

治疗难治性心力衰竭 31 例体会

仇冬薇 李云玲
(山东省费县中医医院 费县 273400)

关键词:心力衰竭;药物疗法;血管紧张素转换酶抑制剂;安体舒通;地戈辛;消心痛
中图分类号:R 541.6⁺1 文献标识码:B 文献编号: 1671-4040(2006)01-0040-02

我科自 2001~2004 年之间,共收治 31 例心功能 III~IV 级的心衰病人,通过应用血管紧张素转换酶抑制剂(ACEI)联合安体舒通辅助治疗,疗效比较满意。现总结如下:

1 临床资料

1.1 一般资料 31 例病人根据临床症状、体征、心脏彩色多普勒检查予以确诊,并按 NYHA 分级标准心功能符合 III~IV 级。其中男性 18 例,女性 13 例;年龄在 37~83 岁之间;心功能 III 级 25 例,心功能 IV 级 6 例;其中冠心病 17 例,高心病 9 例,风湿性心脏病 2 例,肺源性心脏病 3 例。

1.2 治疗方法 31 例病人均给予绝对卧床休息,适度限盐,积极治疗心力衰竭的病因及诱因,同时给予地戈辛 0.125~0.25mg, qd; 消心痛 10mg, tid; 双氢克尿塞 25mg, bid 的常规基础治疗。同时应用安体舒通 20mg, bid, 及从小剂量开始的疏甲丙甬酸 6.25mg, tid, 然后根据病人情况及血压情况,剂量可以增加至 12.5~25mg, tid。

1.3 治疗结果 我们在基础治疗前提下,给予 ACEI 联合安

体舒通,31 例病人经治疗半年后,心功能明显改善,临床症状、体征都有不同程度的减轻甚至消失,通过心脏彩色多普勒复查,心功能指标明显提高,未出现电解质紊乱、蛋白尿、血压下降,无明显高血钾等明显的副作用,治疗效果比较满意。

2 讨论

难治性心力衰竭是各种病因所致心脏病的终末阶段,对于多种治疗均无明显疗效或疗效不佳,临床病死率较高,是当前心血管内科领域比较重要的课题之一^[1]。心力衰竭的治疗原则是减轻心脏的前、后负荷,加强心肌收缩力,治疗基本病因及消除诱因,采用强心、利尿、扩血管疗法。现已证实,血管紧张素转换酶抑制剂(ACEI)可部分逆转心室重构,有效治疗心力衰竭^[2]。ACEI 可降低肾素-血管紧张素-醛固酮系统中醛固酮激素的血液浓度,但对 II 液循环中醛固酮的抑制作用却是短暂的^[3]。ACEI 不能完全抑制醛固酮的产生,因为除血管紧张素 II 外,其他因素(如血钾)对醛固酮的产生也有重

位)依据心超定位分别取剑突与左肋弓交界处下方 2~3cm,左第 5、6 肋间隙心浊音界内 1.5~2.0cm 处,心尖部等为穿刺点。常规皮肤消毒铺巾,用 2%利多卡因逐层浸润麻醉至心包壁层。采用 Seldinger 法技术,将穿刺针负压状态下缓慢进针,一旦有突破感,积液涌入注射器内,立即停止进针,将 J 形导引钢丝循穿刺针芯插入约 15cm。退穿刺针,沿导引钢丝用配套的扩皮鞘轻度扩张皮肤和软组织,退出扩张管,再经导引钢丝中心深静脉留置导管至心包腔内约 10cm。退导丝、固定引流管,并外接负压引流袋或肝素帽封闭间歇抽液。

2 结果

所有 32 个病例均一次性成功穿刺并置管,留置 4~12d,抽液量 350~4 000mL,病人心悸、胸闷、呼吸困难等临床症状缓解迅速、明显,并通过心包积液检察确诊 7 例。而不良反应包括术中发生迷走反应 1 例,胸痛 1 例,术后引流不畅 2 例,穿刺部位渗液、局部红肿 3 例,猝死 1 例。

