

胞的收缩力,并抑制复温后心肌细胞对正性肌力药物的反应。使用含钾停搏液后左室功能受到抑制的原因之一可能是心肌收缩力直接受到抑制。

(沈九红摘)

070 同期冠状动脉搭桥和颈动脉内膜切除术后转归的决定因素[英]/Vassillidze TV...// Texas Heart Institute J. — 1994,21(2).—119~123

由于多系统动脉粥样硬化而导致心脏缺血和脑血管供血不足的患者是心血管疾病死亡的高危人群,颈动脉内膜切除术(CEA)后心肌梗塞以及冠状动脉搭桥术(CABG)后脑梗塞的较高发生率引起许多学者对两种病变进行同期手术的兴趣。自从1972年Bernhard等提出这一问题以来,仍有许多报道对手术指征、脑保护技术和预后等方面存在不同的看法。作者从1988年1月至1993年5月对33例患有严重脑血管供血不足和心脏缺血性疾病的患者施行了CABG和CEA同期手术,本文叙述这组临床经验,重点对影响预后的有关因素进行分析研究。

全组33例,年龄37~82(平均69)岁,31例(94%)属纽约心脏功能分类的3级或4级,15例(46%)患有不稳定型心绞痛,7例(21%)因心肌梗塞而作过手术治疗,18例(55%)有一次或一次以上的心肌梗塞史,19例(58%)曾有神经系统症状,22例(67%)严重双侧颈动脉狭窄,30例(91%)有三支冠脉或左主干病变。所有病例颈动脉病变及冠状动脉病变均经术前超声或血管造影证实。手术是在单次全麻下由两组医生分别进行颈动脉内膜切除术和大隐静脉移植血管分离术。常规肝素抗凝,应用28℃的中低温和标准冷高钾液或血液作为心肌保护液。平均主动脉阻断时间 53.6 ± 2.6 (28~89)分,平均体外循环时间 90.7 ± 3.9 (49~144)分,平均冠状动脉移植数 3.2 ± 0.2 (1~5)根,其中4例同时进行

了其它心脏畸形修复手术。

全组手术死亡率6%。围术期并发症包括1例(3%)心肌梗塞,6例(18%)神经系统损害,其中2例(6%)为永久性的功能损害。研究显示在双侧颈动脉狭窄的患者,脑血管意外的发生率(22.7%)比单侧狭窄患者(9.1%)高($P=0.047$),以前曾有脑血管意外史者术后再次脑血管意外的发生率(55.6%)比术前无脑血管意外史者(4.2%)高($P=0.003$),低的射血分数和左主干病变也可能引起术后神经系统并发症。11例发生其它重要并发症如心律失常、心肌梗塞、肾功能衰竭等。平均随访 24.6 ± 3.5 个月,远期死亡3例,5年生存率为85%,89%术后长期存活者心功能1~2级,或在药物控制下无心血管临床症状。

结果表明:在心脑血管病变的患者,CABG和CEA同期手术的结果取决于有无术前脑血管意外史,有双侧颈动脉病变,术前射血分数和左主干病变的范围;对于无症状的颈动脉狭窄患者进行预防性的CABG和CEA同期手术危险性较低。作者认为在高危病例中,这种联合性手术不失为一种可供选择的外科治疗方法,有利于患者长期免受神经系统和心血管并发症。

(许春涛摘 陈群校)

071 心脏移植后心包积液[英]/Hauptman PJ...//JACC.—1994,23(4).—1625~1629

众所周知原位心脏移植后可能出现心包积液,易患因素迄今未明。有人认为排斥反应和使用环孢霉素是可能的原因。作者分析原位心脏移植后心包积液形成的原因,并确定心包积液与生存率的关系。

1984~1992年间Brigham and Women's Hospital对连续202例患者施行原位心脏移植术。回顾分析病史纪录和超声心动图,包括:缺血时间,排斥反应的发生率和

