

· 经验交流 ·

老年急性右心室心肌梗死20例临床分析

徐一夫

(北京军区总医院心内科, 北京 100000)

【关键词】老年人; 右心室; 急性心肌梗死; 合并症

【中图分类号】R592; R541.4

【文献标识码】B

【DOI】10.11915/j.issn.1671-5403.2016.04.069

急性右心室心肌梗死(acute right ventricular myocardial infarction, ARVMI)是临床上少见的心血管急症,大多由右冠状动脉或左冠状动脉回旋支急性血栓形成导致血管闭塞引起,老年患者的临床表现尤其不典型。ARVMI极少单独存在,常合并下壁、后壁心肌梗死、房室传导阻滞、低血压、胃肠道症状、晕厥甚至心源性休克等并发症。对于ARVMI的处理,应强调早期重视、早期诊疗^[1,2]。现将北京军区总医院心内科2014年1月至2015年7月收治的20例老年ARVMI患者的病例资料进行分析探讨,以期提高ARVMI的临床治愈率,降低误诊、漏诊率。

1 临床资料

本组共20例患者,其中男12例,女8例,年龄66~82(72.6±8.2)岁,病程(10.1±3.0)d,发病至入院救治时间为(0.5~48.0)h。

本组20例老年ARVMI患者临床表现不典型,其中>8例以腹部疼痛伴恶心、呕吐、多汗为首发主要临床表现就诊,7例以胸闷、憋气、咳嗽为首发主要临床表现,5例以急性牙痛、咽痛为首发主要临床表现。其中5例并发心源性休克,11例并发血压下降。20例患者中19例以临床表现、心肌酶谱及心电图的动态变化作为确诊依据;1例心电图表现未达诊断标准,行冠状动脉造影(coronary angiography, CAG)后显示右冠状动脉右室支近端闭塞,作为ARVMI的确诊依据。既往有吸烟史6例,高血压病9例,高脂血症10例,糖尿病6例,心脏病家族史11例。

患者入院后均进行了心肌酶学检查,20例患者首次检查肌钙蛋白I(>0.1ng/ml为阳性)和肌红蛋白(myoglobin, Mb; >70mg/ml为阳性)均>正常值2倍;肌酸激酶(creatinine kinase, CK)353~696IU/L;肌酸激酶同工酶(creatinine kinase isoenzyme, CK-MB)85~320IU/L。之后数次复查心肌酶学各值均逐渐下降。

本组20例患者中,常规导联心电图表现为下壁心肌梗死12例(60.0%);后壁心肌梗死7例(35.0%);前壁心肌梗死1例(5.0%)。心电图示:V₃R~V₅R ST段抬

高>0.11mV且STⅢ抬高/STⅡ抬高>1表现者共19例(95.0%);V₄R中ST段明显抬高,同时伴有Q波或QS波者7例。3例并发窦性心动过缓,1例并发I度房室传导阻滞,4例并发II度II型房室传导阻滞,5例合并心力衰竭。

20例患者安排入住冠心病重症护理病房(coronary intensive care unit, CCU),行吸氧、绝对卧床休息、止痛、呼吸心电监护,给予低分子肝素(low molecular heparin)、阿司匹林(aspirin)、氯吡格雷(clopidogrel)治疗。明确患者无禁忌证后给予血管紧张素转换酶抑制剂(angiotensin-converting enzyme inhibitors, ACEI)及β受体阻滞剂,同时补充低分子右旋糖酐(low molecular dextran)、林格氏液等扩容以维持右心室前负荷^[3]。本组有15例无溶栓禁忌证,给予尿激酶(uricase)静脉溶栓治疗,剂量为100万~150万单位^[4]。1例行经皮冠状动脉成形术(percutaneous transluminal coronary angioplasty, PTCA)。5例患者补液后血压不升,加用多巴酚丁胺(dobutamine)升压,同时对5例心力衰竭患者静脉滴注多巴胺(dopamine)。4例患者并发II度II型房室传导阻滞,给予阿托品(atropine)治疗,1例患者对阿托品反应较差,给予临时起搏治疗。对6例合并糖尿病患者给予降糖治疗。严密监测生命体征,调整输液速度。

20例患者经抢救后好转,血流动力学稳定,无死亡或严重并发症发生。出院前复查心脏彩超提示20例患者均有不同程度的右心室壁收缩活动减弱。

2 讨论

大多数老年ARVMI患者的临床表现不典型,起病急且隐匿,不易被发现,患者常合并糖尿病、高脂血症等基础疾病。常见临床表现包括:(1)胸闷、气短、咳嗽;(2)腹痛、恶心、呕吐等消化道症状;(3)牙痛、咽痛;(4)低血压甚至休克;(5)少数老年患者有头晕、头痛、偏瘫、精神行为异常等脑血管病症状^[5]。若同时存在颈静脉充盈、怒张,肝大,双下肢浮肿等右心功能不全体征,应警惕ARVMI。ARVMI极少单独存在,一般合并下壁、

