·论　　著·

嗜铬细胞瘤危象 ECMO 置管患者下肢缺血截肢的救治护理

刘娟，秦秋霞，陈小芹，杨帆

摘要：总结 1 例嗜铬细胞瘤危象患者突发心脏骤停，行 ECMO 置管并发下肢缺血的救治护理，主要包括：建立多学科团队，明确诊疗方案；嗜铬细胞瘤危象的识别与急救护理；做好 ECMO 治疗及连续性肾脏替代治疗的护理；对 ECMO 后下肢缺血坏死致右下肢截肢、左下肢截趾的情况加强伤口、疼痛及肢体康复护理；同时加强血糖管理、转科延续性护理及心理护理。通过精心救治和护理，患者在心脏骤停成功救治后 2 个半月顺利完成嗜铬细胞瘤手术，并于术后 22 d 顺利出院。

关键词：嗜铬细胞瘤危象；　心脏骤停；　ECMO；　下肢缺血；　截肢；　伤口护理；　疼痛护理；　康复护理

中图分类号：R473.6　**DOI**：10.3870/j.issn.1001-4152.2026.19.045

Nursing care of a patient with pheochromocytoma crisis undergoing ECMO cannulation complicated by lower extremity ischemia and amputation

Liu Juan, Qin Qiuxia, Chen Xiaoqin, Yang Fan. Department of Nursing, Tongji Hospital, Tongji Medical College, Huazhong University of Science and Technology, Wuhan 430030, China

Abstract: This article summarizes the rescue and nursing care of a patient with pheochromocytoma crisis who suffered sudden cardiac arrest and underwent extracorporeal membrane oxygenation (ECMO) cannulation complicated by lower extremity ischemia. The key interventions included: establishing a multidisciplinary team to clarify the diagnosis and treatment plan; identifying and providing emergency nursing for pheochromocytoma crisis; delivering high-quality nursing care during ECMO and continuous renal replacement therapy (CRRT); providing enhanced wound, pain, and limb rehabilitation nursing for right lower extremity amputation and left toe amputation resulting from ischemic necrosis after ECMO; and concurrently strengthening blood glucose management, transitional nursing after department transfer, and psychological nursing. Through meticulous rescue and nursing care, the patient successfully underwent pheochromocytoma resection 2.5 months after successful resuscitation from cardiac arrest and was discharged 22 days postoperatively.

Keywords: pheochromocytoma crisis; cardiac arrest; extracorporeal membrane oxygenation (ECMO); lower extremity ischemia; amputation; wound nursing; pain nursing; rehabilitation nursing

嗜铬细胞瘤是一种起源于肾上腺髓质或交感神经节嗜铬细胞的神经内分泌肿瘤[1]，因瘤体大量分泌儿茶酚胺，会引起持续性或阵发性高血压，并伴有头痛、出汗、心悸三联症状，出现多器官功能及代谢紊乱，病情十分凶险，是泌尿外科罕见但具有治疗挑战性的神经内分泌肿瘤。嗜铬细胞瘤早期可通过肿瘤切除而治愈，早期诊断和治疗是避免血流动力学恶化和心力衰竭加重的关键。该疾病最危险的并发症是嗜铬细胞瘤危象（Pheochromocytoma Crisis，PCC），3%～19%的嗜铬细胞瘤患者可发生嗜铬细胞瘤危象[2-3]，其特征是儿茶酚胺过量释放，导致严重的血流动力学不稳定和多器官功能衰竭。嗜铬细胞瘤危象的处理通常需要使用体外膜肺氧合（Extracorporeal Membrane Oxygenation，ECMO）和连续性肾脏替代治疗（Continuous Renal Replacement Therapy，CRRT）来稳定血流动力学和支持器官功能。我院于 2024 年 3 月收治 1 例嗜铬细胞瘤危象患者，患者突发心脏骤停及行 ECMO 后下肢缺血坏死截肢，经积极救治与护理，取得良好效果。现将护理经验报告如下。

