



主动脉、冠状动脉路旁移植术一例报告

省 人 民 医 院 苏应衡 杨爱民 周云芝 陈景寒
山东医学院附属医院 宋惠民

病人马××，男，60岁，因心绞痛8年，加重1年于1982年9月19日入院。入院检查：血压170/100，心电图提示冠状动脉供血不足，选择性冠状动脉造影显示左冠状动脉前降支近侧及右冠状动脉高度狭窄。9月22日在静脉麻醉体外循环下进行左胸廓内动脉——左前降支冠状动脉及主动脉——大隐静脉——右冠状动脉旁路手术，术后经过顺利，心绞痛消失，于术后34天痊愈出院。

一、手术操作

(一) 体外循环前先取小腿大隐静脉，病人取卧位，沿大隐静脉由内踝至膝部作一长切口，剥离出大隐静脉用脐带作牵引，向上作锐性剥离，所有侧支血管用2个银夹夹住，第三个银夹夹住外侧后，予以切断，游离至膝部，近侧用双线结扎，切断，用16号空针插入远端，注入含肝素的林格氏液（每100毫升林格氏液加肝素10毫克）充盈静脉，近端用小血管钳夹住，置于湿盐水纱布垫内备用。一般移植一条血管需要长15~20厘米的大隐静脉。

(二) 同时进行胸部手术。胸骨正中劈开切口，纵形切开心包，将右侧心包固定于胸壁，向内牵拉左半胸骨，离胸廓内血管旁开1厘米处平第四肋间水平用电刀作一切口，剥离胸廓内血管，用电刀将所有胸廓内血管交通支切断，注意将电凝热度调好，以免损伤胸廓内血管；向上将胸廓内血管游离至平第一肋，向下游离至平第六肋，全身肝素化后（3毫克/公斤），切断远端，将远端胸廓内动脉及其周围胸廓内静脉、胸内筋膜和脂肪剥离（2厘米长），分支血管用银夹夹住切断，用小血管夹夹住血管远端，用含罂粟碱溶液的纱布垫包裹胸廓内动脉（100毫升林格氏液加30毫克罂粟碱）。

(三) 常规作升主动脉及上下腔静脉插

管，排气后与体外循环机相应处连接，作并行及全体外循环，血流降温至鼻咽温度29℃，仔细探查冠状动脉。本例在左冠状动脉前降支近侧可扪到一索条样硬块，长约1.5厘米。阻断升主动脉，在主动脉根部插特制的灌注管（带有负压吸引通道），灌注4℃心脏停搏液1,000毫升，同时心外用冰水浸泡，助手将心脏向上翻，暴露右冠状动脉后降支，用小尖刀在后降支的前壁作一小切口，用pott's氏剪刀作上下延长切口长1厘米。大隐静脉近端作一喇叭形切口，根部略延长用无创伤双头针7~0 prolene线在根部作双褥式缝合，先由大隐静脉进针，由外向内缝出。相应冠状动脉切口处由里向外缝出，再各缝合2~4针，将大隐静脉置放下，拉紧缝线（图1），继续作连续缝合，吻合将完毕前，用1~2毫米直径的探条测吻合口是否通畅，无误后再连续吻合。

然后作左胸廓内动脉与左前降支冠状动脉的吻合。将胸廓内动脉远侧作一切口，呈45°斜面，近侧略加延长，切口仅切断周径的80%，利用远侧残端作牵引。同样，在左冠状动脉前降支阻塞的远侧作10毫米长的切口。吻合方法同大隐静脉。最后完全切断胸廓内动脉的残端，继续吻合完毕。结扎前，开放小血管夹排气后结扎，用胸廓内动脉的两侧脂肪蒂与心外膜各固定一针（图2）。

排气后，开放升主动脉阻断钳，吸出冰水，血流复温，心脏自动复跳。用主动脉侧壁钳部分阻断升主动脉（钳夹包括灌注停搏液针孔处），用主动脉打洞器在其前壁作5毫米洞口，在适长的部位切断大隐静脉（仍喇叭切口），用5~0 Prolene线作连续静脉，动脉端侧吻合（图3）。结扎前排气。因左胸膜已破，故作左胸及胸骨后引流，切口按层缝合（不缝合心包）。