3 讨论

心包积液可由多种原因引起,大量积液或短期内积液迅速增加可造成急性心包填塞,危及生命。慢性心包积液或心包积液引流不彻底则有形成心包纤维化、甚至缩窄性心包炎可能,后果严重。故心包穿刺是许多心包积液明确诊断及治疗的必要措施之一。而传统的心包穿刺方法危险性较大,易引起各种并发症,包括心脏或冠状动脉损伤、腹腔器官损伤、气胸、血胸、严重心律失常甚至死亡^[2-3],且需反复穿刺抽液,反复心超定位,增加病人痛苦,积液量越少,误伤心肌或冠脉

的可能性越大。而我们借用心导管术中 Seldinger 穿刺法,一次心超定位,心包穿刺置管负压引流或肝素帽封闭间歇抽吸,引流积液完全彻底,效果满意。一般一次解决问题,无需重复穿刺。但亦须注意以下几个方面,进一步减少不良反应的发生。(1)本组于术中发生迷走反应 1 例,表现心率显著下降,血压下降,出冷汗,予阿托品 1mg 加用多巴胺静滴纠正,故要加强术中心率、血压的监测。(2)术中发生胸痛 1 例,发生于导引钢丝输送过程中,考虑与导丝过度深入心包刺激脏层有关,一般约 15cm 即可,此后未再发生。(3)术后发生引流不畅 2 例,经变动体位,生理盐水冲洗,1 例有效,1 例最终重新穿刺,此后我们注意定期予肝素水冲洗避免了上述情况的再发。(4)3 例发生穿刺孔渗液,局部红肿痒痛等刺激症状,可能与心包大量积液、压力高有关,其次与扩张管过深、过度扩张有关。(5)术后 12h 发生猝死 1 例,具体原因不明,提醒我们对置管成功的病人也不能放松警惕和观察。

总之,seldinger 法不失为一种安全、有效的新的心包穿刺方法,值得临床推广应用。

参考文献

[1]黄建群,朱万琴.373 例次心包穿刺的经验与体会[J].中华内科杂志,1988,27(3): 177
[2]孙烈,李伊林,王楠.心包穿刺术前超声心动图检查的几点体会[J].中国循环杂志,1997,12(3): 164
[3]刘坤申,费兴久.心包穿刺术的常见并发症及处理经验[J].中国实用内科杂志,1997,17(2): 68

(收稿日期: 2005-08-05)

食道支架置入术治疗食道狭窄及并发症防治

谭必勇 宋红 姚勇 文咏梅 张兴强 黄爱军

(湖北省恩施自治州中心医院 恩施 445000)

摘要:目的:探讨食道支架在食道狭窄性病变中的应用价值与食道支架置入术并发症的防治。方法:在 X 线的导引下,对 38 例具有适应症的患者施行了食道支架置入术,所有病例一次置入成功。结果:28 例吞咽困难由 2、3 级减为 0 级,10 例减为 1 级。38 例术后 1~7d 均有不同程度的胸背部疼痛或不适感,但未出现出血、食道破裂、支架移位等并发症。结论:食道支架置入术具有损伤轻微、疗效好、见效快的优点,是一种值得推广的新技术;准确的定位,选择适当的支架,适当的扩张食道可以减少并发症的发生。

关键词:食道狭窄;食道支架置入术;吞咽困难;被膜支架;并发症;防治

中图分类号:R 571⁺.2

文献标识码:B

文献编号: 1671-4040(2006)01-0041-02

食道支架置入术是 20 世纪 80 年代兴起的一种介入治疗技术。由于其具有损伤轻微、疗效好、见效快而广泛应用于临床,该技术近几年来在我国逐渐开展。我院自 2001 年以来,先后对 38 例患者施行了食道支架置入术,未出现出血、食道破裂、支架移位等并发症,取得了良好疗效,为临床治疗食道狭窄开辟了新途径。现报告如下:

1 材料与方法

1.1 一般资料 本组病例 38 例,男性 35 例,女性 3 例;年龄 48~82 岁,平均 62 岁;6 例为术后吻合口狭窄,28 例为晚期食道癌性狭窄,均为中下段食道癌,4 例为放疗后狭窄;其中 16 例术后进行了放化疗综合治疗;病变段长度 1~10cm;主要症状为吞咽困难或梗阻,其中 26 例吞咽困难 3 级,12 例为 2 级。

