

前壁心肌梗塞引起右室阻塞综合症一例

陈学珠

(首都钢铁公司总医院心内科, 北京 100041)

患者, 男性, 70岁, 因心前区疼4小时收住院, 经检查确诊为急性前壁心肌梗塞。住院10天后, 胸骨左缘第三四肋间出现响亮全收缩期吹风性杂音, 向心尖部及心底部广泛传导。病人有腹胀、心悸、双下肢肿, 稍事即头晕现象, 血压(12~10)/8 kPa, 双颈静脉怒张, 双肺底少许水泡音, 心尖搏动弥散, 无震颤, 心率80~100次/分, 律齐。超声心动图示: 左室内径66 mm, 左房前后径34 mm, 右房内径28.5 mm, 右室内径31.5 mm, 室间隔厚度5.4 mm, 左室壁厚5.4 mm, 升主动脉及肺动脉内径不宽, 心尖部显著扩张圆隆, 左室前壁及室间隔变薄, 回声低及张力消失, 呈“矛盾”运动, 收缩增厚率及舒张速率减低, 左室射血分数44%。二尖瓣开放关闭无异常, 各瓣膜未见异常流速, 右室流出道内血流速度偏快。B超提示肝淤血。心脏远达像示心脏呈普大型, 有肺淤血。临床确诊急性广泛前壁心肌梗塞继发右室阻塞综合征。后在静脉滴注硝酸甘油基础上加氨力农、多巴胺等非洋地黄强心剂治疗, 病情2周内明显好转出院。

讨论

由前壁心肌梗塞引起右室阻塞综合征为罕见的临床机械并发症。国内尚未报道, 以往在急性心肌梗塞数天内所听到胸骨左缘第三四肋间收缩期粗糙杂音, 常考虑到乳头肌功能不全、室间隔穿孔、心肌夹层形成。本文主要依靠超声心动图做出诊断。从超声心动图所见, 由于前壁广泛心肌梗塞导致室间隔变薄, 在每个收缩期中, 由于室间隔产生的“矛盾”运动, 使其突然扩

张, 后者凸入右室腔, 阻碍了收缩末期右室射血, 这种造成右室流出道狭窄, 右室射血受阻, 血流异常可解释收缩期杂音的产生。除此之外, 由于左右心室共处一个心包腔和室间隔。当左室由于心肌缺血及前后负荷的增加使左室顺应性下降并导致舒张期压力-容量增加时, 必然通过心包压力的改变和/或室间隔向右室腔的偏移引起右室腔发生了几何图形的改变, 呈限制性右室舒张功能障碍。主要以舒张晚期与早期流速值之比率下降和减速度时间缩短为特点。由于左室舒张期末压力增加, 左房进入左室腔的血流减少, 呈现出与收缩功能不全相似的临床表现。

超声心动图早期诊断及发病机理研究为我们在治疗上提供了更贴切的理论及方法。从上述分析看, 由于室间隔在梗塞后所产生的矛盾运动及左室内压增加的影响, 导致右室流出道狭窄, 使其无论收缩还是舒张功能均受影响, 这就造成了右室射血分数明显下降。并决定临床发病特征上是在急性心肌梗塞数天内很快出现体循环淤血表现。

由于左室前壁心肌梗塞加之继发右室流出道狭窄, 使心排量明显下降, 易引起心源性休克和顽固性心力衰竭, 若按以往急性心肌梗塞导致的全心衰竭治疗, 一味给以扩张血管药及利尿药治疗, 则可能会使病情加剧, 而适量加以强心剂可减轻左室前负荷, 治疗会更有效。

(本文1994-11-26收到)