

经皮肺动脉瓣球囊成形术治疗重度肺动脉瓣狭窄 20 例体会

阮冬云 王晓华 盛国太 余茂生 王和平 阮浩航 周裔忠 葛郁芝

(江西省人民医院 南昌 330006)

摘要:目的:评价经皮肺动脉瓣球囊成形术对肺动脉瓣狭窄的治疗效果。方法:经皮 seldinger 穿刺右股动脉成功后,用 inoue 左房室瓣球囊或自制肺动脉瓣球囊反复扩张肺动脉瓣。结果:20 例患者手术均获成功,随访 6 个月症状明显改善,复诊彩超右室流出道梗阻明显减轻。所有患者术前右室造影均有射流征,术后射流征消失。结论:肺动脉瓣球囊成形术是治疗先天性肺动脉瓣狭窄简便有效、安全、经济的首选方法。

关键词:肺动脉瓣狭窄;右室流出道梗阻;经皮肺动脉瓣球囊成形术

中图分类号:R 654.2

文献标识码:B

文献编号:1671-4040(2007)01-0037-02

我院自 1998 年 9 月~2005 年 7 月共完成 20 例肺动脉瓣狭窄球囊扩张,单纯肺动脉瓣狭窄(PS) 19 例,合并房缺 1 例,皆取得令人满意的效果。现报告如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 1998 年 9 月~2005 年 7 月共完成 20 例肺动脉瓣狭窄球囊扩张,其中女性 8 例,男性 12 例;年龄 2~58 岁,平均年龄(25±5)岁;单纯 PS 19 例,合并房缺 1 例。术前经询病史、体格检查、超声心动图检查等确诊,并经多普勒超声估测跨瓣压差。

1.2 方法 经皮 seldinger 穿刺右股静脉成功后,常规行右心导管检查,测跨瓣压差。用 6F 猪尾巴导管行右室造影(取左侧位),测量肺动脉瓣环直径选择球囊大小。前 10 例用“j”型钢丝经右心导管送至左上或下肺动脉远端,后 10 例用左房钢丝盘在扩张的肺动脉内,用扩张管扩张皮下及股静脉。前 14 例用 inoue 左房室瓣球囊,后 6 例用自制肺动脉瓣球囊,参照造影影像定位,将球囊前囊掀起,后撤至肺动脉瓣口上,将后囊掀起,腰部消失,反复扩张 2~3 次,听诊杂音消失后,撤出左房钢丝,用球囊连续测压,测术后跨瓣压,再次左室造影。

2 结果

20 例患者手术均获成功,术前跨瓣压差 25~110mmHg,术后跨瓣压差 0~42mmHg,术前经多普勒超声估测跨瓣压差 24~112mmHg,术后估测跨瓣压差 15~40mmHg,其中以重度狭窄者扩张效果最好,有 1 例术后跨瓣压差为 0。但重度狭窄环障碍为主要表现的 AMI 患者,这可能由于其严重的心律失常、传导阻滞或泵衰竭,造成心排出量急剧下降而使大脑供血不足,也可因左颈交感神经支配的左室前壁发生心肌梗死,通过皮层脑干网状结构的反射作用引起脑循环障碍,从而出现休克、昏迷等临床表现。

2.4 对年青人心肌梗死重视不够 本组 46 例病人中,有 4 例 42~46 岁的心梗病人被误诊,可能因此类病人发病年龄轻,既往病史少,再加上临床表现不典型从而被误诊。

3 讨论

近年来随着人们生活水平的提高,心血管病的发病率呈逐年上升趋势,特别是心肌梗死的发病率更有所提高,非典型心梗若不及时得到正确有效的诊治,将直接危害病人的生命,本组 46 例误诊病人中死亡率就为 19.56%,教训可谓惨痛。笔者认为,作为医疗工作者要时刻提高警惕,尤其是急诊

者多合并有右室流出道继发性肥厚性梗阻,虽然跨瓣压差有明显降低,术后造影仍残留瓣下梗阻。我科有 10 例伴右室流出道梗阻患者随访 6 个月症状明显改善,复诊彩超右室流出道梗阻明显减轻。术前右室造影都有射流征,术后射流征消失。使用“j”型钢丝手术时间 60~90min,而使用左房钢丝手术时间 50~85min。其中自制肺动脉瓣球囊与肺动脉瓣环相适应,减少肺动脉瓣撕裂发生率。

