

国产经导管主动脉瓣装置初步临床结果公布 维纳斯瓣膜安全性和有效性良好



在经导管主动脉置入术（TAVI）联盟论坛上，高润霖院士公布了应用国产维纳斯用于15例患者的初步结果

昨日，经导管主动脉瓣置入术（TAVI）联盟论坛上，阜外心血管病医院高润霖院士公布了应用国产维纳斯（VENUS-A）人工生物瓣膜实施TAVI的单中心早期临床结果。目前，共完成15例TAVI手术，患者平均年龄78岁，平均STS评分12.2%，其中男性7例。手术路径包括经股动脉路径11例，直接升主动脉路径4例。手术相关并

发病发生情况：严重的血管并发症1例，为股动脉破裂，经球囊压迫后止血；2例患者术后发生Ⅲ度房室传导阻滞，植入永久起搏器治疗。其余3例患者在起搏器植入术后发生完全性左束支阻滞，为保证患者安全，预防性置入；未见心包填塞、冠状动脉堵塞、瓣膜血栓或瓣膜功能不良、脑卒中及急性肾损伤等严重不良事件。

术后即刻，1例患者发生2+~3+瓣膜返流，经球囊后扩张后仍为2+，但30d超声随访发现返流量已经显著减少，为1+瓣膜返流。另外，10例患者为微量，4例为1+瓣膜返流。30d手术死亡率为6.7%，死亡的1例患者为术中因瓣膜移位急转外科开胸患者，该患者左肺功能因早年患肺结核已基本损毁，右肺功能减低，因此尽管该患者成功的实施了外科主动脉瓣置换术，仍由于术后并发肺部感染，而最终因呼吸衰竭死亡。

目前8例患者完成术后6个月随访，除一例因上呼吸道感染再次入院接受治疗并痊愈出院外，无其他不良事件发生。超声随访显示瓣膜功能良好，跨瓣压差、血流速度及瓣口面积无恶化发生。早期的临床结果表明了应用国产VENUS实施TAVI手术的良好安全性和有效性。为保证手术顺利进行和患者安全，术前应严格患者的入选标准，做好患者的全面临床和解剖学评估，从而减少不良事件的发生。（裴汉军）

中国中医科学院心血管病研究所成立 中医药助力心血管健康

8月10日，在中国心脏大会2013年召开期间，中国中医科学院心血管病研究所成立大会暨中西医结合心血管病论坛2013召开。国家中医药管理局王国强局长，中国中医科学院党委书记王志勇、中国中医科学院院长张伯礼院士、北京市中医管理局罗增刚副局长、科技部社会发展司生物医药处张兆丰处长，中国中医科学院西苑医院陈可冀院士、李连达院士及北京各大中医院院长以及全国40余名心血管病专家出席大会。王国强、王志勇、张伯礼、陈可冀、史大卓等共同为研究所揭牌。

王国强局长在致辞中表示，中国中医科学院心血管病研究所的成立具有重要现实意义。中医学在心血管病防治方面有其优势，但目前，中医药学科在心血管病防治领域所发挥的作用远远不够，心血管研究所将成为中医药在心血管病防治领域大展宏图的重要平台。

陈可冀院士在研究所成立之际，感慨道：“面对心血管病等慢病高发的严峻形势，中医药学科应该作出努力，与西医联合打造‘中西医结合’的诊疗模式，为全球心血管病防治贡献力量。”（许菁）



中国中医科学院心血管病研究所成立揭牌仪式

中国心脏大会十年

一个梦想 专注十年



2004 2005 2006 2007 2008 2009 2010 2011 2012 2013
以健康为中心，加强对慢病整体的防控，强调预测、预防、个体化和人群的积极参与

- 2004 9月04~06日
- 2005 9月16~18日
- 2006 8月18~21日
- 2007 9月21~24日
- 2008 10月18~19日

- 2009 9月11~13日 促进全民心血管健康
- 2010 8月12~15日 创新·转化·促健康
- 2011 8月11~14日 健康的心脏·更好的生活
- 2012 8月09~12日 健康的心脏·更好的生活-预防、转化和合作
- 2013 8月08~11日 健康的心脏·更好的生活-整合、转化和创新

