

DOI:10.3724/SP.J.1008.2014.01172

• 病例报告 •

介入治疗伴Ⅲ度房室传导阻滞的法洛三联症 1 例报告

刘宇[△], 陈启[△], 张必利, 于曼丽, 李文文, 安丽娜, 赵仙先*

第二军医大学长海医院心内科, 上海 200433

[关键词] 法洛三联症; 介入治疗; 房室传导阻滞

[中图分类号] R 541.14

[文献标志码] B

[文章编号] 0258-879X(2014)10-1172-03

Interventional therapy for trilogly of Fallot combined with Ⅲ degree auriculo ventricular block: a case report

LIU Yu[△], CHEN Qi[△], ZHANG Bi-li, YU Man-li, LI Wen-wen, AN Li-na, ZHAO Xian-xian*

Department of Cardiology, Changhai Hospital, Second Military Medical University, Shanghai 200433, China

[Key words] trilogly of Fallot; interventional therapy; atrioventricular block

[Acad J Sec Mil Med Univ, 2014, 35(10):1172-1174]

1 病例资料 患者,男,19岁,因体检发现“心脏杂音3个月”入院。查体:血压120/80 mmHg(1 mmHg=0.133 kPa),瘦长体型,颈静脉无怒张,双肺呼吸音清,未闻及干湿啰音。心界不大,心率62次/min,律齐,肺动脉瓣听诊区可闻及3/6级收缩期喷射样杂音,余瓣膜听诊区未闻及杂音。腹平软,无压痛、反跳痛,双下肢无水肿。心电图(图1A):Ⅲ度房室传导阻滞,心室率75次/min。心脏超声(图1B):房间隔缺损(继发孔型,多发型缺损,直径分别为2.0 cm,1.5 cm,两孔间距5 mm),右心增大,右室腔内容积77 mL,右室壁厚度4.5 mm,肺动脉瓣狭窄(瓣上流速373 cm/s,压差56 mmHg),右房室瓣少量反流,左室收缩功能正常。

入院后虽然发现患者存在Ⅲ度房室传导阻滞,但连续心电图遥测示心率维持在60~80次/min,且血流动力学稳定,考虑患者年龄等多方面因素后决定暂不予以起搏器植入。在完善术前检查并征得患者及家属同意后,拟同时进行房间隔缺损封堵术及肺动脉瓣球囊扩张术。介入治疗过程:2%利多卡因局麻下穿刺右侧股静脉,送6 F猪尾巴导管至右室,测得右室压力9.20/-1.20(2.40) kPa;右室造影显示为瓣膜型肺动脉狭窄(图2A)。将导管送至肺动脉,测肺动脉压3.47/0.80(1.73) kPa。使用14 F扩张管扩张股静脉

穿刺处后,交换送入Inoue球囊导管(26 mm)至肺动脉瓣上,透视下准确定位后先后扩张球囊3次(图2B),听诊肺动脉瓣区杂音明显减轻,复测肺动脉瓣上压力3.87/0.93(1.87) kPa,肺动脉瓣下压力4.00/0.67(1.87) kPa,右心室中部压力4.40/-0.27(1.87) kPa。退出球囊后,经14 F输送鞘管将36 mm双盘状房间隔缺损封堵器(上海形状记忆)输送至左房,顺序打开左、右房伞面,封堵缺损口(图2C)。透视下和超声检查示封堵器定位良好,轻送和回拉推送杆,封堵器无移位(图2D)。超声监测示封堵器不影响左房室瓣、右房室瓣启闭,无残余分流,故释放封堵器。术后予以阿司匹林300 mg/d,低分子肝素5 000 U皮下注射,每12 h 1次。3 d后复查心脏超声,示封堵器位置良好,未见残余分流(图3),复查心电图仍为逸搏心律,心率65次/min,病情稳定后出院。术后半年随访心脏彩超提示封堵器位置良好,无残余分流,据右房室瓣反流推测肺动脉压28 mmHg,右室腔内体积52 mL,心电图仍提示Ⅲ度房室传导阻滞,患者恢复良好,无明显临床症状。

2 讨论 法洛三联症指肺动脉瓣狭窄、右室肥大及房间隔缺损三种畸形并存的综合征。多孔型房间隔缺损是指房间隔同时存在2个或以上缺损,超声检查示2条或以上穿隔血流,呈两孔或筛孔形,或以1个较大缺

[收稿日期] 2014-03-11 [接受日期] 2014-05-09

[基金项目] 国家自然科学基金(81370266). Supported by National Natural Science Foundation of China(81370266).

[作者简介] 刘宇, 博士. E-mail: 351912747@qq.com; 陈启, 硕士生. E-mail: aaronchanfree@sina.com

[△]共同第一作者(Co-first authors).