3 讨论

单纯性肺动脉瓣狭窄,约占先天性心脏病的 6.8%,其手术治疗成功率高,死亡率低,约 2%。因此手术治疗曾是唯一有效的治疗方法。自 1982 年 Kan 倡导用球囊行肺动脉瓣扩张成形术治疗先天性肺动脉瓣狭窄以来,由于近期和中期疗效均达到治愈水平,加之创伤和并发症少,费用低廉,很快被美国 FDA 批准,现已替代外科手术,成为治疗肺动脉瓣狭窄简便有效、安全、经济的首选方法,并积累了丰富的经验^[1-5]。

本组 20 例手术,肺动脉瓣重度狭窄为手术适应证,且越早手术,效果越好,最佳年龄 2~4 岁。文献报告,随诊中发现年龄较小的患儿,尽管跨瓣压差和右室压力很高,提示狭窄严重,但右心室肥厚心电图的消退较右室压力相似的年长儿迅速^[6]。重度狭窄易合并右室流出道肥厚梗阻及右室肥厚,虽然术后跨瓣压差有明显降低,但术后造影仍然残留瓣下梗阻,近期效果良好,远期效果有待随访。我科有 10 例患者随访症状明显改善,复诊彩超右室流出道梗阻明显减轻,取得较明显效果。因此对单纯 PS 来说,PBPV 是解除右室流出道一线人员,对心梗的非典型表现应有足够的认识,时刻把心电图作为一项常规检查,尤其对那些高危人群。冠心病大多发生于中老年阶段,同时不同程度存在着某些冠心病易患因素,对有长期吸烟史、形体肥胖者或有高血脂、高血压、糖尿病等病史的患者,不论以何种主诉就诊,都应重视心脏方面的有关检查,从而减少漏诊、误诊的几率。此外,本病发作大多无明显的诱因,常在安静或睡眠时发生,部分病人于剧烈体力劳动、精神紧张或饱餐后发生,休克、出血与心动过速等也可作为诱因。总之,医务人员应该尽量做到在很短时间及及时做出正确诊断,以避免误诊。

参考文献

[1]郭富山.急性心肌梗死临床表现与年龄的关系[J].临床荟萃,1995,10(14):642~643

(收稿日期:2006-05-23)

中西医结合治疗肝硬化腹水 35 例临床体会

黄应宁

(广西玉林市福绵管理区人民医院 玉林 537023)

摘要:目的:探讨中西医结合治疗肝硬化的临床疗效。方法:对收治的 65 例肝硬化腹水随机分为中西医结合组(治疗组)和西
医组(对照组),治疗组在对照组治疗的基础上加用软坚利水汤治疗。结果:治疗组总有效率为 91.4%,对照组总有效率为 70.0%,2
组疗效比较,有显著差异($P < 0.05$)。结论:中西医结合治疗肝硬化腹水疗效确切,可促进腹水消退。

关键词:肝硬化腹水;中西医结合疗法;软坚利水汤;门冬氨酸钾镁;安体舒通

中图分类号:R 575.2

文献标识码:B

文献编号: 1671-4040(2007)01-0038-02

肝硬化腹水是肝硬化失代偿期突出临床表现, 西医对本病的治疗主要是支持和对症处理。笔者近年来采用中西医结合方法治疗肝硬化腹水 35 例, 收到满意效果。现报告如下:

1 临床资料

1.1 一般资料 我院 2000 年 2 月~2006 年 2 月诊治肝硬化腹水患者 65 例,符合 1995 年全国传染病与寄生虫病学术会议修订的诊断标准^[1]。随机分为中西医结合组(治疗组)和西
医组(对照组)。治疗组 35 例,男 22 例,女 13 例;年龄 20~60 岁,平均 45.5 岁;病程 11~50d,平均 26d;初次出现腹水 10 例,2 次出现腹水 19 例,3 次以上腹水 6 例;腹围平均 84.5cm;每日尿量 600~1 000mL,平均 750mL;纳呆、乏力 16 例,肝区痛 8 例;HBsAg 阳性 15 例,白、球蛋白量比例倒置 21 例,腹水感染 6 例;腹部 B 超示脾大,门静脉及脾静脉增宽。对照组 30 例,男 17 例,女 13 例;年龄 21~62 岁,平均 46.3 岁;病程 10~53d,平均 27.5d;初次出现腹水 8 例,2 次出现腹水 13 例,3 次以上腹水 9 例;腹围平均 85.4cm;每日尿量 600~950mL,平均 755mL;纳呆、乏力 11 例,肝区痛 6 例;HBsAg 阳性 12 例,白、球蛋白比例倒置 18 例,腹水感染 7 例;腹部 B 超示脾大,门静脉及脾静脉增宽。2 组性别、年龄、临床表现均无显著性差异,具有可比性。

