

## 原位心脏移植 2 例

娄 勇<sup>1</sup>, 曲青山<sup>1</sup>, 王 俭<sup>1</sup>, 张毅强<sup>1</sup>, 郭宇红<sup>1</sup>, 肖长波<sup>1</sup>, 张向辉<sup>1</sup>,  
张 振<sup>1</sup>, 陈亮<sup>1</sup>, 陈国勇<sup>1</sup>, 杨风文<sup>1</sup>, 李伟丽<sup>1</sup>, 祝丽娟<sup>1</sup>, 廖崇先<sup>2</sup>

(1 河南省郑州人民医院, 河南 郑州 450003; 2 厦门中山医院, 福建 厦门 361004)

心脏移植术是治疗终末期心肌病的有效方法, 我科分别于 2006 年 9 月和 2008 年 1 月行两例原位心脏移植术, 现报道如下:

### 1 临床资料

1.1 心脏移植受体 2 例, 男女各一例, 年龄为 53 岁和 38 岁, 扩张型心肌病一例, 肥厚性心肌病一例, 病程分别为 6 年和 30 年, 经内科药物治疗效果较差, 第二例两年前放置永久起搏器, 术前超声心动图测左室舒张末期内径分别为 76cm、69cm, 射血分数分别为 26%、29%, 第一例同时发现左室附壁血栓, 左室壁结构紊乱, 肺动脉压力分别为 40mmHg、56mmHg, 第二例有轻度肝肾功能不全, ALT62U/L, BUN9.8mmol/L, Cr170.2mmol/L, 尿酸 799.8mmol/L。

### 1.2 供体心脏情况

脑死亡, 年龄分别为 20 岁、22 岁, 供受体血型第一例相同, 第二例为血型 O-A, PRA 试验阳性率 <3%, 供体判断为脑死亡后, 全身肝素化, 正中进胸, 阻断升主动脉, 经主动脉根部 UW 液<sup>[1]</sup> 1000–1200ml, 同时心包腔内注入冰泥降温, 心脏取出后, 置入 4 度 UW 液中放于冰盒中, 运至手术室。

### 1.3 移植手术

在全麻体外循环下进行, 手术方式均采用双腔静脉法原位心脏移植术, 首先进行左心房吻合, 主动脉吻合完成后开放升主动脉, 肺动脉、上腔静脉在心脏跳动下缝合, 体外循环时间分别是 172min, 284min, 供心冷缺血时间为 218min 和 389 分钟。

### 1.4 免疫抑制处理及术后监测

2 例患者均于术前 2h 静注舒莱 20mg, 并于术后第 4d 补充 20mg, 主动脉开放后应用甲基强的松龙 500mg, 术后当晚再应用 500mg, 8h 后继续应用 500mg, 首例术后第 2d 清晨拔除气管插管, 予口服骁悉 500mg, 每日 3 次继续静脉应用甲基强的松龙 1000mg, 第 3d 减为 500mg 并开始口服强的松 1mg/kg·d, 分两次口服, 两周后减为 8mg/d, 第 4d 起口服环孢素 A 片, 开始剂量 6mg/kg·d, 分两次口服, 并根据血药浓度调节剂量, 初期维持谷值 200–250ug/L。病人术后均进入严格消毒、隔离的监护室。常规监测心电图、有创动脉压、指端氧饱和度、记录出入水量、电解质、动脉血气分析等, 第一例

术后呼吸机辅助 14 h, 术后四天下床活动。预防性抗生素应用 3 代头孢菌素 1 周并开始口服抗病毒抗真菌药物, 常规应用多巴胺、多巴酚丁胺、硝酸甘油、速尿等药物。术后留置 Swan-Ganz 漂浮导管, 监测心排量, 肺动脉压、肺血管阻力。第二例肺动脉压力较高、右心功能不全, 应用米力农、前列腺素 E1 等泵入。监测急性排斥反应主要依据: 症状与体征、心电图、超声心动图(UCG)、细胞检测(OKT3、OKT4、OKT8)、血清心肌酶学指标(TnI) 等及心内膜心肌活检(EMB)。症状主要观察: 乏力、低热、倦怠、劳累后心悸和呼吸困难、体力下降及食欲不振等。感染的监测主要有: X 线胸片、血清病毒抗体、痰、尿、粪细菌与真菌培养。本组第一例, 未出现排斥反应表现。

### 2 结果

移植心脏均自主复跳, 首例存活, 围术期经过平稳, 术后第 4d 下床活动, 术后隔离监护时间为 3 周, 心功能恢复至 I 级, 术后已 21 个月, 恢复正常工作。第 2 例术后第 3d 出现肺动脉高压危象, 右心功能衰竭, 床边行 IABP 辅助治疗失败, 术后第 4d 因多器官功能衰竭死亡。

### 3 讨论

国外心脏移植手术已经成熟, 其 1 年生存率可达 90% 以上, 5 年生存率有的可达 80.7%, 十年生存率已达 60%, 患者最长已存活 25 年, 其疗效远高于内科治疗。近年来国内开展的单位增多例数增加, 手术成功率明显提高<sup>[2]</sup>, 但由于我国巨大的人口基数大, 终末期心脏病病人众多, 目前的工作仍远远不能满足病人的需求。现将我们的体会报告如下。