CHC十年历程

心房颤动介入治疗进展

阜外心血管病医院 姚焰

导管消融的出现彻底改变了快速心律失常的治疗模式。绝大多数病灶相对局限的快速心律失常均可得以根治，遗憾的是，这样的奇迹迄今未能在房颤的治疗中得以重现。

房颤的介入治疗力求根治，包括导管消融、防止血栓性卒中的左心耳封堵或夹闭术。在导管消融领域，目前标准的针对肺静脉口周围的大环电隔离消融术的近期和远期效果均差强人意。在肺静脉隔离基础之上添加左房顶部、前壁、二尖瓣下部的消融线确实可提高成功率，但可致大折返性房速或房扑发生率增高。

部分学者尝试改换超声、冷凝等能量方式，但迄今的结果证实，其疗效并不优于导管消融。实验研究和临床观察证实，无法形成完整的透壁损伤是导致消融失败的主要原因，这既

和消融能量有关，也取决于心房局部结构，尤其是 Marshall 韧带和异位起源走行的窦房结动脉的存在。因此，心内-外结合消融具有突出的优势。国外的内-外同期消融和阜外医院的内-外分期消融的结果均证实，其成功率较高，有望成为顽固性房颤标准治疗模式。

对于有缺血性卒中高风险而无法接受导管消融或导管消融失败的患者，经皮左心耳封堵术或外膜夹闭术是另一可行的选择。此种疗法适用于有卒中高风险而又有华法林禁忌证的患者，尤其年龄超过 75 岁者，因其本身是导管消融的相对禁忌人群，而服用华法林所导致的出血事件风险甚至高过缺血性卒中风险。目前，国内也开发出具有独特优越性的封堵装置，初步的应用结果令人鼓舞。

顽固性高血压首要原因：治疗依从性差

阜外心血管病医院 吴海英

在诊断顽固性高血压时，应首先排除假性顽固性高血压。白大衣高血压、血压测量不正确及明显的动脉硬化（常见于老年人，尤其血管钙化较重者）等是造成假性顽固性高血压的原因。因此，应根据指南正确地进行诊室血压测量，并在诊室血压测量的基础上，进行连续家庭自测血压和 24h 动态血压监测。

造成顽固性高血压的重要原因是患者对降压药物的依从性较差。其次是存在使血压升高或存在影响降压药物发挥作用的药物，如非甾体类抗炎药、COX-2 抑制剂、口服避孕药等。另外，漏诊的或未查明的继发性高血压及不可逆的靶器官损害都可能引起对降压药物的抵抗。

顽固性高血压的治疗要从纠正不良生活方式开始，包括减轻体重、低盐低脂饮食、限酒、增加体力活动，

同时注意心理调节、减轻精神压力等。顽固性高血压患者降压药物的选用原则包括：停用干扰血压的药物，正确使用利尿剂，合理联合用药，尽量使用长效制剂，个体化用药。美国高血压学会发布的联合应用降压药物意见书建议优先选择的方案是血管紧张素转换酶抑制剂或血管紧张素受体拮抗剂联合钙拮抗剂及利尿剂，血压仍不能达标则考虑加用螺内酯或联合 β 受体阻滞剂、 α 受体阻滞剂。中枢神经抑制药物可作为联合方案的第五种降压药物选择。

部分顽固性高血压患者在进行规范合理的强化治疗后血压仍控制不理想，肾动脉交感神经射频消融术有望成为治疗控制不良的顽固性高血压患者的新方法。近来有报道显示，通过置入颈动脉窦神经刺激器可降低顽固性高血压患者的血压。

成人心脏外科专题论坛

机器人辅助手术具有独特优势

随着机器人软硬件水平的不断改进，以及在外科应用技术的经验积累，机器人辅助技术进行外科手术的种类越来越多。解放军总医院高长青教授和上海瑞金医院赵强教授所作的报告就显示，目前心外科医生借助于机器人辅助技术可以完成室间隔缺损修补术、房间隔修补术、瓣膜修复和置换、粘液瘤切除、冠脉搭桥手术等。