1　临床资料

1.1　一般资料　女，48 岁。2024 年 3 月 13 日因“头痛 1 月余”就诊于我院泌尿外科。当地医院 CT 提示左侧腹膜后见一软组织肿块影，范围约为 8.4 cm×6.6 cm×7.8 cm。左侧腹膜后肿瘤性病变，考虑嗜铬细胞瘤；肝脏小囊肿，双肾囊肿，盆腔淤血综合征。患者为求进一步诊治，来我院以“腹膜后肿物”收治入院。查体：体温 36℃，脉搏 80 次/min，呼吸 20 次/min，血压 106/68 mmHg（1 mmHg＝0.133 kPa）。术前辅助检查/检验：静脉血葡萄糖 8.10 mmol/L；抗凝血酶 77%；24 h 尿香草扁桃酸 145.3 μmol/24 h；

作者单位：华中科技大学同济医学院附属同济医院护理部（湖北 武汉，430030）

通信作者：杨帆，1755184905@qq.com

刘娟：女，硕士，主管护师，护士长，1196798958@qq.com

科研项目：华中科技大学同济医学院附属同济医院科研基金资助项目（2024D14）

收稿：2026-02-06；修回：2026-04-20

24 h 尿肾上腺素 52.7 μg/24 h；24 h 尿去甲肾上腺素 155.4 μg/24 h；24 h 尿多巴胺 617.05 μg/24 h。

1.2 治疗和转归 患者入住泌尿外科后，给予扩容扩管等对症支持治疗。患者左侧肾上腺巨大肿物，术前邀请放射科医生协助实施左侧肾上腺血供栓塞。于 2024 年 3 月 19 日 10：00 行经皮动脉栓塞术，造影提示左侧肾上腺动脉起源于腹主动脉，分支增多、紊乱。实质期左侧肾上腺区域可见大片异常染色灶。当日 17：35 行肾上腺肿物切除术，麻醉前常规血气检查时突发血糖增高(测不出)，血压 132/65 mmHg，心率 151 次/min，血氧饱和度 0.84，血气 pH 7.171。立即启动多学科会诊，诊断嗜铬细胞瘤危象，考虑儿茶酚胺高代谢形成炎症风暴导致心肌损伤。立即转入 ICU 治疗。予以经鼻高流量氧疗，患者呼吸困难改善不明显，端坐呼吸，改为无创呼吸机辅助呼吸。血糖 31.47 mmol/L，泵入胰岛素降糖，动态复查。予以吗啡镇静、重组人脑力钠肽强心、兰地洛尔控制心室率、碳酸氢钠注射液纠酸等处理，患者生命体征稍好转(心率 142 次/min，血氧饱和度 0.96)。2024 年 3 月 20 日 3：07 患者出现心率、血压进行性下降，随即心跳、呼吸骤停，立即予心肺复苏、气管插管呼吸机辅助呼吸、快速补液等治疗。抢救至 3：14 患者恢复自主心律，心率 133 次/min，血压 170/110 mmHg。呼吸机选择 SIMV 模式，查血气分析示：pH 7.03、PCO_2 51 mmHg、PO_2 112 mmHg、碱剩余(Base Excess，Be)－17.3mmol/L，血乳酸(Lac)9.8 mmol/L，予以纠酸、抗休克等治疗，继续观察病情变化。大剂量升压药物持续静脉泵入，患者仍然严重休克，血乳酸＞6 mmol/L，床边重症超声提示心脏收缩功能明显降低，7：46 遂行静脉-动脉体外膜肺氧合(Venoarterial ECMO，VA-ECMO)循环辅助。在 ECMO 的支持下，通过药物控制嗜铬细胞瘤危象，行 CRRT 7 次，并持续镇静镇痛。入 ICU 第 4 天评估心肺功能，符合 ECMO 撤机指征，逐渐减少 ECMO 辅助，采用深镇静策略，于第 5 天顺利撤机。第 6 天停止 CRRT。第 7 天呼吸机试脱机，第 8 天成功脱机。ECMO 治疗 3 d 后出现下肢坏死，3 月 26 日行右侧小腿骨筋膜室切开减压术；3 月 30 日行右小腿截肢术＋创面封闭式负压引流术(Vacuum Sealing Drainage，VSD)。4 月 1 日 16：10 由 ICU 转入泌尿外科。因感染较重 4 月 3 日转入感染科；感染控制后 4 月 17 日转入泌尿外科。5 月 24 日局麻下行左趾关节离断术；5 月 31 日局麻下行伤口清创术；完善术前扩容扩管、调整心肺功能后于 6 月 13 日在腹腔镜下行左侧肾上腺区占位切除＋肾上腺区粘连分解术＋经右股骨的大腿离断术＋VSD，术后 22 d 康复出院。出院 3 个月后回访，患者血压控制在 100～110/60～70 mmHg，可完成坐起站立等动作，心情温度计评分[4] 3 分(为正常)，逐渐回归正常生活。

