DOI:10.16016/j.1000-5404.1990.06.044

出：肾移植术后感染发生的原因是相当复杂的，仅凭一项指标明确诊断是不可能的，必须参考整个 T 细胞亚群的变化及其它检查结果才更加可靠。

同时测定CsA血浓度和T淋巴细胞各亚群的变化，可使临床医生能够相当精确地实施抗排斥反应治疗，同时使机体保持足够的细胞免疫水平，达到降低感染危机的目的。对15名肾移植病人CsA血浓度的动态观察表明：全血CsA峰浓度第1周、第2周维持834±431ng/ml，第3周、第4周：413±275ng/ml，OKT_4/OKT_8比值控制在1.19±0.16范围内比较合理。

参 考 文 献

1. Washer GF, et al. Causes of death after kidney transplantation. JAMA 1983; 250:49
2. 熊汝成。总结经验，提高肾移植后并发症的防治水平。中华器官移植杂志 1988; 9:49
3. Rubin RH, et al. Infection in the renal transplant patient. In RH Rubin (eds) Clinical approach to infection in the compromised host. Plenum Publishing Corp. New York. 1981:553
4. Rubin RH, et al. I nfection in the renal transplant recipient. Am J Med 1981; 70:405
5. Rubin TNE, et al. Infection in the renal transplant patient. In Evaluation and Management of Hospital Infection. Ed by Furth RV Nijhoff Publishers 1982:209

（收稿：1990.04.05；修回：1990.09.24）

原发性肺动脉高压9例临床分析

孟素荣 李隆贵（新桥医院 心血管内科）

近6年来我院收治原发性肺动脉高压（PPH）9例，现报道于下。

1 临床资料

9例患者男性5例，女性4例，年龄16岁～33岁（平均23.8岁）。病程3月～10年，平均3.7年。

临床表现：9例患者均有劳力性呼吸困难和心悸，其次为头昏（4例），胸痛、晕厥和咯血(各3例)，蹲踞（2例）。体征包括肺二音亢进（9例），口唇发绀、胸骨左缘收缩期杂音（各8例），胸骨隆起、心尖区收缩期杂音（各5例），肝大（4例），杵状指（3例），颈静脉怒张（2例）。

实验室检查：（1）心电图：9例均有右室肥大，其中5例并右室劳损，1例并左室肥大；I°房室阻滞1例。（2）超声心动图：9例均右室内径增大；右房和肺动脉扩张各7例；4例经多普勒超声心动图检查者均提示有肺动脉高压。（3）X线：9例心影均呈二尖瓣型，肺动脉段明显突出；右室大者8例，右房大者3例，肺纹减少，血管影纤细者5例；肺纹增多4例，其中3例肺门影增大，搏动增强。（4）心导管检查：受检的7例患者肺动脉收缩压（PSP）7.45kPa～18.15kPa，平均12.13kPa。中度肺高压（PSP 6.65kPa～9.31kPa）2例，重度（PSP>9.31kPa）5例。股动脉血氧饱和度88.8%～96.7%，平均93.4%。

9例患者入院诊断为PPH者仅3例，余6例分别误诊为房间隔缺损及/或肺动脉瓣狭窄者5例，肺癌1例。经各项检查后仍有2例因误诊为房间隔缺损而手术。

治疗及转归：6例患者经利尿、扩血管药治疗症状有不同程度缓解。其中1例27岁男性患者因咯血以肺癌收入院，肺动脉压9.8/4.79（6.65）kPa，股动脉血氧饱和度93.2%，药物治疗3月病情稳定出院，54天后又因心衰加重伴反复晕厥再次入院，第3天因心律失常猝发而死亡。

2 讨论

本组9例PPH误诊为其他疾病者多达6例，经各种检查后仍有2例因误诊而开胸手术探查，说明PPH在先天性心脏病术前诊断中有重要实际意义。PPH与房间隔缺损的临床表现

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

有许多相似处，误诊而手术者并非少见[1,2]。二者的鉴别意义主要在房间隔缺损出现肺动脉高压之前，因为一旦出现肺动脉高压，手术危险性显著增高，此时因误诊而手术的机会即大为减少。PPH与以左向右分流为主的房间隔缺损的鉴别要点在于：（1）后者多普勒超声心动图于房间隔右房侧可能探及全收缩期湍流；PPH无此异常，仅表现为右室射血时间缩短，血流频移峰值提前，并可见切迹。（2）房间隔缺损在肺高压前X线胸片表现为肺血多，右房、右室增大，肺动脉扩张；PPH则主要表现近心段肺动脉扩张，外围支变细。(3) 右心导管检查房间隔缺损可显示心房水平左向右分流；PPH则仅表现肺动脉压增高。

PPH在治疗方面进展不大。传统的治疗如强心、利尿对缓解症状有一定帮助[3]。按病理分型可将PPH分为（1）丛状肺微动脉病（PPA）；（2）栓塞性肺微动脉病(TPA)和（3）肺静脉闭塞性疾病（PVOD)[3]。其中PPA病程进展比TPA快；PVOD变异大，预后也差。扩血管药对PPA型最为适宜，但须在血液动力学监测下用药，凡右房压>2.0kPa，每搏指数<20ml/m²者不宜用扩血管药。TPA型适宜抗凝治疗。钙离子拮抗剂如硝苯吡啶口服，每小时20mg，在血液动力学监测下连用7次，随后维持治疗可使部分PPH患者获得缓解[3]。近年来一些作者亦提倡用前列腺素治疗PPH，其中PGI_2的疗效比PGE更好。

参考文献

1. 宋桂芬，等。原发性肺动脉高压误诊3例分析。实用内科杂志 1989；9（3）：158
2. 金绍民。病例讨论集。心血管疾病专辑。浙江科学技术出版社，1985:92
3. Rich S. Primary pulmonary hypertention. Prog Cardiov Dis 1988;31 (3) :205

（收稿：1990.01.22；修回：1990.07.24）

改良膀胱颈后半部连续缝合法和三腔气囊尿管在前列腺摘除术中的应用

靳风烁 方玉华 宁天枢 邓晓洪 江 军 李彦峰 （大坪医院 泌尿外科）

耻骨上前列腺摘除术是治疗前列腺增生的主要方法之一，但手术时间长、失血多、术后长时间带引流管仍是其主要问题。我们改良了膀胱颈缝合方法，并把三腔气囊尿管用于前列腺摘除术，就解决上述3个问题取得了满意结果，现报道如下。

1 临床资料和手术方法

1988年～1989年因前列腺增生行前列腺摘除术74例，常规前列腺摘除、耻骨上膀胱造瘘（Ⅰ组）35例，改良手术方法（Ⅱ组）39例。改良手术方法如下：

摘除前列腺后，用肾上腺盐水（生理盐水300ml加肾上腺素6滴～7滴）纱布压迫前列腺窝约5 min，取出止血纱布，经尿道放入三腔气囊尿管，气囊置于膀胱内。参照刘国振等[1]的方法改良后半部膀胱颈的缝合方法，即从3点钟处开始，膀胱粘膜侧进针，前列腺窝内出针，连续缝合3针～4针到9点钟处，收紧缝线，包绕尿管打结。纵行缝合前半部膀胱颈。缝合膀胱，气囊内注水20ml～25ml。术后膀胱持续冲洗，7天～10天拔除三腔气囊尿管，病人自行排尿。

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