

01)。

表1 尿 β_2 -MG的结果比较(均数 \pm s)

组别	例数	β_2 -MG(μ g/ml)
正常对照组	50	0.41 \pm 0.11
尿蛋白阴性组	66	1.42 \pm 0.121)
尿蛋白阳性组	28	2.62 \pm 1.312)

注:与正常对照组比较,1) $p < 0.01$,与蛋白阴性组比,2) $p < 0.01$ 。

3 讨论

肾脏病变发展到中晚期一般不可逆转,对肾脏的早期诊断有利病情的控制和治疗。当血液内 β_2 -MG水平高于正常值3倍以上时,肾小球滤过量超过肾小管的重吸收功能,则尿液中 β_2 -MG排出增高。尿中排出的增加,主要反映肾小管重吸收作用的不断下降。在糖尿病时,尿蛋白排泄量增加常伴随有肾小球滤过率增加,易发生于肾病的早期阶段,在肾组织学或结构改变之前即可检出。

本文调查显示,随着肾脏受损程度加剧,尿中 β_2 -MG的含量伴随升高。在糖尿病患者尿蛋白定性阴性的94例中, β_2 -MG检

测值高于正常组有43例,占45.7%;与相关文献报道基本接近^[1],尿液 β_2 -MG测定高于正常对照组,表示在尿蛋白阳性前,这些糖尿病患者的肾脏已有损伤的迹象。因此,以灵敏度较高的化学发光法检测尿中的 β_2 -MG,对预防糖尿病肾脏的早期损伤有着重要的临床意义。

参考文献

- [1] 黄宏耀,朱波等,尿r-GT, β_2 -MG,尿微量白蛋白联合检测对高血压和糖尿病患者早期肾损伤的诊断意义.微循环杂志,2006,16(3):81
- [2] Masaaki N, Mitsuhiro U, Hisashi H, et al. Renal haemodynamic characteristics in patients with lupus nephritis. Annals of the Rheumatic Diseases, 1998, 57: 226~23
- [3] 何金昌编著,尿液分析与临床诊断.深圳:海天出版社,1993: 29~30

作者单位:553023 贵州省六盘水市水矿总医院老鹰山分院

赫赛汀联合化疗心脏毒性的分析

朱良军 李志平 刘海燕 王艳萍

【摘要】目的:评价赫赛汀联合化疗的心脏不良反应,方法:收集31例应用赫赛汀联合化疗乳腺癌患者的临床资料,观察治疗过程中心电图,及左心室射血分数(LVEF)的改变。结果:治疗结束时与治疗前相比LVEF下降及心电图改变有统计学意义($p < 0.05$);结论:初步认为赫赛汀联合化疗存在轻度的心脏不良反应,对心肌有一定的损伤;但是心功能未受到明显改变!LVEF和心电图可作为早期监测心脏毒性的检查指标!

【关键词】赫赛汀;心脏毒性;早期诊断指标

【中图分类号】R414

【文献标识码】A

【文章编号】1005-0515(2011)07-0170-01

赫赛汀(曲妥珠单抗)在乳腺癌治疗中取得了较好的效果,长期使用有可能增加心血管毒性,如充血性心衰,轻度甚至中至重度的心功能减退。因此,有必要对赫赛汀联合化疗的治疗过程中监测心肌损害相关指标,预防心衰的发生。本文通过对31例应用赫赛汀联合化疗的晚期乳腺癌患者,监测心脏不良反应;探讨赫赛汀联合化疗的心脏不良反应的发生率及早期有效的诊断指标。

1 临床资料

1.1 一般资料:选择2005年8月至2009年10月在吉油总医院肿瘤科住院晚期乳腺癌患者31例,中位年龄51岁,(40~67岁)卡氏评分均大于60分,既往治疗中半年内均未使用过蒽环类等心脏毒性较大的化疗药物或/和胸部放疗,均选用赫赛汀作为二线或者三线治疗,31例患者中均无心脏病史。

1.2 治疗方法:静脉给药,赫赛汀初次负荷量4 mg/kg,静脉滴注,90分钟内静脉输入。如初次负荷量可耐受,每周用量为2 mg/kg,可于30分钟内输完。每用3周休息1周,4周为1周期。赫赛汀用药与化疗药物同一天开始使用!按各自疗程进行。

1.3 心脏毒性的监测:分别于每周期用药的 d_0, d_8, d_{15} 检查心电图,每个周期开始和结束行心脏彩超检查,测LVEF;用药过程中观察患者有无出现心慌,胸闷,胸痛;呼吸困难等不适,及出现以上症状的时间。

1.4 心脏毒性的评价:LVEF:大于0.55表示正常,0.40~0.50为心功能轻度减退,0.30~0.40为心功能严重减退。(表1)

心电图异常判断标准:1)窦性心动过速 2)肢导联低电压;T波改变,低平或倒置(3个导联以上)ST段压低大于0.3mV;QT间期延长(>0.44s);对原来没有心电图异常的病例出现上述一条即为ECG异常;或原有轻微心电图异常用药后加重的病例均视为有意义。

