

腭裂手术年龄的争论之一,认为早期手术将限制上颌骨的发育。另有研究<sup>[2]</sup>认为,婴幼儿期手术不会干扰上颌骨发育,而恰恰是在颌骨生长发育的快速期(8~12岁)手术,颌骨畸形最为明显。有学者指出,早期手术对上颌骨发育有一定的影响,但手术年龄对上颌骨发育的影响并未起主要作用,也不是上颌骨发育的唯一决定因素,因腭裂患者本身已具有颌骨发育不良的倾向<sup>[9]</sup>。因此,即使是影响颌骨发育,以后在少年期通过牙颌正畸矫治或成年后正颌外科治疗,完全可以弥补上述情况的不足。而早期手术获得的最佳语音效果是至关重要的,一旦错过早期手术时机,将来则无法挽救。也有学者<sup>[10]</sup>通过临床观察认为,婴幼儿期行腭裂修复不会对上颌骨发育造成明显影响,且可以为腭裂患儿早期语音功能恢复创造有利条件<sup>[10]</sup>。本组病例随访2~5年均未见明显面中部发育障碍,但由于随访时间短,有待进一步追踪观察。

#### [参 考 文 献]

- [1] 徐慧芬. 关于 Millard DR. jr. 唇腭裂治疗的进展[J]. 口腔颌面外科杂志 2002, 12(2): 157-158, 162.  
[2] Rohrich RJ, Love EJ, Byrd HS, et al. Optimal timing of cleft

- Palate closure[J]. *Plast Reconstr Surg*, 2000, 106(2): 413-423.  
[3] 胡葵葵, 肖庆昌, 袁华, 等. 32例小婴儿腭裂修复术[J]. 中华整形外科杂志 2000, 16(5): 287-288.  
[4] Liao YF, Mars M. Long-term effects of palate repair on craniofacial morphology in patients with unilateral cleft lip and palate[J]. *Cleft Palate Craniofac J*, 2005, 42(6): 594-600.  
[5] 黄敏, 赵斯君, 彭湘粤. 腭裂患儿中耳功能及听力障碍分析[J]. 实用预防医学 2007, 14(2): 509-510.  
[6] Karsten A, Larson M, Larson O. Dental occlusion after veau-Wardiu-Kilner versus minimal incision technique repair of isolated clefts of the hard and soft palate [J]. *Cleft Palate Craniofac J*, 2003, 40(5): 504-510.  
[7] Mehendale FV. Surgical anatomy of the levator veli palatine: A previously undescribed tendinous insertion of the anterolateral fibers[J]. *Plast Reconstr Surg*, 2004, 114(2): 307-315.  
[8] 王国民, 袁文化, 邱蔚六. 唇腭裂治疗的新进展[J]. 口腔颌面外科杂志 2001, 11(1): 67-71.  
[9] 王国民. 腭裂的手术治疗[M]//邱蔚六. 口腔颌面外科学. 6版. 北京: 人民卫生出版社 2008: 410-411.  
[10] 熊清华, 程宁新, 邓细河, 等. 完全性唇腭裂早期腭裂修复对上颌骨发育的影响研究[J]. 临床口腔医学杂志, 2008, 24(5): 287-288.

(本文编辑 刘畅)

[文章编号] 1000-2200(2011)10-1094-03

• 临床医学 •

## 血液透析诱发心房颤动的临床特点及治疗分析

王 敬

[摘要]目的:探讨血液透析(血透)诱发心房颤动的临床特点,提出有效的治疗措施。方法:对13例血透诱发心房颤动患者的临床特点及相应的有效治疗方案进行分析。结果:13例患者血透前均有程度不等的高血压,8例有心功能不全表现,7例心肌缺血,10例次有室上性或室性期前收缩,4例有心脏瓣膜退行性变;心房颤动多发生在透析期间或透析后48h内;调低血流量和稳定血压的同时,静脉注射胺碘酮后均能改善症状。结论:对伴有心脏严重损伤、贫血、营养不良或透析时间较长者,应及时调整血透策略,严密监测血压、血容量和水电解质短期变化情况,避免诱发心房颤动。