机器人辅助手术属于微创手术，微创手术和传统开胸手术相比有何优势？来自复旦大学中山医院的王春生教授通过多个病例对照研究发现，微创手术从安全性和有效性上来讲和传

统手术的差别没有统计学意义，但是微创手术中、术后输血量较少，术中术后引流量较少，机械辅助通气时间和重症监护时间更短。另外，就机器人技术与传统腹腔镜技术相比较，前者具有三维视野、灵活性更高的优势。

高长青教授认为，机器人辅助技术具有独特优势，视野也更为清晰，进行冠脉搭桥时还可避免体外循环，术后恢复也较快，大多数患者术后 3 d 即可出院。他认为，微创手术是未来外科的发展方向，但对于年轻外科医生而言，要想掌控精准的微创手术，还必须要有可以完成开胸手术的基础。

心血管护理论坛精彩纷呈

昨日，中国心脏大会心血管病护理论坛成功召开。护理论坛共邀请国内外 13 位护理学专家与会发表演讲，从重症护理、护理管理以及心血管领域新进展三个方面进行专题讲座并深入阐述、交流和探讨。

心脏骤停后低温治疗的作用

美国每年大约有 300 000 人发生心脏骤停，出院生存率仅为 7.9%。来自美国克利夫兰医院冠心病监护病房和心力衰竭监护病房的临床护理专家 Deborah Goldenberg Klein 女士指出，轻度（33℃~35℃）至中度（28℃~33℃）低温可能改善神经结果和出院后的生存率。她强调，应组建跨学科的综合小组来决定处理过程、降温方法、标准医嘱和护理程序等。

护士在预防呼吸机相关性肺炎中的作用

呼吸机相关性肺炎（VAP）一直是困扰重症专业护士的棘手问题，并引起了各协会极大的关注。美国罗马琳达大学儿童医院重症护理注册护士杨宁女士指出，VAP 不再只是“不幸”发生了，而应看作是医疗差错；护士应清楚什么是 VAP、VAP 是如何发生的、如何有效地预防 VAP。她认为，护士在预防 VAP 中大有作为。

患者身体约束：你做对了吗？

尽管患者身体约束是 ICU 中护士经常使用保护患者的方法，但事实上相关护理工作并不规范。阜外心血管病医院内科 ICU 护士王春怡女士通过与国外患者身体约束现状的对比、分析不同人群对身体约束的不同态度、身体约束的原因和相关损伤、有效性和患者感受等因素，她认为，护士应减少对患者的身体约束，寻找身体约束的替代方法，并做到正确合理约束。这是护理工作中容易忽视的小问题，但对真正做到保护患者来说却意义重大，可谓“其称文小而其指极大”。



心血管护理论坛现场

心肺运动：实现整体医学的工具

昨日，心肺运动-康复医学论坛云集知名专家学者，高朋满座。由陈灏珠院士、励建安教授、王茂斌教授、胡大一教授等担任主席。孙兴国教授阐述心肺运动的理论基础及临床应用概论，柳志红教授、黄洁教授、张健教授、刘霞教授、李春雨教授等等讲述了心肺运动在临床中的具体应用。

William W Stringer 教授讲解了心肺运动在心血管医学临床中的应用，特别是针对心脏移植的患者心肺运动的结果有重要的指导意义；Curtis Hightower 教授作了关于心肺运动应用于麻醉和围手术期危险性评估的报告，提示心肺运动的重要价值；Romualdo Belardinelli 教授针对心肺运动与康复医学作了讲解，提出康复医疗目前尚未收到足够重视，心肺运动在中国患者的康复中的作用尚不被关注。三位讲者的内

