

结果提示,常规应用于研究冠心病的资料不适于判断移植支晚期狭窄病人非手术治疗的结果。作者最后指出,不论是否有严重症状,通往 LAD 的移植支晚期狭窄提示心脏事件发生率和死亡率较高,是再次手术的指征。

(徐五音摘)

082 单侧肺移植治疗肺动脉高压[英]/Pasque MK...//J Thorac Cardiovasc Surg. -1992, 103(3).-475~481

由于供者不足,限制了采用心肺联合移植治疗晚期肺动脉高压的临床应用。近年来,随着单侧肺移植治疗其它疾病的成功,促使人们将其应用于晚期肺动脉高压患者,研究充分利用供者器官并获得最佳移植方案的可能性。

作者自 1989 年 4 月至 1991 年 4 月对 9 例晚期肺动脉高压患者施行了单侧肺移植治疗。男 1 例,女 8 例;平均年龄 36(29~49)岁;术前心功能为 III 级或 IV 级;8 例行右侧肺移植,1 例行左侧肺移植。手术均在体外循环下进行,4 例患者在全体外循环下同时施行房缺、肺静脉异位引流及大的卵圆孔未闭修补术。术前放置肺动脉测压导管,部分体外循环,将肺动脉压降至 $3.3\sim 4\text{kPa}$ ($25\sim 30\text{mmHg}$)后,钳夹肺动脉,施行单侧肺移植手术。手术结束前常规行纤维支气管镜检查支气管吻合口,清除气道内血液及分泌物,并放置左心房起搏导线。术后 24~48 小时行人工呼吸机辅助呼吸,维持呼气终末压在 $5\sim 10\text{cmH}_2\text{O}$ 。术后常规监测体动脉压、肺动脉压、肺毛细血管嵌顿压、中心静脉压、心排量,使用前列腺素 E_1 作肺血管扩张剂。

结果 9 例原位单侧肺移植均手术成功,术中经食管超声心动图检查发现移植后右心室内径缩小,右心室射血分数和三尖瓣返流明显改善;术后 5 天 1 例患者死于败血症及原因不明的脑死亡。其余 8 例在术后 15~44 天康复出院,平均随访一年,生存良好,

心功能由术前 III~IV 级恢复至 I 级。血液动力学变化:术后当日及 48 小时期间,体动脉和肺动脉的收缩压、平均压、舒张压及肺毛细血管嵌顿压均显著低于术前,中心静脉压也低于术前。移植后心脏指数显著增高。MRI 检查:术前扫描显示右心室明显扩大,室间隔向左偏移。术后 4 个月复查,见右心室内径明显缩小,室间隔弯曲恢复正常。

讨论 作者认为,对原发于肺血管病变或由先天性心脏病引起的晚期肺动脉高压患者,采用单侧肺移植治疗并同时纠治心内畸形是最佳的移植方案,并可充分利用供者的器官,本组 8 例供者的胸内器官移植于多个受者,共完成 21 次移植术。作者指出,在体外循环下行单侧肺移植更安全,因为右心室功能不全及不可逆的肺动脉高压常使患者难以耐受单侧全肺切除。同时,在体外循环下肺动脉压降至适当水平,钳夹受者增粗硬化的肺动脉,行吻合术更为安全可靠。对有明显心内分流的患者,应该同时纠治心内畸形。因为移植后排斥反应、感染、肺不张等原因,引起肺循环阻力及右心室充盈压增高,导致右向左分流,使体循环氧饱和度降低。由于此类患者心功能低下,术前严格限制患者活动,有利于移植术后早期恢复。另外移植术后应该重视早期应用减低后负荷药(如前列腺素 E_1)、血管活性药物、中小剂量的促心肌收缩剂以及左心房起搏,它可以减小由于体循环阻力增高而对肺循环的影响。作者认为,本组患者移植术后血液动力学明显改善,不仅因为成功的肺移植降低了肺动脉压力,也与正确应用血管活性药物、促心肌收缩剂及左心房起搏有关。

(钟 镭摘 孙耀昌校)

083 右心功能指标用于早期诊断心包填塞的实验研究[英]/Jones JW...//Ann Thorac Surg.-1992, 54(1).-44~49

术后早期心包填塞发生率为 $1.2\sim$