

• 病例报告 •

心尖肥厚性心肌病合并左心尖室壁瘤一例

吴江 丁志坚 颜紫宁

1 临床资料

患者,女,59岁,因反复胸痛2年入院。左乳上部刺痛,每次持续数秒至半分钟,多于休息时发作,心电图示“广泛T波倒置”。查体:血压120/70mmHg,心率66次/min,心尖部1/6级收缩期杂音。心电图:不完全性左束支阻滞,ST:avL水平下移0.5mm,V₄₋₆上移1.0mm,T:I、II、V₃₋₆正负双相(图1)。心室晚电位:阴性。Holter:窦律,室早89次(含室速一串),T波改变(图2)。胸片:左心室增大。超声心动图:(1)室间隔基底端厚度15mm,中段至心尖部呈梭形增厚,最厚处20mm,左室前壁、侧壁均增厚,尤以侧壁增厚更明显,最厚处20mm;(2)左室心尖段膨出呈矛盾运动;(3)彩色多普勒血流显像下,左室流出道见窄束状血流,连续波式多普勒超声心动图测及流出道压差43mmHg(图3)。冠脉造影:冠状动脉正常,第一及第二对角支发达。左心室造影:左心室中部肥厚,将其隔断为以狭窄通道相连的两个腔,心尖部反常运动(图4)。收缩期主动脉下压力阶差48mmHg,心腔内压力差48mmHg,心尖部高于心底部(图5)。家族中无发生猝死者,因患者籍贯并非常州,未能对亲属进行超声筛查。

2 讨论

肥厚性心肌病(hypertrophic cardiomyopathy, HCM)特点为左心室或右心室肥厚,通常是非对称性并侵及室间隔,是一种常染色体显性遗传疾病。目前认为HCM已不是一种少见病,患病率接近0.2%。HCM的分型方法很多,比较复杂。按左室流出道是否梗阻,分为梗阻性、非梗阻性HCM。按Maron等^[1]标准分型,I型肥厚仅限于前间隔;II型肥厚累及整个室间隔,而左室游离壁无肥厚;III型除左室后壁外,其它节段如前间隔前壁和侧壁肥厚,IV型除室间隔外,其它左室各节段均肥厚。在Otto等^[2]分型中,第IV型为心尖肥厚型,其心电图表现为深倒置的T波。French等^[3]认为心尖肥厚型分为两种:一种为没有流出道的梗阻,其心前区导联心电图表现为巨大负向T波;另一种为有左室流出道狭窄,其心电图无特异表现。而该患者既有左室流出道狭窄,又存在T波改变。

HCM合并冠状动脉正常的左心尖室壁瘤(left ventricular aneurysm, LVA)较为罕见,国际上有零星报道,国内仅姜滕勇等^[4]曾报告一例(2002年)。HCM合并LVA形态上与一般HCM

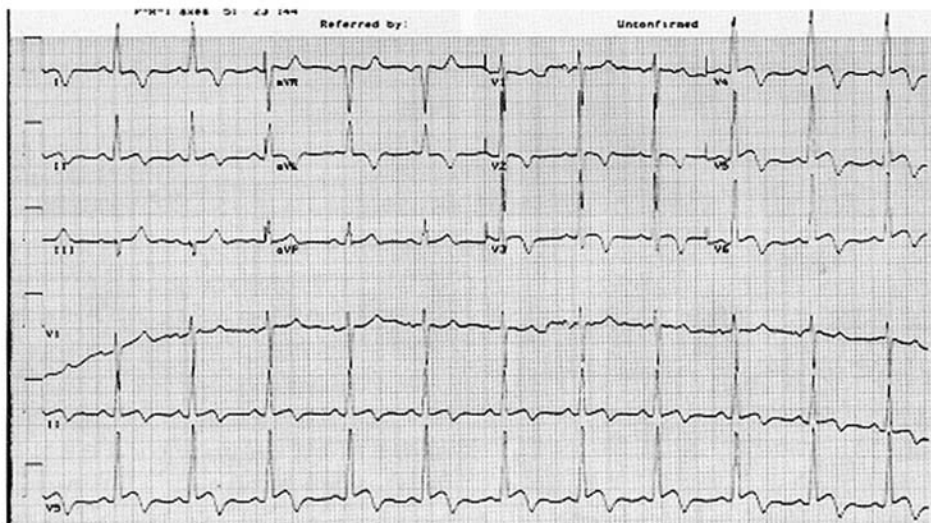


图1 心电图

收稿日期:2005-12-05

作者单位:213003 常州市,常州市第二人民医院心内科

作者简介:吴江,男,1973年11月生,江苏常州人,医学硕士,主治医师。E-mail:wojohncn@hotmail.com

相似,但存在心尖室壁瘤,呈反常运动。冠状动脉正常的 LVA 可发生于各种类型的 HCM,但最常见于心尖肥厚性 HCM。形成原因包括心室内梗阻引起压力增高,心尖肥厚性 HCM 心尖部压力升高更为明显,导致心肌耗氧量显著升高、心肌缺血,以及室壁增厚引起收缩舒张运动障碍,逐渐出现局部心肌发生变性、萎缩及纤维化,室壁瘤形成。心腔内测压证

