

其变化情况,并探讨多种因素对围术期焦虑的影响,为冠状动脉造影围术期的心理干预治疗提供依据。

方法:入选于阜外医院心内科行冠状动脉造影术的住院患者 379 例,男性 280 例,女性 99 例。术前采集患者基本信息,同时采用中国 A 型行为问卷及焦虑自评量表(SAS)了解患者的人格特质和焦虑水平;造影次日再次通过焦虑自评量表评价焦虑水平。分析性别、年龄、病程、文化程度、A 型人格、造影结果及血运重建治疗方案对术前术后焦虑水平的影响。

结果:冠状动脉造影术前及术后 SAS 评分高于中国常模,差异具有统计学意义。术前女性 SAS 评分高于男性,差异具有统计学意义;女性、年龄 > 50 岁、病程 > 1 年、初中及以下学历者冠脉造影术后 SAS 评分较高,差异具有统计学意义。冠状动脉病变支数与造影术前、术后 SAS 评分无统计学相关。术后 SAS 评分较术前明显下降,差异具有统计学意义。但需冠状动脉旁路移植术者术后 SAS 评分下降不明显。多元线性回归分析发现术后与术前 SAS 评分的下降与文化程度负相关,与病程正相关。

结论:冠状动脉造影围术期患者存在焦虑状态。冠状动脉造影检查可改善患者焦虑状态,减轻患者心理负担,但需 CABG 治疗的患者焦虑改善不明显。冠状动脉造影术后女性、年龄 > 50 岁、病程 > 1 年、初中及以下学历者术后仍焦虑,可有针对性的进行围术期心理干预。

应用倾向积分匹配研究慢性冠状动脉闭塞介入治疗的远期疗效

盖兢涇,盖鲁粤,翟学,张阔艺,金琴花,孙志军,陈韵岱,陈练,刘宏斌

北京市,解放军总医院心血管内科(100853)

目的:冠状动脉造影评价闭塞的开通的即刻效果基本不会有争议,是否改善预后还有很多争论。随机对照临床试验入选条件严格,而且有伦理的问题。为了克服这一问题,本研究采用倾向评分平衡分组,然后随访不良心血管事件,以探讨闭塞治疗的远期效果。

方法:连续选择 2008 年至 2009 年的冠脉造影患者,排除多次造影仅选择第一次造影,从中选出完全闭塞和高度狭窄(90%)的患者。采用倾向评分平衡分组,然后随访不良心血管事件,包括全因死亡,急性心肌梗死,心衰和脑卒中。

结果:倾向评分平衡分组:闭塞组 253 例,狭窄组 629 例。两组的 SYNTAX 评分、心率、身高、谷草转氨酶、红细胞、脑梗死、陈旧性心肌梗死、性别有显著差异($P<0.05$)。应用倾向评分平衡后两组的例数相同,除了 SYNTAX 评分外两组的临床特征已经基本相同,差异不显著($P>0.05$)。应用倾向评分平衡前,闭塞组的 MACE 率明显高于狭窄组,差异非常显著($P<0.05$)。闭塞组的死亡率为 12%,而狭窄组为 4%,差异显著($P<0.05$)。死亡多发生于 PCI 术后,差异显著($P<0.01$)。但是存活的急性心肌梗死,脑卒中和心衰的发生率,闭塞和狭窄之间没有显著差异($P>0.05$)。应用倾向评分平衡后,死

亡率仍有明显差别($P<0.05$),闭塞组 PCI 术后死亡明显高于狭窄组居多,差异非常显著($P<0.01$),其他各组的差别消失。总 Kaplan-Meier 生存曲线 PCI, CABG 和药物治疗没有显著差异($P=0.05$)。

结论:闭塞病变 PCI 术后死亡明显高于狭窄病变,可能与治疗的机械性机理有关。将闭塞和狭窄合并计算, CABG 的总体死亡率仍高于 PCI 和药物治疗,PCI 和药物治疗的死亡率相同,提示 CABG 技术水平有提升的空间,稳定性心绞痛 PCI 应慎重。

经胸微创室间隔缺损封堵术在婴儿患者中的治疗研究

梁飞

济南市,山东省立医院 心血管外科(250021)

目的:研究经胸微创室间隔缺损封堵术在婴儿患者中的疗效及并发症等情况。

方法:回顾分析 2011-09 至 2013-11 期间我院收治的婴儿室间隔缺损患者成功施行经胸微创封堵术 111 例,研究该手术的手术指征、切口及封堵器选择、操作时间、术后残余分流发生率、术后心律失常发生率、术后新发主动脉瓣及三尖瓣反流情况、输血量、医疗费用、住院天数以及随访情况。

结果:①手术患者选择:年龄 0.33~1 岁,体重 6~13 kg, VSD(左室面) 3.5~11.5 mm,距主动脉瓣距离 0~5.6 mm, VSD(右室面) 2.2~10.0 mm,左室舒张径 2.3~4.8 cm;肺动脉收缩压 >50 mmHg 11 例;三尖瓣中度以上返流 7 例;②切口选择:正中劈胸骨(下 1/3)切口 80 例,右胸第 4 肋间切口 25 例,左胸第 2 肋间切口 4 例,左胸第 3 肋间切口 2 例;其中右胸切口该正中切口 1 例;③手术方法:直接输送法封堵 79 例,探条辅助法封堵 32 例;④封堵器选择:对称伞 99 例,偏心伞 5 例,肌部伞 3 例,宽边伞 4 例;术中更换封堵器 26 例,1 例病人应用两个伞封堵;⑤心内操作时间:正中劈胸骨(下 1/3)切口 1.5~83 min,中值时间 11 min;右胸第 4 肋间切口 3~25 min,中值时间 8 min;左胸第 2 肋间切口 3~8 min,中值时间 6 min;左胸第 3 肋间切口 5~11 min,中值时间 8 min;⑥合并疾病处理:一并封堵继发孔型房间隔缺损 4 例,一并封堵动脉导管未闭 3 例;⑦术后残余分流(<2 mm):术中即刻 38 例,约 34.2%;术后 3 天 23 例,约 20.7%;术后 1 月 7 例,约 6.3%;术后 6 月 3 例,约 2.7%;⑧术后心律失常发生率:完全性房室传导阻滞 0 例;不完全性右束支传导阻滞:术后 3 天 31 例,约 27.9%,术后 3 个月 3 例,约 2.7%;⑨新发主动脉瓣反流(轻度以下):术中即刻 3 例,术后 3 月 0 例;⑩新发三尖瓣反流(轻度以下):术中即刻 9 例,术后 3 月 1 例。

结论:经胸微创封堵术为治疗室间隔缺损的有效术式,应该严格掌握其手术指征,尤其是婴儿患者,对符合适应证者采用该方法治疗创伤小、恢复快、效果好、花费少,优于体外循环直视修补术。