

人工瓣膜置换治疗重症心脏瓣膜病的效果观察

艾力亚尔·努尔麦麦提 图尔荪·图尔洪 达吾提·艾肯

(新疆维吾尔自治区喀什地区第二人民医院心胸外科 新疆喀什 844000)

摘要:目的:探讨重症心脏瓣膜病采取人工瓣膜置换治疗的效果。方法 选取 2022.5~2023.5 期间我院收治的 50 例重症心脏瓣膜病患者,对其临床资料进行回顾性分析,根据治疗方法的不同分为 2 组, A 组采取常规内科治疗, B 组采取人工瓣膜置换术治疗, 对比两组窦性心律恢复率、肺动脉收缩压、左室射血分数。结果: 窦性心律恢复率、左室射血分数: B 组更高 ($P < 0.05$), 肺动脉收缩压: B 组更低 ($P < 0.05$), WHOQOL-100 评分: B 组升高更明显 ($P < 0.05$)。结论: 重症心脏瓣膜病采取人工瓣膜置换治疗效果显著, 可有效促进患者心率和心功能的恢复, 并可改善患者生活质量, 该治疗值得推广。

关键词:重症心脏瓣膜病; 人工瓣膜置换; 内科治疗; 临床效果

心脏瓣膜病是临床常见病,是指心脏瓣膜关闭不全和/或狭窄导致的心脏疾病,具有较高的发病率^[1]。该病患者的症状与瓣口狭窄程度有关,早期患者一般在活动或劳累后出现心悸、呼吸困难、乏力、倦怠、气短等症状,晚期可出现端坐呼吸、全身浮肿,这些症状严重降低了患者的生活质量,同时该病若治疗不及时,可引起多种并发症,如心律失常、充血性心力衰竭、感染性心内膜炎、心源性猝死、体循环栓塞等^[2]。重症患者病情危重,若治疗不及时,可导致患者死亡,故需及早治疗。现临床上治疗该病的方法较多,人工瓣膜置换是多种方法中常见的抑制,是指采用由生物组织制成的人工生物瓣膜或由合成材料制成的人工机械瓣膜替换患者原本瓣膜的手术,该手术具有效果显著、对患者创伤小等优点^[3]。本研究即探讨了重症心脏瓣膜病采取人工瓣膜置换治疗的效果,详细介绍如下。

1 资料与方法

1.1 研究背景

选取 2022.5~2023.5 期间我院收治的 50 例重症心脏瓣膜病患者,根据治疗方法的不同分为 A 组(25 例,男 13 例,女 12 例,年龄 28~69 岁,平均 48.56 ± 8.19 岁)和 B 组(25 例,男 14 例,女 11 例,年龄 27~69 岁,平均 48.16 ± 8.07 岁)。纳入标准:①患者均符合重症心脏瓣膜病诊断标准;②心功能 NYHA 分级 \geq III 级;③左室射血分数(LVEF) < 0.4 ;④资料齐全;⑤患者本人对治疗方法知情同意。排除标准:①合并恶性肿瘤;②合并脑血管疾病;③合并精神障碍。将两组资料对比显示 $P > 0.05$, 可比。

1.2 方法

A 组采取常规内科治疗,对于心衰患者,给予其利尿、减轻心脏负担、抗血小板聚集、抗凝等治疗,对于房颤患者,给予其美托

洛尔、非洛地平、地高辛等治疗,并予以抗凝治疗,对于血栓栓塞者,给予华法林抗凝治疗,并严格限制水钠摄入。B 组采取人工瓣膜置换术治疗,予以气管插管全麻,麻醉满意后常规消毒、铺单,将白蛋白加入至体外循环预充液中,在患者胸骨正中位置做一切口,开胸建立体外循环转流后阻断升主动脉,将高浓度含钾停搏液灌注在冠脉口,以此保护心肌,并用冰屑对心脏表面进行降温,将胸骨撑开,促使心脏暴露,若为二尖瓣置换,则在患者左心房间沟后处作纵向切口,后用尼龙线对瓣膜、瓣环进行缝合,再置入人工瓣膜,尽可能对瓣下结构进行保留,对于三尖瓣关闭不全的患者,采取改良 Kay 成形术,成功着床后,用生理盐水冲洗人工瓣膜、左心室,心脏恢复搏动后,静脉泵入多巴胺,以 $5 \sim 10 \mu\text{g}/(\text{kg} \cdot \text{min})$ 的速度,并静脉泵入硝酸甘油,以 $0.5 \mu\text{g}/(\text{kg} \cdot \text{min})$ 的速度,必要时加用肾上腺素 $0.05 \mu\text{g}/(\text{kg} \cdot \text{min})$,并留置临时起搏导线,术后给予患者抗凝治疗。

1.3 观察指标

观察两组窦性心律恢复率、生活质量改善情况、肺动脉收缩压、左室射血分数。生活质量用世界卫生组织生活质量测定量表 100(WHOQOL-100)评价,得分呈正比,分别在治疗前后评价。肺动脉收缩压、左室射血分数随访半年评价,通过心脏彩超检测。

1.4 统计学方法

数据纳入 SPSS21.0 软件分析, $P < 0.05$ 表示数据有差异。

2 结果

2.1 两组窦性心律恢复率、生活质量对比

窦性心律恢复率: B 组更高 ($P < 0.05$), WHOQOL-100 评分: B 组升高更明显 ($P < 0.05$)。详见表 1:

