

小切口三尖瓣置换治疗二尖瓣置换术后三尖瓣重度关闭不全 1 例

王嵘 郭斌 张毓平 安波

白求恩国际和平医院心胸外科(石家庄 050082)

中图分类号: R654.2 文献标识: B 文章编号: 1009-6604(2002)05-0364-01

患者,女,40岁,因二尖瓣置换、三尖瓣成形术后4年,腹胀纳差、双下肢浮肿2年余入院。查体:颈静脉怒张,肝颈回流征(+),肝下缘平脐,质硬,压痛明显,移动性浊音(+),双下肢凹陷性水肿,三尖瓣听诊区可闻及IV/6级收缩期杂音。经心脏彩超、心导管及右心造影检查确诊为二尖瓣置换、三尖瓣成形术后三尖瓣重度关闭不全、肺动脉高压,于2001年10月17日在全麻体外循环下行小切口三尖瓣置换术。取右前外侧切口长约10cm,切除部分第五肋骨进胸,游离胸骨后粘连,纵切心包,充分分离心包与右房及部分右室表面粘连,暴露上下腔静脉,套上腔静脉及升主动脉阻断带。因下腔静脉粘连严重,套带未成功。取右腹股沟斜切口暴露右侧股动静脉,经股动静脉及上腔静脉插管建立体外循环,在中度低温冷血停跳液心肌保护下行三尖瓣置换术,经右房切口置入带套囊腔静脉插管阻断下腔静脉血流。术中见三尖瓣膜增厚,瓣环扩大,直径约5cm,切除病变三尖瓣叶,置一圈带垫片褥式缝线,隔瓣处缝于增厚的瓣叶根部,植入29# Car-bomedics 双叶机械瓣。心脏自动复跳,术后呼吸机辅助18小时,15天痊愈出院。

讨论:二尖端置换术后后期出现三尖瓣功能性关闭不全在临床并不少见,尽管一期同时行三尖瓣成形术仍不能完全避免。因此对三尖瓣功能的修复近年来得到多数学者的重

视。但是传统的正中开胸再次换瓣或成形手术存在着以下问题:1、手术创伤大,出血多。长期三尖瓣病变患者多合并不同程度肝功能障碍,凝血机制差,再次手术经原切口进胸,必然因分离粘连而引起广泛渗血,增加创伤。2、需要胸骨摇摆锯等特殊器械。国内很多医院因缺乏此种器械而不得不使用骨凿等器械开胸,既费力费时,而且增加了副损伤的危险。与传统方法相比,本术式有以下优点:1、右前外侧小切口入路及股动静脉插管方法简单,进胸及建立体外循环迅速,缩短了手术时间,而且无需特殊器械设备。2、经此切口暴露效果良好,心内操作无论是行三尖瓣置换术或是成形术均极为便利。3、避免了正中开胸的广泛渗血,减少了分离粘连的范围,降低了手术创伤。4、再次手术时下腔静脉处常常粘连紧密,分离及套阻段带较为困难,采用带套囊腔静脉插管技术阻断下腔静脉血流,避免了下腔静脉套带可能引起的下腔静脉破裂大出血。综上所述,我们认为该手术方法能够很好的帮助解决再次手术处理三尖瓣功能性关闭不全时面临的困难,提高了手术效率及安全性。需要注意的是,经此入路对心脏其他部位的显露较差,因此术前诊断非常关键,必须明确是单纯三尖瓣病变方可采用此术式。若同时合并二尖瓣或主动脉瓣病变,则仍需正中开胸手术治疗。

(2001-12-21 收稿)
(2002-5-8 修回)

腹腔镜技术应用普及与提高培训班——深圳

为推动我国广大医院腹腔镜技术的普及与提高,《中国微创外科杂志》编辑部定于2002年12月下旬在深圳市人民医院与北京大学深圳医院举办“腹腔镜技术应用普及与提高培训班”,全面介绍腹腔镜外科历史与发展、腹腔镜手术设备应用、腹腔镜手术前准备、腹腔镜手术的麻醉处理、腹腔镜手术基本操作,介绍腹腔镜下肝、胆、脾、妇科等手术步骤及其进展。

培训班采取理论知识讲座、模拟训练、动物试验、手术表演、实况转播、手术录像等方式进行教学与培训。其中普及班招收尚未开展腹腔镜手术单位的学员,提高班招收已有一定腹腔镜手术基础的学员。参加者均获中华医学会医学继续教育I类学分。

学习时间:5天。招生人数:50人。招生对象:主治医师以上人员。

报名截止日期:2002年11月15日。

报名地址:①北京市海淀区花园北路49号北医三院《中国微创外科杂志》编辑部 邮编:100083 电话:010-82025751 E-mail: wewkzazhi@263.net

②广东省深圳市东门北路1017号深圳市人民医院肝胆外科郑锦锋 邮编:518020 电话:0755-25533018-2564、2718 0-13900147199 电邮: szzjfn@public.szptt.net.cn

报名时请注明姓名、性别、年龄、单位、邮编、职称、职务、联系电话、有无腹腔镜手术基础。具体开课日期、费用另行通知。