[关键词] 血液透析; 心房颤动

[中国图书资料分类法分类号] R 459.5 [文献标识码] A

血液透析(hemodialysis, 血透)是一种治疗终末期肾功能衰竭的有效方法之一,坚持合理的血透治疗,可使患者存活达20年以上。但肾脏疾病发展至终末阶段可由多种病因致使心脏发生器质性损伤,诱发心律失常,其中以心房颤动(房颤)最为严重,其进一步发展可诱发急性肺水肿和低血压,成为血透患者猝死的常见原因<sup>[1]</sup>。本文就血透患者发生

房颤的临床特点和诱发原因进行探讨,并提出有效的治疗措施。

### 1 临床资料

1.1 一般资料 本组13例血透患者诱发房颤,男8例,女5例;年龄46~81岁。透析时间13~27个月。原发病:糖尿病肾病5例,慢性肾小球肾炎4例,高血压肾病2例,间质性肾炎2例。第1次血透前心电图和既往病史均否定房颤存在。

1.2 血透方法 采用瑞典金宝AK-95S、德国费森

[收稿日期] 2011-07-05

[作者单位] 陕西省汉中市中心医院 肾内科 723000

[作者简介] 王 敬(1972-),女,副主任医师。

尤斯 4008B 型血透机,选用金宝 6 L、8 L 聚砜膜空心纤维透析器,滤过系数 8.6 ml/h(6 L)和 11.3 ml/h(8 L),有效表面积 1.4 m<sup>2</sup>(6 L)和 1.7 m<sup>2</sup>(8 L);血流量为 220~240 ml/min,透析室温度 22~24 °C,透析液流量 500 ml/min,每周透析 2~3 次,每次 4~4.5 h,脱水 2~4 kg。采用碳酸氢盐透析液,以普通肝素或低分子肝素作为抗凝剂。

1.3 血透患者诱发房颤的临床表现 13 例患者均存在高血压(血压 150~190/90~120 mmHg),伴有典型心绞痛发作者 3 例,双下肢中度以上凹陷性水肿 10 例,心功能不全 8 例,胸片显示全心扩大 7 例。心电图提示心肌缺血性 ST 段下移 0.05~1.00 mV 7 例,低电压 5 例,室上性期前收缩 6 例,室性期前收缩 4 例。超声心动图示瓣膜退行性变并反流 4 例。中度以上贫血 12 例,血清尿素氮水平(36.4±12.8) mmol/L,血清肌酐(983.7±567.2) mmol/L,13 例患者均出现不同程度的低蛋白血症。房颤发生时间:8 例发生在透析期间,5 例发生于透析后 48 h 内。9 例为阵发性、反复性发作,4 例为持续性,但均为快速型,室率 120~180 次/分。

1.4 治疗措施与疗效 胺碘酮静脉注射,转率或控制室率于 90~115 次/分,出现低血压时,停止透析,调低血流量,给予快速静脉输注生理盐水 100~200 ml,50% 葡萄糖注射液 40 ml 或 10% 葡萄糖酸钙注射液 20 ml 静脉注射。透析期间及透析前后均应严格监测患者血压、血容量及血电解质(血清钾、钙、镁)的变化。经上述处理房颤发作期间主要症状头晕、烦躁、心悸、胸闷、呼吸急促等均改善。

## 2 讨论

2.1 血透患者发生房颤的原因 正常心房收缩具有“升压泵”的作用,但房颤时心房快速无序颤动能使左心室每搏输出量下降 20%~30%<sup>[2]</sup>。血透患者房颤发生率为 10.9%~27.0%,显著高于普通同龄人群<sup>[3]</sup>。诱发房颤的因素包括:(1) 高龄、长病程及透析时间长者。老年患者常因高血压、左心室肥厚和动脉粥样硬化,致使心肌供血不足,心脏代偿能力降低,血容量短期内变化的调节和耐受能力差,易引起低血压。血透过程加重了心肌缺血缺氧,反射性引起心脏交感神经亢奋,增加心肌异位的兴奋性,导致心律失常如房颤的发生<sup>[4]</sup>。长病程和长血透时间易引起超滤脱水血容量减少,可使肾素异常分泌增加,引起肾素-血管紧张素-醛固酮系统异常