容显示心肺运动运用于心血管病、肺脏疾病、肿瘤的治疗与预后的评价。对于目前心肺运动试验推广所面临的问题，三位讲者一致认为首先受制于大家对心肺运动的理解与认可，新技术、新理念的推广被广泛接受需要过程，同时经济原因也是受制因素之一。但是大家一致认为，心肺运动试验作为人体整体生理学客观定量功能测定的重要方法，就临床医学而言，有望为各种心肺代谢疾病诊断、病情及疾病严重程度分级、治疗效果评估及预后预测等方面提供科学的客观定量依据。

会议还针对运动心电图的选择与解读作了讲解，使与会代表进一步了解运动过程中心电图、血压、心率等变化的意义。会议中亦针对心衰合并房颤病人的康复治疗讲解了心肺运动的作用。

（黄静涵）

中国急性心梗注册研究进行时

阜外心血管病医院 杨跃进 许海燕

中国急性心肌梗死注册登记 (CAMI Registry) 是科技部十二五国家科技支撑计划“心血管疾病关键技术临床多中心研究信息平台”中的一个项目。该项目选择全国省级、该省内地市县级和该市内县级纵向三级医院, 通过网络平台, 构建我国急性心肌梗死注册登记数据库系统。

项目以网络直报方式, 顺序规范化收集该医院所有急性心肌梗死患者发病、诊断、救治、转归、费用及随访预后等完整的临床信息; 建立我国急性心肌梗死突发的高危人群早期临床预警和干预方案; 通过对各地区各

级医院的急性心肌梗死关键诊治流程、救治方法和技术进行疗效分析, 提出适合我国国人和符合我国国情、病情和医情的急性心肌梗死优化诊治流程、救治策略和方案, 以期进一步降低我国急性心肌梗死的病死率; 并将研究成果直接向基层医院培训、推广和有效转化。该平台将实行数据国际标准化和开放共享。

该课题在设计之初就开始与美国杜克大学临床研究所、美国哈佛大学医学院进行合作, 并聘请美国心血管病注册 (NCDR) 专家作为科学指导委员会专家, 所有研究变量定义

均采用国际统一的标准。

课题于 2012 年 8 月 11 日召开启动会, 之后进行了网上录入系统的开发及测试, 完成了心血管疾病临床多中心研究信息网络平台的建设, 建立了全国急性心肌梗死注册登记信息数据库系统, 制定并完善了急性心肌梗死注册登记的研究者手册、操作流程手册、数据库系统维护工作制度、数据使用和共享工作制度、数据库质量控制工作制度以及实地监查工作计划书, 还为所有急性心肌梗死患者发放了患者教育手册。

2012 年 11 月~12 月分批电话会

议, 研究方案及电子录入培训, 分批各医院标准病例录入测试, 审核通过。于 2013 年 1 月 1 日开始第一批医院正式登记。首批参加该项目的 24 个省直辖市 77 家医院在 1~7 月陆续注册登记急性心肌梗死患者 5954 例, 并开始进行了患者的随访工作。为加强研究质量控制, 对 1~6 月全部数据进行了质量核查, 结果已发给各医院进行修改。今日上午, 不仅就急性心肌梗死诊治进展进行培训和交流, 又新增 28 家医院, 届此该项目覆盖了全国除港澳台之外的所有省直辖市。网站: <http://www.camiregistry.org>。

三层报告厅 8:30~12:30

《Heart Rhythm》中文版第六次编委会召开



在中国心脏大会期间, 《Heart Rhythm》杂志中文版召开了第六次编委扩大会议。组委会也很荣幸地邀请 Heart Rhythm 杂志主编、印第安纳大学 Peng-Sheng Chen 教授解答了有关 SCI 论文写作与投稿问题, 如何进一步提升中国心律学领域论文发表能力。他也解答了一些向国外投稿遇到的常见问题, 比如英文水平、

