切除肿瘤和对淋巴结进行清扫时, 出血并不多。左心转流下食管癌切除应注意以下几点: ①病人全身各主要器官功能正常, 有严重心肺功能不完全时, 不适应于左心转流下食管癌切除胃代食管术; ②左心转流行食管癌切除时, 应对肿瘤侵及降主动脉的部位、瘤体大小作好认真、仔细探查, 并决定切除范围; ③先游离胃, 避免部分肝素化后造成的广泛渗血及尽量缩短肝素化的时间; ④降主动脉灌注管, 最好选择在第 8 胸椎平面, 以免阻断主动脉时发生脊髓缺血, 造成截瘫的并发症; ⑤左心转流时, 密切观察上、下肢血压, 保证重要脏器供血, 尿量每小时应大于 50 ml 以上。开放阻断钳后注意排气, 防止气栓。

食管癌侵及降主动脉行食管癌切除胃食管重建, 开展单位应具备一定设备。通过本例尝试, 为以后临床进一步开展这项工作积累了一些经验, 其远期疗效有待进一步观察。

参考文献:

[1] Scholz K H, Hering J P, Schroder T, *et al*. Left ventricular unloading by transvalvular axial flow pumping in experimental cardiogenic shock and during regional myocardial ischemia[J]. Cardiology, 1994, 84(3): 202—210.

[2] DeBackey M E. Left ventricular bypass pump for cardiac assistance: Clinical experience[J]. Am J Cardiol, 1971, 27(1): 3—11.

[3] Korfer R, eL Banayosy A, Posival H, *et al*. Mechanical circulatory support: the bad Oeynhausen experience[J]. Ann Thorac Surg, 1995, 59(2 Suppl): S56—S63.

[4] 范士志, 廖崇先, 蒋耀光, 等. 原位心脏移植 2 例报告[J]. 重庆医学, 1999, 28(3): 161—162.

[5] 周清华 主编. 肺癌基础研究与临床治疗进展[M]. 北京: 科学技术出版社, 1999. 490—491.

(编辑　汪勤俭)

(上接 519 页)

的总有效率为 57%, 其中急性再障(SAA)为 60%, 慢性再障(CAA)为 59%, 纯红再障(PRCA)为 48%[4], 且其疗效与年龄和性别无关。加用雄激素和/或 EPO、ATG 将进一步提高其疗效。文献[5]报道就诊时骨髓中 E/G 比值越高(>0.6)其疗效越好。我们认为对这类再障患者应首选 CsA 治疗。CsA 用量一般为 5~10 $mg\cdot kg^{-1}\cdot d^{-1}$。CsA 毒副作用主要为肾毒性及消化道反应、多毛症、手颤、高胆红素血症及末梢感觉异常等。为减少毒副作用发生, CsA 初始剂量应从小剂量 5 $mg\cdot kg^{-1}\cdot d^{-1}$开始, 以后逐渐增加剂量, 用药期间定期监测血药浓度及肌酐水平, 使 CsA 维持在 200~400 ng/L 或使肌酐水平< 基础值 150%。16 例病人除 1 例因肾功能损害而终止治疗外, 余未见严重不良反应, 均完成治疗。

关键词: 环孢霉素 A; 治疗; 贫血, 再生障碍性

中图法分类号: R556.505.3　　文献标识码: B

参考文献:

[1] 张之南, 沈　悌. 血液病诊断及疗效标准[M]. 第 2 版. 北京: 科学出版社, 1998. 33—39.

[2] Hsu H C, Tsai W H, Che L Y, *et al*. Overproduction of inhibitory haematopoitic cytokines by lipopolysaccharide-activated peripheral blood mononuclear cells in patients with aplastic anemia[J]. Ann Hematol, 1995, 71(6): 281—286.

[3] Leonard E M, Raefsky E, Griffith P, *et al*. Cyclosporine therapy of aplastic anemia, cogenital and acquired red cell aplasia[J]. Br J Haematol, 1989, 72(2): 278—284.

[4] 张彦红. 环孢素 A 治疗再生障碍性贫血的疗效和原则[J]. 中华血液学杂志, 1998, 19(4): 218—220.

[5] Nakao S, Yamaguchi M, Takamatsu H, *et al*. Relative erythroid hyperplasia in the bone marrow at diagonosis of aplastic amemia: a predictive marker for a favourable response to cyclosporine therapy[J]. Br J Haematol, 1996, 92(2): 318—323.

(编辑　冯崇英)

?1994-2016 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved.　http://www.cnki.net