* 通信作者(Corresponding author). Tel: 021-31161248, E-mail: 13601713431@163.com

损为中心,多个小缺损分布于其周围,缺损孔径及间距变化较大。以往对于多孔型房间隔缺损常采用外科手术方式进行治疗,而由于国产细腰大边及 Amplatzer

Cribriform 等特殊类型封堵器的问世,使应用微创的介入方法封堵多孔型房间隔缺损变为现实^[1-3]。

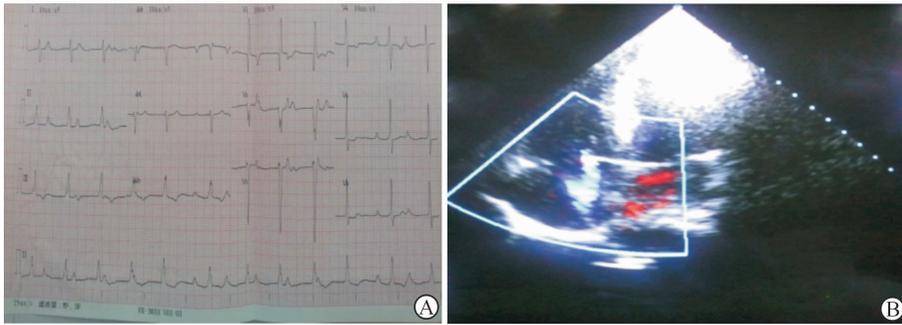


图1 术前患者心电图及心脏彩超结果

A:术前心电图示:Ⅲ度房室传导阻滞,心室率75次/min;B:术前心脏超声示多发型房间隔缺损

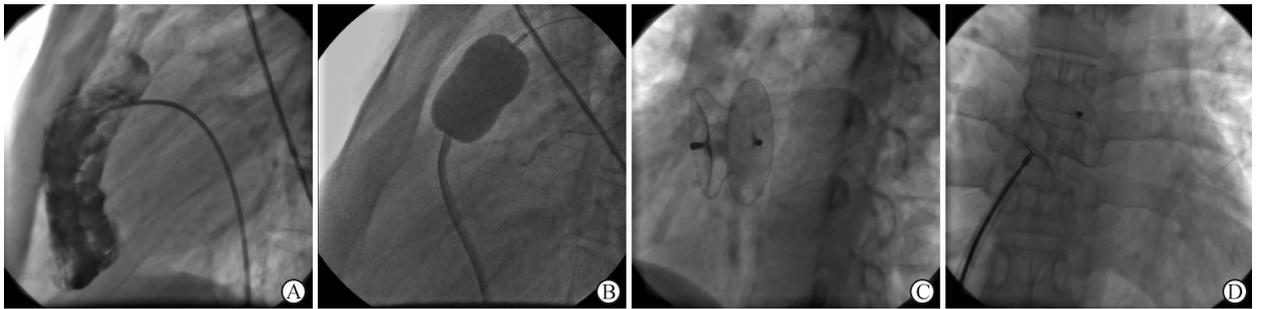


图2 房缺封堵过程

A:左侧位,右室造影,肺动脉瓣开放受限,射流征(+);B:左侧位,球囊扩张后,腰凹部消失;C:左前斜位,应用国产双盘状房间隔缺损封堵器封堵缺损口;D:左前斜位,国产封堵器释放后定位良好



图3 术后心脏彩超

超声封堵器位置固定良好,无残余分流

法洛三联征中,房间隔缺损多为单孔型,多孔型缺损罕见,而同时合并Ⅲ度房室传导阻滞者尚未见报道。本病例中患者在治疗过程中存在以下难点:(1)是否需要植入永久起搏器。该患者心电图检查及入院后心电图遥测均示持续性Ⅲ度房室传导阻滞,但心室率 >60 次/min,QRS波不宽,推测Ⅲ度房室传导阻滞可能是先天

性或心肌炎后遗症。因血流动力学稳定,且无头晕、黑朦、晕厥等症状,因此无心脏起搏器植入指征;术后随访6个月心电图仍为Ⅲ度房室传导阻滞,考虑到改善了血流动力学、右心功能后传导阻滞仍存在,提示其可能并非由法洛三联征引起,患者术后6个月右室腔内体积缩小,提示封堵对远期预后尤其是心室重构方面有着积极的影响。(2)是否同期进行肺动脉瓣扩张术及房间隔缺损封堵术。法洛三联征患者肺动脉狭窄多属瓣膜型狭窄,这是行肺动脉瓣扩张术的适应证^[4],房间隔缺损尽管为多孔型,但从超声解剖上看,也适合行封堵治疗。因此决定同时行肺动脉瓣扩张术及房间隔缺损封堵术。(3)采用何种方法封堵多孔型房间隔缺损。目前应用于多孔型房间隔缺损的封堵方法^[5-7]有:房间隔缺损孔间距离大于7 mm者选用2个封堵器进行封堵;房间隔缺损孔间距离小于7 mm者,可选用国产细腰大边型封堵器,也可以选用1个较大的普通房间隔缺损封堵器进行治疗;在封堵前先使用球囊将多孔型房间隔缺损扩张,使其形成大的房间隔缺损而后