#### 3.1 关于术式选择

临床上常用标准原位心脏移植术式(SOTH)和双腔静脉吻合法原位心脏移植术(BOTH)<sup>[3]</sup>。双腔静脉法与标准法相比, 手术时间虽然有所增加, 但克服了术后二三尖瓣返流及房性心律失常等并发症, 同时克服了全心脏移植吻合口多, 易并发术后出血, 时间更长的缺点, 因此我们认为目前较好的术式。

#### 3.2 移植围手术期处理

我们按常规应用舒莱, 舒莱是特异性的白细胞介素-2 受体拮抗剂, 应用后白细胞很快下降。它的应用, 可以使术后使

用环孢素有较大的灵活性,为保护肾功能,环孢素可推迟应用而不用过分担心急排的发生,另外,环孢素在人体的代谢分布因人而异,其应用应根据血药浓度调节。同时,常规应用血管活性药物和利尿剂,对术后移植植物功能恢复非常必要。而对于术前肺动脉压较高的病人,及早应用其他扩血管药,吸入  $\text{ON}^{[4]}$ 必不可少。

3.3 心内膜活检(EMB)是术后判定急性排异反应的金标准,目前,在心脏移植患者中,EMB 证实其排异反应多为 0-1 级(国际心脏移植学会急性心脏排斥反应诊断标准),但 EMB 为有创检查,具有一定风险。移植术后患者服用激素,食欲较好,若患者突然出现食欲不振、乏力和心悸,加之心电图表现为房早或室早,应高度怀疑急性排斥反应的发生,即使不是急性排斥反应,短期大剂量激素冲击,其副作用也是可以接受的。国内移植较多的单位认为应重视无创性的免疫监测,及时捕捉一些敏感征象,大多可以初步诊断,必要时才考虑心内膜活检。

3.4 心脏移植前严重肺动脉高压是移植早期右心衰竭的高危因素,心脏移植后出现右心衰竭与 PVR 升高有关,后者往往预示此类病人早期死亡率较高<sup>[5]</sup>。国际心肺移植学会的最新资料表明,心脏移植术后的所有并发症中,右心功能紊乱占 50%,而术后早期死亡直接因急性右心衰所致者则高达 19%<sup>[6]</sup>。通过第 2 例心脏移植我们还得到以下经验:本例复跳后肺

动脉压力比术前增高高达 62mmHg,手术虽顺利,并给于前列腺素 E1、米力农等应用,但体外辅助时间延长,导致创面渗血较多,且术后仍然出现肺动脉高压危象,右心衰竭,加之本例手术两地相距较远,冷缺血时间达 389 分钟,心肌保护欠佳,也是死亡原因之一。因此,如条件允许可考虑行心肺联合移植。

#### 参考文献:

- [1] 王东,王春祥.同种异体原位心脏移植术[J].山东医药,2004,44:28-30.
- [2] 王春生,陈昊,洪涛,等.原位心脏移植的手术体会[J].中华胸心血管外科杂志,2002,18:274-277.
- [3] Bethea BT, Yuh DD, Conte JV, et al. Heart transplantation.In: Cohn LH, Edmunds LH, eds. Cardiac surgery in the adult. 3rd ed. New York: McGraw-Hill, 2003.1427-1459.
- [4] Coe PF. Managing pulmonary hypertension in heart transplantation: meeting the challenge[J]. Crit Care Nurse, 2000, 20:22-28.
- [5] 李增祺,廖崇先,廖东山,等.28 例心脏移植早期右心功能不全的防治[J].中华器官移植杂志,2004,25:80-82.
- [6] Stobierska-Dzierzek B, Awad H, Michler RE. The evolving management of acute right-sided heart failure in cardiac transplant recipients [J]. J Am Coll Cardiol, 2001, 38:923-931.

编辑/樊延南

## 二种方法治疗耳廓假性囊肿临床体会

刘岷生

(兰州石化总医院耳鼻咽喉科,甘肃 兰州 730060)

摘要:目的 比较治疗耳廓假性囊肿的方法。方法 64 例耳廓假性囊肿,随机分两组,穿刺抽液后分别用石膏压迫固定与磁片压迫固定治疗,观察疗效。结果 不论囊肿大小穿刺抽液后石膏压迫固定,治疗均一次治愈,磁片压迫固定治疗 2-3 次治愈。结论 石膏压迫固定治疗明显优于磁片压迫固定治疗,且简单可行,疗效可靠。

关键词:耳廓假性囊肿;穿刺抽液;石膏压迫固定;磁片压迫固定

耳廓假性囊肿是耳鼻咽喉科的一种常见疾病,好发于耳甲腔、舟状窝及三角窝,是位于耳廓软骨夹层内的非化脓性浆液性病变,一般发生于一侧耳廓的前面,其治疗方法较多,有冷冻、穿刺抽液、激光打孔、微波治疗、磁片压迫及石膏固定、手术切除等,各种方法都有其优缺点,现将我科于 2005 年至 2008 年 64 例耳廓假性囊肿门诊石膏加压及磁片固定两种治疗方法结果比较分析如下:

#### 1 资料与方法

##### 1.1 一般资料

64 例耳廓假性囊肿均在门诊治疗,其中男性 57 例,女性 7 例,年龄在 21-63 岁之间,均为成人,平均年龄 42 岁,均为单耳发病(囊肿直径最大为 3cm,最小为 0.5cm,病程 5-25d,平均 15d)。将这些患者随机分二组治疗,穿刺抽液石膏压迫固定 35 例,磁片压迫固定 29 例。

##### 1.2 方法

方法一 将患耳用 0.5%碘伏反复消毒耳廓 3 次,用 10ml