



掌上健康

郑州市心血管病医院

这是一家河南省著名的以诊疗心血管病和泌尿疾病为主的三级公立医院,被国际欧亚科学院确定为“河南心脏中心”。这里,就是老百姓心中的心血管病医院——郑州市心血管病医院(郑州市第七人民医院);这里,也是郑州市房颤诊疗中心、郑州市心血管病急救中心、南方医科大学附属河南心血管病医院、国家卫计委介入与心血管外科内镜与微创医学培训基地。这里的心血管外科经过近30年的积淀,已发展成为8个病区,形成了涵盖麻醉、体外循环、术后监护、影像等专业齐全、技术力量雄厚的心外科专业团队,成功创造了多个河南首例和医疗奇迹。蒋晓蕾 文/图



郑州市心血管病医院(郑州市第七人民医院)心血管外科 疑难杂症难不住 寻常病更得心应手



心外科一病区主任 陈红卫

心外科一病区 心脏搭桥手术切口只有7厘米

病例:患者男,68岁,3年前因急性心肌梗死急诊于前降支植入3枚支架,手术后规律服用药物,症状未再发作。1月前再次感到胸痛不适,做冠脉造影,显示“前降支支架内再狭窄”,建议做外科搭桥手术,家属暂未同意。为进一步治疗,住进郑州市心血管病医院(郑州市第七人民医院)。

在为患者进行了系统检查和术前病例讨论后,该院心外科一区主任陈红卫决定进行小切口不停跳心脏搭桥术。手术在患者左前胸切7厘米的小口,经第四肋间小切口下,陈红卫进行了精准的左乳内动脉到前降支搭桥手术。术后,患者身体状况良好,各项体征逐步恢复正常。

体会:“心脏搭桥手术是公认的治疗冠心病最有效的方法之一。然而,在很多人印象里,该手术切口大,对身体有较大损伤。”陈红卫说,小切口冠状动脉搭桥手术采用左胸第四肋间前外侧小切口(7~8厘米),取左乳内动脉,在心脏不停跳的情况下将其与左前降支直接吻合。

在微创的条件下,不但手术效果满意,同时不伤害患者的胸骨完整性,避免胸骨感染不愈合等并发症,术后出血少,有效减少不必要的输血,是一种创伤更小的,恢复更快的手术方式。尤其是对高龄、高危搭桥术的患者来说,是患者利益最大化的一种综合治疗策略。

陈红卫说,在临床上,这种手术方式可用于近端高度狭窄、做支架风险较高或不能成功或术后再次狭窄的左前降支病变。到目前已经有近10年的临床应用。不过,由于手术切口小,手术暴露有限,因此只适用于单支血管病变。

2013年3月,陈红卫开展了河南首例经左前胸小切口冠状动脉搭桥手术。目前,郑州市心血管病医院已经成功开展“介入支架植入+小切口搭桥”的心脏杂交手术”治疗冠心病多支血管病变。

专家介绍:陈红卫,心外科一病区主任,中国医师协会冠心病学会胸心血管外科专业委员会主任委员,河南省预防医学会小儿先心病防治专业委员会副主任委员。对婴幼儿先心病治疗、冠心病治疗、瓣膜成形等方面有较深入的研究,尤其擅长不停跳冠脉搭桥、微创先心病矫治。在省内率先开展微创冠脉搭桥、微创先心病矫治、外科房颤射频消融治疗等国内外领先技术。



心外科二病区主任 王立成

心外科二病区 胸腔镜下瓣膜成形术无需换瓣

病例:患者女,48岁,患有风湿性二尖瓣狭窄。近来活动后,常感胸闷、心慌、气短,伴有咳嗽,活动量明显受限。住进郑州市七院后,经过彩超检查,发现患者二尖瓣后瓣钙化严重、前瓣瓣缘增厚、交界粘连融合,瓣口严重狭窄,但前瓣瓣体质量偏好。

该院心外科二病区主任王立成决定,为患者行胸腔镜下二尖瓣成形术。术后仅在右侧胸腔壁留下3个细小疤痕。患者很快可以自由活动,不必担心胸骨愈合不良等问题。术后2周复查显示手术效果良好,顺利出院。