2 护理

2.1 组建多学科团队，制订诊疗方案 巨大嗜铬细胞瘤手术难度高，且易出现严重并发症，有赖多学科协同诊疗。本例采用线上结合线下多学科诊疗团队模式，组建泌尿外科、重症医学科、麻醉科、介入科等多学科团队，开展 5 次线下会诊，依托微信群每日同步病情指标，动态优化诊疗方案。护理方面安排高年资护士全程跟进，制订结构化交接单整合病情、管路、创面、风险及心理评估等信息，每班动态更新，各科室转科执行床边面对面交接，保障诊疗护理连续。

2.2 嗜铬细胞瘤危象的识别与急救护理 该患者瘤体体积较大，术前检查、手术麻醉等易诱发嗜铬细胞瘤危象。嗜铬细胞瘤危象致死率高，其临床表现为血压骤升骤降大幅波动、心率加快甚至心律失常，高热、呼吸急促、手足湿冷，或出现肺水肿等。该患者麻醉前常规血气检查，突发血糖增高，血压高，心率快，血氧饱和度低，血气分析酸碱度低，患者意识模糊、全身大汗，有休克症状。急救护理：①立即解除诱因，停止手术；②配合医生予以镇静强心扩容纠酸降糖等处理；③持续心电监测和高流量氧气吸入；④密切监测患者生命体征，包括动脉压和中心静脉压等，合理设置报警值，及时处理报警事件；⑤避免噪声强光等刺激，患者床头放置“保持安静”提示牌，工作人员床边做到“四轻”；夜间及时关闭大灯，采用床头筒灯照明；⑥集中护理操作，避免刺激患者。

2.3 VA-ECMO 治疗的护理 本例患者发生嗜铬细胞瘤危象，征得家属同意后立即启动 VA-ECMO 治疗。建立 ECMO 通路后行管路预冲。顺利连接 ECMO 管道至动静脉置管(右下肢)，连接动脉管道至侧支循环。给予适量肝素静脉推注全身抗凝。启动 ECMO，转速 3 800 转/min，血流量约 3 L/min，气流量 5 L/min。患者为气管插管呼吸机辅助呼吸(FIO_2 100%)，ECMO 运行期间，密切监测评估患者心肺功能，并逐步下调 ECMO 流量。此外，医护人员严格遵照操作程序、参考《中国成人经股动脉 VA-ECMO 治疗期间下肢缺血防治专家共识(2023)》[5] 进行诊治和操作，选择能满足目标流量的最小口径动脉导管，对下肢缺血实施流程化的动态监测。本例患者行 ECMO 治疗第 6 天，血压控制有效，生命体征稳定，于当天成功撤机。

2.4 ECMO 联合 CRRT 治疗的护理 本例同时伴有严重酸中毒及高容量负荷等，需 ECMO 联合 CRRT 实施器官功能支持。ECMO 联合 CRRT 可协同发挥治疗优势[6-7]，但有一定的挑战性。本例 ECMO 联合 CRRT 护理要点如下：①管路管理。CRRT 与 ECMO 管路采用并联方式，遵照相关文献推荐意见[8] 采取膜后引血、膜前回血方案；妥善固定管路，严格无菌操作并清晰标识，防范管路脱落与空气栓塞。②循环

监测。持续监测 ECMO 动静脉端压力及 CRRT 动脉压、静脉压、跨膜压，及时识别压力异常，排查管路相互干扰所致血流不畅、溶血风险。③精准容量管理。单独记录 CRRT 每小时净超滤量，医护人员共同制订液体平衡目标，依据平均动脉压、中心静脉压等血流动力学指标动态调整超滤速率，避免容量波动干扰循环稳定。④全身抗凝管理。ECMO 血流量为 CRRT 的 15～20 倍，需优先保障 CRRT 抗凝效果，延长滤器使用时间。ECMO 常规全身肝素抗凝，串联 CRRT 时，管路预冲与 CRRT 运行阶段无需追加肝素。治疗前评估患者凝血状态，明确抗凝目标；治疗期间动态监测凝血指标，微泵精准调控肝素剂量，维持凝血功能处于安全区间。⑤感染防控。各项管路操作恪守无菌原则，减少接口开放频次，按时更换敷料。本例患者 ECMO 治疗期间先后开展 7 次 CRRT，全程未出现 ECMO 低流量、运行故障，亦无 CRRT 压力异常导致治疗中断等不良事件。

