DOI: 10.16016/j.1000-5404.1996.06.033

明,其 SDNN和功率谱中的 LF HF均较健康组明显减低。其中 SDNN下降幅度较小,高血压组的 SDNN均值仍在 100 ms以上,34例中仅 1例 SDNN小于 50 ms,而另一时域指标 rMSSD两组差异不明显,说明轻中度高血压患者 HRV时域指标虽有所降低,但尚无显著临床意义。在频域指标方面,高血压组的 LF和 HF均降至对照组的60%左右,说明以付交感神经活性降低为主[6]。

目前,VLF的调节机理尚不清楚[7],本文结果显示 VLF在高血压组显著低于正常组,在正常组夜间 VLF较日间明显升高,因此不能认为 VLF代表交感神经活性,若其代表交感神经活性,则在夜间会呈现下降趋势。关于 LF虽然也存在争议,尤其是在剧烈运动和严重心力衰竭情况下 LF和 HF及其比值并不能反映交感和副交感间的失衡[7],但有研究证实[8],LF受交感神经活性、血液活性物质、压力感受器和副交感神经传入纤维的共同影响。因此,在非剧烈运动或严重心衰等极度状况下,LF/HF仍不失为反映交感与副交感平衡状态的有效手段,然而其生理机制尚有待更详细研究。

本研究未对患者进行动脉内血压动态监测,无法进一步探讨 HRV与血压变化的关系。最近,Brown等[9]对大鼠血压的动态监测发现,血压变异功率谱在 0.4 Hz处的波幅可能是反应交感神经活性的可靠指标,而 1.2 Hz处的波幅主要与呼吸相关。已有的研究表明[10],原发性高血压患者交感神经活力增强,迷走神经张力下降,其中高血压的程度与交感活性正相关。而本文 HRV分析结果提示,轻中度原发性高血压患者有植物神经功能的改变,其中以副交感活性降低为主,交感神经活性亦有下降,因此,其交感和副交感神经活性尚可维持在正常平衡范围。心脏受植物神经调节的昼夜变化规律在轻中度高血压病患者仍然存在。

关键词 心率;高血压
中图法分类号 R544.1

参考文献

1 Keiper R E, Miller J P, Bigger J T *et al*. Decreased heart rate variability and its association with increased mortality after acute myocardial infarction. Am J Cardiol, 1987; 59(4): 256
2 宋有成,万立礼,胡桃红等.充血性心力衰竭患者心率变异性分析.中华心血管病杂志,1995 23(2): 107
3 吾柏铭,高 岚,韩婷婷等.心率能谱分析检测冠心病阵发性心肌缺血时的植物神经活动.中华内科杂志,1995; 34(5): 295
4 胡桃红.心率变异性.临床心电学杂志,1995; 4(1): 23
5 Pomeranz B, Macaulay R J, Caudill M A *et al*. Assessment of autonomic function in humans by heart rate spectral analysis. Am J Physiol, 1985; 248(1): H151
6 Bigger J T, Hoover C A, Steinman R C *et al*. Autonomic nervous system activity during myocardial ischemia in man estimated by power spectral analysis of heart period variability. Am J Cardiol, 1990; 66(4): 497
7 Amadi A, Coats A. Heart rate variability and clinical cardiology. Br Heart J, 1994; 72(6): 593
8 Malliani A, Lombardi F, Pagani M. Power spectrum analysis of heart rate variability: a tool to explore neural regulatory mechanisms. Br Heart J, 1994; 71(1): 1
9 Brown D R, Laura V B, Abhijit P *et al*. Sympathetic activity and blood pressure are tightly coupled at 0.4 Hz in conscious rats. Am J Physiol, 1994; 267(5 part 2): R1378
10 陈灏珠.关于心率变异的研究.中华内科杂志,1995; 34(5): 291

(收稿: 1996-02-11;修回: 1996-08-26)
(编辑 刘 鹏)

胆管引流术治疗晚期高位胆管癌41例报告

Palliative treatment of proximal bile duct cancer at the late stage with hepatocholangiostomy (report of 41 cases)

刘吉奎 蔡景修 韩本立 何振平 顾红光 董家鸿 别 平 (第三军医大学附属西南医院肝胆外科中心)重庆,630038

高位胆管癌(胆管上段癌及肝门胆管癌)常累及肝门部血管,根治切除的机会少,大多数病例只能进行姑息性胆管引流。我院自 1975年~1993年 18年间共收治高位胆管癌病例 87例,其中采用姑息性胆管引流术 41例,现报道如下。

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

1 临床资料

1.1 一般情况

本组男性 27例,女性 14例,年龄 20~ 69岁,平均 52.1岁。其中Ⅱ型 27例,Ⅲa型 4例,Ⅲb型 5例,累及全部肝外胆管及周围淋巴结转移 3例。该组病例全部合并梗阻性黄疸,血清总胆红素 106.8μmol/L~ 376.5μmol/L,上腹隐痛 19例,闷胀 10例。获得病理组织学诊断结果者 16例,全部为腺癌,其余 25例根据手术所见以及影像学资料作出诊断。