增强,导致血透后血压骤升<sup>[5-6]</sup>,左心房和左心室压力增加,心肌耗氧量增加,导致心肌缺氧,诱发房颤和心绞痛。(2) 有严重心肌受损、心脏扩大、心功能不全患者或者透析前有反复发作的室上性心律失常者。心肌收缩力减弱,可引起室内传导阻滞导致心律失常<sup>[7]</sup>。肾功能衰竭患者易继发心血管疾病如冠心病、心包炎、心肌梗死及心力衰竭等,进一步发展为左心室肥厚、冠状动脉硬化、心肌功能紊乱等器质性改变,这类患者进行血透时,心肌细胞的电生理现象异常,产生电不稳定性,进而引起房颤等心律失常。(3) 中度以上贫血,低蛋白血症,高密度脂蛋白降低,严重营养不良者。慢性肾功能不全患者极易合并较为严重的贫血和营养不良,血红蛋白含量低,红细胞携氧功能减少,导致机体的耐受性降低,心肌缺血,加大了透析过程中心律失常的发生风险。

2.2 血透患者发生房颤的治疗 在心室率加速、心室率不齐或伴发其他室性心律失常时,左心室充盈可严重不足,左心房压力可急剧上升而引发外周血压下降、急性肺水肿或心源性猝死。因此在透析期如果遇到房颤应视为紧急救助信号,着重从以下几个方面入手:(1) 转率或控制室率于 90~115 次/分,短时间内有效控制室率更为重要。房颤的转率推荐使用胺碘酮静脉注射,胺碘酮抗纤作用明确,减慢传导作用有助于心室率控制,对冠状动脉供血不产生影响,少有负性肌力作用,临床使用安全可靠。胺碘酮静脉注射时如遇血压下降,可静脉滴注多巴胺以维持血压。(2) 紧急防治肺水肿和低血压。出现低血压时,停止透析,调低血流量,给予快速静脉输注生理盐水 100~200 ml,50% 葡萄糖注射液 40 ml 或 10% 葡萄糖酸钙注射液 20 ml 静脉注射。(3) 透析期间及透析前后均应严格监测患者血压、血容量及血电解质(血清钾、钙、镁)的变化,避免短期内出现血压、血容量、血电解质大幅度下降诱发房颤<sup>[8]</sup>。避免快速超滤量以防止血流动力学剧烈变化,一般超滤量不超过体重的 3%~5%。充分透析也可以有效排除体内的代谢产物<sup>[9]</sup>。(4) 建立以家庭为中心的健康教育机制,通过医院与家庭共同建立的护理体制,增强患者对病情的了解并减少对疾病的担忧,使患者养成良好的生活习惯和规律的透析安排,如此可以提高患者对透析的依从性,增强自护能力,并降低房颤等并发症的发生<sup>[10]</sup>。本文 13 例经积极治疗,所有症状均改善。

## [参 考 文 献]

- [1] Zoccali C ,Benedetto FA ,Tripepi G *et al.* Cardiac consequences of hypertension in hemodialysis patients [J]. *Semin Dial* 2004 ,17 (4) : 299 - 303.
- [2] Sanfilippo AJ ,Abascal VM ,Sheehan M *et al.* A trial enlargement as consequence of atrial fibrillation , a prospective echocardiographic study [J]. *Circulation* 2007 ,115 (2) : 792.
- [3] Genovesi S ,Pogliani D ,Faini A *et al.* Prevalence of atrial fibrillation and associated factors in a population of long-term hemodialysis patients [J]. *Am J Kidney Dis* 2005 ,46 (5) : 897 - 902.
- [4] 薛朝福. 维持性血液透析期间心律失常原因及对策 [J]. 包头医学 2011 ,35 (1) : 9 - 10.
- [5] 余海峰 ,李春胜 ,毛伟君. 血液透析时血压升高的血流动力学原因分析 [J]. 实用医学杂志 2006 ,22 (15) : 1779 - 1780.
- [6] 吴贵霞 ,程普新 ,梅伟群. 血液透析过程中反复血压升高、心房纤颤 1 例 [J]. 实用心电杂志 2006 ,15 (3) : 223.
- [7] 陈瑛 ,张凤琴 ,王琪琼. 血液透析中心律失常的临床观察及防治 [J]. 中国血液净化 2005 ,4 (4) : 229 - 230.
- [8] 童延清 ,王颖 ,朴志贤. 维持性血液透析中的心律失常 [J]. 国际移植与血液净化杂志 2006 ,4 (3) : 5.
- [9] 马祖 ,郑智华 ,叶任高 ,等. 维持性血液透析患者透析充分性与生成质量关系研究 [J]. 新医学 2004 ,35 (7) : 418 - 420.
- [10] 王德琴. 健康教育对血液透析患者的干预效果评价 [J]. 蚌埠医学院学报 2010 ,35 (7) : 744 - 745.