2.5 VA-ECMO 后下肢缺血坏死的护理

2.5.1 右下肢缺血坏死致截肢的伤口护理 有文献报道，在接受外周 VA-ECMO 治疗的患者中，同侧下肢缺血发生率为 10%～70%[5,9]。患者 ECMO 撤机第 1 天，右小腿、双足出现广泛瘀斑，右小腿张力升高、皮温略低，伴多发张力性水泡，双侧足背动脉可触及，且症状持续加重。撤机第 3 天，对右小腿张力性水泡行切开引流。第 4 天患肢病情显著恶化，右小腿中下段及右足发黑、皮温冰冷，肢体末端针刺无出血，足背动脉搏动消失。经多学科会诊，建议行数字减影血管造影联合动脉溶栓治疗，家属拒绝，要求行截肢手术。撤机第 5 天，患者行右小腿截肢术，术后创面予 VSD 负压引流联合生理盐水持续冲洗[10]，设置负压－80～－60 mmHg，术后 5～7 d 拆除 VSD 并定期换药。术后床边常备止血带，以备残肢大出血应急止血，同时密切监测创面状态、敷料管路情况及引流液各项指标。右小腿截肢术后 1 个半月，患者残肢出现渗血渗液，予以清创处理。因局部感染、组织坏死严重，患者于 6 月 13 日行股骨水平大腿离断术，术后再次予 VSD 负压引流，监测伤口渗液与肢体水肿情况。患者恢复良好，6 月 19 日撤除 VSD，改用纱布敷料包扎，每 3～5 天换药。出院时截肢创面愈合佳，创缘整齐，无红肿、渗液、发热等感染征象。

2.5.2 左下肢伤口护理 患者 3 月 30 日出现左足第 2～5 趾末端发黑，左足背及左小腿局部皮肤破溃。全院大会诊建议左足溃疡处保持伤口干燥，左足趾待软组织情况好转后择期行截趾治疗。护理措施：破溃处先用生理盐水清洗，待干后涂抹愈伤软膏，脚趾间用棉球隔开，纱布包扎，2 d 更换 1 次；6 月 7 日在破溃处行富血小板血浆治疗[11]；同时行吹氧治疗[12]，氧流量 3～5 L/min，每 4 周评估 1 次伤口情况，未改善持续以上方案，本例患者治疗 12 周后左足背及左小腿溃疡伤口逐渐愈合结痂。5 月 24 日行左趾关节离断术，将坏死组织予以清除、足趾关节离断，冲洗、填塞敷料并包扎，术后密切观察血运、3～5 d 换药 1 次。最终左足趾截趾处及其他破溃伤口均愈合良好。

2.6 疼痛护理

2.6.1 残肢痛 本例患者截肢术后 3 d 清醒状态自诉右腿残肢中重度疼痛，特别是翻身活动时。镇痛方案为地佐辛 10 mg/喷他佐辛 30 mg＋生理盐水 250 mL 静脉滴注，2 次/d，逐渐将镇痛药调整为非甾体镇痛药氟比洛芬酯 10 mg＋生理盐水 250 mL 静脉滴注 2 次/d，用药时间调整为 9:00 和 15:00，睡前口服尼美舒利分散片，使较高血药浓度持续的时间范围覆盖每日中重度疼痛发生的高频时段，按需使用双氯芬酸钠栓剂纳肛，及时缓解患者突发的中重度疼痛。

2.6.2 幻肢痛 本例患者在截肢术后 1 个月出现幻肢痛，予以普瑞巴林口服，75 mg/次，1 次/d，6 月 24 日改为羟考酮口服，10 mg/次，1 次/d，同时辅以腕踝针和经皮低频电刺激（镇痛模式，30 min/次，2 次/d）缓解患者疼痛。帮助患者调整心态，逐渐接受现实，引导患者通过转移注意力、正念冥想等方式缓解压力，减轻疼痛。

