冠心病合并瓣膜病的外科治疗

冠心病的类型

- 无症状型冠心病
- 心绞痛型冠心病

  稳定型心绞痛: 冠脉粥样斑块相对稳定

  不稳定型心绞痛:不稳定斑块破裂，血栓形成
- 心肌梗死型冠心病
- 缺血性心肌病型冠心病
- 猝死型冠心病
- 复合型冠心病：冠心病合并瓣膜病、室壁瘤等



冠心病治疗

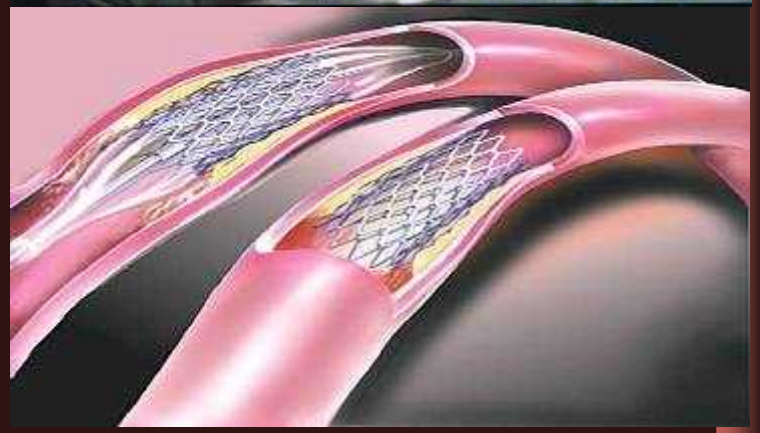
- 一般治疗
- 药物治疗
- 经皮冠脉介入治疗（PCI）
- 冠状动脉旁路移植术（CABG）
- 激光心肌血运重建术（TMLR）
- 分子搭桥术
- 心脏细胞移植



经皮冠脉介入治疗（ＰＣＩ）

- 在PCI发展的20多年里，该技术已从单纯的球囊扩张、支架置入、发展到药物洗脱支架。每一次技术或器械改进，都使治疗的效果有所改观。
- 但其远期效果不佳。





CABG与PTCA比较

	优点	缺点
PTCA	创伤小 住院时间短 易重复 有效缓解症状	再狭窄 再血管化不完全几率高 严重左心功能不全者相对较差 长期效果不肯定 特定病变受限
CABG	有效缓解症状 一些特定患者生存率高 再血管化完全 适应证广	晚期闭塞后再手术风险大 并发症多

冠状动脉旁路移植术
(CABG)



体外循环心脏停跳下CABG

- 主要改进在心肌保护，4:1含钾冷血停跳成为常规心肌保护方法。
- 停跳液灌注多采用主动脉根部顺灌结合冠状静脉窦逆灌法。
- 术中主动脉表面超声检查，明确粥样斑块部位和程度，选择主动脉插管和作近端吻合，预防中风发生。
- 一种新的主动脉插管，头端带有滤网，避免脱落斑块和血栓进入脑部引起中风。
- 可同期行瓣膜置换手术

非体外循环心脏不停跳(微创)CABG

- 包括OPCAB和MIDCAB（小切口心脏不停跳搭桥）：心脏外科的又一里程碑。
- 尤其适用于高龄、心功能低下（EF<40%）、肝肾功能不良、升主动脉钙化、有出血倾向、中风后遗症、再次手术等高危病人。
- 对血流动力学不稳定的危重病人可在IABP支持下进行OPCAB。



OPCAB VS 常规CABG

- 在低危患者，两者疗效无明显差别，但OPCAB术后出血、输血少，住院时间短，医疗费用下降。
- 对高危病人，OPCAB明显降低手术死亡率和并发症发生率，尤其神经系统并发症。
- 对合并瓣膜病变，常规CABG具有优势
- 随着手术技术、器械和经验的提高，OPCAB完全血管化现在已无疑问，血管通畅率也与常规CABG无差别。



CABG手术适应症

- 心绞痛

★左主干或类似左主干病变，三支病变

★发现有大面积的心肌濒临死亡，左心室功能低下

★左前降支近端狭窄的单或两支病变,倾向手术治疗

- 合并左心功能不全患者
- PTCA失败后的CABG
- 曾行CABG术的病人
- 合并瓣膜病变或室壁瘤者
- 不适合其他治疗者

} 危重症冠心病

手术时机的选择是关键





面对如此巨大的挑战，
心脏外科医师何去何从

是积极进取，锐意革新？

还是回避挑战，听任学科的萎缩？





面对挑战—冠心病外科演变趋势

- 提高疗效 全动脉化CABG
- 减少创伤
  - off-pump CABG
  - 全内镜下CABG
  - Hybrid CABG……
- 大力开拓对危重患者的外科治疗
  - CABG同期行瓣膜置换
  - CABG同期室壁瘤切除
    - 心室成形
    - 心室辅助
    - 心脏移植



微创CABG

Off-Pump CABG

- 微创化是未来CABG技术发展的主流之一。
- 技术日趋成熟，在国内个别中心已经逐渐成为单纯CABG的主流。
- 这是一项安全而有效的手术。但可能并不具备以往认为的诸多优势。
- 并不是每个外科医师都适合开展，并不是每个患者都可以实施，必须谨记：

患者最需要的移植桥的通畅率，而不是单纯体外循环的避免。

以上内容仅为本文档的试下载部分，为可阅读页数的一半内容。如要下载或阅读全文，请访问：https://d.book118.com/956145041041010110