1.2 治疗方法 对照组在休息、合理饮食的基础上采用低盐饮食,根据肝功能情况,分别给予门冬氨酸钾镁、甘利欣等,利尿药选安体舒通或联用速尿,必要时用人血白蛋白,合并感染者选用第三代头孢菌素等治疗。治疗组在对照组治疗的
基础上加用自拟软坚利水汤治疗,药用:党参 15g,白术 15g,黄芪 15g,当归 10g,丹参 30g,红花 6g,鳖甲(先煎)10g,茯苓 20g,陈皮 10g,枳壳 10g,郁金 15g,泽泻 15g,鸡内金 30g,车前子(包煎)15g,大腹皮 15g,大黄(后下)6g。随症加减:出血加藕节炭、仙鹤草,腹泻加山药、扁豆,肝区痛加延胡索、白芍,纳呆加竹茹、半夏。每日 1 剂(复煎),早晚 2 次分服,10d 为 1 个疗程,2 个疗程结束后评定疗效。

参考文献

[1]吴纪瑞,朱小华.皮肺动脉瓣成形术[J].实用放射学杂志,1991,7(6): 103

[2]陈传荣,邓东安,周永昌,等.经皮穿刺气囊肺动脉瓣成形术[J].实用放射学杂志,1986,14(8):132

[3]kveselis DA.Results of balloon Valvuloplasty in ehreatment of congenital valval pulmonary stenosis in children [J].Am J Cardial, 1985,56:527

[4] 夏呈森,朱卫华,康曼丽,等.国产球囊导管经皮扩张成形术治疗小儿先天性动脉瓣狭窄[J].临床儿科杂志,1993,11(5):96

基础上加用自拟软坚利水汤治疗,药用:党参 15g,白术 15g,黄芪 15g,当归 10g,丹参 30g,红花 6g,鳖甲(先煎)10g,茯苓 20g,陈皮 10g,枳壳 10g,郁金 15g,泽泻 15g,鸡内金 30g,车前子(包煎)15g,大腹皮 15g,大黄(后下)6g。随症加减:出血加藕节炭、仙鹤草,腹泻加山药、扁豆,肝区痛加延胡索、白芍,纳呆加竹茹、半夏。每日 1 剂(复煎),早晚 2 次分服,10d 为 1 个疗程,2 个疗程结束后评定疗效。

2 疗效观察

2.1 疗效评定标准 显效:腹水完全消退或腹围减小 1/2 以上,主要症状基本消除;有效:尿量明显增多,腹围减小,主要症状减轻;无效:腹水不消失,腹围不减小,症状加重,病情逐渐恶化。

2.2 结果 治疗组显效 12 例,有效 20 例,无效 3 例;总有效率为 91.4%;对照组显效 3 例,有效 18 例,无效 9 例;总有效率为 70.0%,2 组总有效率比较有显著性差异 ($\chi^2=7.65, P < 0.05$),治疗组疗效优于对照组。

3 讨论

肝硬化是由于各种病因长期损害肝脏而引起肝脏慢性、进行性、弥漫性、纤维性病变更,在失代偿期约有 70%的患者出现腹水^[2]。西医对本病主要是支持和对症处理,予利尿药排出体内钠、钾和水,输注新鲜血、血浆、白蛋白以改善机体的一般情况,恢复肝功能,提高血浆渗透压,促进腹水的消退等^[3]。笔者采用中西医结合方法治疗,取得了腹水消退快、肝功能恢复好、利尿作用明显的效果,总有效率达 91.4%,疗效明显优于单纯西药治疗对照组。

[5]Xia cheng-sen, man-li, Chnwei-hua, et al. Percutaneous transluminal balloon Pulmonary valvuloplasty using domestic ballon catheter for congenital pulmonary valve stenosis in children [J].Chinese Med J. 1996, 109: 618

[6]夏呈森,陈茜,陈秀兰,等.重度肺动脉瓣狭窄经皮球囊扩张成形术后心电图长期随访研究[J].心电图学杂志,1998,17(6):210~212

[7]Hofbeck M, Singer H, Buheittel G, et al.Balloon Valvuloplasty of critical pulmonary valve stenosis in a premature neonate [J].Pediatr cardiol, 1999,20(2): 147~149

[8]Tulzer G, Arzt W, Franklim RC,et al.Pulmonary Valvuloplasty for critical Pulmonavy stenosis or atresia with intact septum [J].Cancet, 2002,360(9345): 1 567~1 568

[9]Tranic, Rigattieri S, Mazzari MA, et al. Combimed percutaneous pulmonary valvuloplasty and patent foramen ovale closure in an adult with recurrent transient ischemic attacks [J].Ital Heart J, 2002,3(7): 424~426

(收稿日期: 2006-08-19)