审稿周期、基础研究与临床研究的区别等。

Peng-Sheng Chen 教授介绍, 该杂志影响力因子已达到 5.1 分; 以往杂志接收的临床研究方面的文章较多, 基础研究方面的文章相对较少, 以后将逐渐加大基础研究方面文章的比例, 但是审稿会更加严格, 既重“量”, 还要重“质”。比如, 中国有些常见病的例数较多, 临床治疗方法相对成熟、治愈率较高的心律失常, 比如房室折返性心动过速 AVNRT, 尤其要在“机制”方面有新的发现, 这对于临床治疗有重要的价值及意义。

Peng-Sheng Chen 教授现任美国印地安那州 Krannert 心脏病研究所主任, 他在室速、室颤、房颤、自主神经与心律失常关系等方面有较深的造诣。

作为《Heart Rhythm》杂志中文版主编, 阜外心血管病医院心律失常中心张澍教授介绍, 该杂志是学术交流的平台, 让中国电生理医生第一时间了解心律失常领域的最新科研动态。

(牛国栋 赵允梓)

学会动态

中华医学会电生理与起搏分会成立青委会

我国在心律失常的临床诊断与治疗以及基础电生理研究方面均取得了骄人的进步。在诸如起搏器植入、导管消融的应用等方面已经接近甚至达到了国际先进水平。然而, 如果说由于历史条件的制约使得前辈们的努力更主要地是处于引进、普及和追赶的阶段, 那么, 目前我们这一代至少在某些领域已经具备了向国际最高水平发起冲击的条件, 这也是时代赋予我们的机遇和挑战。事实上, 国内一些学者也确实在致心律失常基因、房颤和器质性恶性室速的导管消融等方面取得了独创性的突破。遗憾的是, 这样的成就尚属凤毛麟角, 尚不足以改变我国在心律失常领域的“跟跑者”的尴尬地位。

随着心律失常研究工作的发展, 在学术领域中, 年轻医师所承担的工作和所发挥的作用也越来越显著和突出中华医学会电生理和起搏分会多年来一直是一个年轻的学会, 有很多年轻的委员, 他们都活跃在临床和学术的第一线。

在中国心脏大会上, 中华医学会电生理与起搏分会青年委员会正式成立, 分为心脏起搏学组、心脏电生理学组、心电学组、基础医学组、药物治疗学组 5 个学组, 共由 68 位青年医师组成, 青年委员会成员将就无导线起搏器、全皮下 ICD、冷冻球囊、压力感知导管、左心耳封堵等心律失常领域新技术和新器械的临床应用进展和前景做一探讨。(乔宇)

主动脉夹层及胸腹主动脉瘤的治疗：理念和实践

动脉夹层及胸腹主动脉瘤治疗方式的选择及术后并发症的处理一直是国内外主动脉外科专家关注的焦点, 新方法、新技术在主动脉疾病治疗中的应用一直广受争议, 其治疗适应症的选择仍未达成共识, 积极的研讨将有利于促进新技术及新方法在主动脉疾病治疗中的应用。

国内外大血管领域的知名的专家汇集于大会心血管外科论坛就主动脉夹层、胸腹主动脉瘤的 Open surgery, TEVAR, Hybrid 杂交等外科治疗方式的选择、术后并发症的处理及未来的进展等进行了深入的研讨。

美国克利夫兰医学中心 Ed soltesz 教授作了详细介绍了克利夫兰心脏中心对 A 型主动脉夹层手术采用升主动脉替换 + 右半弓替换, 升主动脉替换 + 全弓替换, 升主动脉替换 + 全弓替换 + 象鼻手术的选择, 手术技巧,

手术的近中期随访结果。克利夫兰医学中心 Sean Lyden 教授就当前美国用于胸腹主动脉瘤 EVAR 手术的 COOK、Zenith、Gore Tag 等各种类型的支架的特点及应用范围进行了详细的介绍。上海中山医院血管外科符伟国教授介绍了腹主动脉瘤 EVAR 术中陷阱及规避技巧, 将其近千例 EVAR 手术中遇到的各种陷阱如血管入路、导丝使用、支架主体的输送、定位、释放等做了详尽的描述。

