

9例急性心肌梗死合并室间隔穿孔的临床疗效分析

杨芳¹⁾, 卢静¹⁾, 彭春花¹⁾, 赖碁¹⁾, 光雪峰¹⁾, 黄琴²⁾

(1) 昆明医学院附属延安医院, 云南心血管病医院心内科, 云南昆明 650051; 2) 昆明医学院, 云南昆明 650031)

[关键词] 急性心肌梗死; 室间隔穿孔; 分析

[中图分类号] R542.2*2 [文献标识码] A [文章编号] 1003-4706 (2012) 01-0120-02

室间隔穿孔 (ventricular septal rupture, VSR) 是急性心肌梗死 (acute myocardial infarction, AMI) 后的严重、致命并发症, 患者常迅速发现急性心力衰竭而死亡, 所以对于急性心肌梗死合并室间隔穿孔患者尽早作出诊断, 采取积极有效措施, 对挽救患者生命至关重要。回顾性分析 9 例急性心肌梗死合并室间隔穿孔患者的临床资料、治疗方法及预后情况, 总结治疗经验。

1 资料与方法

1.1 临床资料

昆明医学院附属延安医院心内科 CCU 病房 2007 年 1 月至 2011 年 8 月收治的急性心肌梗死合并室间隔穿孔患者 9 例, 男性 5 例, 女性 4 例, 年龄 51~79 岁, 平均 63 岁。其中前壁心肌梗死 8 例, 穿孔部位均在室间隔近心尖部; 下壁心肌梗死 1 例, 穿孔部位在室间隔基底部。穿孔直径为 0.5~2.7 cm。所有患者入院时均有心功能不全, 无急诊 PCI 及溶栓治疗指征。

所有患者符合世界卫生组织制定的急性心肌梗死的诊断标准: (1) 典型胸痛持续 30 min 以上; (2) 相邻两个导联 ST 段抬高 > 1 mm; (3) 心肌酶增高。

室间隔穿孔的诊断标准: (1) 体格检查胸骨左缘中下部可闻及响亮的全收缩期杂音; (2) 超声心动图检查证实室间隔连续性中断, 由左向右分流。

1.2 方法

9 例患者均应用正性肌力药、血管扩张剂及利尿剂, 4 例单纯行内科药物保守治疗; 其余 5 例药物治疗的同时给予主动脉内球囊反搏 (IABP) 支持, 病情稳定后行冠脉造影检查, 病程 4~5 周后行外科手术治疗, 其中 4 例行室间隔穿孔修补 + 冠脉旁路血管移植及室壁瘤切除术, 1 例行室间隔穿孔修补 + 冠脉旁路血管移植术。

2 结果

4 例内科药物保守治疗患者中 3 例在院内死亡, 1 例病情稳定后出院, 电话随访 3 个月后死亡, 病死率 100.00%, 95% CI 为 39.76%~100.00%。其余 5 例患者 IABP 泵支持 15~21 d, 冠脉造影显示梗死相关动脉均为前降支, 单支血管病变 3 例, 2 支血管病变 1 例, 3 支血管病变 1 例。5 例患者术后均获存活, 出院前超声心动图提示未见残余分流, 随访 1~6 个月病情稳定。

3 讨论

室间隔穿孔是急性心肌梗死后的严重并发症, 发生率占急性心肌梗死的 1%~2%^[1]。穿孔部位常发生在既缺乏侧支循环, 又没有缺血预适应的心肌组织, 穿孔大小从几 mm 至几 cm 不等。前壁心肌梗死导致的室间隔穿孔常靠近心尖部, 下壁心肌梗死常位于室间隔后部^[2]。急性心肌梗死并发室间隔穿孔后, 由于左右心室间压力阶差, 使血流从左心室向右心室分流, 加重了右心容量负荷, 肺血流量

[基金项目] 昆明医学院教研教改基金资助项目 (2011JY36)

[作者简介] 杨芳 (1972~), 女, 四川成都市人, 医学学士, 主治医师, 主要从事心内科临床工作。

[通讯作者] 黄琴. E-mail:huangqin_ph@126.com

增加, 导致肺充血, 左心容量负荷加重, 从而引起全心衰竭. 治疗包括内科保守治疗、外科手术治疗及介入手术治疗.