1.2 术中情况

本组全部为晚期胆管癌,3例累及全部肝外胆管及周围淋巴转移,其余 38例均因肿瘤侵及周围肝动脉及后方的门静脉或侵入肝门深处左右肝管而难以切除而行姑息性胆管引流术。

1.3 手术方式

(1)外引流 20例,对于那些肝门胆管癌晚期累及肝总管及周围浸润且一般情况很差者,可切开胆总管,扩张胆管狭窄部,置管入左、右肝管或肝总管内,将胆汁引流出体外。

(2)置管内引流术:以上病例或肝门部及肝内被浸润而不能扩开胆管者,切开肝实质而显露肝内胆管并置管行内引流,其中① 胆管(左右)—— 胃窦内引流 4例,② 胆管—— 空肠内引流 5例,③ 胆囊架桥右肝管十二指肠吻合 1例,共 10例。

(3)胆管内支撑引流术:对侵及肝门部或Ⅲa Ⅲb型病例,则扩开阻塞段胆管并置入内支撑管(U、T管或尿管、金属支架)。① 胆管内置管引流 6例。② 胆管十二指肠引流 1例。③ 通过介入方法自左肝管置入记忆合金网状支架 1例,共计 8例。

(4)胆肠吻合术:① 肝门部胆管癌部分切除,高位胆肠吻合 2例。② 左肝外叶切除,左肝管空肠吻合(Longmire术)1例,共计 3例。

1.4 疗效

术后黄疸完全消退者 11例(术后 15 d~ 34 d),黄疸基本消退者 22例,黄疸未减者 4例,手术死亡 4例。

2 讨论

2.1 术式选择及评价

由于肝门部位的解剖关系紧密,该病就诊时多属晚期,肿瘤多已侵及或包绕肝门区血管,所以根治切除率很低,以往约为 10%,近年随着外科技术的发展,手术切除率在提高,但仍保持在 15%~ 20%[1],我院的手术切除率为 18%(17/89)。由于胆管癌引起胆道梗阻,如未经治疗,患者往往死于胆管炎、败血症或肝功能衰竭,故大多数病例仍以姑息性治疗为主,而手术方式不外乎是胆道减压、通畅引流。以往的治疗方式主要采用胆管外引流及经皮肝穿胆道引流(PTCD),本组 20例外引流大多数是 10年前采用的,另外 4例 PTCD全部为 10年前病例,胆道外引流在方法上简单易行,但造成大量体液及电解质丢失,影响患者消化功能,增加了医护工作量,也给患者生活带来诸多不便[2]。因此近年来多主张行胆道内引流术,其包括胆管内置管引流、置管架桥胆管与胃或空肠及十二指肠吻合、胆肠吻合及胆道内支架引流等[3]。对于探查后不能切除的病例,应采用创伤小、操作简单及并发症少的术式。高位胆管癌由于位置高且深,在未切除的情况下行高位胆肠吻合难度很大,如果部分切除后行胆肠吻合,则创伤加大,不利于患者术后恢复,故选用胆管内置管内引流操作较简单,减黄效果确实可靠,当肿瘤侵犯左、右肝管交叉部致左右肝管不相通时,采用单侧肝管引流也能达到减黄的效果[4],但我们认为此类患者如有可能还是尽量作双侧引流较好,或者设法通过一内支架管穿过肿瘤,使左右肝管沟通后,再作单侧置管引流或胆肠吻合。姑息性胆管引流虽未能切除肿瘤,但由于解除或部分解除了胆道梗阻,改善了肝功及全身情况,从而延长了患者生命,国外作者对比手术插管引流与姑息切除两种术式治疗结果,指出两者生存期不相上下,但前者生活质量高[5]。故胆道引流术对不能根治的病例是最佳的治疗措施。对从临床及影像学上估计难以切除且一般情况较差不能耐受手术的患者,通过介入方法在局麻下行肝穿刺或内窥镜(ERCP)在胆道内放置金属支架内引流也是一种较好的方法,其操作简单、创伤小,有利于术后恢复,但价格较昂贵。本组手术死亡率 9.7%(4/41),死亡病例多为术前梗阻时间长,肝功能发生不可逆性改变,术后黄疸不退,肝功能呈进行性恶化,最后均死于肝肾综合征及多器官功能衰竭。

2.2 关于置管部位及方法

梗阻上端置管主要根据病变部位、肿瘤大小及胆管扩张程度而定,肿瘤能扩开者可将引流管通过肿瘤连接梗阻上下端,梗阻段不能通过者可通过切开肝实质显露胆管,其中在肝圆韧带和镰状韧带左侧 1 cm左右从肝方叶脏面切开肝实质可显露左肝管横部,在胆囊床穿刺可发现右肝管。肿瘤可扩开者引流管远端可直接自胆管下端放入十二指肠,其它情况可置管架桥,远端直接插入十二指肠或空肠,同时将导管固定于肠壁,以防脱落后胆汁漏于腹腔。