2.7 肢体康复护理

在患者身体情况允许下，鼓励患者尽早活动，遵循早期、循序渐进、个体化原则。①右下肢残端。右大腿下面垫软枕抬高患肢，促进血液回流，减轻水肿，增加舒适度；伤口处予以冰敷减轻疼痛、肿胀；在截肢后尽快开始运动康复，以预防关节挛缩，增强患肢肌力，包括髌骨推移及髋膝关节的屈伸收展、直腿抬高等活动，活动量循序渐进，以患者能耐受为宜。②左下肢。指导患者行踝泵运动、直腿抬高及股四头肌训练。前期患者不能自行完成以上训练时，家属辅助完成被动运动，鼓励患者自己完成主动运动，运动量循序渐进，以患者耐受为宜。为提升康复效果，申请康复科会诊，予以床边针灸、物理治疗。患者治疗过程中未发生深静脉血栓、双下肢肌力在截肢术后为 1 级，出院前肌力已逐渐恢复至 4 级，出院时能实现床旁扶助站立。

2.8 血糖管理

患者由于嗜铬细胞瘤分泌过量儿茶酚胺引发继发性血糖升高，3 月 19 日出现酮症酸中毒症状，予以胰岛素泵入降糖、碳酸氢钠注射液纠酸等处理，采用动态血糖监测系统监测患者血糖水平[13]，避免手指穿刺引发疼痛刺激患者诱发病情。以成人围手术期 2 型糖尿病患者血糖控制目标[14]为标准，实施动态监测患者血糖水平，及时调整患者血糖治疗方案，如胰岛素泵、肠内营养或饮食等。治疗期间血糖基本维持稳定，未出现严重的高血糖和低血糖。

2.9 转科延续性护理

本例患者病情危重，多次面临重大治疗（如 ECMO 置管、截肢术、肿瘤切除）与转科（ICU→泌尿外科→感染科→泌尿外科），为确保治疗方案的连续性与团队协作的无缝衔接，护理团队给

予预见性沟通与信息支持：①重大操作/手术前。患者意识清醒、能够沟通后，护士会在医生进行术前谈话的基础上，使用患者能理解的通俗语言，再次解释治疗/手术的必要性、大致流程以及术后可能的感觉（如疼痛、管道留置），并强调团队已做好准备。②转科前。由当前科室护士长或责任护士陪同，向患者及家属详细介绍下一个科室的环境、主管医生和护士长的姓名，并强调治疗方案的连续性与团队协作的无缝衔接。此外，采取措施建立信任与营造安全感：安排固定的责任护士或护士长进行主导沟通，建立熟悉的护患关系，减少患者的陌生感与不安。③在转科当日，由原科室护士提前电话通知接收科室，并亲自护送患者至新病房，当面向新科室的护士进行床边交接，确保医疗信息的准确传递及安全交接。

2.10　心理护理　患者截肢术后 3 d 出现回避哭泣等情绪表现，与在未知情况下截肢及截肢术后疼痛不适、ICU 后综合征等有关[15]。安排入住单间和专人看护，与患者及家属建立良好的护患关系，同时全面了解患者的病情、家庭背景、性格偏好及社会支持等。护理团队采用叙事护理的方法，在患者状态良好的情况下，引导患者及家属叙事，使其充分宣泄内心的感受，表达对截肢的感受和看法。在叙事过程中要站在患者的立场，理解患者肢体缺失的心理感受，对其讲述的内容不插话、不评价、不打断，且注意保护患者的隐私[16-18]。用拟人化/隐喻方式具象化问题，疼痛这位“不速之客”通常什么时候会来拜访你？“你能接受它（截肢）吗？”，帮助患者站在问题之外看待问题及其影响，强化问题与自己无关的意识，使患者以全新的视角来审视问题及其影响。通过上述心理疏导，患者对于未知的恐惧和与熟悉环境分离的焦虑得以缓解，能够更安心地配合各项治疗，最终顺利出院。

3　小结

巨大嗜铬细胞瘤临床罕见，临床表现无特异性，并发嗜铬细胞瘤危象给临床诊疗带来了巨大挑战。本案例通过组建多学科团队，明确诊疗方案；嗜铬细胞瘤危象的识别与急救护理方面，VA-ECMO、CRRT 等高级生命支持方式的辅助，为救治患者赢得宝贵时间。对因病情危重出现的下肢缺血坏死及截肢，多学科团队加强伤口护理、疼痛护理、康复护理及血糖管理，并且在积极挽救患者生命的同时，也非常重视患者的心理建设，通过叙事护理等方法舒缓患者不良情绪。本案例通过一系列的精细化救治和护理，患者病情明显好转。

参考文献：

[1] 王庭俊，谢良地. 嗜铬细胞瘤和副神经节瘤诊断治疗专家共识（2020 版）解读[J]. 中华高血压杂志，2021，29(8)：708-714.

