

封堵器治疗主动脉窦瘤破裂 2 例

成革胜 张玉顺

doi:10.3969/j.issn.1673-6583.2014.04.022

病例 1, 女性, 17 岁, 因“活动后胸闷气短伴发现心脏杂音 5 d”入院。查体: 胸骨左缘第 3~4 肋间可闻及 IV 级连续性杂音伴震颤。右心导管检查 Qp/Qs 为 2.8, 肺动脉压为 24/13 mmHg。术中造影示: 主动脉窦瘤破裂, 右冠窦破入右室, 破口直径 3 mm (见图 1A)。置入 6/8 mm 动脉导管未闭(PDA)封堵器封堵后, 升主动脉造影示主动脉瓣大量反流 (见图 1B)。回收封堵器更换 5 mm 室间隔缺损(VSD)对称型封堵器置入。升主动脉造影示: 封堵器位置较好, 可见主动脉少到中量反流 (见图 1C)。回收封堵器, 转至外科手术修补治疗。

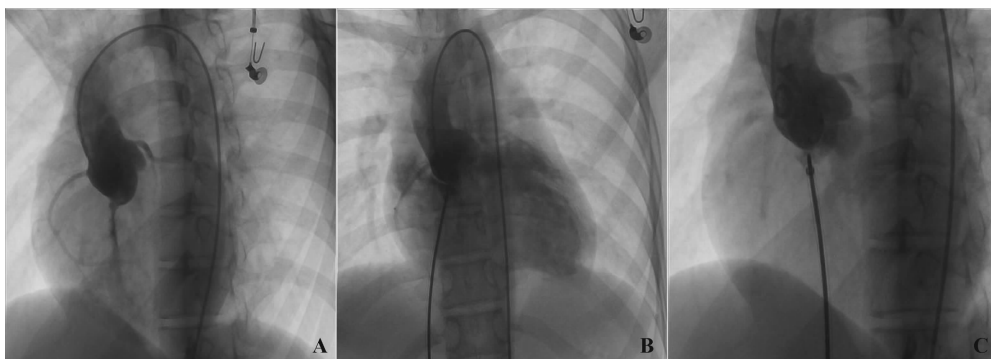


图 1 病例 1 影像资料

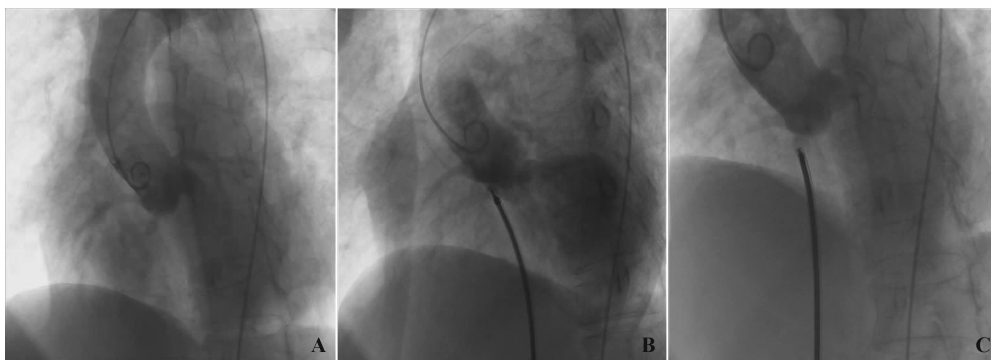


图 2 病例 2 影像资料

讨论: 主动脉窦瘤是一种临床少见的心血管病, 多为先天性。瘤体未破裂时可以无任何临床症状, 一旦破裂常有急性进行性加重的心功能不全, 预后不良, 须及时诊治。

早期介入治疗主动脉窦瘤破裂多数选用 PDA 封堵器^[1-2]。李越等^[3]总结该院 3 例及 37 例散在报道的主动脉

病例 2, 男性, 44 岁, 因“活动后胸闷气短 7 d”入院。查体: 胸骨左缘第 3~4 肋间可闻及 IV 级连续性杂音伴震颤。右心导管检查 Qp/Qs 2.3, 肺动脉压 19/11 mmHg。术中造影示: 主动脉窦瘤破裂, 右冠窦破入右室, 破口直径 2 mm (见图 2A)。置入 4/6 mm PDA 封堵器封堵后, 升主动脉造影示主动脉瓣大量反流 (见图 2B)。回收封堵器更换 4 mm VSD 对称型封堵器置入。升主动脉造影示: 封堵器位置较好, 无主动脉瓣反流。右冠状动脉不受影响。手术成功, 完全释放封堵器 (见图 2C)。术中心脏彩超示封堵器一侧伞盘与右冠窦底贴合良好, 未见主动脉瓣反流及右室流出道血流加速 (见图 3)。

窦瘤破裂封堵治疗共计 40 例患者共成功置入封堵器 41 个, 其中 PDA 封堵器 30 个、VSD 封堵器 4 个、Rashkind 伞 3 个、Coil 弹簧圈 2 个、房间隔缺损(ASD)封堵器 2 个。近年采用 VSD 封堵器治疗主动脉窦瘤破裂的报道有所增多。2012 年陈少萍等^[4]报道 7 例、巩亮等^[5]报道的 4 例均使用 VSD 封堵器成功置入, 随访半年以上, 所有患者均未发生血栓事件、感染性心内膜炎、右心衰竭和死亡。