体会:二尖瓣是保证血液由左心房向左心室流动和通过的“单向活门”。一旦出现病变将出现血液循环紊乱,最终导致心功能衰竭等严重并发症。

“手术是心瓣膜病治疗的重要手段,包括瓣膜成形术和瓣膜置换术。”王立成说,尽管目前人工瓣膜的制作工艺日趋完善,但终究不能完全代替人体的自身瓣膜。近年来,随着心脏外科技术的发展,瓣膜成形术发展迅速,已具有成熟的理论和一定的临床经验。瓣膜成形术能显著降低手术死亡率,明显提高生活质量。

王立成说,用胸腔镜做二尖瓣成形术,术中只要在胸膛打3个小孔,每个孔1.5厘米,能满足现代人的美观需求,不切开肌肉,不切开胸骨,术后疼痛轻,相对于传统的开刀手术具有创伤小、恢复快、住院时间短等技术特点,与开胸手术相比改变了传统的手术入路、分离步骤、结扎与缝合方式以及手术过程中的观察方式。

胸腔镜下瓣膜成形术,不但可避免瓣膜置换术的并发症,如血栓、出血、心内膜炎、瓣周漏、人工瓣失功能等,还能避免机械瓣膜置换术后患者需终身服用抗凝药物。

至于生物瓣膜,术后虽然抗凝时间较短,但受其20年的使用寿命而未得到广泛应用。

专家介绍:王立成,心外科二病区主任,主任医师,郑州市医学会胸心血管外科委员会主任委员,河南省医学会胸心血管外科委员会委员,河南省预防医学会小儿先心病专业委员会常委,中国医师协会腔镜委员会委员。在低体重复杂先心病、重症复杂瓣膜病、高龄冠心病、大血管疾病等领域进行了有益的探索,多项手术技术填补省市心血管领域空白。



心外科三病区主任 杨斌

心外科三病区 微创封堵室间隔缺损胸部切口仅3厘米

病例:患者女,5岁,幼时体检发现有“先天性室间隔缺损”,未诊治。随着年龄增长,经常感冒,并逐渐出现胸前区隆起,且活动耐力较同龄人有所下降,为进一步治疗,住进郑州市七院。

在为患者进行了系统检查和术前病例讨论后,该院心外科三病区主任杨斌决定给她进行超声引导下小切口室间隔缺损封堵术。手术经患者胸骨下端纵切2厘米的外科手术切口,悬吊心包,在超声引导下,探针精准找到室间隔缺损位置,释放封堵器,手术完成。患者术后恢复良好,术后2天痊愈出院。

体会:室间隔缺损是临床先天性心脏病发病率较高的一种,手术治疗安全、有效。然而,在很多人的观念里,对其治疗,要么切口大,对身体有较大损伤;要么需暴露在放射环境中,潜在的影响不言而喻。杨斌说,经超声引导的小切口室间隔缺损修补术,采用经胸的小切口(2~3厘米),在心脏不停跳的情况下直接实行缺损封堵,损伤更小;而且在杂交手术室进行,安全性更有保障。

在此微创条件下,手术同样安全、有效,同时不伤害患者的胸骨完整性,避免胸骨感染、切口不愈合等并发症,术后出血少,不需要输血,避免输血带来的相关风险,而且是在非体外循环下进行,消除了体外循环的不良影响,是一种在外科手术基础上延伸出的微创小、手术时间短、恢复快、安全性高的手术方式,尤其是适用于对切口要求美观、损伤小、恢复快并排除射线风险的患者。杨斌说,临床上这种手术方式可用于室间隔缺损、房间隔缺损、动脉导管未闭,具有其独特的优越性。

专家介绍:杨斌,心外科三病区主任。擅长复杂先天性心脏病、低体重要幼儿、新生儿先天性心脏病手术矫治,重症瓣膜病瓣膜置换及围术期处理,冠心病旁路移植及杂交手术,主动脉瘤及夹层的外科治疗。率先在郑州市开展全胸腔镜下的心脏病外科治疗,独立开展了完全性心内膜垫缺损、完全性肺静脉异位引流、共同动脉干、肺动脉闭锁、主动脉转位、右心室双出口、主动脉弓中断等复杂先天性心脏病手术及复杂先天性心脏病体-肺分流手术。独立开展了人工腱索移植二尖瓣成形术及二尖瓣成形同期冠状动脉旁路移植手术、房颤射频改良迷宫手术以及全主动脉弓置换及支架象鼻手术。



