

保留瓣叶及瓣下结构的二尖瓣替换术的疗效分析

林一平

(广东省广州市第一人民医院 广州 510180)

摘要:目的:观察采用保留二尖瓣瓣叶和瓣下结构方式进行二尖瓣替换的临床疗效。方法:回顾性分析采用保留二尖瓣瓣叶和瓣下结构方式进行二尖瓣替换术的 106 例患者资料,观察分析临床疗效及不良反应。结果:术后患者心功能明显改善,治疗有效率 97.17%(103/106),住院死亡率 1.89%(2/106),不良反应发生率 3.77%(4/106)。结论:保留二尖瓣瓣叶和瓣下结构方式进行二尖瓣替换术取得满意的临床效果,值得临床进一步推广。

关键词:二尖瓣置换术;瓣叶;瓣下结构

中图分类号:R 654.2

文献标识码:B

doi:10.3969/j.issn.1671-4040.2013.05.014

心脏瓣膜疾病是我国常见的心脏疾患之一,以二尖瓣病变最为多见。瓣膜出现病变会影响血流的正常运动,导致心脏功能异常,甚至出现心功能衰竭,严重危害生命安全。目前瓣膜置换术是治疗心

脏瓣膜病变的常规手术^[1],但是不同的术式会带来不同的临床疗效。现回顾分析我院采用保留二尖瓣瓣叶和瓣下结构二尖瓣置换术治疗的患者资料,报告如下。

20091203)0.5 mg/ 次,每小时 1 次,首次服用总量控制在 4~6 mg;待症状得以改善,如疼痛缓解或者有胃肠道反应出现则改为维持量服用,0.5 mg/ 次,每日 2~3 次。别嘌醇(批准文号 X19990269,批号:20091023)200~600 mg/ 次,每日 3 次。

1.3.2 观察组 在对照组基础上给予中医方剂及梅花针叩刺治疗:中药:痛风汤加减。土茯苓 10 g,防己 15 g,秦艽 15 g,连翘 10 g,金银花 15 g,当归 10 g,赤芍 15 g,黄柏 10 g,苍术 10 g,蒲公英 30 g,薏苡仁 30 g,车前子 10 g,丹参 20 g,怀牛膝 15 g。若关节疼痛剧烈加三七 5 g、乳香 5 g、没药 5 g;若局部肿胀严重加川芎 10 g,滑石 5 g,白芥子 10 g;若发热甚者加栀子 10 g,知母 10 g;若脾肾阳虚加肉桂 15 g,淫羊藿 10 g。每日 1 剂,水煎 2 次混合,早晚各服 1 次,4 周为 1 个疗程。服药期间忌食肥甘厚味,戒烟酒。梅花针叩刺:选取患者的阿是穴或病患处最肿胀部位进行皮肤常规消毒,使用梅花针于每个红肿关节皮肤周围重度叩刺出血,及时用生理盐水棉球清理针孔周围血迹并以碘伏消毒。治疗 5 次为 1 个疗程。

1.4 疗效评价 参考《中药新药临床研究指导原则》^[2]评价效果。治疗后临床症状完全或基本消失,实验室检查指标恢复正常则判定为有效;治疗后临床症状无明显改善及实验室检查指标不在正常范围则判定为无效。

1.5 统计学方法 采用 SPSS17.0 软件应用 *t* 或 χ^2 检验进行统计学分析,以 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 治疗结果

2.1 疗效比较 观察组有效 32 例,无效 2 例,有

效率显著优于对照组($P<0.05$)。见表 1。

表 1 两组疗效比较 例(%)			
组别	n	有效	无效
观察组	34	32(94.1)	2(5.9)
对照组	34	25(73.5)	9(26.5)
χ^2		5.31	
<i>P</i>		<0.05	

2.2 血尿酸和血沉改善程度比较 见表 2。观察组血尿酸和血沉改善程度优于对照组($P<0.05$)。

表 2 两组血尿酸和血沉改善程度比较 ($\bar{X}\pm S$)					
组别	n	血尿酸($\mu\text{mol/L}$)		血沉(mm/h)	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
观察组	34	543.3 $\pm$ 43.3	346.8 $\pm$ 47.1	33.8 $\pm$ 10.3	17.7 $\pm$ 7.3
对照组	34	529.6 $\pm$ 52.2	413.2 $\pm$ 50.7	32.8 $\pm$ 12.0	23.8 $\pm$ 8.2
<i>t</i>			47.59		9.36
<i>P</i>			<0.05		<0.05