此外, 阜外医院于存涛教授介绍了升主动脉至双髂动脉架桥治疗主动脉夹层合并主动脉缩窄介绍了自己的经验和体会。阜外医院孙晓刚教授就胸腹主动脉瘤治疗发展史, 各种治疗方式的存在主要问题做了阐述, 并介绍了阜外医院通过常温非体外循环分段阻断方法治疗胸腹主动脉瘤。

(王春茂 / 熊文龙)

小儿瓣膜疾病治疗之道

昨日, 小儿先天性瓣膜病专场中, 美国 Montefiore 儿童医院的 Francois Lacour Gayet 教授, 通过对比多种外科手术治疗新生儿重度主动脉瓣病变的结果, 认为自体肺动脉瓣移植术 (ROSS) 手术较为适用于婴儿和儿童, 但不适合青少年; 而主动脉瓣膜成形术是治疗小儿重度主动脉瓣返流的“缓兵之计”, 目的是让患儿在成形术后主动脉瓣环获得发育。

武汉协和医院的董念国教授, 详细阐述了近年来进行的完全性大动脉转位 (TGA) 患儿行动脉转位术 (ASO) 后主动脉瓣返流的发生率和严重程度, 并分析了其中发生主动脉瓣返流的发病机制。

他认为, 主动脉瓣之所以返流, 既有动脉壁自身的原因, 也有可能来自手术的原因。他还通过计算机模拟 ASO 术后主动脉根部血流动力学的特征, 剖析了 TGA 患儿 ASO 术后主动脉瓣返流的原因可能是窦管交界的直径大于主动脉瓣环直径。因此, 他提出, 如果 TGA 患儿 ASO 手术过程中, 保证窦管交界的直径不超过主动脉瓣环直径, 则术后主动脉瓣发生返流的几率有可能降低。

经桡动脉复杂病变冠脉介入治疗论坛

TRCT: 进一步推进 TRI 微创化理念

经桡动脉复杂病变冠脉介入治疗 (TRCT) 暨介入心脏病学论坛已经举办五届。论坛主席杨跃进教授说,“由于经桡动脉介入治疗 (TRI) 的损伤小、局部并发症少、且不必强制卧床 24 h, TRI 越来越多地成为国内外大型心脏中心的常规介入入路。阜外医院率先应用 TRI 常规处理复杂冠脉病变, 进一步推动了微创冠脉介入治疗的新时代。”

本次 TRCT 精心设计了 3 天半的日程并邀请国内外相关领域专家进行讲座。内容涵盖冠脉介入治疗尤其是 TRI 的基本知识、基本技能以及复杂及特殊情况冠脉介入处理的介绍, 此外更有多场冠脉手术演示进行实战指导。可谓深入浅出、循序渐进, 是一场不容错过的有理论有实践的学术盛宴。

首日内容主要包括冠脉介入治疗基础教程以及冠脉介入治疗的策略与技术。基础教程将从冠脉介入治疗的最基础环节入手, 包括桡动脉穿刺技术难点、冠状动脉造影操作、介入器械选择的使用等内容, 适合冠脉介入初学者进一步加强基础知识。此外 IVUS、OCT 及 FFR 的讲座可帮助进一步加深对冠脉病变的理解。随后来自国内的资深介入专家关于左主干、分叉、慢性闭塞、钙化病变等冠脉复杂及特殊病变处理的策略与技术讲解将进一步使基层介入医生的思路更清晰, 对复杂病变的理解更深刻。

随后的两天, 国内外介入专家将进行多场关于左主干、分叉病变及完全闭塞病变的手术演示。同时结合手术演示内容将进行多场有针对性的热

点专题讲座, 其中包括如何整合前向与逆向技术开通 CTO、分叉病变实战战术纵览、分叉病变双支架置入的桡动脉对比等精彩内容。

无论介入技术如何发展, 并发症的防治都是冠脉介入治疗永恒的主题之一。本届 TRCT 以半天的日程进行了并发症的讨论。本次的介入论坛不但介绍了夹层、穿孔、无复流、血栓等致命并发症的发生机制与处理, 还首次以病变类型为出发点讨论其并发症的防治。CHC2013 第五届 TRCT 暨介入心脏病学论坛将为大家提供一个很好的学习与交流的平台, 从而进一步推广冠脉介入治疗的技术, 同时进一步强化“TRI 微创化理念, 推广 TRI 规范化技术, 促进 TRI 的普及和提高”。