封堵,但因扩张会损伤心房壁,临床较少应用。

对于本病例中患者,我们通过扩张肺动脉瓣减轻右室后负荷,预防了右心衰的发生,同时术中采用1个对称型封堵器置入房间隔缺损大孔,从而达到使用1个封堵器封堵2个或多个房间隔缺损孔的目的。术前应仔细行超声检查,术中根据房间隔缺损孔的位置及大小选择合适的封堵器。由于本病例为青年患者,尚无永久起搏器植入指征,建议密切随访。随访6个月,患者无房室传导阻滞相关临床症状,复查心脏超声示封堵器位置良好,未见穿隔血流。

3 利益冲突 所有作者声明本文不涉及任何利益冲突。

[参考文献]

[1] Pedon L, Zennaro M, Carrozza A, Onorato E. Catheter closure of perforated secundum atrial septal defect under intracardiac echocardiographic guidance using a single amplatzer device: feasibility of a new method[J]. J Invasive Cardiol, 2005, 17:262-265.

[2] Butera G, Romagnoli E, Saliba Z, Chessa M, Sangiorgi G, Giamberti A, et al. Percutaneous closure of multiple defects of the atrial septum: procedural results and long-term follow-up[J]. Catheter Cardiovasc Interv,

2010,76:121-128.

[3] 宗书峰,黄新苗,陈少萍,高力明,秦永文. 国产房缺封堵器治疗多孔型房缺[J]. 现代生物医学进展,2011,11:870-872.

[4] Eacalera R B, Chase T J, Owada C Y. Triple-balloon pulmonary valvuloplasty: an advantageous technique for percutaneous repair of pulmonary valve stenosis in the large pediatric and adult patients[J]. Catheter Cardiovasc Interv,2005,66:446-451.

[5] Cao Q, Radtke W, Berger F, Zhu W, Hijazi Z M. Transcatheter closure of multiple atrial septal defects. Initial results and value of two-and three-dimensional transesophageal echocardiography [J]. Eur Heart J, 2000,21:941-947.

[6] 中国医师协会心血管内科医师分会先心病工作委员会. 常见先天性心脏病介入治疗中国专家共识[J]. 介入放射学杂志,2011,20:3-9.

[7] Carano N, Hagler D J, Agnetti A, Squarcia U. Device closure of fenestrated atrial septal defects: use of a single Amplatz atrial septal occluder after balloon atrial septostomy to create a single defect[J]. Catheter Cardiovasc Interv,2001,52:203-207.

[本文编辑] 徐佳,孙岩

DOI:10.3724/SP.J.1008.2014.01174 DOI:10.3724/SP.J.1008.2014.01174

• 病例报告 •

直肠癌转移至宫颈、卵巢并乳腺同时多重癌 1 例报告

王家坡,郭晓东*,李翠红,杨兴东
河北省涿州市医院普外科,涿州 072750

[关键词] 直肠肿瘤;卵巢肿瘤;乳腺肿瘤;多重癌
[中图分类号] R 735.37 [文献标志码] B [文章编号] 0258-879X(2014)10-1174-02

Rectal cancer metastasizing to cervical and ovarian combined with multiple primary breast carcinoma: a case report

WANG Jia-po, GUO Xiao-dong*, LI Cui-hong, YANG Xing-dong
Department of General Surgery, Zhuozhou Hosptail, Zhuozhou 072750, Hebei, China

[Key words] rectal neoplasms; ovarian neoplasms; breast neoplasms; multiple primary carcinomas
[Acad J Sec Mil Med Univ,2014,35(10):1174-1175]

1 病例资料 患者,女,69岁,发现左下腹包块2个月。B超示:左下腹囊实性包块;CA125:60.7 U/mL。于2013年8月入院行进一步检查治疗。MRI检查发现左侧附件区域有一大小约13.2 cm×8.2 cm×7.2

[收稿日期] 2014-02-08 [接受日期] 2014-04-04
[作者简介] 王家坡,主治医师。E-mail: wangjiapo586@163.com
*通信作者(Corresponding author). Tel: 0312-5521022, E-mail: gxd5401@163.com