



# 继发孔房间隔缺损的外科治疗

省人民医院 周云芝 苏应衡 杨爱民 郭兰敏 陈景寒

继发孔房间隔缺损是常见的先天性心脏病，手术治疗可取得良好效果。本科共收治32例，就此作一分析和讨论。

## 一、资料分析

本组男17例，女15例；最小年龄9岁，最大为29岁。均有活动后心悸气急症状，并在胸骨左缘2~3肋间可闻及Ⅱ~Ⅲ级吹风样收缩期杂音，其中有4例可在胸骨左缘第5肋间闻及舒张期杂音。杂音部位扪到震颤者6例，肺动脉瓣第二音亢强者31例，同时并有第二音分裂者4例。

X线检查：两肺充血，肺纹增多，肺门血管增粗。主动脉结缩小，肺动脉段突出，右心室、右心房扩大。

心电图检查：不完全性右束支传导阻滞者7例，合并心房大者2例，合并右心室肥大者3例，合并窦性心动过速者1例、窦性过缓者1例。Ⅰ°房室传导阻滞及不完全性右束支传导阻滞1例，完全性右束支传导阻滞2例。右心室肥大劳损6例，右心室肥大劳损并期前收缩者1例。心电图无改变者8例。

右心导管检查：本组30例做右心导管检查。导管经过缺损到达左心房、左心室者22例。右心房与腔静脉血氧阶差一般在2容积%，最高达5.3容积%。血氧阶差不明显者4例。右心室血氧阶差较右心房高出1容积%以上者3例，其中1例高达2.7容积%。右心室压力一般在40毫米汞柱，仅1例在60毫米汞柱。右心室与肺动脉间无明显压力阶差。并有肺静脉异位回流到右心房者4例。

缺损分类：本组32例均为继发孔缺损，其中中央型19例，上腔型4例，下腔型6例，混合型2例，双孔型缺损1例，缺损伴有肺静脉异位回流到右心房者2例。缺损直径3厘米者12例，4厘米以上者12例，2~3厘米者8例，最大直径为8厘米(1例)。

## 二、手术方法和结果

(一)一般低温直视修补术：本组24例采

用此法。全麻后行冰槽体表降温，使鼻咽温度达32~30℃。自右侧第4肋间进胸，于膈神经前纵行切开心包，分别游离上、下腔静脉，并放置阻断带。用手指自右心耳进入到右心房探查。确属继发孔房间隔缺损者，手指退出后即可结扎心耳切口，于右心房放置心房钳做切口，然后注射肌松剂，使患者过度换气，并测定血压，开始输血。上述准备妥当后，阻断下、上腔静脉，待心脏跳动20秒左右，移去心房钳，吸净右心房内的血液，再暴露缺损缝合之。本组有20例采用间断“8”字缝合，4例采用连续缝合一层再加间断缝合加固。缝最后一针时，应在张肺排除左心房空气后再打结。开放上腔静脉，排除右心房空气，用心房钳钳夹心房切口，严密观察心脏搏动情况及血压变化，待上腔静脉开放1分钟后，再缓慢地开放下腔静脉，使心脏完全恢复循环。阻断循环的时间，一次一般不应超过8分钟；如需要，可再次阻断循环，以完成手术。

(二)体外循环下直视修补术：本组有8例采用此法，其中3例用常温针刺麻醉，5例取一般低温(肛温28~30℃左右)。患者取平卧位，正中胸骨劈开切口，行心内探查后，用肝素3毫克/公斤体重，使之肝素化，然后在上、下腔插静脉引流管(均从股动脉插供血管)。开始体外循环，于左心室插减压管，当升主动脉阻断后，于其根部灌注4℃停搏液，于心脏周围加冰屑或小冰囊以保护心肌，要求心肌温度在15℃以下，心脏完全停跳(心电图呈直线)。切开右心房，暴露缺损，先连续缝合一层，再间断缝合一层。修补后，缝合右心房切口，排除胸腔空气，解除主动脉阻断，采用电除颤使心脏复跳，逐步停止体外循环。

治疗结果：31例存活，1例术后脑缺氧死亡。术后伴发Ⅱ°房室传导阻滞2例，窦缓1例，心衰1例，经治疗均痊愈出院。

## 三、讨论

(一)诊断与鉴别诊断：典型的继发孔房间隔缺损，凭体征、X线检查及心电图即可确诊。本组有2例在术前未做右心导管检查，术中证实为单纯继发孔房间隔缺损，手术顺利。但必须指出，右心导管检查是诊断本病不可缺少的步骤。检查时应注意以下几点：

