

- field radiation. *J Clin Oncol*, 2002, 20(14):3088-3094.
- 4 Laskar S, Gupta T, Vimal S, et al. Consolidation radiation after complete remission in Hodgkin disease following six cycles of doxorubicin, bleomycin, vinblastine, and dacarbazine chemotherapy: is there a need? *J Clin Oncol*, 2004, 22(1):62-68.
- 5 Gobbi PG, Brogna C, Merli F, et al. Vinblastine, bleomycin, and methotrexate chemotherapy plus irradiation for patients with early-stage, favorable Hodgkin lymphoma: the experience of the gruppo italiano studio linfomi. *Cancer*, 2003, 98(11):2393-2401.
- 6 Vijayakumar S, Myranthopoulos C. An updated dose-response analysis in Hodgkin disease. *Radiother Oncol*, 1992, 24:1-13.

(收稿日期:2005-08-01)

非体外循环不停跳冠状动脉旁路移植术 220 例分析

冯晓东 张顺业 王海曙 张勇 王学斌 姚滨 王建忠

非体外循环不停跳冠状动脉旁路移植术(OPCAB)从理论上避免了常规体外循环冠状动脉搭桥术的体外循环损伤和心脏缺血再灌注损伤,减少了70%的并发症发生,明显降低了手术病死率。尤其对于老年患者、低射血分数患者、合并重要脏器损害的患者和其他重症冠心病患者,将会带来更大的益处。2003年3月至2004年10月,我院共连续行OPCAB 220例,取得了良好的临床效果,现报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料:本组220例,男性156例,女性64例,年龄31~78岁,平均(63±6)岁。其中单支病变5例,双支病变34例,三支病变149例,左主干病变32例。术前诊断急性心肌梗死34例,陈旧性心肌梗死83例,不稳定型心绞痛110例,同时合并高血压病110例,糖尿病68例,10例曾有脑血管意外史,经皮经腔冠状动脉成形术(PTCA)术后4例,室壁瘤6例。升主动脉钙化5例,左心室射血分数34%~79%。

1.2 手术方法:手术采用全身麻醉气管插管,同时干备体外循环,常规正中胸骨切口,碘伏纱垫保护胸骨,用特制撑开器牵开胸骨,断开左侧乳内动脉(LIMA)后全身小剂量肝素化(1 mg/kg),左心室后垫纱布显露前降支,后心包缝置牵引线暴露后降支和回旋支,确定冠状动脉待吻合处,心肌局部固定器固定靶血管,切开其远、近端两旁的心外膜,置入血管阻断带,切开冠状动脉后阻断冠状动脉近远端,创造无血手术野(对无保护的采用分流栓)。采用乳内动脉、大隐静脉或桡动脉作移植血管,先作远端吻合,用7-0或8-0 prolene 无创线,再作近端吻合,6-0 prolene 无创线,先作前降支,再作后降支和回旋支,部分钳夹升主动脉,5-0 prolene 线完成近端吻合。采用冠状动脉内分流栓、冠状动脉阻断带、CO₂吹雾装置,营造无血吻合环境,全部病例采用左乳内与前降支吻合,大隐静脉作后降支或左室后侧支及钝缘支或对角支的序贯吻合,近端升主动脉吻合,近端吻合完成后,用鱼精蛋白中和肝素并止血关胸。

2 结果

2例使用了主动脉内球囊反搏,其余返回重症监护室

(ICU)后恢复顺利,术后呼吸机辅助3~48 h,平均(6±3)h,ICU滞留2~3 d,平均输血量380 ml,平均胸腔引流量260 ml。

本组住院死亡1例,病死率0.45%,死亡原因为泵衰竭。

本组并发症有:围手术期心肌梗死5例,急性左心衰竭6例,出血二次开胸4例,心律失常(心房颤动、频发期前收缩、室性心动过速及左束支传导阻滞)21例,精神症状6例,急性肾功能衰竭3例,胸骨愈合不良3例,其他均恢复顺利。