(窦克非)



杨跃进

一层多功能 B 厅 8:30~12:30

精彩病例

TRI 治疗 84 岁左主干分叉钙化病变

昨日, 在 TRCT 会场, 阜外医院杨跃进教授现场展示了一例高龄左主干分叉经桡动脉 PCI 病例, 得到与会中外专家和观众好评。

患者男性 84 岁, 因心绞痛入院。危险因素包括高血压、高脂血症。冠脉造影提示, 左主干分叉 80% 狭窄, 分叉部位伴有严重钙化。前降支开口到中段 90% 狭窄, 回旋支开口近端 90% 狭窄, 高位边缘支 90% 狭窄 (图 A、B)。右冠脉曾行介入治疗, 支架通畅。患者 SYNTAX 积分 35 分, EuroSCORE 5 分。该患者由于高龄, 合并升主动脉严重钙化无法行 CABG 术, 只有选择 PCI 治疗。

患者高龄, 是左主干分叉合并严重钙化的高危复杂 PCI 病例。杨跃进教授决定, 先经右股动脉置入 IABP 保驾, 经右桡动脉 PCI 治疗。对于左主干分叉根据病变特点拟行 reverse crush 技术 (回旋支作为主支), 选择该术式的原因是该患者回旋支直径

大于前降支。对于严重钙化, 拟用 2.5 mm 球囊预扩张, 根据球囊打起的情况判断钙化程度, 同时行 IVUS 检查, 必要时行冠状动脉旋磨术。

整个操作过程按照预案进行, 对左主干、前降支、高位边缘支和回旋支进行预扩张, 预扩张效果较好, 再行 IVUS 检查, 判断钙化情况和血管参数, 对左主干分叉病变行 Reverse crush 技术, 操作非常顺利, 对于 crush 技术难点的导丝穿网眼、过球囊和完成 Final kissing 都顺利完成 (图 C), 最后结果见图 D, 经 IVUS 证实支架贴壁良好。

在场专家和观众对杨跃进教授对该高龄复杂左主干分叉病变经桡动脉如此快速圆满的完成复杂的 PCI 术给予高度评价, 该手术的成功完成反映了目前国际上的经桡动脉介入治疗的最高水平, 表明以杨跃进教授为代表的一批中国的优秀专家已经站在了桡动脉 PCI 治疗的前沿。 (高展)