内科药物治疗包括应用正性肌力药物、血管扩张剂和利尿剂. 但药物治疗不能减少左向右分流, 因而不能阻止血流动力学进行性恶化, 所以药物治疗只能暂时稳定病情, 大部分患者将随着病情恶化而很快死亡. 有报道仅药物保守治疗 24 h 内、1 周、2 个月的病死率分别为 24%、46% 和 67% ~ 82%^[1]. 1 a 内的病死率可达 95%^[2]. 本文 4 例采用内科保守治疗的患者, 3 例院内死亡, 1 例 3 个月后死亡.

外科手术治疗是挽救患者生命的重要手段, 手术时机的选择至关重要. 有学者认为, 对于出现心源性休克和严重心力衰竭的患者, 应该继续慎重地进行内科治疗, 尽可能在血流动力学和全身状况改善后 4 ~ 6 周再施行手术治疗^[3]. 发病早期, 坏死组织水肿、脆弱、易碎, 行修补手术难度较大, 死亡风险高. 发病 4 ~ 6 周后室间隔穿孔周围的组织纤维化, 手术安全性明显提高, 但大多数患者难以等待如此长的时间. 主动脉内球囊反搏术是国际上近年发展起来的抢救泵衰竭的创伤性左心机械辅助循环的治疗技术, IABP 支持可对血流动力学产生有益影响, 可以增加冠脉灌注, 减少心肌耗氧, 降低心脏后负荷. 笔者体会: 急性心肌梗死合并室间隔穿孔确诊后, 积极给予药物治疗, 同时给予 IABP 支持, 能明显稳定患者病情, 使患者有机会平稳渡过发病的 4 ~ 6 周, 从而为后续手术治疗赢得宝贵的时间和机会. 本文 5 例患者在 IABP 及药物治疗下均平稳过渡到病程的 4 ~ 5 周后获得外科手术治疗时机而获得存活. 但对于穿孔直径较大, 经药物及 IABP 治疗, 血流动力学仍然不稳定的患者, 急诊外科手术治疗也许是挽救患者生命的唯一办法.

近年来在临床上开展的经导管封堵治疗是一种很有发展前景的治疗方法. 有报道心导管介入封堵术治疗室间隔穿孔可达到类似外科手术的效果^[4]. 但这一方法不适用于所有患者, 急性心肌梗死室间隔穿孔部位常位于心尖部附近, 可能会影响封堵器展开, 封堵器也可能影响房室瓣活动. 同时由于急性心肌梗死后室间隔穿孔部位周围组织坏死、脆弱, 封堵器可能会使破裂面积增加. 目前介入封堵术治疗室间隔穿孔的经验还很有限, 其有效性和安全性还有待于更多的临床资料来证实.

综上所述, 急性心肌梗死合并室间隔穿孔虽然病情凶险, 病死率高, 但是通过药物、IABP 支持及外科手术治疗, 可以改善患者预后, 提高早期生存率.

[参考文献]

- [1] 胡盛寿, 黄方炯主编. 冠心病外科治疗学[M]. 北京: 科学出版社, 2003: 475 - 481.
- [2] TOPAZ O, TAYLOR A L. Interventricular septal rupture complicating acute myocardial infarction from pathophysiologic features to the Role of invasive and noninvasive diagnostic modalities in current management [J]. Am J Med, 1992, 93(2): 683 - 688.
- [3] BIRNBAUM Y, FISHBEIN M C, BLANCHE C, et al. Ventricular septal rupture after acute myocardial infarction [J]. N Engl J Med, 2002, 347(4): 1 426 - 1 432
- [4] 陈在嘉, 高润霖主编. 冠心病[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2002: 1 022 - 1 029.
- [5] PENSONEN E, THILEN U, SANDSTROM S, et al. Transcatheter closure of post-infarction ventricular septal defect with the amplatzer septal occluder device [J]. Scand Cardiovasc J, 2000, 34(4): 446 - 448.

(2011 - 11 - 10 收稿)