程度,供体和受体体重差别,既往心脏手术史等。术后24小时出现心包积液不计。

A组18例(8.9%)术后平均12.6(4~28)天出现中等量至大量心包积液,其中8例(44%)须要心包穿刺放液,5例(28%)需要作心包切除术。B组185例未出现中等量至大量心包积液。A组无一例而B组中67例有既往心脏手术史($P<0.05$)。A组和B组受体体重超过供体体重之差分别为 11.9 ± 4 对 $2.2\pm 1.1\text{kg}$ ($P=0.01$)。Logistic回归分析表明,受体体重超过供体体重和无既往心脏手术史,预报术后形成较多心包积液的敏感性为83%,特异性为63%,心包积液同排斥反应无关。AB两组的生存率相似。

总之,受体体重超过供体体重和无既往心脏手术史是原位心脏移植后出现心包积液的最强预报因子,这类患者应予密切随访。

(刘励军摘 吾柏铭校)

072 高频心电图检出溶栓治疗后再灌注 [英]/Aversano T...//Clin Cardiol.—1994, 17(4).—175~182

有人假设QRS波高频(150—250Hz)成份的振幅(均方根电压)增大,出现于溶栓治疗成功再灌注时,而溶栓治疗失败时则无此现象。溶栓治疗后出现或不出现再灌注的临床标志很不敏感。缺血期间QRS波高频成份的振幅降低;缺血解除后QRS波高频成份的振幅恢复正常,但是迄今尚未见到有关描述急性心梗过程中QRS波高频成份测定的变异及改变类型的工作。在32例健康对照者中QRS波高频成份振幅的变异系数平均为10%或0.3uV。以此为根据,急性心梗患者连续两次高频心电图的QRS波高频成份振幅相差 $>20\%$ 或0.6uV被认为有明显改变。在接受溶栓治疗的30例急性心梗患者中,用于判断再灌注出现与否的指标有心导管检查、连续血清肌红蛋白的测定或观察抬高的ST段完全恢复正常。溶栓治疗开始时和3小

时后采用信号平均技术和数字,记录高频心电图,同时记录12导联常规心电图。在出现再灌注的25例中23的QRS波高频成份振幅显著增大(出现于开始溶栓治疗后的 $83\pm 36\text{min}$,比波谷高 $1.2\pm 0.9\text{uV}$)。反之,在未出现再灌注的5例中QRS波高频成份振幅均未改变($-0.4\pm 0.4\text{uV}$,与出现再灌注者比, $P<0.05$)。传统的临床标志如胸痛消失及抬高的ST段恢复正常不足以区别再灌注的出现与否。高频心电图则是溶栓治疗急性心梗后再灌注出现与否的快速可靠的方法,适宜于床旁使用,其敏感性为92%,特异性为100%。

(乐 玮摘 童茂荣校)

073 彩色多普勒测定经皮冠脉腔内成形术中二尖瓣返流[英]/Biasucci L M//Am Heart J.—1994, 126(6).—1491~1496

对象为28例左室功能正常且仅有单支冠脉病变(该处内径狭窄 $\geq 70\%$,其余2支内径狭窄不超过30%)的病人。依据冠脉造影结果分组:左前降支病变组11例,旋支病变组9例,右冠脉病变组8例。

以上病人均接受PTCA,在术前、术中、球囊扩张后至少25秒后作彩超检查,计算左室射血分数(LVEF)、室壁活动计分指数(WMSI),并对二尖瓣返流(MR)的程度分级。

结果 在PTCA前,三组病人的LVEF均 $>50\%$,各组的LVEF、WMSI无差别。在球囊扩张时,同基值比,各组的LVEF、WMSI均显著下降;但各组间LVEF与WMSI仍无差别。

前壁运动障碍见于所有11例左前降支病变者;下壁运动障碍见于8例右冠脉病变者;侧壁运动障碍共7例,6例系旋支阻塞后产生,1例系右冠脉阻塞后产生。旋支病变组行PTCA而发生侧壁运动障碍的例数,同其它二组比, $P<0.05$ 。