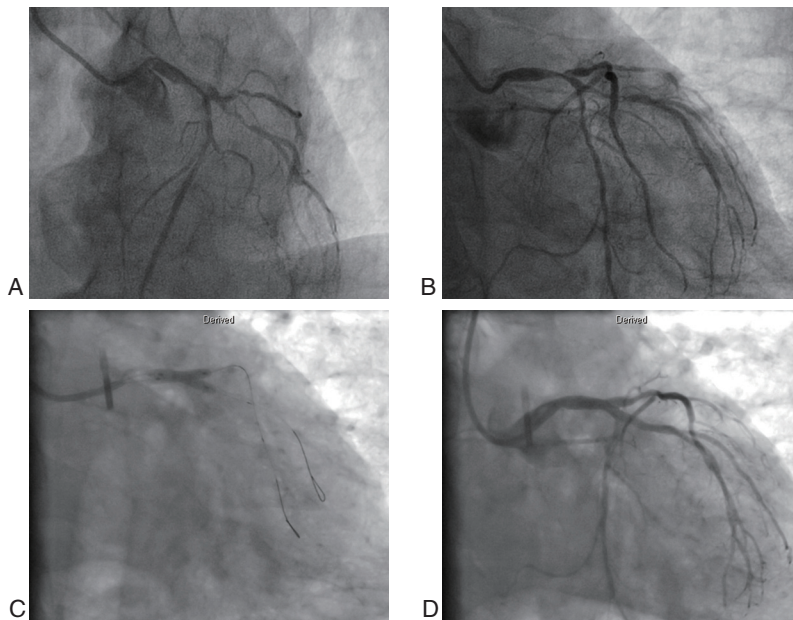


图 A、B: 术前冠脉造影图像, C: Final kissing, D: 最终结果

中美电生理医生对话临床工作

阜外心血管病医院心律失常中心牛国栋教授与美国克利夫兰心脏中心 Mina Chung 教授就心血管电生理科室的临床诊疗相关问题进行了交流。

牛国栋: 克利夫兰心脏中心如何保持全美排名第一的位置呢?

Mina: 首先, 我们不断在尝试一些医疗改革和创新, 不仅仅局限于心脏病学方面, 而是更加广泛的创新, 包括科学技术、患者关怀、体制管理等方面, 另外, 我们还强调跨学科的合作, 比如说与心脏外科、消化内科、神经内科、精神病学等学科的交流。

牛国栋: 我曾经在 Jackman 导管室学习一年, 当我们遇到一些疑难患者, 比如说房颤术后的顽固房扑, 我们经常会花费十几个小时去标测, 甚至一整天都呆在导管室里。但是这在中国是难以想象的, 因为在中国, 我们都会面临一些病例数量上的限制, 比如说至少完成多少病例, 我们必须达到最低的要求。

Mina: 阜外医院是否关注患者的预后吗? 如何进行术后随访?

牛国栋: 在器械置入方面, 我们会要求患者在术后的规定时间进行常规的程控, 现在还会通过一些远程监测的手段来记录患者的事件发生情况, 但是在电生理方面, 这方面就稍显欠缺, 因为就诊于阜外医院的患者来自全国各地, 要求所有患者千里迢迢返回医院进行随访是不现实的, 因此我们关注的往往是有症状的患者。

Mina: 我们也会存在同样的问题, 我会要求我的病人在术后三个月来门诊复查, 但是这对于很多病人来说也是非常困难的。

牛国栋: 对于临床工作中的数据收集, 美国有无相应的政策支持?

Mina: 患者资料的收集非常重要, 我们建立了数据库来收集所有心脏病患者的资料, 并定期更新, 这些数据

库在科研中有着举足轻重的作用。这些数据库对于临床工作也有帮助, 当我们需要一个患者的病例资料时, 你可以很容易搜索到。

牛国栋: 你们每年有多长时间的假期来休息和放松?

Mina: 我每年只有一周的休假时间。以前, 我每周两天在导管室, 1 天在门诊, 但是随着患者的增多, 工作量也在加大, 现在每周我有 2~3 天在导管室工作, 大概 1 天半在临床。请问阜外医院射频消融的病例数量有多少?

牛国栋: 去年, 医院完成了 3 千多例射频消融术, 我们有两间专门进行射频消融的导管室和一间专门进行器械置入的导管室。

Mina: 那你做一台手术要多长时间?

牛国栋: 假如是一台峡部依赖性房扑, 我进行三维标测、拖带标测确认后, 再进行峡部线性消融, 1 个小时内完成, 对于常见的室速, 时间也控制在 1 个小时之内。

Mina: 这是一个很快的速度。

牛国栋: 我们也是迫不得已。对于常规的室上速, 我们也控制在半个小时左右, 我们有一个由每一位手术医生带领 2~3 位学者组成的医疗团队。

牛国栋: 那么在克利夫兰, 是否广泛采用切除心脏神经节的方式治疗长 QT 综合征呢?

Mina: 我们未有广泛采用该术式, 在 HRS 制定的指南中, 针对遗传性室性心律失常也提到了, 但是现在尚有争议。我现在还不会对这样的患者采取这种疗法。目前, 只有少数中心采用这种疗法。

牛国栋: 这种手术确实有些激进。但是对于难治性室速电风暴, 这也是另外一种解决方式。