本组手术后住院7~24 d,平均(11±4)d,住院费用4.5~10万元,平均(5.3±1.3)万元。术后随访1~18个月,无远期死亡,残留心绞痛3例。

3 讨论

低温体外循环引起补体、中性粒细胞、氧自由基参与的炎性反应,缺血再灌注可以引起心肌顿抑、心律失常和内皮功能障碍,加速心肌细胞的坏死。在缺血性心脏病,由于病变区域的灌注不足和冬眠心肌的易损性,使得心肌保护在冠脉搭桥手术中的地位尤为重要。鉴于非体外循环不停跳方法在最大程度上避免了传统冠脉搭桥术中最主要的两大损伤因素,即体外循环损伤和心脏缺血再灌注损伤,因此,OPCAB的临床应用将越来越广泛,OPCAB的重新兴起和改进是冠心病外科治疗的一种新趋势^[1],这种术式已经成为当代微创心脏外科代表术式之一,但对于手术技术要求很高。

文献^[2]报道,我国OPCAB实施率大约在20%~30%左右,而在一些积极推行OPCAB的中心已达到90%以上。本中心实施率为96%。由于不断更新的牵开器和心表固定器,以及麻醉技术的完善,使得在跳动的的心脏表面做血管吻合变得更为可行^[2]。完全可以达到完全再血管化,因此认为OPCAB没有禁忌证,适应证应该是:①所有适合单纯冠状动脉搭桥的患者;②不能或不愿接受体外循环的患者;③老年、高危患者;④无室壁瘤、附壁血栓、瓣膜病等需要心内操作的患者。但是OPCAB要求术者、助手、麻醉师的整体水平不断提高,技术设备条件完善。现将方法与体会总结如下:(1)干备体外循环,以便在术中有特殊情况时改为体外循环手术。在没有体外循环条件的单位不建议开展OPCAB。(2)心表血管固定器有多种,但分两大类:压迫型和吸引型,各有优缺点,

可根据术者的习惯选择。(3)靶血管暴露:前降支(LAD)采用左室后垫纱垫的方法,一般不会影 响血压;后降支、左室后支及回旋支的暴露如果有心尖吸引器效果最好,但昂贵。采用后心包缝牵引线,牵起后心包使心尖上翘,再用固定器固定靶血管,效果良好。(4)血管吻合顺序:①先吻合心脏前方的血管,再吻合下壁和侧壁的血管;②先吻合有代偿的血管,再吻合起代偿作用的血管。(5)冠状动脉阻断带及冠状动脉内分流栓的应用:常规在靶血管,切开其远、近端两旁的 心外膜,置入血管阻断带,切开冠状动脉后阻断冠状动脉近远端。对于没有保障的血管常规采用冠状动脉内分流栓以保证整个吻合期间冠状动脉远端仍有持续的血供。(6)术中紧急情况处理:对于正在吻合血管时出现心室颤动、骤停,不急 于改体外循环,应迅速缝完吻合口,同时计时,头置冰帽,然后进

行心肺复苏。本组遇到 3 例,全部复苏成功,未改体外循环。(7)主动脉球囊反搏(IABP)应用:合理使用 IABP 有助于提高 OPCAB 手术的成功率。有 3 例围手术期心肌梗死的患者成功使用 IABP,效果良好。IABP 在很大程度上为 OPCAB 手术提供了安全保障。

参 考 文 献

- 1 万峰,陈斌,江龙,等.1198 例非体外循环不停跳冠状动脉旁路移植术的早期临床分析.中华胸心血管外科杂志,2003,19(1): 17.
- 2 万峰,陈斌,王京生,等.主动脉内球囊反搏辅助下的非体外循环不停跳冠状动脉旁路移植术.中国循环杂志,2001,16(6): 372-374.

