

〔文章编号〕 1007-0893(2021)06-0120-03

DOI: 10.16458/j.cnki.1007-0893.2021.06.054

二尖瓣修复术治疗二尖瓣关闭不全的疗效分析

苏圣婴 田秋生

(南阳市医学高等专科学校第一附属医院, 河南 南阳 473000)

〔摘要〕 目的: 研究采用二尖瓣修复术治疗二尖瓣关闭不全的临床效果。方法: 选取南阳市医学高等专科学校第一附属医院 2018 年 1 月至 2019 年 6 月收治的 120 例二尖瓣关闭不全患者为研究对象, 按治疗方式的不同分为两组, 选取采用 60 例保守治疗的患者为对照组, 选取二尖瓣修复术治疗的 60 例患者为观察组, 观察两组患者的临床疗效、二尖瓣反流(MR)程度、心功能指标〔左心房内径(LAD)、左室舒张末期内径(LVEDD)、左心室收缩末期内径(LVESD)、左心室射血分数(LVEF)〕水平。结果: 观察组治疗总有效率明显高于对照组, 差异具有统计学意义($P < 0.05$)。治疗后, 观察组 MR 程度明显低于对照组, 差异具有统计学意义($P < 0.05$)。治疗后, 观察组 LAD、LVEDD、LVESD 水平显著低于对照组, LVEF 水平明显高于对照组, 差异具有统计学意义($P < 0.05$)。结论: 二尖瓣修复术治疗二尖瓣关闭不全有显著的临床疗效, 可以有效减少 MR, 改善心功能。

〔关键词〕 二尖瓣关闭不全; 二尖瓣修复术; 二尖瓣反流; 心脏瓣膜病

〔中图分类号〕 R 654.2 〔文献标识码〕 B

二尖瓣关闭不全是心血管系统中常见的一种心脏瓣膜病, 由于二尖瓣自身结构(如瓣叶、瓣环、乳头肌、腱索)、左心室功能或结构受损, 在左心室收缩的过程中无法完全闭合, 血液反向流入左心房, 引起左心室负荷增加而致病^[1]。外科手术是恢复瓣膜功能的根本措施, 常见的手术方式为二尖瓣修复术和人工瓣膜置换术^[2-3]。二尖瓣修复术是目前治疗二尖瓣关闭不全的首选术式, 相对于二尖瓣置换术, 可以保留二尖瓣的瓣下结构, 保持左心室形态和血流动力学稳定, 还可以降低相关并发症的风险, 如人工瓣膜抗凝导致的凝血功能障碍、感染性心内膜炎^[4]。笔者通过对二尖瓣关闭不全的患者应用二尖瓣修复术治疗, 进一步观察其临床疗效, 现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取本院 2018 年 1 月至 2019 年 6 月收治的 120 例二尖瓣关闭不全患者为研究对象, 按治疗方式的不同分为对照组和观察组, 每组 60 例。对照组男性 35 例, 女性 25 例; 年龄 42~76 岁, 平均(56.23±10.22)岁; 纽约心脏病协会(New York Heart Association, NYHA)心功能分级: II 级 23 例, III 级 26 例, IV 级 11 例; 二尖瓣反流(mitral regurgitation, MR)量评估: 中度 18 例, 中重度 22 例, 重度 20 例。观察组男性 32 例, 女性 28 例; 年龄 43~79 岁, 平均(57.96±11.02)岁; NYHA 心功能分级: II 级 21 例, III 级 23 例, IV 级 16 例; MR 量评估: 中度 19 例, 中重度 23 例, 重度 18 例。

两组患者性别、年龄等一般资料比较, 差异均无统计学意义($P > 0.05$), 具有可比性。

1.2 纳入及排除标准

1.2.1 纳入标准 (1) 符合二尖瓣关闭不全的诊断标准^[5]; (2) 经超声心动图确诊; (3) 对本研究中的药物不过敏; (4) 所有患者均符合手术指征; (5) 无沟通障碍。

1.2.2 排除标准 (1) 对本研究中的药物过敏; (2) 依从性差; (3) 合并有凝血功能障碍; (4) 合并恶性肿瘤, 或存在严重肝肾疾病; (5) 年龄 40~80 岁。

