DOI:10.16016/j.1000-5404.1992.01.045

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

过”作用下滞留。

5．TNF对培养EC的影响及其作用机理的实验研究

结果为：当TNF作用于EC时，可使其分泌PAI活性增加，这一作用有量效关系。500u/ml TNF可使PAI活性达最高水平，但2，500u/ml TNF使PAI活性降低。形态学观察发现，2，500u/ml TNF可使CEC增多和EC大片脱落。本实验表明，TNF既可促使EC分泌PAI活性增多，又可在高浓时造成EC的直接损伤。

6．外科患者手术前后CEC变化及意义的探讨

结果为：外科患者术前的CEC明显高于对照组，手术后，CEC降低并接近对照水平。提示：外科患者CEC增多可能来自局部病灶内的VEC损伤；手术治疗的意义不仅在于处理病灶，而且消除或基本消除了造成VEC损伤的因素，因而有助于促进机体内环境稳定。

7．创伤病人CEC变化及其机理的研究

结果为：①创伤病人的CEC显著多于对照组，而且，CEC与ISS变化密切相关；②ISS≥20组的CEC明显高于其它两组（ISS≤10，10<ISS<20）；③治疗7d后，创伤病人CEC较治疗前明显降低。本实验结果提示，CEC作为创伤临床的检测指标，有助于判断伤情、评估血管损伤程度和观察治疗效果。

8．创伤病人外周血中有活力CEC的分离及体外培养

本实验采用Percoll密度梯度一步分离法，从创伤病人外周血中分离出了有活力的CEC，并使其在体外培养条件下生长。表明创伤病人外周血中确实存在可供体外培养的CEC。提示继续深入这一课题的研究可能是很有前途的。

关键词 血管/病理学；创伤和损伤；细胞，培养的

（上接93页）

报道以来[1]，国外至今约60余例，国内尸检及手术发现2例。1988年陆应珍报道在1.7万余例2DE检查中发现4例[2]。本文2例均经手术证实。

双口二尖瓣可单独存在，但常合并其它心血管畸形，以房室通道(AVC)多见。1958年Wakai报道尸检28例AVC，其中合并双口二尖瓣5例，占17.8%[3]。1983年Warnes报道双口二尖瓣11例，其中合并原发孔房缺10例，单心房1例[4]。我院手术治疗AVC 32例，合并双口二尖瓣2例，占6.25%。AVC合并双口二尖瓣可能与房室管发育畸形有关。提示在AVC手术中注意可能合并双口二尖瓣。

双口二尖瓣的解剖特点为二尖瓣后瓣的中央有一向前延伸至前瓣瓣环的白色带状组织桥，宽约5～10mm，为纤维结缔组织，将前瓣分隔成2瓣，形成外侧口及内侧口，2个瓣口面积可大小不一，也可相同。2个瓣口均有前后瓣叶，各瓣叶均有腱索与乳头肌相连。双口二尖瓣如果无瓣裂，总开瓣面积在4 cm^2以上，血液动力学正常，不需手术矫治。本文例1外侧口瓣裂，例2内侧口瓣裂经缝合后瓣口可纳食指无狭窄。然后从左心室引流管内加压注入生理盐水，测试双口二尖瓣关闭情况，2例均无返流，术后心尖区收缩期杂音消失。如果术中将二尖瓣后瓣带状组织桥剪断，后瓣即成为连枷瓣，必将产生明显的二尖瓣关闭不全，或因二尖瓣瓣裂缝合后产生明显的二尖瓣狭窄均应考虑2尖瓣置换术，否则后果严重。Warnes报道11例AVC合并双口二尖瓣手术治疗，其中有2例剪断带状组织桥，术后死于肺水肿[4]。

原发孔房缺取自体心包修补，用3—O Prolene线连续缝合，例1在Koch氏危险三角区浅缝，冠状窦口仍位于右房内，例2冠状窦口位于左房故仍将其开口隔在左房。术后均为窦性心律，无传导阻滞。

关键词 双口二尖瓣/异常

参考文献

1. Schraft WC, Lisa JR. Duplication of the mitral valve case report and review of the literature. Am Heart J 1950;39:136
2. 陆应珍 姜楞 施月芳，等。超声诊断先天性双口二尖瓣畸形。临床心血管病杂志 1988;4:113
3. Wakai CS, Edwards JE. Pathologic study of persistent common atrioventricular canal. Am Heart J 1958;56:779
4. Warnes C, Somerville J. Double mitral valve orifice atrioventricular defects. Br Heart J 1983;49:59

（收稿：1991-09-23；修回：1992-01-09）

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