[2] Zhou J，Xuan H，Miao Y，et al. Acute cardiac complications and subclinical myocardial injuries associated with pheochromocytoma and paraganglioma[J]. BMC Cardiovasc Disord，2021，21(1)：203.

[3] Meijs A C，Snel M，Corssmit E. Pheochromocytoma/paraganglioma crisis：case series from a tertiary referral center for pheochromocytomas and paragangliomas[J]. Hormones (Athens)，2021，20(2)：395-403.

[4] Chen H C，Wu C H，Lee Y J，et al. Validity of the five-item Brief Symptom Rating Scale among subjects admitted for general health screening[J]. J Formos Med Assoc，2005，104(11)：824-829.

[5] 中国医师协会体外生命支持专业委员会，山东省医师协会体外生命支持专业委员会. 中国成人经股动脉 VA-ECMO 治疗期间下肢缺血防治专家共识（2023）[J]. 中华危重病急救医学，2023，35(8)：785-792.

[6] 万娜，于洋，王淑芹，等. ECMO 联合应用期间 CRRT 非计划性下机的预测模型构建[J]. 护理学杂志，2022，37(12)：6-9.

[7] Budhu G，Morris-Whyte K，Constantinescu A R. Plasmapheresis for extracorporeal membrane oxygenation (ECMO)-induced hemolysis in infants[J]. J Extra Corpor Technol，2024，56(4)：211-215.

[8] 中国医师协会呼吸医师分会危重症医学专业委员会，中华医学会呼吸病学分会危重症医学学组. 体外膜式氧合治疗成人重症呼吸衰竭推荐意见[J]. 中华结核和呼吸杂志，2019，42(9)：660-684.

[9] Bonicolini E，Martucci G，Simons J，et al. Limb ischemia in peripheral veno-arterial extracorporeal membrane oxygenation：a narrative review of incidence，prevention，monitoring，and treatment[J]. Crit Care，2019，23：266.

[10] 黄仁燕，樊炜静，徐烽，等. 负压封闭引流治疗糖尿病足溃疡的系统评价/Meta 分析的再评价[J]. 血管与腔内血管外科杂志，2021，7(6)：679-685.

[11] 富文达，李娜，魏华，等. 自体富血小板血浆联合负压封闭引流技术治疗慢性难愈性创面疗效的 Meta 分析[J]. 中国输血杂志，2023，36(2)：155-160.

[12] 杨列浩，秦海燕，潘凌峰，等. 封闭式负压引流联合高压氧治疗慢性难愈性创面的系统评价[J]. 中国美容整形外科杂志，2022，33(3)：154-157.

[13] 蔡玉立，易波，陈小琳，等. 动态血糖监测技术与临床研究进展[J]. 中国糖尿病杂志，2021，29(12)：933-940.

[14] 陈莉明，陈伟，陈燕燕，等. 成人围手术期血糖监测专家共识[J]. 中国糖尿病杂志，2021，29(2)：81-85.

[15] 黄莺，刘长俊，江雪莲，等. 创伤性截肢患者自我接纳、抑郁情绪与社会支持的相关[J]. 中国健康心理学杂志，2018，26(7)：996-999.

[16] 杨艳. 叙事护理实践模式的构建与实施[D]. 上海：中国人民解放军海军军医大学，2020.

[17] 崔金锐，胡露红，旷婉，等. 临床护理人员人文关怀品质与医学叙事能力的相关性研究[J]. 护理学杂志，2021，36(9)：58-60.

[18] 周雁荣，张严丽，罗亮春，等. 叙事护理干预对心脏瓣膜置换术患者心理状态的影响[J]. 护理学杂志，2020，35(21)：81-84.

（本文编辑　赵梅珍）