1.5 统计学处理:采用SPSS11.5统计软件,计数资料比较采用 χ^2 检验,计量资料采用t检验;数据以均数(\pm s)标准差s表示;

以 $p < 0.05$ 为有统计学意义。

2 结果

2.2 症状及心电图改变:治疗1周期后,在31例患者中10例(32.3%)出现轻微胸闷,心悸呼吸困难,咳嗽增加,夜间阵发性呼吸困难12例(38.7%),心电图改变有:窦性心动过速,轻度ST段改变,偶发室性早搏等。治疗1周期心电图异常者12例,异常率38.7% P值0.133,治疗结束异常者15例,异常率48.4%,P值0.025;治疗结束经过1周休息后,症状及心电图多数能恢复正常。用药期间血压变化不明显。经统计学处理:治疗结束与治疗前相比,心电图改变有统计学意义($p < 0.05$)。

2.3 左室射血分数(LVEF)的变化:本组治疗1个周期检测LVEF,发现LVEF在治疗1周期后8例心功能轻度减退(0.40~0.50),在治结束时21例轻度减退;6例心功能严重减退(0.30~0.40)。与治疗前相比具有统计学意义($p < 0.05$)。经利尿药,强心苷类药和/或血管紧张素转换酶抑制剂类药治疗或休息1~2个月,多数患者LVEF恢复正常,

3 讨论

曲妥珠单抗与紫杉类药物合用治疗未接受过化疗的转移性乳腺癌。疗效较好。但也观察到使用本药治疗的患者中有心功能不全的表现。中至重度心功能不全(NTHA分级III/IV)的发生率,在用赫赛汀加紫杉醇治疗患者中为2%,而紫杉醇单药组为1%。在使用本药治疗的患者中观察到有心脏功能减退的症状和体征,如呼吸困难,咳嗽增加,夜间阵发性呼吸困难或射血分数减低。约2/3有心功能减退的患者因有症状被治疗,大多数治疗后症状好转。绝大多数用本药治疗临床有效的有心脏症状和表现的患者继续每周使用赫赛汀,并未产生更多的临床心脏情况。

我们在临床使用赫赛汀联合化疗的治疗中也发现:其心脏毒性主要表现为:心慌、呼吸困难,咳嗽增加,夜间阵发性呼吸困难,或射

血分数减低,和心电图改变。本文所选病例均为赫赛汀联合多西他赛、紫杉醇、等无心脏毒性报道的化疗药物;并排除了近半年内使用蒽环类等心脏毒性大的药物或胸部放疗患者。我们考虑心脏毒性主要由赫赛汀引起。虽然实验结果显示了赫赛汀联合化疗具有较高的心脏毒性风险,但也应该看到!这些毒性表现大多在治疗结束后自动恢复正常,提示其心脏毒性是暂时的、轻微的和可逆的。对于LVEF的观察,我们不难发现LVEF在赫赛汀治疗的整个过程中持续性减退,但严重减退的不多。一方面说明赫赛汀对心脏的毒性作用在短期内不严重!另一方面也提示LVEF对赫赛汀心脏毒性具有较高的敏感性!可考虑作为心脏毒性早期预测和诊断的先行指标。以上分析表明只要临床医师注意患者用药前心血管状况的评估,治疗过程进行心血管功能的监测和预防,赫赛汀联合化

疗的安全性尚好。本文初步研究了赫赛汀联合化疗的心脏毒性,长期的心脏不良事件仍需要进一步观察和评价。

参考文献

- [1] 陈正堂,段玉忠,徐剑斌.应重视分子靶向抗肿瘤药物的不良反应[J].《中华肿瘤杂志》2009,31(12):881~884
- [2] 江泽飞,邵志敏,徐兵河.人表皮生长因子受体2阳性患者临床诊疗专家共识[J].《中华肿瘤杂志》2010,32(2):101~105
- [3] 白晓蓉,杨碎胜,张斌明.赫赛汀联合紫杉类化疗药治疗转移性乳腺癌[J].《中华现代外科学杂志》2009,6(05):(273~275)

作者单位:130000 吉林油田总医院

宫内节育器异位临床病例分析

朱正艳

【摘要】目的 探讨宫内节育器(IUD)异位的诊断、处理、预防。方法 分析我中心2008年12月至2010年12月住院收治的21例IUD异位患者的临床表现和方法。结果 取IUD时困难史,超声或宫腔镜、盆腔X线检查可诊断IUD异位;IUD异位时可在超声、宫腔镜下引导取出,也可腹腔镜或开腹取出。结论 选择合适的IUD类型和型号,已绝经的妇女应及时取器,哺乳期妇女置器慎用有臂的IUD,(如T型IUD和MCu功能性IUD等)可预防IUD异位。

【关键词】宫内节育器;异位;诊断;预防

【中图分类号】R489

【文献标识码】B

【文章编号】1005-0515(2011)07-0171-01

宫内节育器(IUD)异位指IUD部分、全部嵌入子宫肌层或异位于子宫外,(盆腔内、腹腔内、膀胱、肠管、阔韧带或腹膜外)

