DOI:10.16016/j.1000-5404.1992.01.044

心血管反应：表现为心悸、出冷汗、血压下降等。抽血速度过快、置换液量补充不足是引起低血压的主要原因。因此，配合医生严格掌握抽放血速度十分重要，我们体会以每分钟20～45ml为宜。每次循环结束要及时计算出入量是否平衡，及时补充置换液。（2）：术后并发症主要有：①出血倾向。原因是血小板在置换过程中有损失及抗凝剂输入过多。因此术后应观察皮肤、粘膜有无出血点，以便及时处理。②感染。血浆置换后病人免疫球蛋白减少，以及免疫抑制剂的使用，使之易发生感染。本例患者出现臀部及大腿外侧的散在红色斑疹，系霉菌感染，给予甲酮康唑粉治疗后症状消退。由于加强了术前、术中的护理，保证了4次治疗完成，使病人迅速康复。

3.4 重视治疗后的病情观察

3.4.1 严防胆碱能危象发生。置换后，如减少胆碱能药物用量不当，则可导致危象发生。

3.4.2 防止发生“反跳”现象。血浆置换是通过降低血中AchR Ab含量发挥治疗重症肌无力作用的。但置换后，因AchR Ab排空，可反馈使其合成加速，血中浓度达到或超过治疗前，即出现“反跳”现象，使病情复发或恶化[3]。我们在该例行血浆置换的全过程中使用了激素和环磷酰，阻止了“反跳”的发生，从而取得了满意的疗效。

（本文得到输血科林武存副教授和神经内科副教授邵淑琴的指导，特此致谢！）

关键词 重症肌无力/护理；血浆交换

参 考 文 献

1. 杨金斤 吴志英 秦晓慧。血浆置换疗法的护理概念。国外医学：护理学分册 1986；7(3)：110
2. 许贤豪 谭铭勋。重症肌无力治疗进展。中华神经精神科杂志 1987；20(5)：311

（收稿：1991-05-14；修回：1991-11-07）

肾衰患者血清结合珠蛋白测定的临床意义

凌汉新 （第三军医大学新桥医院 肾内科）630037
武大林 （第三军医大学新桥医院 血液实验室）630037

我们测定了43例急慢性肾衰患者的血清结合珠蛋白（简称HP）含量，结果如下：

1 材 料 与 方 法

1.1 检测对象

（随机抽样）

1.1.1 121例正常人群。

1.1.2 急慢性肾衰患者43例。

1.2 检测项目

1.2.1 HP测定：采用醋酸纤维薄膜电泳脱色显色定量测定法[1]，按双盲法进行。

1.2.2 其他：全部病例同时检查尿常规，Ccr、肾脏B超、肾图及肝功能。

1.2.3 数据处理：按计量单位进行t检验。

2 结 果

2.1 HP与常规指标比较

结果显示HP含量与血生化指标无平行关系。

2.2 ARF与CRF HR含量比较（表1）

HR含量（g/L）增高示APF＜CRF，两组相差显著（$t=2.025$，$P<0.05$），HP含量异常组与正常对照组比较相差非常显著（$t=2.84$，$P<0.01$）。

表1 ARF与CRF HP含量比较

	ARF（g/h）		CRF（g/L）		正常对照组（g/L）	
	例数	$\bar{x}$（范围）	例数	$\bar{x}$（范围）	例数	$\bar{x}$（范围）
HP正常	5	0.97(0.54～1.35)	11	0.84(0.61～1.35)	121	0.93(0.47～1.38)
HP增高	8	1.93(1.45～2.60)	15	2.70(1.43～4.78)		
HP减低			4	0.31(0.21～0.44)		

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

2.3 HP异常与肾脏损害程度关系比较(表2) HP异常与病程长短及肾组织损害程度密切相关，但无平行关系。

表2 HP异常与肾脏损害程度关系比较

	ARF肾功损害程度					CRF肾功损害程度				
	总例数	正常	轻度	中度	重度	总例数	正常	轻度	中度	重度
HP↑	8	2	2	3	1	15		1	1	13
HP↓						4				4

3 讨 论

HP的生理及病理意义自十九世纪后期已进行了广泛而深入的研究[2]，分析本组HP含量明显高于正常对照组，与文献报道一致[3]。

本组血清HP水平在病变活动期时即开始升高，显示出ARF<CRF，提示(1)ARF与CRF发病机理不同，HP水平反应不同，(2)病变活动期越长，肾组织破坏越重，HP水平增高越明显；(3)原发病免疫反应越重，HP水平越高；(4)经及时治疗后病情逐渐恢复并趋向稳定，HP水平可至正常，说明HP水平可作为肾衰病变活动期组织破坏的评价，且可动态观察其水平以监测组织修复及预后。

4例HP减低者系糖尿病肾衰和肝硬化患者，我们认为其减低的原因与发病机理有关。

关键词：肾功能竭衰；载体蛋白类

参 考 文 献

1. 刘祥贵。血清结合珠蛋白电泳显色定量法。中华血液学杂志 1980;3:178
2. Bilgrami G, Tyagi SP, Qasim A. Serum haptoglobin in cases of ischemic heart disease. JPN Heart J 1980; 21(4):505～510
3. 曹庆学 翁维权 张春原，等。原发性血小板减少性紫癜血清结合珠蛋白测定的临床意义。中华血液学杂志 1988;9(5):262～264

(收稿:1991-08-06；修回:1992-01-09)

部分性房室通道合并双口二尖瓣2例

史鉴运 肖颖彬 (第三军医大学新桥医院 心血管外科) 630037

报告2例部分性房室通道合并双口二尖瓣的手术治疗，效果满意。

例1 女，17岁。自幼活动后心悸，经2DE检查诊断原发孔房缺、双口二尖瓣及瓣裂。在低温体外循环下手术。术中见：原发孔房缺3.5cm×2cm；继发孔房缺1.5cm×1cm；双口二尖瓣，外侧口比内侧口稍大，二者均可通过食指，外侧口前瓣瓣裂长1cm；三尖瓣环扩大。手术方法：缝合瓣裂；切除2个房缺之间的房间隔，取自体心包修补房缺；三尖瓣环成形术。术后窦性心律，心前区杂音消失，痊愈出院。

例2 女，36岁。劳累性心悸3年，2DE检查诊断原发孔房缺伴二尖瓣裂。术中见：原发孔房缺3.6cm×2cm；冠状静脉窦口开于左房内；双口二尖瓣内侧口直径2cm，其前瓣瓣裂长1.5cm，外侧口直径1.5cm。手术方法：缝合瓣裂，用自体心包修补房缺，冠状窦口仍在左房内，三尖瓣环稍扩大未处理。术后窦性心律，心尖区杂音消失，痊愈出院。3月后复查，无心杂音，肺血正常，心影缩小，已上班2年。

讨 论

双口二尖瓣极为少见，自1876年Greefield首例

(下转封三)

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