二、术后处理：①呼吸机辅助呼吸至次晨。②连续监测心电图、平均动脉压和中心静脉压。③静脉点滴红霉素1.5克/日，氯霉素1.0克/日，卡那霉素0.5克肌注，一日两次。④每日查血谷丙转氨酶，以排除隐性心肌梗塞。⑤术后胸部摄片，做血液化验。⑥服消心痛10毫克，潘生丁25毫克，硝酸甘油0.5毫克，均一日三次，必要时静脉点滴硝普钠及硝酸甘油。

三、讨论

(一)多数医生愿采用大隐静脉作冠状动脉旁路移植，优点是取材容易，并可与任何部位冠状动脉吻合，旁路移植数目不受限制，其口径大小较易与冠状动脉吻合。缺点是术后5年通畅率仅为80~85%，但随着手术的改进，通畅率已达90%。

用胸廓内动脉的最大优点是术后动脉通畅率可达90~95%，且只需作远侧胸廓内动脉与冠状动脉一处吻合。其缺点是剥离胸廓内动脉较费时，而且只有两条胸廓内动脉可利用，其长度不能达到右冠状动脉的后降支、左回旋支的边缘支。

(二)冠状动脉旁路移植术不但能使病人延长寿命，而且可恢复病人劳动力。本例手术前心绞痛严重，经系统内科治疗无效，经旁路手术后，心绞痛完全消失，收立竿见影之效。

参考文献

1. 苏应衡主编 胸部外科手术学 山东科技出版社 1980年
2. Coronary Artery Surgery John L. Ochsner 1978
3. Coronary Artery Medicine and Surgery John C. Norman 1980

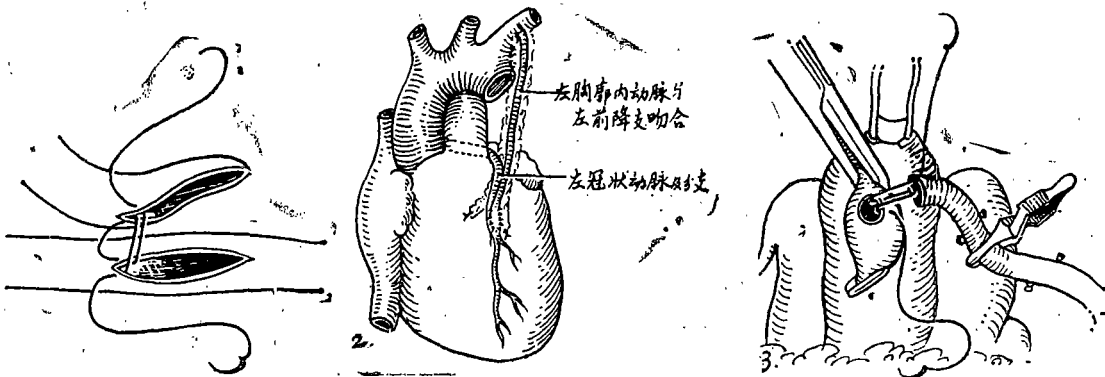


图1.在吻合口根部作双褥式缝合 图2.左胸廓内动脉与左冠状动脉前降支吻合 图3.连续缝合

胃造瘘结合药物治愈磷胺中毒一例

临邑县人民医院 张思清

患者因口服有机磷农药磷胺约45毫升，胃管插入失败，当即行胃造瘘术，于脐上4~6厘米处切3厘米一小口，后在胃体切1厘米的口插入胃管固定之，彻底清除胃内毒物。

胃管插入后，先抽胃内毒物，再注入洗胃液200~300毫升，再抽吸，如此反复，至抽出液体是注入的原液，无有机磷农药味为止；同时给予阿托品、解磷定治疗，在6小时内，由静脉分别注入阿托品1.235毫克，解磷定2克。阿托品化后，每日以100~300毫克阿托品维持，预防复发。每日给辅酶A，ATP，肌苷、维生素C等药物，预防中毒性

心肌炎病。经上述治疗，患者在31小时内神志完全恢复正常。

体会：我院1978年以来，对11例口服有机磷农药中毒者，因插胃管失败而不能及时清除胃内毒物，致病人死亡。

插胃管失败的原因，笔者经家兔试验证明有机磷农药可使胃、食道粘膜苍白、水肿、易脱落、食道贲门平滑肌严重痉挛，以致梗阻，故无法插入胃管。

笔者建议，遇有口服有机磷中毒反复胃管插入失败者，在应用特效解毒药物的同时，应及时作胃造瘘术，彻底清除胃内毒物。这是救活病人的最好办法。