

死亡原因与术前顽固性右心衰及术后渗血多发生心包填塞有关。

正中锯胸骨是再次手术的关键环节之一,考虑到发生心脏或大血管损伤引起大出血的可能,要做好股动脉供血的准备,用震荡锯也可减少大出血的发生率。除室上嵴上方高位裂口或要经其他切口纠治合并症外,一般都可经右房修补残余 VSD,理由是: 1. 避免游离右室面造成右室心肌面撕裂和损伤冠状动脉的危险; 2. 再通部位大多在三尖瓣前隔瓣基底附近,并常常形成左室右房通道,经右房切口能很好暴露残余 VSD。若不要经 VSD 探查或纠正左心系统,只要原补片抗张力好,不必拆除。裂口处的原补片常常卷缩,直接缝合张力较大,最好另取补片修复。因首次手术对三尖瓣造成损伤,残余 VSD 患者常合并不同程度三尖瓣关闭

不全,再手术时要检查三尖瓣功能,尽量给予修复。再手术渗血面广,术终止血要仔细,严防心包填塞。

参 考 文 献

- 1 潘世伟,刘迎龙,萧明第,等. 残余室间隔缺损的外科治疗. 中国循环杂志, 1994, 9: 338-340.
- 2 张仁福,汪曾伟,等. 法乐氏四联症心内修补术后残余室间隔缺损的再次手术治疗. 胸心血管外科杂志, 1986, 2: 202-204.
- 3 Randolph M, Fedic C, Walton L, et al. Frequency and surgical management of residual ventricular septal defects. Diseases of the Chest, 1966, 49: 337-345.
- 4 Castaneda AR, Sade RM, Lamberti J, et al. Reoperation for residual defects after repair of tetralogy of Fallot. Surgery, 1974, 76: 1010-1017.

(收稿日期: 1999-03-31)

(本文编辑: 李欣)

。病例报告。

同种异体心脏移植术后排斥反应一例

张卫 邱兆? 袁向 顾伟礼 叶伟 曹松

患者,男性,19岁。频繁发生心律失常伴心衰3年,长期服用强心、利尿剂及激素。诊断为原发性扩张性心肌病,心功能III~IV级,后为患者施行原位心脏移植,从手术之日起应用抗胸腺球蛋白(ATG),硫唑嘌呤和泼尼松三联预防排斥反应,在术后第12天、32天、216天时分别发生不明原因的多源性室性早搏与低排综合征,被认为是临床排斥反应,应用冲击疗法后好转,术后心功能恢复到I级,生活完全能够自理。但由于远期监测疏忽,未能及时观察到病人前兆症状,发生重度排异,突然死亡,共存活242d。尸检为重度排斥反应。

讨论 心脏移植后排斥反应是最严重的并发症之一,能否控制其发生,是手术成败的关键。

本例受体所有用血均用去白细胞悬液,以减少受体致敏机会。具体用药方案为术前麻醉时使用硫唑嘌呤2mg/kg,然后用ATG2.5mg/kg,甲基强的松龙在主动脉开放时用500mg,关胸后250mg,以后每隔8h用125mg,全天共1.0g,术后第1~7天采用ATG、硫唑嘌呤和泼尼松三联用药,特别是利用ATG对T细胞的有效杀伤作用及皮质类固醇的抑制T细胞增殖和对抗原反应性降低作用,早期可

有效地控制超急性排斥反应。由于AGT药理特性限制使用时间,本例术后第7天开始改用环孢素A(CsA),硫唑嘌呤及泼尼松三联方法。CsA主要抑制T辅助细胞(Th)的激活,针对性强,是器官移植后的首选抗排斥药物。

排斥反应早期无症状,中后期出现倦怠,心律不齐或低排,但无特异性,心内膜活检是最有效的监测方法。心肌重量比,射血分数,T细胞计数等均作为参考指标。本例在监测T细胞亚群时还发现控制Th在T细胞总数的5%(正常人35%~55%)以内,Th与T抑制细胞(Ts)比值在0.25~0.30(正常人1.5~2.0)较安全,而排斥反应发生时,Th数与Th/Ts比均远大于上述范围。本病例未做活检,通过上述综合指标判断发生排斥反应。按目前用药方案,超急性排斥基本不会发生,最常见急性排斥,一旦达II级以上,应采用冲击疗法,即甲基强的松龙1.0g/日,连续3d,慢性排斥发生很晚,有特征易鉴别。本例术后第12天出现倦怠与多源性室早,T细胞数达 $0.242 \times 10^9/L$ (早期应控制在 $0.05 \sim 0.10 \times 10^9/L$),排除其它因素,被认为急性排斥,给予冲击治疗,4d后症状与早搏消失;第32天发生上述情况加低排和第216天出现室早,用冲击疗法控制。

(收稿日期: 1999-03-12)