1.3 方法

1.3.1 对照组 采取常规药物保守治疗。将 50 mg 注射用硝普钠(悦康药业集团有限公司, 国药准字 H20058959)溶于 5 mL 5% 的葡萄糖注射液, 再用 250~1000 mL 的葡萄糖注射液稀释后静脉滴注, 常用剂量为 $3 \mu\text{g} \cdot \text{kg}^{-1} \cdot \text{min}^{-1}$, 用药期间注意监测患者血压, 为期治疗 3 d。

1.3.2 观察组 采取二尖瓣修复术。手术均在全麻、中度低温体循环下进行, 在胸骨正中切口入路, 阻断主动脉, 并通过上腔、下腔静脉插管建立体外循环, 于右心房、房间隔做手术切口暴露二尖瓣, 行二尖瓣修复术。术中采用超声心动图评估二尖瓣病变程度, 并通过结合术中探查的情况选取合适的瓣叶修复技术, 包括脱垂叶折叠、交界封闭、人工腱索置入、“缘对缘”缝合等。人工成型环使用 C 型环, 型号 28~32 mm。初次修复完成后经食管超声心电图评估修复效果, 评估后发现存在中度及以上残余反流, 或在收缩期二尖瓣前叶前移影响血流动力学时, 则需再次进行修复至无反

〔收稿日期〕 2021-01-03

〔作者简介〕 苏圣婴, 女, 主治医师, 主要研究方向是二尖瓣修复术治疗。

流或轻微反流。

1.4 观察指标

(1) 临床疗效：参照 MR 程度和心功能指标评定，显效：无 MR，心功能分级 NYHA 分级 I 级；有效：轻微 MR 及心功能分级改善；无效：二尖瓣轻度及以上反流，心功能分级无改善，或病情恶化。总有效率 = (显效 + 有效) / 总例数 × 100 %。(2) MR 程度：于治疗前后进行左心室造影检测反流程度，MR 程度采用半定量计分法：4 分重度反流，3 分中度反流，2 分轻度反流，1 分轻微反流，指标取三个心动周期的平均值。(3) 心功能指标：于治疗前后采用超声心动图测量左房内径 (left atrial dimension, LAD)、左室舒张末期内径 (left ventricular end-diastolic diameter, LVEDD)、左室收缩末期内径 (left ventricular end systolic diameter, LVESD)、左室射血分数 (left ventricular ejection fractions, LVEF)。

1.5 统计学方法

采用 SPSS 20.0 软件进行数据处理，计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示，采用 t 检验，计数资料用百分比表示，采用 χ^2 检验， $P < 0.05$ 为差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者临床疗效比较

观察组患者治疗总有效率 (78.33 %) 明显高于对照组 (51.67 %)，差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)，见表 1。

表 1 两组患者临床疗效比较 (n = 60, n (%))

组别	显效	有效	无效	总有效
对照组	11(18.33)	20(33.33)	29(48.33)	31(51.67)
观察组	21(35.00)	26(43.33)	13(21.67)	47(78.33) ^a

与对照组比较，^a $P < 0.05$

2.2 两组患者治疗前后 MR 程度比较

治疗后，两组患者 MR 程度均低于治疗前，差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)，且观察组 MR 程度明显低于对照组，差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)，见表 2。

表 2 两组患者治疗前后 MR 程度比较 (n = 60, $\bar{x} \pm s$, 分)

组别	治疗前	治疗后
对照组	3.06 ± 0.49	1.72 ± 0.43 ^b
观察组	3.01 ± 0.53	1.54 ± 0.33 ^{bc}

与同组治疗前比较，^b $P < 0.05$ ；与对照组治疗后比较，^c $P < 0.05$
注：MR — 二尖瓣反流

2.3 两组患者治疗前后心功能指标水平比较

治疗后，两组患者 LAD、LVEDD、LVESD、LVEF 水平均优于治疗前，差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)，且观察组 LAD、LVEDD、LVESD 水平显著低于对照组，观察组 LVEF 水平明显高于对照组，差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)，见表 3。

表 3 两组患者治疗前后心功能指标水平比较 (n = 60, $\bar{x} \pm s$)