3 讨论

针对痛风性关节炎的治疗,现代医学认为超饱和尿酸盐沉积可致炎症反应加剧^[3],故西医治疗常用药物主要有秋水仙碱、别嘌醇和非甾体类抗炎药,但西药缺点是治疗后易复发且药物毒副作用大^[4]。中药方剂治疗以通痹止痛、清热利湿为主,尤其对于痛风性关节炎缓解期有良好疗效,加以梅花针治疗,凭“热则疾之”的原则起调整脏腑虚实、平衡阴阳、通络活络的疗效。因此,中医方剂及梅花针叩刺与西药结合治疗痛风性关节炎,可综合中西医优势,控制痛风发展,标本兼治,提高临床疗效,改善患者生活质量。

参考文献

[1]师延川,刘成明.痛风性关节炎中西医治疗研究进展[J].云南中医中药杂志,2012,33(5):57-58
[2]郑筱萸.中药新药临床研究指导原则[M].北京:中国医药科技出版社,1993.179-183
[3]叶任高,陆再英.内科学[M].第 6 版.北京:人民卫生出版社,2004.862
[4]林林,丁浩,张映,等.中西医结合治疗痛风性关节炎 100 例疗效观察[J].东南大学学报,2012,31(1):28-30

(收稿日期:2013-05-17)

1 临床资料

1.1 一般资料 患者均为 2009 年 1 月~2012 年 12 月我院心外科住院的风湿性心脏病、二尖瓣病变患者,共 106 例,其中男 48 例,女 58 例,年龄 26~79 岁,平均年龄(44.17 ± 11.13)岁。心脏彩色超声多普勒检查示均有二尖瓣中度以上关闭不全或(伴)狭窄,二尖瓣瓣下结构粘连、融合或钙化。伴主动脉瓣中度以上关闭不全或(伴)狭窄 48 例,伴三尖瓣有中度或中度以上关闭不全 43 例;左室射血分数 >0.5 者 14 例, $0.3 \sim 0.5$ 者 51 例, <0.3 者 41 例;术前心功能(纽约心脏学会心功能分级,NYHA)分级:II 级 33 例,III 级 56 例,IV 级 17 例。

1.2 方法 患者平卧,全麻方式,经胸骨正中切口手术,右腋下直切口。常规建立体外循环,手术在中低温下进行,采用常温含血(4:1)停跳液灌注于主动脉根部或直接冠状动脉开口,当心跳停止或室颤时,立即改用含血冷停跳液($10 \sim 15^\circ\text{C}$)保护心肌。经右房切口切开房间隔暴露二尖瓣,使用双叶机械瓣膜(St. Jude 机械瓣膜)将人工瓣膜主轴对向前、后叶瓣环中点(反解剖定位)。瓣下结构保留方法:将二尖瓣前瓣叶在距瓣环约 2 mm 处切开,沿左、右纤维三角向两侧延伸,直到近前外及后内侧交界。按照椭圆形状切除前叶中央部,尽可能修剪前叶无腱索部分,同时应保持残留前叶在前、后交界处与瓣环的连续性,以便于残留前叶在前叶瓣环上的重新定位,保留腱索附着处。以间断褥式缝合,针线自前叶瓣环的心房面进针,从瓣缘面出针,穿过人工机械瓣膜缝合环,和人工瓣膜一起固定于前叶瓣环上,完整保留后叶及腱索。缝合后用试瓣器反复测试瓣膜启闭情况,观察瓣膜下通畅情况。满意后再同期完成其余主动脉瓣、三尖瓣的手术操作,关闭房间隔和右房切口。术中观察及术后心超证实人工瓣膜运动正常。

1.3 观察指标 观察并分析临床疗效及不良反应。疗效评价标准:显效:手术后患者无明显不适症状,心功能 I 级;有效:患者有胸闷、心慌、憋气等症状,心功能 II~III 级;无效:患者有胸闷、心慌、憋气等症状,心功能 IV 级,甚至死亡。

2 结果

本组患者手术过程中无死亡病例。术后临床症状消失,心功能 I 级 38 例;临床症状改善,心功能 II~III 级 65 例,治疗有效率 97.17%(103/106)。术后 2 d 因出现顽固性低心排综合征死亡 2 例,住院死亡率 1.89%(2/106)。并发左房栓塞 2 例,心包填塞 1 例,瓣膜血栓 1 例,不良反应发生率 3.77%