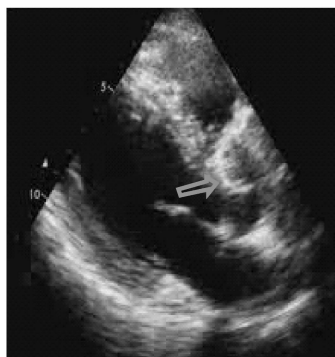


图 3 病例 2 释放封堵器后心脏彩超

本组 2 例患者使用 PDA 封堵器后均出现大量主动脉瓣反流,故换用 VSD 封堵器,结果病例 2 封堵成功,病例 1 未能封堵成功,但换用 VSD 封堵器后主动脉瓣反流明显减少。

PDA 封堵器突入主动脉窦多,且封堵器腰部对主动脉窦撑力大,导致主动脉窦变形,使主动脉瓣功能受损。VSD 封堵器有以下优点:(1)封堵器与主动脉窦贴合紧密,对主动脉窦形态影响小,对主动脉窦及瓣膜的功能影响小;(2)VSD 封堵器的稳定性好,不易发生滑脱。

总之,介入治疗主动脉窦瘤破裂安全有效,在目前无专

用器材的情况下,VSD 封堵器较 PDA 封堵器有一定优势。

参 考 文 献

- [1] 周建华,袁战军,黄建波,等. 经皮导管介入治疗主动脉窦瘤破裂入右心房 2 例[J]. 国际心血管病杂志, 2012, 39(1): 63-64.
- [2] Kerkar PG, Lanjewar CP, Mishra N, et al. Transcatheter closure of ruptured sinus of Valsalva aneurysm using the Amplatzer duct occluder: immediate results and mid-term follow-up[J]. Eur Heart, 2010,31(23): 2881-2887.
- [3] 李 越,王广义,王峙峰,等. 超声心动图在经导管封堵主动脉窦瘤破裂中的作用[J]. 中国医学影像技术, 2008, 24(1): 71-74.
- [4] 陈少萍,白 元,赵仙先,等. 国产细腰型室间隔缺损封堵器治疗主动脉窦瘤破裂的疗效与安全性[J]. 中华心血管病杂志, 2012, 40(4): 298-301.
- [5] 巩 亮,姜黔峰,商黔惠,等. 应用小腰大边室间隔缺损封堵器治疗主动脉窦瘤破裂的临床研究[J]. 介入放射学杂志, 2012,21(9): 722-724.

(收稿:2013-10-12 修回:2014-04-15)

(本文编辑:丁媛媛)

脑心综合征 1 例

连 敏 孙育民 周 赟 王 骏

doi:10.3969/j.issn.1673-6583.2014.04.023

患者,女,71 岁,因头晕伴口齿含糊、左侧肢体活动障碍半天入院。头颅磁共振(MRI)提示右侧侧脑室旁白质区急性脑梗死(见图 1)。既往有高血压 10 余年,规律服用降压药物,但血压控制不佳;糖尿病史 5 年,不规则服用降糖药物,未进行血糖监测。入院查体:血压 140/100 mmHg,神志清楚,两肺呼吸音粗,下肺可闻及少许湿啰音,心界无明显扩大,心率 80 次/分,心律齐,瓣膜区未闻及明显杂音。右侧肌力及肌张力正常,左侧肢体肌力 0 度,肌张力正常,左下肢 Babinski 征阳性。入院当日心电图正常(见图 2),床边胸片未见异常。给予阿司匹林及氯吡格雷抗血小板,氯沙坦、硝苯地平控制血压,依达拉非清除氧自由基等治疗,患者病情趋于稳定。入院后第 13 d 夜间患者突发气促,大汗淋漓,端坐呼吸,咳粉红色泡沫样痰,血压 250/160 mmHg,心率 150 次/分,考虑急性左心衰竭,给予甲基强的松龙、去乙酰毛花苷、呋塞米、硝酸钠及吗啡等药物治疗,同时行心电图检查,提示窦性心动过速,V2~V6 导联 ST 段抬高 0.15~

0.9 mV,并与 T 波融合(见图 2)。急查心肌酶谱提示肌钙蛋白 T1.13 ng/ml,肌酸激酶同工酶(CK-MB)26.5 U/L。药物治疗 5 h 后,患者症状有所缓解,复查心电图显示 V2~V6 导联 ST 段抬高 0.05~1 mV(见图 2)。因考虑急性前壁心肌梗死,与家属沟通后行冠脉造影,未见明显狭窄和血栓。1 d 后患者突发心搏停止,经抢救无效死亡。

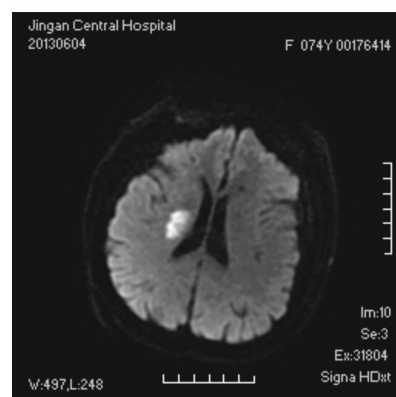


图 1 患者入院当天头颅 MRI