维普资讯 http://www.cqvip.com

文章编号:0253－3626(2003)05－0665－01

基层医院开展先天性心脏病诊治体会(附 14 例)

陈　力，沈学远，汤　文，洪　斌

(重庆市第二人民医院胸心外科，重庆　402160)

【中国图书分类法分类号】R541.1　　【文献标识码】B　　【收稿日期】2002－01－24

1　临床资料

本组病例中，男 4 例，女 10 例；年龄 4～38 岁，平均 14.2 岁。诊断动脉导管未闭(PDA)4 例；房缺(ASD)3 例；法乐氏三联症(F3)3 例；室缺(VSD)4 例。8 例轻到中度肺动脉高压(38～69mmHg)。手术方式包括：4 例 PDA 行动脉导管结扎术。其余 10 例 11 次在体外循环下进行缺损修补、矫正肺狭手术。其中心脏停跳手术 6 例次，体循时间 55～110min、平均 81min，阻断主动脉时间 27～75min、平均 41.5min，4 例心脏自动复跳、2 例次电击复跳；心脏不停跳手术 5 次，体循时间 35～60min、平均约 40min。

2　结　果

术后 1 例左心功能不全并发急性肺水肿，经强心、利尿、呼吸机辅助呼吸 20h，转危为安；2 例一过性Ⅲ°房室传导阻滞，经对症处理恢复正常；1 例巨大室缺术后并发残余漏而再次手术修补获成功。其余病例均无严重并发症发生，全组无手术死亡。

3　讨　论

3.1　诊断体会

典型先心病诊断容易，尤其非紫绀型先心病如单纯性 PDA、ASD、VSD，根据患者的症状、体征、X 线、ECG 和超声检查，可以确诊；少数不典型尤其合并畸形的病例，则需要作心导管检查来明确诊断。我院主要依靠彩色超声多普勒帮助诊断。14 例患者术前确诊 10 例，误诊 2 例，为 F3 误诊为“单纯性肺狭”。1 例通过术中探察，确诊并同时作了 ASD 修补；另 1 例术前作双氧水造影确诊。分析误诊原因，可能是 ASD 缺损较小(直径分别为 0.6cm、1.2cm)，超声探查困难，加之右心室高压，分流速度较慢所致。

3.2　手术时机、指征和术式选择

我们基层初期开展工作缺乏经验，在病例选择方面遵循三个字：“大、轻、简”，即选择年龄稍大、病情相对较轻、畸形较简单的病人，争取最高手术成功率，在取得一定经验以后，再逐渐向小龄、较重、复杂病例发展。导管结扎术具有安全、简便、费时少的优点，我院 4 例全部选用经左胸行导管结扎术，从降主动脉解剖、游离动脉导管左侧，于胸膜外行加垫双线结扎。结扎前使用硝普钠或 ATP，使收缩压降到 60～80mmHg。10 例先天性心脏病(ASD、VSD、F3)在体外循环下行修补或矫正手术。其中，心脏不停跳下行 ASD 或 F3 矫正手术 5 例，心脏停跳下行 F3 及 VSD 矫正术 6 例次。研究者认为，进行体外循环下浅低温(32℃)心内直视手术，阻断或不阻断升主动脉，经冠状动脉循环，心脏不停跳，使心肌始终得到氧合血灌注，保持有氧代谢，酸碱平衡和电解质代谢接近生理状态，不遭受停搏、室颤、复苏的非生理性打击，可避免再灌注损伤，极大地减少了术后低心输出量综合征和严重心律失常的发生[1～2]。手术要点为：在建立体外循环后，仅阻断上下腔静脉，在心脏跳动下进行心内操作。术中注意一直保持左心房内血液充盈，避免空气栓塞；保证主动脉灌注压在 60mmHg 以上，维持微循环稳定；做到手术操作准确，尽量缩短手术时间。

3.3　ICU 监护和手术并发症防治

心内手术结束后，病人由于麻醉、手术创伤、体外循环、缺血、低温、电解质紊乱、酸碱平衡失调等原因，常常出现各种严重心律紊乱，必须加强监护和处理。本组两例病人出现一过性Ⅲ°房室传导阻滞，经并体循环、复温、使用阿托品后逐渐恢复正常节律。先心病患者由于身体发育较差，加之巨大的手术创伤和严重的内环境紊乱，手术后监护质量直接关系手术成败。病人回 ICU 后，继续监测血压、ECG、CVP、尿量、血清电解质、SaO_2、ACT 和胸腔引流情况；同时密切观察病人神志及意识恢复，防止脑部并发症发生；根据 CVP 调整输液量和输入速度；使用微量泵控制血管活性药物输入；根据病人自主呼吸恢复情况及 SaO2 决定停止呼吸机辅助时间。

作者介绍：陈　力(1952－　)，男，副主任医师，主要研究方向：心胸外科。

参　考　文　献

[1]　李朝先. 浅低温体外循环心脏跳动中心脏直视术[J]. 四川医学，1998；(5)：370－371.

[2]　林　辉，何　巍，彭青云，等. 心脏不停跳心内脏直视手术的临床研究[J]. 中华胸心血管外科杂志，2001；17(3)：129－131.