1.可靠的导管检查资料必须具备两点：

(1)导管必须通过缺损，并有一定的移动度；(2)右心房与腔静脉的血氧阶差必须达到标准。两者缺一，则易误诊。如仅有导管通过房缺而无血氧阶差者，可能为卵圆孔未闭；仅有血氧阶差而无导管通过缺损，则可能为单纯的肺静脉异位回流至右心房。

2.导管资料提示分流量高、血氧阶差大的病例，除了应考虑缺损较大外，要高度注意肺静脉异位回流至右心房的的存在，术中务必细致探查，必要时可在体外循环下手术。

继发孔房间隔缺损应与室间隔缺损、肺动脉瓣狭窄、原发性肺动脉扩张、原发性肺动脉高压及原发孔房间隔缺损相鉴别，其中以原发孔房间隔缺损的鉴别最困难。我们认为，以下几点可资参考：原发孔房间隔缺损多数发病早，症状明显，体质差，心尖区杂音响；X线提示左心室扩大，或两心室扩大；心电图表现为电轴左偏，肢体导联AVF主波向下，有时出现房室传导阻滞；右心导管检查中，导管通过缺损的位置较低。

(二)手术指征及手术方法：我们认为，症状明显，肺充血，心电图有改变，左向右的分流量大于肺循环血流量20%者，可施行手术治疗。理想年龄为5~15岁。如已有肺动脉高压而导致右向左分流为主及明显发绀

者，应视为手术禁忌症。一般的继发孔房间隔缺损，可选择一般低温直视修补术，因此类病例缺损较小，所需手术时间不长，可按规定的阻断循环时间完成心内操作。这种手术术后并发症少，恢复亦较快。对于巨大继发孔缺损及合并复杂畸形者，因需用补片修补缺损，或需同时纠正其它畸形，故心内操作时间较长，必须在体外循环下进行手术。

(三)手术注意点：(1)在低温下手术，应尽量缩短循环阻断时间，在解除上腔静脉阻断后应等候1分钟，待心室收缩力恢复后，再缓慢解除下腔静脉阻断。(2)为了防止循环恢复时发生冠状动脉气栓，在缝合缺损时不要使右心房血平面太低，缺损两端的牵引线不要提得太高，以避免气体进入左心房。缺损纠正后，要注意排净左心房空气。(3)缝合缺损时，两侧的边缘尽量多缝一点，且吃针要牢，避免打结时发生组织撕裂。如缺损后缘太少，无法缝合时，可将前缘与相对应的心房壁缝合。(4)低位缺损者，在缝合下缘时，切勿将下腔静脉瓣与房间隔缝在一起。辨别不清时，其下缘可少缝一针（残留一小缺损影响不大），或在缝下缘前短暂开放下腔静脉，待解剖关系弄清后再缝合。(5)冠状静脉窦与缺损之间的组织太少者，应注意不要将窦口与房间隔缝在一起，以免影响冠状静脉回流，导致不良后果。(6)缺损并异位肺静脉回流至右心房的，一般将缺损的前缘与肺静脉开口的右缘缝合，这不仅能闭合缺损，也可将异位的肺静脉开口置于左心房。本组有2例，均矫治成功。

(参考文献从略)

## 辣椒酊擦治骨质增生所致疼痛

中共山东省委党校卫生所 王玉英

笔者采用辣椒酊擦治骨质增生病引起的疼痛42例（均为50岁以上患者），除2例因皮肤过敏而中断治疗外，均收到满意效果。

方法：用纱布包裹药棉一块，蘸辣椒酊后拭擦患处，擦至皮肤发红、有热感为止（约30分钟）。病程长者，头几次可擦得时

间长些，冬天可加用红外线局部照射。每日1次，也可隔日1次，6次为一疗程。一疗程未愈者可继续擦治。擦后患者皮肤有烧灼感，2天内自行消失。若为颈椎骨质增生，可用陶瓷勺蘸辣椒酊刮擦，一般需治疗3个疗程。

举例：女，因颈部酸痛、手肩麻木而活动不灵，在省人民医院诊为颈椎6~7间隙骨质增生。予以维生素B<sub>1</sub>、B<sub>12</sub>肌注及牵引治疗等未见良效，后改辣椒酊擦治，20次后痊愈。随访7年未发作。