明收缩期室壁瘤内压力高于心底部,文献^[4-6]报道,超声心动图观察到舒张早期心尖部向心底部的血流,提示心尖肥厚性 HCM 存在心尖部高压腔。HCM 合并 LVA 临床经过与一般 HCM 相似,但一般不适合经皮经腔室间隔消融治疗。室壁瘤易发生附壁血栓,应予华法令抗凝治疗。如合并恶性室性心律失常,且药物治疗效果不理想,可考虑室壁瘤切除术。

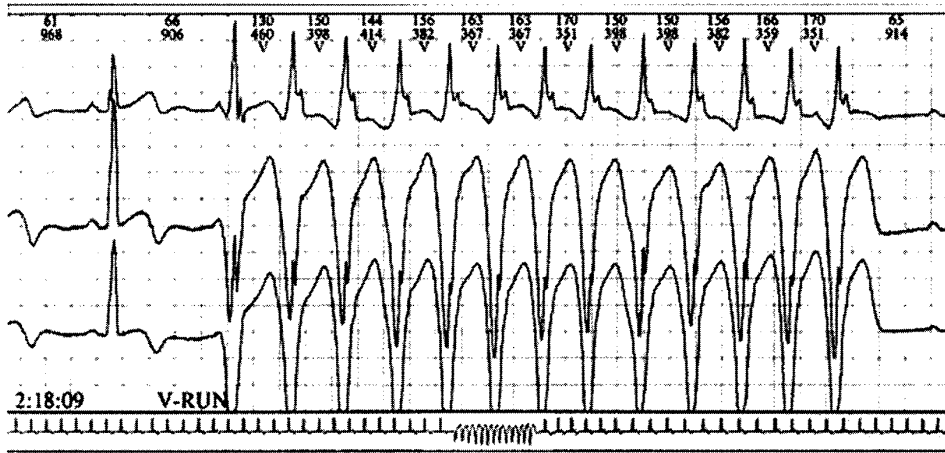


图 2 Holter

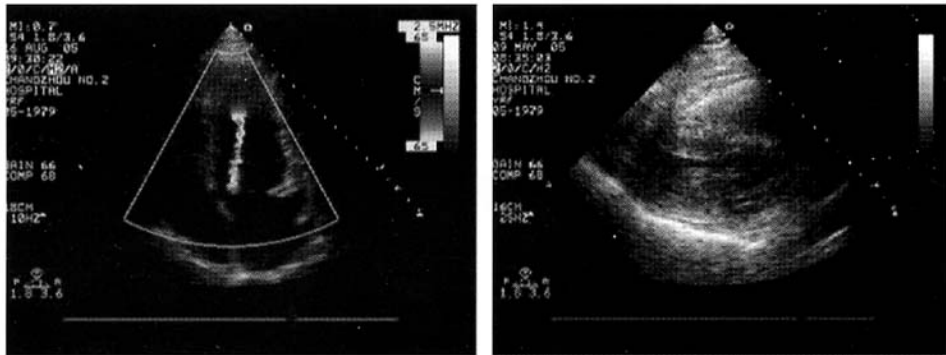


图 3 超声心动图

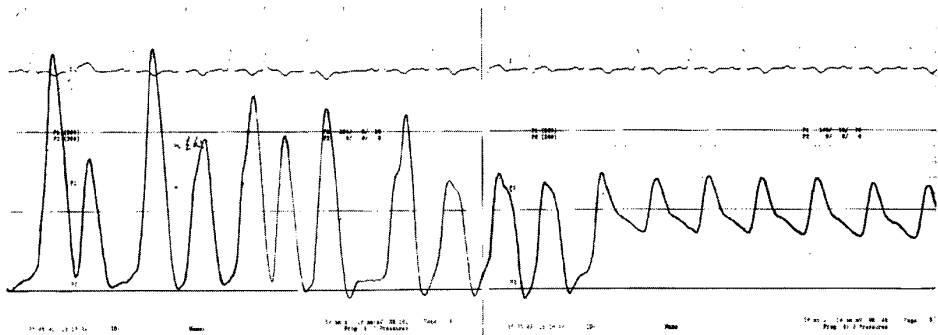


图 5 左心室测压,由左至右分别为心尖、主动脉瓣下与主动脉压力曲线

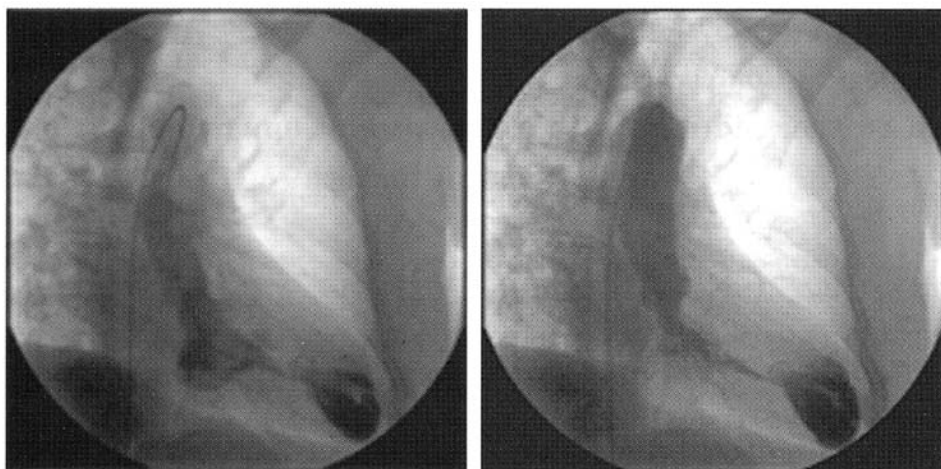


图4 左心室造影,左侧舒张期,右侧收缩期图

参考文献

- 1 Maron BJ, Gottdiener JS, Epstein SE. Patterns and significance of left ventricular hypertrophy in hypertrophic cardiomyopathy. *Am J Cardiol*, 1981, 48:418.
- 2 Otto CM, Pearlman AS. *Textbook of clinical echocardiography, cardiomyopathies. Hypertensive and pulmonary heart disease.* Ontario: Saunders Company, 1995. 171-172.
- 3 French WJ. *Heart Disease. A text book of cardiovascular medicine echocardiography. The cardiomyopathies and myocardioides.* Ontario: Saunders Company, 1988. 124-126.