组别	时间	LAD/mm	LVEDD/mm	LVESD/mm	LVEF/%
对照组	治疗前	58.01 ± 3.51	57.96 ± 4.03	44.01 ± 3.98	47.96 ± 8.85
	治疗后	43.56 ± 2.41 ^d	48.35 ± 3.12 ^d	36.71 ± 3.69 ^d	61.34 ± 6.01 ^d
观察组	治疗前	57.52 ± 3.49	58.02 ± 3.98	43.36 ± 4.62	48.34 ± 8.23
	治疗后	39.32 ± 2.72 ^{de}	44.23 ± 2.96 ^{de}	33.21 ± 3.75 ^{de}	68.86 ± 6.32 ^{de}

与同组治疗前比较，^d $P < 0.05$ ；与对照组治疗后比较，^e $P < 0.05$
注：LAD — 左房内径；LVEDD — 左室舒张末期内径；LVESD — 左室收缩末期内径；LVEF — 左室射血分数

3 讨论

在西方发达国家心脏瓣膜病患者的患病率约为 2.5 %，其中二尖瓣和主动脉瓣病变占 75 %，65 岁之后的人群发病率明显增加。国内目前尚缺乏文献进行全面统计，但我国人口基数大、老龄化严重，二尖瓣关闭不全的发病率和患病人群逐年增加是可以肯定的^[6-7]。二尖瓣修复术是目前公认二尖瓣关闭不全的理想治疗方法，通过瓣膜修复后除瓣膜严重畸形或手术失败的患者外，多数可获得治愈。在我国二尖瓣修复术发展较晚，治疗理念存在较大的差异，加上二尖瓣修复术技术复杂，需要有丰富经验的外科医生施行，再手术率也较高 (10 年再手术率约 6.4 %)，此外临床上患者主观放弃或拒绝二尖瓣修复术的情形也很十分常见，较多的患者采取内科保守治疗^[8]，在这些因素的影响下导致国内临床研究和应用均较少。

通过笔者研究发现治疗后观察组二尖瓣修复术明显优于对照组内科保守治疗，这与周天羽等^[9]的研究有一定的相似性，表明二尖瓣修复术比内科保守治疗更具优势，是治疗二尖瓣关闭不全的有效手段。治疗后观察组 MR 指标明显低于对照组，观察组 LAD、LVEDD、LVESD、LVEF 也明显小于对照组，这与潘砚鹏等^[10]的部分研究结果类似，表明采用二尖瓣修复术治疗后，患者 MR 及心功能均得到了有效改善。

综上所述，二尖瓣修复术可以尽可能地保留瓣膜 - 心室结构和相互作用，是治疗二尖瓣关闭不全较为理想的治疗手术，比内科保守治疗的临床疗效更显著，有助于患者心功能的改善。

[参考文献]

- (1) 林伟德, 艾斯卡尔·沙比提. 成人心脏瓣膜病的治疗现状与发展 (J). 岭南心血管病杂志, 2016, 22(4): 499-502.
- (2) 巢亚伟, 朱莉. 二尖瓣关闭不全的诊治进展 (J). 国际心血管病杂志, 2016, 43(1): 19-21.
- (3) 叶蕴青, 吴永健. 功能性二尖瓣反流的治疗进展 (J). 中国心血管杂志, 2015, 20(6): 480-482.
- (4) 付金涛, 郑帅, 李岩, 等. 风湿性二尖瓣疾病的外科修复策略 (J). 中华胸心血管外科杂志, 2018, 34(9): 573-576.
- (5) 胡大清. 心脏瓣膜病诊断图典 (M). 北京: 人民军医出版社, 2010: 11-20.
- (6) 张磊, 王春. 瓣膜病的治疗进展 -- 以临床指南为指导的标准化治疗 (J). 临床内科杂志, 2015, 32(7): 437-441.

- (7) 高润霖. 中国心瓣膜病现状 (J). 华西医学, 2018, 33(2): 127-131.
- (8) 孟旭, 张海波, 韩薇. 再议中国风湿性二尖瓣修复技术的临床应用 (J). 临床外科杂志, 2017, 25(5): 335-336.
- (9) 周天羽, 李军, 赖颖, 等. 二尖瓣修复术治疗退行性二尖瓣关闭不全的围手术期及远期疗效分析 (J). 中华胸心血管外科杂志, 2018, 34(6): 335-338, 343.
- (10) 潘砚鹏, 陈红卫, 蒋艳艳, 等. "缘对缘"联合人工瓣环修复术治疗二尖瓣关闭不全 42 例分析 (J). 中国心血管病研究, 2015, 13(10): 948-951.