心外科五病区主任 张润生

心外科五病区 二尖瓣重度关不全 应积极外科手术

病例:患者男,63岁,活动后胸闷、气短长达10年。入院后彩超检查提示:二尖瓣重度关不全,左心房室显著扩大,左室舒张末内径70毫米,左心室射血分数21%(正常值应在50%以上)。

鉴于患者心功能很差,手术风险很大。心外科五病区主任张润生建议积极治疗调整心功能,待心功能明显改善后,再考虑手术,患者左心室射血分数达到47%后,施行了瓣膜置换术,术后病人恢复顺利。

体会:“二尖瓣是位于心房和心室之间的一个瓣膜,其作用好像一道单向阀门,只允许心房的血液向心室方向流动,如果出现返流,则表明该“阀门”有问题。”张润生说,二尖瓣关闭不全,使得血液返流进入左心房,导致左心房负荷加重,左心室扩大。轻度二尖瓣关闭不全者,可无明显症状或仅有轻度不适感;严重的则会出现劳动性呼吸困难、疲乏等;急性者可很快发展为严重心力衰竭。

张润生强调,二尖瓣重度关不全的患者,因为左心室的血液,在收缩时一部分反流到左心房,长此以往加重了左心的负担,造成心脏扩大,若不及时手术治疗,最终可引起心脏衰竭,这样的患者一年死亡率在50%以上。

“有数据统计显示,老年退行性瓣膜病发病率增高,65岁以上患二尖瓣关闭不全的人有6.4%,75岁以上更是达到了9.3%。这意味着100个老年人中,至少有6个人患有这种病。”张润生提醒,如果活动后出现闷气、气短,应及时到医院检查,若确诊为二尖瓣重度关不全,待发现左室功能下降、左心室扩大时,应积极手术治疗,避免发展为严重的心脏病。

不过,左心室射血分数若低于40%,手术的风险较大,需要调整治疗后才能施行手术。

专家介绍:张润生,心外科五病区主任。河南省预防医学会小儿先心病防治委员会会员,郑州市医学会心外科专业委员会副主任委员。

在心血管疾病的诊断及外科治疗、危重病人监护及抢救等方面积累了丰富经验,在先天性心脏病外科矫治、心脏瓣膜病以及冠心病的外科治疗方面有较为深入研究。



心外科六病区主任 张建群

心外科六病区 漏斗胸微创手术让患者“挺”起胸膛

病例:10年前,患者小尚出生时不久,家人发现其胸壁下陷,当时家人以为是幼儿缺钙,又因年龄小未予特别重视。8岁时候,胸壁凹陷明显加重,最深处达到4cm,能够容纳50ml的水,并出现活动后气喘、心慌等不适症状,被诊断为漏斗胸,建议行矫治术,家属因感手术风险大,创伤大未予治疗。

近期,小尚及家属慕名来到心外科六病区就诊。入院后经过CT检查,该病区主任张健群发现小尚心脏已经偏离正常位置,完全进入左侧胸腔,心脏因挤压而出现心脏杂音,心功能及肺功能受到严重影响,需要进行胸腔镜下漏斗胸矫治术。

张建群十分娴熟地在患者双侧腋中线第五肋间分别切开皮肤约2cm的切口,依次切开皮肤、皮下组织,达肋间外肌,向前游离筋膜下隧道达右侧胸骨旁线,在电视胸腔镜下,把肋骨矫形板植入在凹陷胸骨下,并完成翻转,然后固定,胸骨下端的“炮弹坑”就消失了。手术共用时60分钟,麻醉清醒后送入病房。3天后,患者痊愈出院。

体会:漏斗胸是一种先天性、家族性疾病,有家族史者漏斗胸的发生率是2.5%,而无家族史者,漏斗胸的发病率仅1.0%。漏斗胸的最终可引起心脏衰竭,这样的患者一年死亡率在50%以上。

