

20年前换的心脏瓣膜坏了 医生不开胸为老人装上新“心门”

“我20年前做换瓣手术，胸前留了个将近20厘米的疤，花了1年多的时间才缓过来。现在做手术怎么像睡了一觉一样，什么感觉也没有。”近日，87岁的陈大爷（化姓）躺在宁波市第二医院心内科普通病房，一股脑儿全都是疑问。

两天前，陈大爷体内“衰败”的心脏二尖瓣生物瓣膜上已经被顺利植入了新的瓣膜，他的心脏又开始强劲地跳动。一家人悬了许久的心也终于落了下来。陈大爷不知道的是，他所接受的“微创经皮二尖瓣生物瓣植入术(MVIV)”是宁波市第二医院心血管内科开展的最新介入技术。这项技术目前只有在省内甚至国内少数几家医院才能开展。



多学科专家合作为患者做手术。

1 老人突然全身浮肿、胸闷气促

20年前，陈大爷因严重的心脏问题，在一家综合医院做了心脏二尖瓣膜置换手术，正中开胸、体外循环、重症监护……吃了不少苦头，如今胸口有一道近20厘米长的刀疤。当时考虑年龄偏大，陈大爷选择了生物瓣膜。

陈大爷本来就有高血压、房颤等疾病，这20年来，虽然生活能够自理，但身体状况大不如从前。上个月，他突然全身浮肿且胸闷气促，被家人紧急送到宁波市第二医院心血管内科。接诊

的曾伟芳副主任医师还记得老人被送进来后的场景，“老人的血压很低，重度贫血，凝血功能很差，肾功能、肝功能指标也不太好。入院时还合并腰肌及腹膜后血肿，失血性休克、细菌性感染，情况非常危急。”

入院后，医护人员予输血、抗心衰、抗感染等药物及胸腔引流等治疗，但陈大爷的病情仍不见明显好转。由于卧床时间长，老人的下肢静脉血栓不断增加。保守治疗无效，此时，老人

的每一口呼吸都成了“与死神的拔河”。

种种检查提示，陈大爷这次之所以病得这么重，是由于20年前的二尖瓣生物瓣膜已经发生“衰败”，随时会失去功能，身体的很多症状可能都是由心衰引起。如果不解决二尖瓣生物瓣“衰败”的根本问题，病情不会有转机。

“这把年纪了，哪还能扛得住开胸手术啊？”陈大爷的家人对此忧心忡忡。

2 手术不用开胸，老人和家属强烈要求“搏一搏”

面对一系列棘手的情况，曾伟芳仔细评估，请示心内科首席专家江隆福、副主任李恒栋，一起商议。团队成员一致认为，采用近年国内外新开展的微创经皮二尖瓣生物瓣植入术(MVIV)，对于老人来说是最合适的选择。这项技术仅通过大腿股静脉的小切口，就可以为患者植入二尖瓣生物瓣膜。但微

创经皮二尖瓣生物瓣植入术(MVIV)费用较高，陈大爷属于高龄且基础病情危重的患者，手术风险相对较高。

陈大爷和家人强烈要求“搏一搏”。但团队里的每一个成员都知道，这台手术的挑战性有多大：微创经皮二尖瓣生物瓣植入术(MVIV)是近年国内外兴起的新技术，开展该手

术需要超声科、麻醉科、ICU、心外科等多学科合作，不仅考验心内科的业务水平，也是对医院整体学科水平的一次“大考”。另外，陈大爷病情危重且极为复杂，任何操作都如在钢丝上行走。术前，心内科团队与浙江大学医学院副院长刘先宝团队密切沟通，并制定详细的手术策略。

3 “没想到动了手术，像重生了一样”

手术当天，高龄患者麻醉经验丰富的麻醉科副主任胡序凯为陈大爷进行气管插管全身麻醉，辅以超声引导下建立右侧股静脉入路。在超声科主任陈赛君经食道超声指导下，李恒栋、曾伟芳团队精准穿刺房间隔，小心稳妥地将二尖瓣生物瓣系统跨越原衰败生物瓣。DSA及超声引导精确定位后，随着一声令下“起搏、释放”，完美释放生物瓣膜，老人的