表 1 两组窦性心律恢复率、生活质量比较[n(%)] ($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	窦性心律恢复率 (%)	WHOQOL-100 评分 (分)	
			治疗前	治疗后
A 组	25	18/25 (72.00%)	72.15 ± 5.32	77.91 ± 6.17
B 组	25	24/25 (96.00%)	71.98 ± 4.67	84.79 ± 5.02
χ^2/t	-	5.357	0.120	4.325
P	-	0.021	0.905	0.001

2.2 两组肺动脉收缩压、左室射血分数对比

肺动脉收缩压: B 组更低 ($P < 0.05$), 左室射血分数: B 组更高 ($P < 0.05$)。详见表 2:

表 2 两组肺动脉收缩压、左室射血分数对比 ($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	肺动脉收缩压 (mmHg)	左室射血分数 (%)
A 组	25	43.26 ± 5.68	55.12 ± 2.59
B 组	25	32.15 ± 4.97	60.78 ± 3.01
t	-	7.360	7.127
P	-	0.001	0.001

3 讨论

心脏瓣膜病在临床中十分常见,引起该病的原因较多,常见的有黏液样变性、炎症、风湿性心脏病、缺血性坏死、退行性改变、结缔组织病、先天性畸形、创伤等,常见诱发因素有心脏容量负荷过重、感染、应激、心律失常、药物使用不当等^[4]。心脏瓣膜病常见类型有瓣膜狭窄、瓣膜关闭不全、狭窄合并关闭不全、联合瓣膜病等。重症心脏瓣膜病是指左心室扩大、严重的左心室功能不全,并伴呼吸功能不全、心源性恶液质、肝肾功能不全的心脏瓣膜病,该类患者病情危重、进展迅速、十分凶险,若治疗不及时,可导致患者死亡,故需及早治疗^[5]。现临床上治疗该病的方法较多,常见的有内科保守治疗、外科治疗等,其中内科保守治疗虽可促使患者症状缓解,但无法根治,且药物存在一定副作用,安全性欠缺,且该方法对重症患者疗效欠佳,故需选择其他治疗。

人工瓣膜置换术外科治疗方法中常见的一种,是指用人工机械瓣膜或人工生物瓣膜替换患者原本心脏瓣膜的手术,该治疗可通过替换患者瓣膜,使人工瓣膜发挥与人体瓣膜相同的作用而达到治疗效果,可有效改善患者心功能、生活质量,并且该治疗具有微创、切口小、术中出血少、术后恢复快等优点^[6]。该治疗不仅适用于重

症患者,同时也适用于内科保守治疗无效的患者。人工瓣膜主要分为生物瓣和机械瓣两种,生物瓣中心血流,具有良好的血流动力学特性,该瓣膜的血栓发生率较低,采取该瓣膜置换的患者,不必终身抗凝,但该瓣膜的寿命问题尚未得到解决,部分患者面临二次手术,机械瓣持久性好、耐力高,临床应用广泛,但其难题在于血栓栓塞和出血发生率较高,患者需终身抗凝,故患者术后的规范抗凝、自我管理十分重要^[7]。临床上应根据每位患者的不同情况选择适宜的人工瓣膜。

本结果显示,窦性心律恢复率、左室射血分数: B 组更高 ($P < 0.05$), 肺动脉收缩压: B 组更低 ($P < 0.05$), WHOQOL-100 评分: B 组升高更明显 ($P < 0.05$), 可见人工瓣膜置换术疗效更佳。

综上所述,重症心脏瓣膜病采取人工瓣膜置换治疗效果显著,可有效促进患者心率和心功能的恢复,并可改善生活质量,该治疗值得推广。

参考文献:

- [1]周子凡,王龙飞,董松坡,等.生物瓣膜置换术联合托拉塞米治疗心脏瓣膜病的效果及对 B 型脑钠肽和脂蛋白相关磷脂酶 A2 水平的影响[J].中国医药,2019,14(1):45-49.
- [2]彭晓鹏,周成斌,黄劲松,等.体外膜肺氧合技术在人工心脏瓣膜置换术后泵衰竭中的应用[J].岭南心血管病杂志,2020,26(2):176-180.
- [3]李斌,李树斌,李俊杰.生物瓣膜置换术联合尼可地尔治疗心脏瓣膜病的效果观察[J].中国实用医刊,2021,48(19):50-53.
- [4]朱西安,高鲁方,胡大群,等.房颤双极射频消融术对重症心脏瓣膜病患者左室射血分数、心功能的影响[J].心理月刊,2019,14(14):225.
- [5]温常暖,王坤,秦凤丽,等.人工瓣膜置换术联合房颤双极射频消融术治疗重症心脏瓣膜病的临床价值研究[J].心血管外科杂志(电子版),2019,8(02):18.
- [6]曹辉庆,谭伟,李树松,等.分析房颤双极射频消融术联合人工瓣膜置换术在重症心脏瓣膜病患者治疗中的治疗效果[J].世界最新医学信息文摘,2019,19(45):21-22.
- [7]王昆.人工瓣膜置换术联合射频消融术治疗重症心脏瓣膜病合并心房颤动的临床研究[J].中国社区医师,2019,35(04):73+75.