

• 病例报告 •

老年急性心肌梗死合并室间隔穿孔冠脉介入治疗及穿孔封堵 1 例

马东星, 刘惠亮, 吴晓霞, 张 蛟, 穆 磊, 马春梅

【关键词】 老年人; 急性心肌梗死; 室间隔穿孔; 介入

【中图分类号】 R542.2⁺2

【文献标识码】 B

【文章编号】 1671-5403(2010)-06-0550-01

1 临床资料

患者,男,65岁,2009年7月活动后突然出现胸骨后闷痛,持续约1h,诊为“急性心肌梗死”。2009-9-19出现全身无力、生活不能自理入院。既往无糖尿病及高脂血症病史、无烟酒嗜好。查体:脉搏85次/min,血压100/70 mmHg,精神差,被动半卧位。口唇无发绀,颈静脉怒张,两肺底可闻及少量湿性啰音。心界扩大,律齐,心音正常,心尖部可闻及4/6级收缩期吹风样杂音,无传导。双下肢无水肿。X线胸片示双侧胸腔积液;心电图:窦性心律,V、avL、VI-4导联可见病理性Q波,T波倒置。超声心动图:节段性室壁运动障碍(前壁),室间隔穿孔(室水平左向右分流),全心扩大,左室射血分数40%。诊为:“急性心肌梗死(恢复期)、室间隔穿孔。”2009-10-12行冠脉和左室造影示左主干无狭窄,前降支中段80%狭窄,回旋支和右冠正常;左室心尖部室壁运动减弱,室间隔肌部中部可见左向右过隔分流,分流束宽约14 mm(图1)。选择国产16 mm肌部室间隔缺损封堵器(MVSDO,上海形状记忆合金材料有限公司生产)介入封堵成功(图2)。术毕患者胸骨左缘第3~4肋间收缩期杂音消失,两肺呼吸音清晰;症状明显

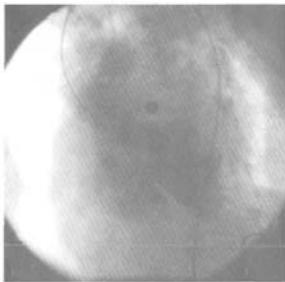


图1 经皮冠脉介入术(PCI)术前造影可见大量肌部过隔分流

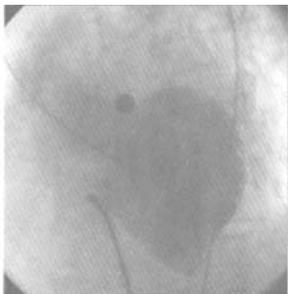


图2 左室造影示封堵器到位后过隔分流消失

好转,次日可下地活动,48 h后复查超声心动图未见通过室间隔的异常血流,左室射血分数45%。1周后在前降支中段植入Cypher 2.75 mm×23 mm支架1枚。围术期予低分子肝素抗凝3 d,术前已口服阿司匹林100 mg/d、氯吡格雷75 mg/d,继续服用。术后无心律失常,血、尿常规无异常。7 d后患者康复出院。1个月后复查超声心动图示左室舒末径56 mm、左室射血分数48%。

2 讨论

室间隔穿孔后常迅速发生心力衰竭、心源性休克,预后差,单纯药物治疗死亡率90%^[1]。早期手术能够挽救重症患者生命,但病变区心肌组织脆弱不易愈合,术后并发症多。建立动静脉轨道的牵拉必须在导管或鞘管中进行,以防止造成心内膜或其他组织撕裂损伤。病情稳定的患者,可延期4~6周后择期手术,此时循环状态相对稳定,且穿孔周围组织有瘢痕形成,介入手术较为安全。介入治疗目前多采用肌部室缺封堵器^[2]。本例患者选用国产MVSDO封堵成功。可见经心导管法封堵心肌梗死后室间隔穿孔,效果可靠,创伤小,安全性高,并发症少,恢复时间短,是值得关注的治疗方法。

介入封堵后常给予低分子肝素和阿司匹林,与冠脉介入支架术后常规给予阿司匹林、氯吡格雷双联抗血小板及低分子肝素抗凝治疗等并不矛盾。但术后强化抗凝是否会导致患者封堵器腰部不能及时形成小血栓、堵闭极微量穿隔血流,值得进一步探讨。严重溶血导致不得不停用双联抗血小板治疗,增加了支架内亚急性血栓的风险,值得注意^[3]。因此,对于血流动力学影响小的穿孔并室缺,尽量避免同期植入封堵器和冠脉支架;封堵器回塑、贴附不佳造成残余分流,应及时更换;术后发现存在残余分流,应严密观察患者尿液的变化,早期发现严重溶血并发症。

【参考文献】

- [1] 姚 义, 桑玉顺, 徐永利, 等. 超声心动图诊断急性心肌梗死并发室间隔穿孔的价值[J]. 中国超声医学杂志, 2009, 25(8): 800-802.
- [2] Thiele H, Kaulfersch C, Daehnert I, et al. Immediate primary transcatheter closure of postinfarction ventricular septal defects[J]. Eur Heart J, 2009, 30(1): 81-88.
- [3] 马东星, 吴晓霞, 穆 磊, 等. 老年冠心病患者冠脉介入治疗同期室间隔缺损介入封堵术并发严重溶血1例救治体会[J]. 中华临床医生杂志, 2010, 4(2): 123-124.

(收稿日期:2010-01-04;修回日期:2010-07-23)