2.3 置管材料选择

我们常常选用普通 T管、一次性输液管或普通尿管,导管材料不重要,关键是导管粗细,能否保持管腔长期通畅,当然管壁有支撑能力,不被肿瘤压闭塞也很重要,至于合金支架管则为记忆合金,该管遇冷变细便于经肿瘤部穿过,遇热则扩张恢复原状,以利胆管引流。

关键词 胆管肿瘤;胆管引流

中图法分类号 R735.8

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

参考文献

1 刘 建.肝门胆管癌的现代治疗.国外医学:外科学分册,1993;20(3):137

2 Pellegrini C A, Thomas M A, Way L W. Bilirubin and alkaline phosphatase values before and after surgery for biliary obstruction. Am J Surg, 1982; 143(1): 67

3 朱圣权,何水兴,寿才灿等.肝门部胆管癌的外科治疗.浙江医学,1993;15(5):276

4 Bismuth H, Corlette M B, Villejuif. Intrahepatic cholangioenteric anastomosis in carcinoma of the hilus of the liver. Surg Gynecol Obstet, 1975; 140(2): 170

5 Lai E C S, Tompkins P K, Mann L L *et al*. Proximal bile duct cancer quality of survival. Curr Surg, 1989; 46(2): 161

(收稿:1995-12-27;修回:1996-09-04)

(编辑 刘 鹏)

冠心病人心绞痛状态和冠脉病变程度对血浆内皮素的影响

Effects of state of angina pectoris and degree of coronary stenosis on plasma endothelin

舒茂琴 王敏中 何国祥 司良毅 宋治远 (第三军医大学附属西南医院心血管内科)重庆,630038

内皮素(ET)是由内皮细胞分泌的缩血管多肽,近年来 ET在冠心病发病中的作用受到重视,但作用机理不清。有报道表明在 AMI时血 ET升高,循环中 ET升高与冠脉病变程度有关[1],但也有报道认为稳定性心绞痛患者血 ET不升高[2]。本文分析心绞痛状态和冠脉病变程度对 ET的影响,以探讨 ET升高是参与动脉粥样过程还是参与急性冠脉综合征。

1 对象与方法

1.1 病人情况与分组

本组系 1994年 10月至 1995年 8月的住院病人,共 75例,男 51女 24例。平均年龄(67.1± 9.2)岁(32~ 73岁)。所有病人均作以下检查:静息 ECG或运动 ECG、UCG、Holter、肝肾功、血脂及冠脉造影术(CAG)。有心衰、瓣膜病及房颤者除外。以上检查未发现心肺病变者为正常对照组(C组)。有心肌缺血者为冠心病组,后者又据入院心绞痛症状分为 NA组(无心绞痛或症状不典型),SA组(稳定型心绞痛组)及 UA组(不稳定型心绞痛,包括 AMI)。冠心病组再据 CAG结果分为 NS组(冠脉基本正常或狭窄 <50%)及 TS组(冠脉狭窄≥ 50%)。所有病人入院后均予以硝酸甘油等治疗,UA组入院后予以肝素、尿激酶等治疗。

1.2 冠脉造影术(CAG)

采用 Simens Angiokop C型臂心血管造影录相,多角度投照,用 76%泛影葡胺为造影剂,CAG采用 Judkins法,造影时间为入院后 2周~ 4周进行,造影前停用所有药物 2 d。

1.3 血浆 ET测定

所有病人均入院第 2天及造影当天早晨采用空腹卧位血。用解放军总医院提供的碘标放免药盒,由本院内分泌室测定。

1.4 统计学处理

资料表达采用 $\bar{x}\pm s$,统计学处理采用 Microsoft excel软件在微机上进行方差分析,t检验,以 $P<0.05$为差异显著。

2 结果

2.1 各组病人的临床特征见表 1、2

各组年龄、男女比例、吸烟人数、血脂及左心功能无差异,冠心病组高血压占 29% (16/55)显著高于对照组。TS组(冠脉狭窄≥ 50%)共有 25例,单支病变 16例,双支病变 7例,三支病变 2例。

2.2 冠脉病变程度和心绞痛状态与血浆 ET的关系见表 1、2

有心绞痛症状者 ET显著升高,以 UA组升高最显著,而 NA组 ET不升高。NA组高血压人数比对照组多,提示高血压不是影响 ET的主要原因。血浆 ET在 TS组明显高于对照组,而 NS组与对照组无明显差异。

表 1 各组病人临床特征及不同心绞痛状态时血浆 ET变化

	C组 ($n=20$)	冠心病组		
		NA($n=29$)	SA($n=16$)	UA($n=10$)
年龄(岁)	56.20± 8.70	57.70± 7.90	54.70± 8.90	58.80± 10.20
男/女(人)	14/6	18/11	12/4	7/3
高血压(人)	0	8*	5*	3*
血胆固醇(mmol/L)	4.10± 1.10	4.20± 1.00	4.30± 1.10	4.4± 0.70
吸烟(人)	5	7	6	3
LVEF	0.70± 0.10	0.72± 0.12	0.67± 0.14	0.66± 0.18
ET(ng/L)	48.70± 9.90	46.70± 10.80	53.10± 11.70*	64.20± 12.70*

*:与 C组比较 $P<0.05$

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