- 4 Jiang TY, Han ZH, Wang J, et al. Hypertrophic cardiomyopathy with apical ventricular aneurysm; a case report. *Chin Med J*, 2002, 115:782-784.
- 5 Harada K, Shimizu T, Sugishita Y, et al. Hypertrophic cardiomyopathy with midventricular obstruction and apical aneurysm; a case report. *Jpn Circ J*, 2001, 65:915-919.
- 6 Akutsu Y, Shinozuka A, Huang TY, et al. Hypertrophic cardiomyopathy with apical left ventricular aneurysm. *Jpn Circ J*, 1998, 62:127-131.

(上接第 137 页)

用低浓度的罗哌卡因亦可获得满意的效果,这可能与采用气腹压力较低(12cmH₂O),手术时间短(1h以内),手术结束时 CO₂ 气体排除比较彻底有关。

大量的临床研究表明,0.894%甲磺酸罗哌卡因与0.75%盐酸罗哌卡因有相似的临床效果和安全性。观察发现,0.237%甲磺酸罗哌卡因与0.2%盐酸罗哌卡因硬膜外病人自控镇痛的效果和安全性相似^[2]。我们选择0.298%甲磺酸罗哌卡因与0.25%盐酸罗哌卡因腹腔注射以减轻术后疼痛,得出同样结论。腹腔内表面麻醉危险性小、易于控制,而且罗哌卡因有抑菌抗感染作用^[3]。因此,我们采用0.298%甲磺酸罗哌卡因与0.25%盐酸罗哌卡因20ml进行腹腔内表面麻醉。

综上所述,术后腹腔内0.298%甲磺酸罗哌卡因与0.25%盐酸罗哌卡因表面麻醉对腹腔胆囊切除术患者可产生良好的镇痛效应,并且有相似的镇痛效果,值得临床推广应用。

参考文献

- 1 庄心良,曾因明,陈伯銮,主编.现代麻醉学.第3版,北京:人民卫生出版社,2003.632.
- 2 朱波,徐建青,叶铁虎,等.腹式子宫切除术后甲磺酸罗哌卡因与盐酸罗哌卡因硬膜外病人自控镇痛的比较.中华麻醉学杂志,2005,25:572-575.
- 3 薛昫,吴新民,张生锁,等.左旋布比卡因和甲磺酸罗哌卡因体外的抑菌作用.中华麻醉学杂志,2005,25:293-294.