(4/106)。

3 讨论

心脏瓣膜疾病是常见的心脏疾患之一,以二尖瓣病变最为多见。风湿热是瓣膜损害的常见原因之一,随着社会人口老龄化,老年性瓣膜病变也越来越常见。瓣膜病变会影响血流的正常运动,降低心脏功能,甚至导致心功能衰竭,不仅降低生存质量,还严重威胁生命安全,并且给家庭和社会带来沉重的负担和压力,因此需要有效的治疗方法。

瓣膜置换手术已成为心外科的常规手术。传统的二尖瓣替换术^[2]需要切除前后瓣叶及瓣叶下结构,因为破坏瓣叶与左心室的连续性,导致左心室收缩功能减退,左心室压力负荷耐受性降低,主动舒张功能减退,出现被动扩张,左心室过度充盈的耐受性明显减弱,术后容易并发左心功能不全。还可能因乳头肌损伤和左心室过度膨胀而造成左心室破裂。保留二尖瓣瓣叶及瓣下结构可以有效保持左心室长轴的最大收缩能力,在心脏收缩时和心肌收缩保持一致。因此,保留二尖瓣结构的二尖瓣置换术对左心室功能具有保护作用,可取得较好的远期疗效。

在临床实践中,保留瓣下结构的二尖瓣置换术不断改进^[3-4]。先是通过保持二尖瓣瓣环与乳头肌的连续性来改善术后左心室的形态与功能。在此基础上的改良手术方式是不规则四边形切除部分二尖瓣前叶进行修剪,保留全部二尖瓣前、后叶腱索;之后是采用将二尖瓣前叶及腱索移位、固定于后叶瓣环,对瓣下结构全部保留的手术方式;或者是自中线切开二尖瓣前叶,将修剪过的残留前叶及主要腱索分别移位、固定于二尖瓣前、后叶前外侧和后内侧交界的瓣环上。这些术式各有特点,临床疗效也在不断改进,但是心内操作时间较长,相对而言,术中风险也较大。

本组患者采用保留二尖瓣瓣叶及瓣下结构方法简化了上述步骤,切除前叶的中央部分的无腱索区,保留边缘部分的腱索附着处,对瓣叶进行修剪,然后将修剪后的瓣叶边缘部分、残留前叶与人工机械瓣膜一道缝合、固定在前叶瓣环上,缩短了心内操作时间,主动脉阻断时间也相应缩短。需要指出的是人工瓣膜植入时将其主轴对向前、后叶瓣环中点(反解剖定位),目的是使机械瓣膜的活动朝向无瓣下结构的二尖瓣前、后叶交界区,从而防止人工机械瓣瓣叶被瓣下结构阻碍。本组患者手术过程中无死亡病例。术后胸闷、心慌、憋气等症状得到改善,心功能明显好转,治疗有效率为 97.17%

腹腔镜治疗胃十二指肠溃疡穿孔的临床价值分析

樊竞生

(广东省东莞市东莞康华医院 东莞 523080)

摘要:目的:探讨腹腔镜治疗胃十二指肠溃疡穿孔的临床价值。方法:选取 2008 年 1 月~2012 年 12 月我院收治的 64 例胃十二指肠溃疡穿孔患者,随机分为观察组和对照组。观察组给予腹腔镜手术治疗,对照组给予传统开腹手术治疗,对两组治疗方法的临床疗效进行对比观察。结果:观察组患者在手术时间、术中出血量以及住院的时间上均优于对照组,差异具有统计学意义($P<0.05$)。结论:腹腔镜治疗胃十二指肠溃疡穿孔取得的临床疗效显著,对患者造成的损伤小,降低了术后并发症的发生率,术后患者恢复快,值得在临床上广泛应用和推广。

