

超声心动图在室间隔缺损封堵术中的应用

刘铭东 李蓉蓉
(山东省平度市人民医院 平度 266700)

关键词:室间隔缺损封堵术;手术治疗;超声心动图
中图分类号:R 654.2 文献标识码:B doi:10.3969/j.issn.1671-4040.2010.05.063

本文观察我院经超声心动图监测室间隔缺损(VSD)封堵术患者 24 例,旨在探讨超声心动图在室间隔缺损封堵术术前对封堵器型号的选择、术中对封堵器的放置及术后判断封堵效果的应用价值。

1 临床资料

1.1 病例选择 2007 年 1 月~2010 年 1 月在我院行先心病体检的患者中,筛查出 24 例室间隔缺损符合封堵器介入治疗适应证者,其中男性 14 例,女性 10 例,平均年龄(18± 10)岁。

1.2 仪器与材料 Philips IE-33 型彩色超声诊断仪,探头频率为 2.5~4.0MHz。上海形状记忆合金材料有限公司生产的 VSD 封堵器、猪尾导管、端孔导管,根据缺损的最大直径选择相匹配的具体型号。

1.3 方法 全部病例在介入治疗时均再次经心导管造影检查,造影测值为 2.0~11.0mm,平均 4.5mm,与超声测值基本符合。术中超声监测输送鞘管达左室腔后,根据造影显示的 VSD 大小,参考超声测值选用不同型号伞状封堵器,型号一般较 VSD 测值大 2mm。然后通过输送杆沿输送鞘管推送封堵器到左室腔,打开左室盘,由超声监测指导输送鞘管向右室回撤,使之紧贴 VSD 的左室面。注意观察封堵器有无影响主动脉瓣、三尖瓣和左室流出道,如无异常,释放出封堵器腰部及右室盘,超声再次了解右室盘是否与 VSD 的右室面紧贴。观察封堵器腰部与缺损口部位是否充填及左、右伞盘是否夹住缺损周边的室间隔组织。再次经心导管左室造影确认后,释放封堵器,结束封堵术。

1.4 结果 在超声心动图引导下,24 例患者均成功行 VSD 封堵术,手术过程中均未出现并发症。术后即刻、3 个月、6 个月经超声心动图检查,其中 23 例均无分流,封堵器位置适当;另 1 例术后发现仍有左向右分流,但分流处不在封堵处,为术前漏诊的小室间隔缺损,该患者为两处室间隔缺损,大小分别为 8mm、3mm。

2 讨论

超声心动图检查具有无创、操作简便、实时清晰显示心肌内部结构及血流动力学并可多次重复检查等优点。在先天性心脏病介入治疗中发挥着重要作用,已成为 VSD、ASD、PDA 术前、术中及术后监测必不可少的工具^[1-2]。术前经超声心动图检查,能明确 VSD 的存在,测量 VSD 的大小,确定 VSD 的位置及数量,判断有无封堵术禁忌证,选择适合封堵术病例,预选封堵器型号。术中经超声心动图监测,能在直观下引导封堵器到位,观察确定封堵器的位置,判断封堵术是否成功,观察封堵周围有无分流及封堵器对心脏各有关瓣膜有无影响,对比封堵前后心脏血流动力学改变。术后经超声心动图复查,可观察心脏房室大小的改变及心脏血流动力学改变。总之,利用超声心动图监测引导 VSD 封堵术,是一种直观、便捷、安全、实用、可靠的方法。

参考文献

[1]张朝霞,舒先红,潘翠珍,等.经胸实时三维超声心动图在房间隔缺损诊疗中的应用价值[J].医学影像学杂志,2004,14(19): 728
[2]舒先红,潘翠珍.超声心动图在先天性心脏病介入治疗中的应用[J].诊断学理论与实践,2008,7(2): 135-137

(收稿日期: 2010-06-29)

(上接第 20 页)转子间骨折^[2]。根据患者的实际情况选择手术方式极为重要,DHS 适用于年龄相对较小、身体好、耐受手术能力强、而经济上较差的患者。缺点为骨折端骨质吸收而导致股颈短缩,其钢板位于股骨外侧,力臂较长,不能有效防止骨折端旋转移位,创伤大,出血多^[3]。若股骨粉碎性骨折,内侧缺乏支撑,股骨头坏死和髓内翻发生率极高。髓内针固定对于年龄大、身体条件差、不能承受长时间手术者可选择。在手术前因仔细阅片、详细分型、了解髓腔情况。如骨折呈粉碎性及骨质疏松严

重,为了让患者尽早恢复活动可选择人工双机股骨头置换。对股骨转子间骨折应个性化治疗,医师应对每个病人的情况进行具体分析,针对不同患者的情况确定相应的治疗方案,避免“一刀切”。

参考文献

[1]雷安,赵志国.闭合复位 PFN 治疗股骨粗隆间骨折(附 89 例报告)[J].中国中医骨伤科杂志,2009,17(12): 61-62
[2]杨志明.外科学[M].第 6 版.北京:人民卫生出版社,2003.800
[3]范卫民,陶松年.股骨转子间骨折内固定物的力学研究及疗效观察[J].中华骨科杂志,1995,15(9): 581-583

(收稿日期: 2010-05-06)