心脏装上了新“心门”。

陈大爷在ICU观察了2天，便转回了普通病房。两周后，经过药物精细调试，老人顺利出院。“本以为这次可能凶多吉少，没想到动了手术，像重生了一样。”出院前，家属连连表示惊喜。

据了解，对于二尖瓣生物瓣衰败，以往只能是心外科再次手术治疗，然而由于再次外科手术创伤大、恢复时间长、术中风险高

等特点，对于高龄老年人而言无疑是迈不过去的坎。因此，很多高龄高风险老人只能任由心衰反复发作，直至生命终结。这项技术在宁波市第二医院的成功开展，为既往生物瓣置换后衰败的患者提供了更为有效的治疗方式，也标志着该院瓣膜病治疗进入了更为丰富多元治疗时代。

记者 庞锦燕
通讯员 郑轲 文/摄

男孩气管吸入笔帽 医生10分钟成功取出

近日，8岁男孩小杰在玩耍时，不小心把一支笔的笔帽吸进了气管，家人发现后马上把他送到了上海交通大学医学院附属仁济医院宁波医院（宁波市杭州湾医院）。送到医院时，笔帽已经在小杰的气管“卡”了一个多小时。

所有医护人员的心里都很清楚，气管是空气进入肺部的唯一通道，如果被异物阻塞，轻则引发剧烈咳嗽、呼吸困难，重则导致窒息、缺氧性脑损伤甚至死亡。此外，像笔帽、坚果、玩具零件等小物件一旦卡在主气管或支气管，可能形成“活瓣效应”，吸气时气流推动异物下移，进一步堵塞气道，导致肺不张或肺气肿。如果不及时处理，可能继发感染、肺炎或气道穿孔。

一场争分夺秒的惊险救治就此展开。医院迅速组建了由儿科、麻醉科、内镜中心、呼吸科等医生组成的救治团队展开急诊手术，麻醉科金宗山主任医师团队提供了精准的麻醉服务，并协助保持小杰术中体位维护气道通畅，确保孩子在整个手术过程中的安全。该院儿科卢凌亚副主任医师与内镜中心邱文文护士长相互配合，通过电子支气管镜精确定位，异物钳找准角度逐步松动异物后，准确抓取，稳稳将异物取出，并防止异物对气管黏膜再次损伤。

手术过程十分顺利，仅10分钟便成功将一个长约1.2厘米的圆锥形笔帽取出。取出后再次在内镜下检查声带及气管黏膜情况，没有发现明显异常。小杰转危为安。

在日常生活中，气管异物是儿童意外伤害的常见原因之一，尤其多发于5岁以下幼儿，许多儿童因嬉戏打闹或不良习惯而中招。如何判断孩子发生了气管异物？卢凌亚介绍，儿童气管异物通常表现为“突发性”症状，比如剧烈咳嗽、面色通红、呼吸困难等；如果异物较大，可能出现吸气性喉鸣、口唇青紫，比如声音异常、失声或发出“嘶嘶”声；有些情况下还有隐匿表现，如果异物较小且进入支气管，初期症状可能缓解，但随后反复出现肺炎、发热，极易误诊。

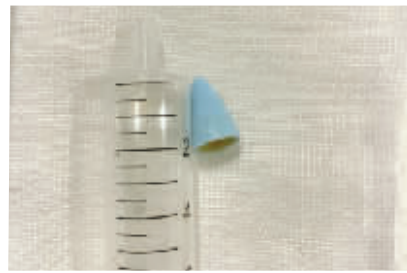
她提醒，如果孩子无法咳嗽、说话或呼吸，需立即急救，推荐海姆立克法+及时就医。具体怎么做呢？

1. 1岁以上儿童采用海姆立克急救法（腹部冲击法）——站于孩子背后，一手握拳，拳眼对准其肚脐上方两指处另一手包住拳头，快速向内上方冲击，直至异物排出。

2. 1岁以下婴儿改用拍背压胸法——面部朝下，头低臀高，拍击背部5次；翻身后续压胸部5次，交替进行。

她强调，即使异物排出，仍需就医检查是否有残留。若急救无效，需立即拨打急救电话，同时持续尝试复苏。

记者 庞锦燕 通讯员 卢凌亚 陈思言 文/摄



取出的笔帽。