关键词:腹腔镜;胃十二指肠溃疡穿孔;开腹手术;临床价值

中图分类号:R656.6

文献标识码:B

doi:10.3969/j.issn.1671-4040.2013.05.015

胃十二指肠溃疡穿孔是较常见的一种外科急腹症,胃十二指肠溃疡最严重的并发症之一即穿孔,发病人群可见不同年龄段。患者发病急,病情较为严重,通常会引起弥漫性腹膜炎。如果得不到及时有效的处理,会对患者的生命健康造成极大危害。传统开腹手术治疗对患者造成的创伤大,术后并发症较多,已经不能满足人们对微创技术的需求^[1]。随着医疗技术的不断发展,腹腔镜技术以其创伤小、术后并发症少等优势被广泛应用于临床治疗中^[2]。我院对 2008 年 1 月~2012 年 12 月收治的 64 例胃十二指肠溃疡穿孔患者分别使用开腹手术和腹腔镜手术治疗的临床疗效进行对比观察。现报道如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取我院 2008 年 1 月~2012 年 12 月收治的胃十二指肠溃疡穿孔患者 64 例,其中胃溃疡患者有 12 例,其余 52 例均为十二指肠溃疡穿孔患者。所有患者均根据术前腹部平片或者腹部 CT 检查(胃溃疡有术中活检及术后病理检查结果排除胃癌)诊断为胃十二指肠溃疡穿孔。所有患者均有典型弥漫性腹膜炎症状,通过 X 线检查显示膈下出现游离气体,对于术前休克、合并严重疾病以及腹腔镜手术禁忌证患者进行排除。随机分为观察组 34 例和对照组 30 例。观察组男 21 例,女 13 例,年龄 23 岁~74 岁,其中十二指肠溃疡穿孔 26 例,胃溃疡穿孔 8 例;对照组男 21 例,女 9 例,年龄

21~78 岁,其中十二指肠溃疡穿孔 23 例,胃溃疡穿孔 7 例。两组患者在年龄和性别等基本资料上无显著差异性($P>0.05$),具有可比性。

1.2 方法 两组患者入院后均进行常规放置胃管,在气管插管全麻下给予手术治疗。对照组患者给予传统开腹手术治疗,取患者上腹正中切口,给予常规方法进行缝合,留置引流管;观察组患者给予腹腔镜手术治疗,常规选取患者脐下缘作 1cm 长弧形切口,建立气腹,刺入戳卡后放置腹腔镜观察,在脐左上约 4~5 cm 处切口作为操作孔,以右侧锁骨中线肋缘下切口做为副操作孔,进行腹腔探查,吸除腹腔脓液和渗液,找寻穿孔处。对于胃溃疡患者进行病理活检,确诊之后根据患者穿孔的大小沿着胃纵轴进行缝合 3 针,将少许大网膜固定在穿孔外。对于十二指肠穿孔,则用 3-0 薇乔线沿其纵轴全层缝合 3 针,穿孔外不固定大网膜。两组患者在穿孔修补后均用大量温生理盐水进行腹腔冲洗,腹腔镜组由于可以在腹腔镜下观察整个腹腔内情况,故冲洗更为彻底。对两组治疗方法的临床疗效进行对比观察。

1.3 观察指标 对两组患者在手术所用时间、术后肛门排气时间、术后并发症的发生率、使用镇痛药物治疗的情况以及住院的时间进行对比观察,并做好记录。

1.4 统计学处理 选用软件 SPSS16.0 对观察的数

(103/106)。术后 2 d 因出现顽固性低心排综合征死亡 2 例,住院死亡率 1.89 % (2/106)。并发左房栓塞 2 例,心包填塞 1 例,瓣膜血栓 1 例,不良反应发生率 3.77 % (4/106),提示该手术安全性较高。

本组研究对保留二尖瓣瓣叶及瓣下结构的二尖瓣置换术进行探索,目标是减少对左心结构的破坏,保持左心室流入道和流出道的通畅,缩短心内操作时间,总体临床效果满意。

参考文献

[1]张宝仁,朱家麟.人造心脏瓣膜与瓣膜置换术[M].第 2 版.北京:人民卫生出版社,1999.667
[2]Hetzler R,Drews T,Siniawski H,et al.Preservation of papillary-muscles and chordae during mitral valve replacement:possibilities and limitations[J].J Heart Valve Dis,1995,4(2):115
[3]张宝仁,邹良建,徐志云,等.风湿性瓣膜病二尖瓣与主动脉瓣置换术 1 154 例长期效果分析[J].中华外科杂志,2003,41 (4):7-10
[4]叶丁生,余国伟,汤洪生,等.保留瓣下结构的二尖瓣置换术[J].中华胸心血管外科杂志,1992,8 (4):228

(收稿日期:2013-05-29)