婴幼儿漏斗胸压迫症状较轻者常未被注意。患儿常体形瘦弱,不好动,易患呼吸道感染,活动能力受到限制。用力呼气量和最大通气量明显减少。活动时出现心慌、气短和呼吸困难。体征除胸廓畸形外,常有轻度驼背、腹部凸出等特殊体征。

漏斗胸微创手术,创伤轻,术后恢复快,术后下床活动早,手术后并发症少,畸形矫正效果满意率高、复发率低。

专家介绍:张建群,心外科六病区主任,卫计委微创与内镜培训基地(河南)主任,河南省卫生厅青年科技创新人才,中国医师协会心血管外科医师分会腔镜委员会全国委员。以先进技术治疗各种复杂心脏疾病,包括先天性心脏病、风湿性心脏病瓣膜病、冠心病、缩窄性心包炎、主动脉夹层动脉瘤。擅长于微创主动脉瓣置换及双瓣置换术,非体外循环下全腔肺动脉连接术,rose手术,nikaidoh手术,冠脉搭桥手术,血管疾病,胸腔镜漏斗胸矫正等。



心外科七病区主任 张伟峰

心外科七病区 复杂冠心病 个体化治疗

病例:患者,女,60岁,因“发作性心前区疼痛一年余,加重半月”为主诉,入住郑州市心血管病医院(郑州市第七人民医院)。

经内科诊断为心肌梗死,行冠脉造影提示三支病变,其中前降支和右冠状动脉狭窄比较严重,回旋支狭窄70%,且患者合并二尖瓣中度关闭不全,建议外科搭桥加二尖瓣成形。

心外科七病区主任张伟峰主任会诊后认为,前降支弥漫严重狭窄,必须通过搭桥来处理,右冠狭窄严重但病变局限,二尖瓣关闭不全彩超下为乳头肌顿抑,运动不协调造成,可能系冠脉供血不足引起,有可能通过努力保住二尖瓣免于处理。

于是,手术方案改为杂交治疗,在右冠状动脉放置一个支架后转入心外科七病区。

经过术前讨论和分析,张伟峰主任为患者施行了非体外循环下胸骨下段小切口心脏搭桥术。手术顺利,术后3天患者就下床活动,8天后出院。

体会:“患者最初拟定手术方案为冠脉搭桥加二尖瓣成形,为传统正中开胸,且需体外循环,手术时长且对全身都有影响。”张伟峰说,通过个体化的分析,最终为患者实行了小切口,用最理想的乳内动脉搭桥带驼背及一个突出的小腹。婴幼儿期漏斗胸压迫症状较轻者常未被注意。患儿常体形瘦弱,不好动,易患呼吸道感染,活动能力受到限制。用力呼气量和最大通气量明显减少。活动时出现心慌、气短和呼吸困难。体征除胸廓畸形外,常有轻度驼背、腹部凸出等特殊体征。

不过,张伟峰也强调,并非每位心肌梗死患者都能像本例患者一样接受小切口手术,对此类复杂严重冠心病的处理,需结合患者的年龄、病变特点等,做出针对性的处理,同时由于梗死近期不适应马上手术,准备时间偏长,需和医生紧密配合,在适宜的时间做出最佳的治疗。

专家介绍:张伟峰,心外科七病区主任,曾在上海儿童医学中心进修学习,对先天性心脏病病如房间隔缺损、室间隔缺损、部分胸骨切开切口、侧开胸、胸腔镜辅助及全胸腔镜等微创心脏外科手术,具有手术创伤小,术后恢复快,切口美观、费用低及住院时间短等优点。



心外科八病区主任 张向立

心外科八病区 心脏瓣膜修复 像正常人一样生活

病例:患者,任某,女,52岁,1年前出现活动后心慌、胸闷,在当地县医院反复住院治疗,心功能越来越差,为求进一步治疗,入住郑州市心血管病医院(郑州市第七人民医院)心外科八病区。

术前通过心脏彩超检查,张向立主任认为可以行二尖瓣修复术,也就是说说任女士自身的瓣膜修一修,不用换人工瓣膜。术中,张向立主任发现任女士二尖瓣前瓣脱垂并大量反流,遂采取特殊的技术修复瓣膜,同时放置瓣膜成形环,以巩固远期疗效。同时,任女士出院后只需要口服三个月的抗凝药,以后可以完全像正常人那样生活工作。