( 本文编辑 姚仁斌)

[文章编号] 1000-2200(2011)10-1096-02

· 临床医学 ·

## 老年人低血糖反应误诊为急性脑血管疾病 14 例分析

陈 荃 葛 勇

[摘要]目的:提高对低血糖所致神经系统损害的认识。方法:对 14 例有神经系统症状及体征,疑诊急性脑血管疾病的老年低血糖反应者的头部 CT 及临床资料进行回顾性分析。结果:14 例患者头颅 CT 检查阴性,血糖  $< 3.2$  mmol/L 者给予葡萄糖、吸氧、保护脑神经等治疗后症状、体征均消失。结论:对于有神经系统症状、体征,头颅 CT 检查阴性的患者应注意监测血糖,提高低血糖的早期诊断率,为治疗争取时机。

[关键词] 脑血管疾病;低血糖反应;误诊;治疗

[中国图书资料分类号] R 743 [文献标识码] A

老年人突发精神症状、意识障碍及肢体瘫痪时,大多数患者家属及首诊医生首先怀疑是急性脑血管病,往往先做头颅 CT 等检查来证实,而近年来发现其中不少老年人实际为低血糖反应<sup>[1]</sup>。2008 年 7 月至 2010 年 8 月,我科收治 14 例疑是急性脑血管病,后经检验血糖诊断为低血糖的患者,经治疗,多数患者症状、体征消失。现将有关资料作一报道。

## 1 资料与方法

1.1 一般资料 14 例中男 5 例,女 9 例;年龄 52 ~ 78 岁。其中 11 例诊断符合 WHO 制定的糖尿病诊断标准。糖尿病史 6 ~ 23 个月以上;14 例在发生低血糖反应前均在使用降糖药,其中 8 例口服降糖药,4 例使用胰岛素,另 2 例否认有糖尿病病史,其中 1 例过量饮酒后发生,1 例冠心病患者在应用极化液时出现。既往有原发性高血压病史 6 例,有冠状动脉粥样硬化性心脏病病史 5 例,有脑梗死病史 2 例。

发病前有急性支气管炎者 1 例,肺部感染 1 例,进食少 2 例,腹泻 1 例。

1.2 神经系统表现 发病在凌晨 9 例,中午 1 例,晚间 4 例。均有不同程度的心悸、胸闷、头晕、多汗、气短,9 例表现为躁动不安、抽搐、多语或表情呆板、反应迟钝等症状;昏迷状态 5 例,其中浅昏迷 4 例,深昏迷 1 例。双侧瞳孔散大 7 例,缩小 3 例,正常 4 例;对光反射灵敏 10 例,迟钝 4 例;四肢软瘫 10 例,肢体肌力 II ~ IV 级,偏瘫 4 例;双侧巴宾斯基征阳性 7 例,单侧阳性 3 例,病理征阴性 4 例。意识障碍恢复后肢体肌力弱持续 1 天以上者 2 例;短期存在精神症状 2 例。

1.3 门诊诊断 均拟诊急性脑血管病收住院。其中拟诊脑梗死 7 例,脑出血 5 例,脑血管意外或糖尿病酮症酸中毒 2 例。

1.4 辅助检查 头颅 CT 平扫均未发现新鲜梗死灶或出血,2 例有陈旧腔隙性脑梗死。48 h 后复查头颅 CT 均较前无明显变化。查血糖均为未补液时的静脉血糖,均明显低于正常,符合低血糖的诊断标准。静脉血糖为 1.2 ~ 3.2 mmol/L,其中  $< 2.0$  mmol/L 1 例,2.0 ~ 3.0 mmol/L 9 例,3.0 ~ 3.5

[收稿日期] 2010-10-10

[作者单位] 安徽省滁州市第一人民医院 内分泌科 239000

[作者简介] 陈 荃(1977 -),女,住院医师。