宫内节育器时我国育龄妇女使用最多的避孕方法,于1960年开始推广使用。其主要优点为:安全、高效、经济、简便。一次放置可长期避孕,而且作用可逆,取器后生育能力即可恢复。但IUD异位后可导致妊娠、出血、疼痛、脏器损伤、取器困难,严重影响患者身心健康。现将我中心2008年12月至2010年12月收治住院的21例IUD异位患者病例进行分析,以探讨此类疾病的诊断、处理、预防。

1 临床资料

1.1 一般资料 我中心2008年12月至2010年12月收治住院的21例IUD异位患者。其中,年龄最大55岁,最小22岁;放置IUD后到发现IUD异位的时间最短为4个月,最长为18年;育龄妇女17例,绝经期妇女6例;其中T型IUD异位4例,圆形IUD异位11例,MCu功能性IUD异位2例,宫型IUD异位4例。

1.2 临床表现及辅助检查:①2例IUD异位为在外院取器失败后,患者出现腹痛及腹膜炎症状,在我中心行腹部X线检查提示“肠穿孔”行剖腹探查术时发现金属圆环IUD部分露出子宫浆膜层。②2例与MCu功能性IUD有关。1例为顺产后3个月放置MCu功能性IUD,术后4个月因自然流产而取IUD,反复取器失败,行超声检查提示“节育器嵌顿”;一例为剖宫产后6个月放置MCu功能性IUD,置器后10个月怀孕,超声仅提示“早孕”未见宫内节育器,药流后复查超声仍未见宫内节育器。因患者肯定IUD从未排出,故到多家医疗机构检查,盆腔X线提示“节育器位置偏高,位于骶髂关节水平”,从而考虑IUD异位盆腔。③1例为患者带器后8年怀孕,行人流术时取器失败,因当时无其他不适,未予以治疗。患者绝经后2年(54岁时),阴道流血淋漓不尽,腰骶部坠胀不适,转诊多家医院,均考虑“节育器嵌顿”。④1例为放置IUD后5年患盆腔结核,因当时无不适,故未取器。IUD放置15年时(55岁)要求取器。超声提示“节育器嵌顿”⑤其余病例因门诊取器困难,超声提示部分嵌顿。

1.3 治疗情况:①8例IUD异位患者,在超声引导下经阴道缓慢取出宫内节育器,均完全变形。T型IUD纵臂部分嵌入子宫颈管,在宫腔镜下用长弯止血钳夹住纵臂,稍微内退后旋转取出。②2例肠穿孔同时行肠穿孔修补术、取器术、子宫穿孔修补术;③2例金属圆形IUD放置年限均在15年以上,与子宫肌层粘连、包裹,

术中用长弯止血钳夹住圆环,助手一弯剪将IUD剪断后缓慢拉出宫腔。

2 讨论

2.1 IUD异位原因:①手术者操作粗暴,未摸清子宫位置,损伤子宫肌层致IUD嵌顿或子宫穿孔IUD异位于子宫外。②子宫收缩导致IUD嵌入子宫肌层;哺乳时可引起子宫收缩,故哺乳期放置IUD较易引起IUD嵌入子宫肌层。③围绝经期开始,子宫开始萎缩宫腔缩小,可致IUD变形嵌入子宫肌层。④IUD的形状和大小对宫腔变化的适应不完善,导致IUD嵌顿的发生。

2.2 IUD异位的诊断 多有取器困难史。超声、X线盆腔平片、宫腔镜检查可确诊。现今宫腔镜已普遍使用,作为可直视IUD是否在宫腔中有变形或嵌顿,宫腔镜确实是可靠的办法^[1]。另外,CT也可帮助我们诊断IUD异位。

2.3 IUD异位的处理 IUD部分嵌顿时可经超声引导或宫腔镜下缓慢取出,手术者手法应轻柔、耐心;IUD部分露出可在腹腔镜下取出;IUD异位于盆腔、膀胱、肠管时需开腹取出。取出的IUD都应仔细检查,看看是否完整,避免遗留残存IUD。

2.4 IUD异位的预防:①放置IUD时应准确放入宫腔底,手术操作宜轻、稳,避免损伤子宫。取器有困难时,不可盲目操作,应及时停止操作,借助超声或宫腔镜进行处理。②选择合适的IUD类型和型号。固定式铜串IUD适合人工流产后即时放置^[2]。③已绝经妇女应即时取器。取器宜于绝经后6~12个月为宜,此时雌激素下降尚不明显,生殖器官也未出现明显萎缩,取器较易成功^[3]④哺乳期妇女置器应慎用有臂的IUD(如T型和MCu功能性IUD);⑤手术医生应告诉患者IUD的种类、使用年限,并嘱到期更换、定期检查,发现问题即时处理。

参考文献

- [1] 冯继冲.IUD异位的诊断及处理.实用妇产科杂志 2008,24(11):650
- [2] 钱金凤,黄紫蓉.人工流产后立即放置宫内节育器.实用妇产科杂志,2007,23(7):397
- [3] 屈清华,谭世桥.宫内节育器腹腔异位致绞窄性肠梗阻1例.实用妇产科杂志,2008,24(11):700

作者单位:814000 青海省果洛州疾病控制预防与保健中心