体会:心脏瓣膜置换是大部分心外科医生掌握的技术,也是目前大部分心脏瓣膜病人接受的手术方法,但是,瓣膜置换术后每天都要服抗凝药,还要定期到医院抽血化验,抗凝过量或不足都有风险。

“实际上很大一部分病人是可以行瓣膜修复的,就是说把自身的瓣膜修复一下,不用长期吃抗凝药,完全像正常人一样生活,对心功能的长期维持也有好处。”张向立主任说,然而,该项技术在我国应用较少,原因是大部分心脏外科医生没有掌握这项技术。

张向立主任介绍,大部分二尖瓣及三尖瓣反流的病人及一部分二尖瓣瓣膜病、主动脉瓣狭窄或反流的病人可以行瓣膜修复手术,手术当中有很好的评价修复效果的方法,患者大可不必担心。

据悉,张向立主任开展的二尖瓣及主动脉瓣修复手术病人年龄最小的仅3个月大,且效果非常满意。

专家介绍:张向立,心外科八病区主任,河南省预防医学会小儿先天性心脏病委员会委员,郑州市医师协会心外科专业委员会秘书,先后在北京阜外心血管病医院、上海长海医院、美国科罗拉多大学医院、美国科罗拉多儿童医院研修,擅长各种先天性心脏病矫治术、冠状动脉搭桥术、心脏瓣膜置换及修复术、主动脉夹层及主动脉瘤手术、心律失常的外科治疗及心脏移植术等,常规开展小儿及成人腋下小切口、胸骨旁切口、部分胸骨切开切口、侧开胸、胸腔镜辅助及全胸腔镜等微创心脏外科手术,具有手术创伤小,术后恢复快,切口美观、费用低及住院时间短等优点。



心外科九病区主任 陈国锋

心外科九病区 高血压患者急性胸痛 需警惕主动脉夹层

病例:张先生,男,48岁,因患Stanford B型主动脉夹层于2012年行主动脉覆膜支架植入术。术后恢复正常的体力劳动,并且在血压高达200/150毫米汞柱时也未予规范治疗。

一周前,张先生因“突发胸闷、胸痛20小时余”急诊住进郑州市七院,入院后行心脏大血管CTA检查提示:Stanford A2C型主动脉夹层,并累及双侧颈总动脉、右侧锁骨下动脉及双侧肾动脉,血性心包积液,冠状动脉无明显病变。

该院心外科九病区主任陈国锋在患者入院后3小时就急诊对患者实施升主动脉及全弓置换术。

鉴于患者主动脉内既往已植入覆膜支架,导致血管条件差,陈国锋主任将远端象鼻支架植入覆膜支架内,既增加了支架的稳定性,又不损伤主动脉。

对右心室心肌梗裂出血,陈国锋主任创造性地应用牛心包补片建立心脏表面隧道,让破裂的右心室出血经隧道引流到右心房,取得良好的止血效果。

术后,患者恢复良好。

体会:“主动脉夹层犹如隐藏在身体内的‘不定时炸弹’,我们不知道何时起爆,平时症状也不明显,但是一旦发病,却是来势汹汹,很多人是在急救车送来医院的路上发生猝死。”陈国锋主任说,临床发现,80%的主动脉夹层患者都有高血压病史,主动脉夹层急性发作时往往伴有血压波动,高血压是主动脉夹层最主要的诱发因素。因此,气温变化大的时候尤其要注意保持血压平稳,按时服用降压药和控制心率的药物。

陈国锋主任提醒,如果突然出现突发性的胸骨后或肩胛区闷痛或撕裂痛,随后向下转移,伴有面色苍白、大汗淋漓、皮肤湿冷,有濒死感,最重要的是患者的血压没有下降,而是保持平稳或是略有上升,这是主动脉夹层急性发作的征兆,须立即拨打120送医院抢救。

专家介绍:陈国锋,心外科九病区主任,手术以稳、准、巧、精闻名,擅长复杂先天性心脏病、低体重要幼儿、新生儿先天性心脏病手术矫治,重症瓣膜病瓣膜置换及围术期处理,特别在冠心病旁路移植及杂交手术、主动脉瘤及夹层的体外治疗有着深入研究。