(文章编号) 1007-0893(2021)06-0122-03

DOI: 10.16458/j.cnki.1007-0893.2021.06.055

匹多莫德联合低分子肝素防治儿童过敏性紫癜肾炎的效果

刘广杰¹ 伍庆华²

(1. 广饶县人民医院, 山东 广饶 257300; 2. 东营市人民医院, 山东 东营 257091)

〔摘要〕 **目的:** 研究匹多莫德联合低分子肝素钠防治儿童过敏性紫癜肾炎的疗效。**方法:** 选取 2017 年 3 月至 2019 年 3 月广饶县人民医院和东营市人民医院收治的过敏性紫癜肾炎患儿 84 例, 根据治疗方式不同分为对照组 (42 例) 与观察组 (42 例), 两组患儿均予常规治疗, 对照组在常规治疗的基础上予低分子肝素钠配合治疗, 观察组在对照组的基础上联合匹多莫德治疗, 比较两组患儿临床症状 (腹痛、关节肿痛、皮肤紫癜) 消退时间; 相关生化指标 (尿蛋白、血浆白蛋白、血尿素氮、血肌酐、尿红细胞) 与凝血功能指标 [血酶原时间 (PT)、活化部分凝血活酶时间 (APTT)、D-二聚体 (D-D) 和血浆纤维蛋白原 (FIB)] 变化情况。**结果:** 观察组患儿腹痛、关节肿痛、皮肤紫癜等临床症状的消散时间显著低于对照组 ($P < 0.05$); 治疗后两组患儿各指标均有显著的改善, 观察组患儿尿蛋白、血尿素氮、血肌酐、尿红细胞均明显低于对照组, 血浆白蛋白显著高于对照组, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$); 治疗后观察组患儿 D-D 均明显低于对照组, 其 PT、APTT、FIB 均显著高于对照组, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)。**结论:** 在儿童过敏性紫癜肾炎防治中采用匹多莫德联合低分子肝素钠效果良好, 安全性高, 可在短时间内改善患儿症状、生化指标与凝血功能, 有利于患儿的恢复。

〔关键词〕 过敏性紫癜肾炎; 匹多莫德; 低分子肝素钠

〔中图分类号〕 R 725.5 **〔文献标识码〕** B

过敏性紫癜肾炎是常见的肾内科疾病, 儿童也是患病的重要人群, 该病主要是指以坏死性小血管炎为主要病理改变而引发的肾损伤。临床上患儿常表现为皮肤紫癜、腹痛、关节肿痛等, 如不及时治疗在皮肤紫癜后的几周内患儿极易发生肾脏受累, 出现尿血, 甚至肾功能受损等, 对患儿的伤害极大。现相关研究显示过敏性紫癜肾炎主要由细菌、病毒等的感染或为某些材料、食物、药物等过敏而引发^[1]。因此临床上在治疗过敏性紫癜肾炎是要积极控制免疫性炎症反应, 预防并阻止肾脏慢性纤维化病变, 及时采用药物治疗, 有效预防、减轻肾脏受累情况, 同时还需要较为长远的预后, 减少患儿的复发率^[2]。本研究采用匹多莫德联合低分子肝素钠防治儿童过敏性紫癜肾炎, 取得良好的治疗效果, 报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取 2017 年 3 月至 2019 年 3 月广饶县人民医院和东营市人民医院收治的过敏性紫癜肾炎患儿 84 例, 根据治疗方式不同分为对照组 (42 例) 与观察组 (42 例), 本研究使用《诸福棠实用儿科学》中的诊断标准^[3], 纳入标准: 所有患儿符合诊断标准; 患儿为首次发病; 患儿年龄在 2~12 岁。排除标准: 患儿伴随其他严重的肾器官疾病; 在本院进行治疗前 2 周使用过肝素或糖皮质激素类药物; 对治疗使用药物不耐受的患儿。观察组患儿年龄为 2~12 岁, 平均年龄 (6.25 ± 3.46) 岁; 男 22 例, 女 20 例。对照组年龄为 2~12 岁, 平均年龄 (6.78 ± 3.56) 岁; 男 21 例, 女 21 例。两组患儿

〔收稿日期〕 2021-01-14

〔作者简介〕 刘广杰, 男, 副主任医师, 主要研究方向是内科学。

〔※通信作者〕 伍庆华 (E-mail: 344453739@qq.com)