(收稿日期:2005-11-01)

咪唑斯汀治疗慢性荨麻疹的临床研究

杨道秋 张 媛 姜岩峰

咪唑斯汀(mizolastin,商品名 Mizollen 血治林,西安杨森制药有限公司生产)是新一代抗组胺药。为科学地评价其治疗慢性荨麻疹的疗效及安全性,本研究于 2004 年 4 月至 11 月,采用随机分组、平行对照试验治疗慢性荨麻疹 62 例,取得满意疗效,现报告如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料:62 例患者均来自我科门诊,全部病例随机分成两组。治疗组 30 例,男性 16 例,女性 14 例;年龄 7~56 岁,平均 36.6 岁;病程 5 个月~10 年,平均 2.4 年。对照组 32 例,男性 17 例,女性 15 例;年龄 8~50 岁,平均 35.4 岁;病程 6 个月~9 年,平均 3.1 年。两组年龄、病程差异无统计学意义,具有可比性。

1.2 入选要求:接受治疗前 1 个月内未服用长效类固醇激素,4 d 内未服用任何抗组胺药物及皮质类固醇激素,无严重心、肺、肾、胃等器官及系统性疾病。患者临床均表现为瘙痒,大小不等、多少不一之风团,周围绕以红晕,单一皮损持续时间较长且反复出现,发作在 6 周以上,就诊时有风团存在。所有患者均能同意接受治疗并能按要求配合观察。

1.3 治疗方法:62 例患者按门诊先后依次随机分为两组,治疗组 30 例,每晚给咪唑斯汀片 10 mg 口服;对照组 32 例,每晚给予西替利嗪 10 mg 口服。疗程均为 2 周。

1.4 观察方法和疗效判定:治疗前,治疗后 1、2 周根据患者的症状、体征总积分进行临床评价。观察内容:①瘙痒;②风团数量;③风团大小。上述 3 项评分相加为总分。评分标准:①瘙痒:无痒感记 0 分,轻度瘙痒但不烦躁记 1 分,中度瘙痒

尚能忍受记 2 分,严重瘙痒不能忍受记 3 分;②风团大小(最大直径):无风团记 0 分,直径<0.5 cm 记 1 分,0.5~2.0 cm 记 2 分,>2.0 cm 记 3 分;③风团数量:无风团记 0 分,1~6 个记 1 分,7~12 个记 2 分,>12 个记 3 分。具体计算方法:症状积分指数(SSRI)=(治疗前总积分-治疗后总积分)/治疗前总积分×100%。疗效评定按四级标准:痊愈为 SSRI≥90%;显效为 60%≤SSRI<90%;好转为 20%≤SSRI<60%;无效为 SSRI<20%。总有效率以痊愈加显效计算。

1.5 不良反应观察方法:在治疗过程中通过医患之间交流,由患者叙述、医生综合分析分别按轻、中、重度标准记录。轻度为询问出有不适感觉;中度为主动叙述出但能忍耐的不适感觉;重度为有客观表现且难忍耐。

1.6 统计学方法:采用 *t* 检验和 χ^2 检验。

2 结 果

2.1 治疗组与对照组治疗前后积分比较:治疗组治疗前各症状体征积分为(7.1±1.4);治疗 1 周时积分(2.0±2.2),二者比较差异有统计学意义($t=3.217, P<0.05$);治疗两周时积分下降为(0.28±0.47),与治疗前比较差异有统计学意义($t=7.227, P<0.01$)。对照组治疗前积分为(6.7±2.0),治疗 1 周时积分为(2.1±0.4),二者比较差异有统计学意义($t=17.219, P<0.001$);与治疗前比较差异有统计学意义($t=22.019, P<0.01$)。

2.2 治疗 1 周时治疗组与对照组疗效比较:见表 1。

2.3 治疗 2 周时两组疗效比较:见表 2。

2.4 两组瘙痒、风团减轻开始的时间:见表 3。

2.5 不良反应:治疗组有 3 例出现轻度不良反应,2 例中度不良反应,不良反应发生率为 17%;对照组有 4 例出现轻度不良反应,3 例中度不良反应,不良反应发生率为 22%。不良

作者单位:264002 烟台,解放军第 107 医院皮肤科(杨道秋、张媛);解放军 71613 部队医院皮肤科(姜岩峰)