

二尖瓣狭窄闭式分离术400例疗效分析

省人民医院胸外科 苏应衡 徐教瑜
蒙阴县人民医院外科 陈修学

我院1965~1978年用闭式二尖瓣扩张器进行二尖瓣狭窄分离术400例,现将其远期疗效作一分析。

一般资料

男201例,女199例;年龄12~53岁。345例为单纯狭窄;55例以狭窄为主,同时伴有轻度二尖瓣闭锁不全。术前有心房纤颤者88例,心功能属Ⅰ级者236例,属Ⅱ级者164例,属Ⅳ级者6例。

本组均采用国产左径或右径二尖瓣扩张器,施行二尖瓣交界分离术。其中采用左径经左心室扩张分离者318例(占79.5%),右径经房间沟者76例(占19%),双径分离者6例(占1.5%)。

术中探查二尖瓣口径0.3~0.7厘米者93例(占23.8%),为重度狭窄;0.8~1.2厘米者296例(占72.5%),为中度狭窄;1.3厘米以上者15例(占3.7%);为轻度狭窄。瓣膜病理改变,呈粘连狭窄者66例(占16.5%);增厚者183例(占45.7%);增厚伴有纤维结节或钙化结节者151例(占37.5%),其中部分病例病变累及二尖瓣下;8例左心房内有心块。

手术分离满意,瓣口径径达3.0~4.0厘米者333例(占83.3%);部分分离、瓣口径径达2.5~2.9厘米者67例(占16.7%)。该67例均为术前或分离后有轻度闭锁不全者。

手术效果

400例中,住院期间死亡6例(死亡率为1.5%),其中3例分别在术后15、26及66天死于心力衰竭,另外3例分别死于心耳撕裂出血,乳头肌断裂心跳骤停和脑溢血。

术中出现心律紊乱者11例,有心房纤颤、心房扑动、室性心动过速、心室纤颤、窦性心动过缓等,均经及时治疗好转。7例大出血,死亡1例。

二尖瓣狭窄分离术后,出现二尖瓣闭锁不全者28例,其中1例死于心力衰竭。心房纤颤37例,左心衰竭12例,

低血压、风湿活动、心包切开综合征、肺炎各3例,败血症2例,均经治疗好转。术后出血者2例,经再次开胸探查,未发现明显出血点,其中1例死于心力衰竭。

本组经随访者311例(手术死亡的6例除外),随访结果见下表:

311例术后随访结果

	一 年		三 年		五 年		十 年	
	例数	%	例数	%	例数	%	例数	%
优良	62	20	54	20.8	39	23.5	21	25
差	239	77	188	72.6	113	68.1	50	59.5
死亡	8	2.3	14	5.4	12	7.2	9	10.7
	2	0.7	3	1.2	2	1.2	4	4.8

讨 论

一、我院用闭式二尖瓣扩张器。分离二尖瓣狭窄,经随访证实10年内优良者占84.5%,死亡率仅为3.3%。

有人认为,闭式二尖瓣分离术,远期效果差,其原因是血液动力学的改变,致使血液流经病变的瓣口产生旋涡作用,从而使瓣口逐渐缩小。我们认为,病例选择适当,手术分离满意,术后结合抗风湿治疗,则效果不亚于直视分离术。闭式分离术简单易行,安全可靠,宜于普及。

二、手术适应症:心脏功能属Ⅰ、Ⅱ级者,手术效果良好,Ⅳ级者如选择适当,亦可获满意效果。

对二尖瓣狭窄,同时又伴有轻度二尖瓣闭锁不全,心每搏回流量在4~5毫升者,仍为手术适应症。但必须注意,分离时要特别小心,应采取多次、逐渐扩张分离,每扩张分离一次,检查一下瓣口,且勿使闭锁不全加重。

手术年龄应限制在20~50岁。本组有3例年龄在12~13岁,2例53岁,术后效果亦甚满意,但必须做好充分的术前准备。

三、本组有7例术中大出血,1例为右径分离术,扩张器撑破心肌;1例为心尖撕裂。其余5例,皆因左心耳小,强行分离

80例部分穿透性角膜移植术植片早期混浊病因分析

昌潍医学院附属医院眼科 谢立信

部分穿透性角膜移植术后引起植片早期混浊的病因较多(1,2), 植片在2周内混浊21例, 现将其原因作一分析。

一、供体角膜内皮细胞活性率对植片早期混浊的影响:

本组术前对内皮细胞活性率的计数方法, 采用锥虫兰(Trypan blue)染色法和Stocker提出的判定内皮细胞活性率的标准(8)。为了避免染料和操作对内皮细胞的影响, 根据1977年Blackwell及潘作新氏对角膜内皮细胞中央和周边的计数观察结果(4)及内皮细胞活性率在70%以上作为临床使用的参考标准(5), 我们采用砧取供体角膜植片剩余的角膜外周部分, 进行染色计数观察。由于供体角膜材料的缺乏和临床上遇到的特殊情况, 有时也曾慎用活性率低于70%的供体角膜。本组80例均经4年观察, 其内皮细胞活性率和植片早期混浊情况见表1。

表1 内皮细胞活性率与2周内植片情况

内皮细胞活性率(%)	例数	透明	半透明	混浊	合计	t	p
		71.67	10	18.33	100		
70以上	43	6	11	60	2.55	<0.05	
70以下	8	2	10	20			
		40	10	50	100		

二、其它因素对植片早期混浊的影响:

本组2周内混浊的21例植片, 除内皮活性的影响因素外, 有17例同时合并以下几种影响因素:

(一) 免疫排斥反应: 本组2例植片最

造成大出血(1例死亡, 余经修补, 转危为安)。闭式二尖瓣分离术, 技术操作并不困难, 但若粗心大意, 引起出血则很危险。遇有出血时, 应以左食指轻轻压迫止血, 然后用无创伤1号丝线缝补。右径扩张分离时, 扩张器应顺心脏纵轴稍向内旋, 但不可过深, 以免撑破心室壁。如果心室壁破裂, 病人血压骤然下降, 心包内有血液涌出, 可即刻经左侧第5肋间入胸, 切开心包, 找到心脏

早在术后7天发生免疫排斥, 6例于2周内发生免疫排斥。当发生免疫排斥时, 植片即出现不同程度的混浊。经全身及局部应用免疫抑制剂, 部分植片获得透明愈合, 排斥情况见表2。

表2 2周内植片发生免疫排斥情况

排斥类型	上皮型	实质型	内皮型	合计
例数	1	3	2	6
%	1.25	3.75	2.5	10

(二) 术后前房充气失败: 本组4例术前因单纯疱疹性角膜炎使用阿托品散瞳, 手术时瞳孔保持散大, 当术毕前房充气时, 气泡进入后房, 使前房充气失败, 虹膜与植片早期发生粘连, 导致植片混浊。

(三) 术后吻合口漏水: 本组2例因术中缝合不严密或术后病人剧咳、误伤等, 使植片吻合处长时间发生漏水, 造成前房不能形成, 眼压过低, 植片早期混浊。

(四) 虹膜广泛前粘连继发青光眼: 本组4例因术后虹膜广泛前粘连继发青光眼致使植片混浊, 均在2周内进行抗青光眼手术, 有效控制眼压后, 植片恢复透明者1例、半透明者2例, 另1例仍混浊。

(五) 化学性灼伤: 本组1例为青年女性患者, 因双眼化学性灼伤致角膜混浊, 眼压为5.5/10=7.10毫米汞柱(Schiötz氏眼压计), 曾连续二次进行部分穿透性角膜移植术, 但均于术后1周内发生角膜内皮混浊, 导致植片2周内混浊, 拆除的植片进行锥虫兰染色观察, 发现内皮细胞全部死亡脱落。

破口, 缝补2~3针。本组有1例心室被撑破, 因抢救及时痊愈。

四、本组左心房内血块者8例, 术后2例发生下肢栓塞(均死亡), 1例发生脑栓塞(经治好转)。对有血块者, 应采用直视手术, 取出血块, 直视分离二尖瓣狭窄及瓣下粘连。因此, 凡有心房纤颤的患者, 术前应做好体外循环的准备。

参考文献从略。