后壁心肌梗死,对于少数左冠状动脉对心肌供血占优势的患者可发生前壁心肌梗死。本组20例患者中,有1例患者心电图示V1~3 ST段抬高,且出现坏死性Q波,呈前壁心肌梗死表现。相关文献报道,ARVMI的心电图诊断标准为:右胸导联V₃R~V₅R ST段抬高 ≥ 1.0 mm, V₄R中ST抬高最有诊断价值;肢体导联ST III > ST II^[6]。本组有19例患者心电图表现符合此诊断标准。但需要注意的是,ST段抬高时间持续短暂,最快甚至在首次发作2h内右胸导联ST段恢复,48%患者在10h内恢复正常,37.5%患者在24h内恢复正常,绝大部分患者3d内右胸导联ST段抬高消失^[7]。医师诊断时应予以充分重视,依据临床表现和辅助检查考虑ARVMI的可能,必要时行冠状动脉造影,以免误诊。

ARVMI确诊后,除按照常规心肌梗死的一般临床治疗外,尤其要注意扩容治疗,通过补液维持右心室前负荷,降低后负荷。首选静脉滴注低分子右旋糖酐,禁用利尿剂,防止进一步降低血压,慎用血管扩张剂。而右心室心肌梗死极少单独存在,常合并左室心肌梗死,故扩容时应及时调整补液速率,防止发生左心功能不全。对于合并左心功能不全患者,需降低左心室后负荷,而血管扩张剂会加重低血压甚至导致休克,因此应注意联合使用多巴胺、多巴酚丁胺^[8],必要时适量使用利尿剂,在扩容基础上加用正性肌力药物,严密监测血压变化^[9]。老年ARVMI患者常合并心律失常,如窦性心率过缓、房室传导阻滞等,通过尽早治疗可恢复窦性心律,否则可能导致恢复较慢或长期遗留。治疗重点在于及时改善心肌供血,最大限度地保护心肌,因此在明确无禁忌证后,早期给予溶栓或介入治疗可使临床转归有效改善。

医师对有高危因素的人群(包括有吸烟酗酒史、糖尿病病史、高血压病史、高脂血症及心脏病病史的老年患者)应加强宣传教育,常规戒烟、戒酒,低盐、低脂饮食,严格控制血糖、血压,注意保持乐观积极的心情,适当锻炼,避免病情复发^[10]。

综上所述,老年ARVMI患者的临床表现多不典型,诊断时主要依靠心电图、心肌坏死标志物的动态变化,必要时需行冠状动脉造影明确诊断。针对患者的自身情况进行综合性治疗,可显著提高患者治愈率,避免误诊、漏诊,改善生活质量。

【参考文献】

[1] Ventetuolo CE, Klinger JR. Management of acute right ventricular failure in the intensive care unit[J]. Ann Am Thorac Soc, 2014, 11(5): 811-822.

[2] Nai FS, Di LD. The diagnosis and treatment of acute inferior myocardial infarction accompanied by right ventricular myocardial infarction (24 cases)[J]. Chin J Cardiovasc, 2001, 6(2): 101. [耐菲塞, 迪丽达. 急性下壁心肌梗死合并右室心肌梗死的诊治体会(附24例)[J]. 中国心血管杂志, 2001, 6(2): 101.]

[3] Lu QX, Zhang Q, Wu JX, et al. Acute right ventricular myocardial infarction: clinical analysis of 10 cases[J]. Chin J Pract Med Res, 2002, 1(3): 42-43. [卢全兴, 张谦, 吴金秀, 等. 急性右心室心肌梗死10例临床分析[J]. 中国实用医学研究杂志, 2002, 1(3): 42-43.]

[4] Ge JB, Xu YJ. Internal Medicine[M]. 8th ed. Beijing: People's Medical Publishing House, 2013: 252. [葛均波, 徐永健. 内科学[M]. 第8版. 北京: 人民卫生出版社, 2013: 252.]

[5] Yan PF, Liu ZH, Li JM, et al. Misdiagnosed acute right ventricular myocardial infarction in 18 elderly cases[J]. Chin J Evid Based Cardiovasc Med, 2014, 6(5): 597-598. [严鹏飞, 刘振华, 李金明, 等. 老年急性右心室心肌梗死18例临床分析[J]. 中国循证心血管医学杂志, 2014, 6(5): 597-598.]

[6] Bai XS, Du SF. Advances in electrocardiogram of acute right ventricular infarction[J]. Advan Cardiovasc Dis, 1999, 20(4): 227-229. [白旭生, 杜苏丰. 急性右室梗死的心电图诊断进展[J]. 心血管病学进展, 1999, 20(4): 227-229.]

[7] Li YM, Hu DY. Right Ventricular Myocardial Infarction[M]. Beijing: People's Military Medical Press, 2005: 328; 334; 393. [李益民, 胡大一. 右心室心肌梗死[M]. 北京: 人民军医出版社, 2005: 328; 334; 393.]

[8] Wu YF. Analysis of 32 cases with right-ventricular cardiac infarction[J]. J Henan Univ Sci Tech(Med Sci), 2003, 21(3): 183-184. [吴伊风. 右心室心肌梗死32例临床分析[J]. 河南科技大学学报(医学版), 2003, 21(3): 183-184.]

[9] Wang JY. Internal Medicine[M]. Beijing: People's Medical Publishing House, 2005: 295-296. [王吉耀. 内科学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2005: 295-296.]

[10] Mao HY, Yang XT. Cardiology[M]. Beijing: People's Medical Publishing House, 1995: 104-149. [毛焕元, 杨心田. 心脏病学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 1995: 104-149.]

(编辑: 吕青远)