

。 临床札记。

同种原位心脏移植 1例报告

郭志勇,滕和志,陈 艳,于松阳,
林乐文,万连壮,邹晓霞
(威海市立医院,山东威海 264200)

患者男,25岁,体重 52kg,心悸、气喘 5a,夜间不能平卧 3个月,保守治疗无效入院。根据患者症状、体征和心电图、胸部X线、心脏彩超检查结果诊断为扩张型心肌病(终末期),心功能(NYHA分级)Ⅳ级。

供体体重 58kg,血型与受体相同(O型),淋巴交叉配合试验 <10%。热缺血时间 4min,冷缺血时间 110min,供心取出后置入 4℃生理盐水容器中,包扎 3层无菌塑料袋封口后置冷藏箱运送至手术室。

胸骨正中切口开胸,建立体外循环。在半月瓣水平切断主、肺动脉,保留部分左、右心房,切除受体心脏,修剪供心后,将其置入受体心包腔内。采用标准原位心脏移植术。缝合顺序:左心房→右心房→主动脉→肺动脉。3-0 prolene线双层连续缝合左、右心房,4-0 prolene线连续吻合升主动脉、肺动脉,开放升主动脉后,心脏电击复跳,顺利停机,转流 138min,升主动脉阻断 58min。免疫抑制治疗:术前 1d 术后 14d塞尼哌 1mg/kg 静滴。体外循环中及升主动脉开放后各用甲基强的松龙(MP)500mg 和 1000mg 静滴,术后 72h 内持续应用 MP1000mg/d,术后第 3天起予以环孢素 A+强的松+骁悉三联疗法。术后 1月内维持环孢素 A 血谷浓度在 200~300ng/ml。患者术后 6h 清醒,8h 拔出气管插管,第 3d 即下床活动。术后应用少量血管活性药物(多巴胺、多巴酚丁胺)1周,抗细菌治疗 1周,抗真菌治疗 4周,抗病毒治疗 8周。术后多次超声心动图示射血分数 >60%,未发现心包积液。术后 1月内心功能Ⅰ~Ⅱ级,未发生急性排斥反应,目前患者已恢复正常生活。

讨论:目前心脏移植术有标准原位心脏移植术、全心原位心脏移植术和双腔原位心脏移植术 3种术式。标准原位心脏移植术操作相对简单,手术用时较短,我院为首次开展心脏移植术,故采用此术式。

我们在确定供体脑死亡后,迅速建立人工呼吸,保持了供体的循环和供心的血供,减少了热缺血时间。然后将供心准确切除、快速转运,移植效果满意。心内膜活检(EMB)是术后判断急性排斥反应的金标准,但为有创性检查,价格较高,有一定风险,故本例急性排斥反应监测主要依据症状、体征、心电图、超声心动图、血清心肌酶学等无创性检测。超声心动图连续跟踪对照检测室间隔厚度、心肌收缩幅度、心包积液量及射血分数的变化对预测早期排斥反应有重要临床意义。术后应定期复查并调整环孢素 A 浓度,可避免排斥反应及药物

卵巢癌根治术围术期脑梗死 1例报告

常庆显,杨晓燕

(青岛大学医学院附属医院海阳分院,
山东海阳 265100)

患者女,74岁,体重 87kg 不规则阴道流血 20d于 2005年 4月 25日入院。患者患高血压病 20a。2a前行右半结肠癌切除术。查体:体温 36.7℃,脉搏 75次/min,血压 160/100mmHg,心肺未见异常。妇科检查:子宫萎缩,偏右触及形态不规则包块 15cm×13cm×12cm,质硬,轻触痛。实验室检查:血红蛋白 132g/L,血细胞比容 0.38,血糖 8.9mmol/L,血小板 1.93×10¹¹/L,凝血酶原时间 12.6s,纤维蛋白原 4.64g/L。心电图示 ST-T轻度下移。在连续硬膜外麻醉下行剖腹探查术。术中见右侧卵巢肿瘤,大小 13cm×10cm×10cm,质硬,包膜完整,与肠管、后腹膜广泛粘连。病理报告为卵巢颗粒细胞瘤,行子宫、双侧附件、大网膜切除术。手术出血约为 400ml,输入平衡液 2000ml,浓缩红细胞 2U,血压维持在 90/70~140/110mmHg。手术后 18h 患者嗜睡,呼之能应,神志清楚,发音不清,右侧肌力下降,运动障碍。脑部 CT示大面积脑梗死。经头部降温、防治脑水肿、低分子肝素抗凝及高压氧内科综合治疗,肌力恢复至Ⅱ级出院,进一步康复治疗。

讨论:诱发围术期脑梗死最常见的原因是血栓,肿瘤患者围术期脑梗死也可能由肿瘤细胞脱落形成的癌栓引起。诱发围术期脑梗死的确切机制目前还不清楚,但有学者研究证实,既往存在心脑血管疾患、慢性阻塞性肺部疾病和外周血管病是其发生的三个独立危险因素。另外,术后血细胞比容下降,而全血黏度、血浆黏度以及纤维蛋白原和第八因子的活性增加,同时纤维蛋白溶酶原的活性受到抑制,这种血液高凝状态以及围术期为预防创面出血而大量使用促凝抗纤溶药物可能诱发或促进脑梗死的发生。本例患者高龄、肥胖,合并高血压、冠心病、糖尿病以及多源性恶性肿瘤,血液处于高凝状态,使血液进一步浓缩,黏滞度增加,促进血管内血栓形成;手术对瘤体的挤压、牵拉,使血管内血栓脱落形成栓子,也可造成疏松的瘤体断裂,细小的癌细胞和瘤组织进入血流形成癌栓。

对于围术期脑梗死的预防,目前还缺乏有效的方法。存在高血压、冠心病、糖尿病、心房颤动以及有脑梗死病史或短暂性脑缺血发作的老年患者,是发生脑梗死的高危人群。术前应积极处理基础性疾病,降低重要脏器损伤,增加手术和麻醉的耐受性。术中应避免血液循环的剧烈波动,维持血液动力学的稳定,避免缺氧和二氧化碳蓄积;适当使用低分子肝素、丹参等药物降低血黏度,保证重要脏器的灌注。术后高度警惕脑梗死的发生。若患者出现神志不清、嗜睡、发音含糊、口角歪斜、鼻唇沟变浅、肌力改变等体征时,应立即行头部 CT确诊,尽