适应症:(1)食道良、恶性肿瘤引起的食道狭窄或食管气管痿,不宜手术或拒绝手术者;(2)化学性或放射损伤引起的食道狭窄;(3)手术后引起的食道胃吻合口狭窄;(4)纵隔肿瘤压迫食道引起吞咽障碍者。禁忌症:(1)有凝血功能障碍;(2)高位食道癌;(3)食道完全梗阻,导丝无法通过者。吞咽困难分级:0 级:无吞咽障碍;1 级:能进半固体饮食;2 级:仅能进流质;3 级:完全梗阻。

1.2 方法

1.2.1 支架选择 根据食道吞钡造影检查情况,测量狭窄段长度及狭窄程度,选择适宜长度和直径的支架,确定支架是否需被膜、防反流。

要作用,甚至超过血管紧张素 II。短期应用 ACEI 可使醛固酮分泌减少,但持续应用却不能持续降低,这种现象被称为醛固酮逃逸现象。对抗心衰患者肾素-血管紧张素-醛固酮系统过度激活的另一个手段是阻断醛固酮效应。因此,只有应用醛固酮受体阻滞剂能完全抑制该激素的作用。安体舒通作为醛固酮受体拮抗剂,对重度心衰患者在应用 ACEI 的基础上加用小剂量安体舒通,既能利尿消肿,又能保钾储镁,减少室性心律失常和猝死。据资料记载,可使全病因死亡率降低 30%,心源性病死率降低 31%,但对其改善预后的机制尚未得到证实^[4]。我们给予 ACEI 联合安体舒通 20mg, bid, 未出现高血钾、电解质紊乱、蛋白尿、血压明显下降等明显的副作用,安全性比较高。

1.2.2 术前用药 阿托品 0.5mg,肌肉注射;安定 5mg,肌肉注射;1%丁卡因液 5mL,咽喉部喷雾麻醉。

1.2.3 支架放置 (1)局部(咽喉部)用 1%丁卡因液作喷雾麻醉;(2)透视导引下插入导丝与血管造影导管,使其通过狭窄处,造影确定其进入胃内;(3)插入超硬导丝,引入球囊导管扩张狭窄段,退出球囊导管;(4)引入递送系统及支架;(5)释放支架,退出超硬导丝。

2 治疗结果

38 例食道狭窄病例中,放置了 38 个被膜支架,其中 6 例为防反流支架。38 例均在透视下一次性置入成功,支架病变段张开 16~18mm。术后口服泛影葡胺造影,造影剂通过顺畅。随访 4~12 个月,所有支架保持开放,食道保持通畅。本组病例中,术前 26 例吞咽困难为 3 级,12 例为 2 级。术后 2~4 周恢复到 0 级 28 例,恢复到 1 级 10 例。所有病例营养好转,体重增加。38 例术后 1~7d 均有不同程度的胸背部疼痛或不适感,对疼痛较重者给予对症处理。未出现出血、食道破裂、支架移位等并发症。

3 讨论

食管支架置入术治疗食道狭窄并发症为:(1)食道穿孔为最严重的并发症;(2)支架移位;(3)支架堵塞;(4)反流性食道炎;(5)疼痛。本组病例均有不同程度的疼痛,未发生其它严重并发症。选择适宜的支架、准确的定位、适当的扩张是减少并发症发生的关键。所有病例均在 X 线机的导向下完成,通过解剖标志可以准确地定位和准确测量狭窄段的长

3 结论

对于病情较重的难治性心力衰竭病人,在常规基础治疗的前提下,通过应用血管紧张素转换酶抑制剂联合安体舒通辅助治疗,疗效比较满意。

参考文献

- [1]耿现仓.乌拉地尔与多巴胺、多巴酚丁胺、呋塞米合用治疗难治性心力衰竭[J].新医学,2003,34(2):90~91
- [2]高丽君,刘坤申,王进华,等.美托洛尔对缺血性心脏病心力衰竭患者心室重塑和心功能的影响[J].中华心血管杂志,2001,29(12):72
- [3]李海滨,刘刚,刘坤申.螺内酯在充血性心力衰竭中的临床应用[J].临床荟萃,2003,18(14):835~836
- [4]Pitt B,Zannad F,Remme W J,et al.The effect of spironolactone on the morbidity and mortality in patients with severe heart failure[J].N Eng J Med,1999,341(10):709

(收稿日期:2005-06-14)