

RGEA内径为1.5~4.0(平均2.2)mm,其血管蒂的长度为16~26(平均19.2)cm。90例中有11例(12%)在外循环后需要正性肌力药物支持,对RGEA移植血管无不良影响。全组住院期间死亡2例(2.2%)。1例死于泵衰竭,尸解显示移植血管通畅;另一例RGEA旁路后的冠状动脉存在弥漫性病变,死于低血压、心律失常。最多见的术后并发症为心房颤动12例,非致命性室性心律失常3例,感染4例。所有患者均治愈。术后心绞痛复发6例,经冠状动脉造影复查发现其中5例大隐静脉移植血管发生粥样硬化,1例胸廓内动脉移植血管吻合口狭窄;而6例RGEA移植血管均通畅,与心绞痛症状复发无关。1例患者因心肌病在CABG术后两年接受了心脏移植。22例术后冠状动脉造影复查,其中18例RGEA移植血管保持通畅,4例发生广泛狭窄,其中1例可能是手术技术问题引起,此例术中RGEA远端内径1.5mm,与之吻合的冠状动脉内径2.0mm并存在粥样硬化病变。另外3例在造影中显示“线状征”,表明存在血流竞争。全组中仅2例因内径大小不合适而放弃了使用RGEA作为移植血管,其中1例RGEA存在明显粥样硬化。

研究表明,远端RGEA大小与旁路的冠状动脉大小是相适应的。与胸廓内动脉相比,RGEA的流量储备更大,但其流量及内径的变异也较大。流量的高低与移植血管的解剖特征和患者的体表面积有关。在获取这类移植血管过程中所产生的血管痉挛,可通过腔内灌注血管扩张药物而得到妥善控制。作者指出,利用RGEA作冠状动脉旁路移植,其手术时间较长,吻合技术要求较高,特别适用于再手术病例。由于RGEA流量和内径大小不恒定,外科医师应小心地进行术前估价,避免将其应用于可能存在血流竞争的病例。

(孔 烨摘 陈 群校)

186 心脏移植的受体和供体体重差异之临床意义[英]/Sethi GK...//J Thorac Cardiovasc Surg.—1993, 106(3).—444~448

多年来心脏移植采用供体心脏的重要标准是受体和供体的体重相差 $<20\%$ 。然而需要心脏移植的病人越来越多,常常采用低于标准体重供体的心脏。1985年4月到1991年5月间美国亚利桑那大学为200例病人植入心脏。回顾分析如下。

A组27例接受低于体重标准供体的心脏,供体体重比受体体重轻 $30\%—46\%$ ,分别为 $54.7 \pm 10.3\text{kg}$ 和 $85.4 \pm 15.9\text{kg}$ 。B组173例供体体重和受体体重相差 $<30\%$ ,分别为 $67.4 \pm 15.3\text{kg}$ 和 $71.6 \pm 15.9\text{kg}$ 。A组术前肺血管阻力范围小于B组,分别为 $1.2 \sim 4.1(2.2 \pm 0.9)$ Wood单位和 $1.4 \sim 7.0(2.3 \pm 1.4)$ Wood单位,基础临床变量均无显著差异。两组在下列方面无显著差异:术后正性肌力药物或主动脉内球囊反搏的倒数百分率,术后住院天数,术后30天总死亡率,术后1年和2年左室射血分数,不发生排异反应的概率,不发生术后感染的概率。A、B两组术后1年的生存概率分别为 $92.5 \pm 2.0\%$ 和 $88.9 \pm 6.0\%$ (NS),术后5年的生存概率分别为 $78.5 \pm 4.0\%$ 和 $79.9 \pm 8.2\%$ (NS)。

总之,供体体重比受体体重轻 $20\%$ 以上不会影响心脏移植的近期和远期效果,采用供体心脏的标准应当放宽。

(杜建伟摘 方立德校)

187 延长幼年狒狒原位心脏异种移植的存活时间[英]/Kawauchi M...//J Thorac Cardiovasc Surg.—1993, 106(5).—779~786

经观察,在幼年灵长类模型中进行的原位异种移植,按ABH血型系统及混合淋巴细胞培养,18只体重 $2.4 \sim 3.8\text{kg}$ 的恒河猴