

# 右心室梗塞 12 例报告

山东省立医院内科 朱德琪 张琪琦 \*李小鹰 沈承芳

近年来, 我院收治右室梗塞 (RVI) 患者 12 例, 现结合临床资料, 对其诊断和治疗讨论如下。

## 临床资料

本组男 8 例, 女 4 例。年龄 51~75 岁。病程 30 分至 48 小时, 于发病 12 小时内入院者 9 例, 24 小时内入院者 3 例。均根据其临床表现、心电图、血清酶及血流动力学资料确诊, 其中 10 例并发于下壁梗塞, 2 例并发前壁、侧壁及后壁梗塞 (1 例猝死尸解证实为全心脏梗塞)。

**一、临床表现:** 主要为烦躁不安、出冷汗, 皮肤苍白、四肢发凉, 呼吸浅快、紫绀、脉细、尿少, 收缩压降低。可闻及第三、四心音, 收缩期吹风样杂音 (心前区), 心律失常, 双肺清晰。

**二、辅助检查:** 胸部 X 线摄片 4 例, 均显示心脏扩大, 心胸比率为 60~65%, 肺野清晰。心电图检查 12 例, 除均有下壁、后壁急性心肌梗塞 (AMI) 外, 10 例 V<sub>4</sub>R 导联 S-T 段抬高 ≥ 1 毫米, 其中 4 例同时有 V<sub>1</sub>、V<sub>3</sub>R、V<sub>6</sub>R 导联 S-T 段抬高 ≥ 0.5~1 毫米, 房性早搏 2 例, 结性、室性早搏各 3 例, II~III° 房室传导阻滞 8 例。B 型 + M 型超声检查 3 例, 均示右室壁运动减弱, 右室舒张末径为 36~41 毫米, 左室舒张末径为 35~40 毫米, 其中 1 例右室声学造影显示三尖瓣关闭不全。血清酶检查 12 例, 肌酸磷酸激酶 (CPK) 256~3,150 国际单位/升; 其同功酶 (CPK-MB) 26~326 国际单位/升; 谷草转氨酶 (GOT) 80~400 单位。血流动力学检查 10 例, 结果为中心静脉压 (CVP) 14~22 厘米水柱, 右房压 (RAP) 13.5 毫米汞柱, 右室舒张末压 (RVEDP) 10.5 毫米汞柱, 右室收缩压 (RVSP) 26 毫米汞柱, 肺动脉嵌压 (PCWP) 11.7 毫米汞柱。其中 4 例测心排血量, 结果为 1.8~2.6 升/分, 心脏指数 1.4~2.0 升/分/米<sup>2</sup>。动脉压 <

80/60。

**三、治疗:** 除给予 AMI 常规治疗外, 并进行积极的扩容治疗, 以纠正 RVI 并发的休克及心力衰竭。本组初始 2 例患者, 因限制输液及加大多巴胺及阿拉明剂量, 最终死于休克; 以后 10 例增加输血量至 3,500~6,000 毫升/日, 连续滴注 7~14 天, 待血压稳定后逐渐减量至停止输液。其中 6 例试减少输液, 结果血压又下降至休克, 经静滴多巴胺及静推 654-2 均无效, 改用快速扩容后血压稳步回升至正常, 好转出院。其余 4 例持续输液 12~14 天, 血压稳定, 恢复健康。

## 讨 论

**一、发病率:** 本组 RVI 占同期 AMI 住院的 13% (12/92), 占下壁梗塞的 24.4% (10/41), 占前壁梗塞的 3.9% (2/51)。由于右室供血主要来源于右冠状动脉, 故 RVI 亦多并发于下壁梗塞。

RVI 的发生部位, 按其发生频率依次为右室后壁、后壁间隔、右室游离壁的下壁及侧壁、前壁及孤立的乳头肌。按其梗塞范围分为四级: I 级为右室下壁梗塞 < 50%。II 级为右室下壁梗塞 > 50%, 但不累及其他室壁。III 级为右室下壁全梗塞 + 右室前侧壁 < 50%。IV 级为右室下壁全梗塞 + 右室前侧壁 > 50%。

**二、RVI 诊断:** 关于 RVI 的诊断标准各家报道不一, 综合如下: ① 确诊 AMI (临床症状、心电图、血清酶三项中有两项者)。② 休克、心衰, 但无肺淤血征象, 以左室梗塞不能解释者。③ AMI 后出现颈静脉怒张、三尖瓣返流杂音、右室扩张并衰竭。④ 心电图示 V<sub>4</sub>R 导联 ST 段抬高 ≥ 1 毫米, 有 P 波异常、房性心律失常或心房梗塞。⑤ 血清酶明显升高, 与 AMI 范围不成比例。⑥ 胸部 X 线摄片示双肺无间质性水肿, 心胸比率增大。⑦ 超声示右室增大, 右室壁活动障碍, 右室舒张末径/左室舒张末径 ≥ 0.7, 并排除心包积液。⑧ 血流动力学示中心静脉压、右房压及

\*本院研究生, 现在中国人民解放军总医院

右室充盈压与左室充盈压比值增高,肺嵌压及左室舒张末压正常。⑨放射性核素、冠状动脉或心室造影显示RVI者。

### 三、RVI治疗:

1. 快速扩容:可提高右房压,加强右房收缩力,增加左室充盈及心排血量,这是纠正RVI休克的关键措施。可给予低分子右旋糖酐、生理盐水、葡萄糖液等。

2. 血管扩张剂:可改善微循环灌注不良及血流动力学指标,有利于纠正休克。

3. 正性收缩药物:如多巴胺或多巴酚丁胺等,可增强心脏收缩力,增加左室被动充盈,适于RVI并右心衰竭者。但应于补足血容量后,结合临床应用。

4. 抗凝治疗:本组4例应用肝素及华法令,肝素100~150毫克/日,静滴,持续3天。同时口服华法令5毫克/日,使凝血酶原时间维持在正常值的2~2.5倍,以后调整华法令2.5~5毫克/日。

5. 补氧:可降低肺血管阻力,有利于肺循环,改善缺氧。以氧帐给氧较好。

6. 主动脉内囊泵反搏术:此术对RVI并休克者,可增加其冠脉血流量,提高主动脉舒张压,改善心肌供血,有利于心功能恢复。

### 参考文献

1. Butman S et al: Am Heart J 1982 103: 912
2. Tnilio Morgera et al: Am Heart J 1984 108 (1): 13
3. Klein H O et al: Circulation 1983 67 (3): 558
4. Furey I S A et al: Am Heart J 1984 107 (2): 404
5. Schuler G et al: Circulation 1983 68: 111~109
6. Geft I L et al: Am J Cardiol 1984 53: 991~996
7. Love J C et al: Am Heart J 1984 108: 13~18
8. Panidins I P et al: Am Heart J 1984 107: 1187~1193
9. Chou t et al: Circulation 1983 67: 1258~1267
10. HauPt H M et al: Circulation 1983 67: 1268~1272

## 硝苯吡啶并心得安治疗肾性高血压21例报告

**一、临床资料:**本组男15例,女6例;年龄13~53岁;病程7天至10年。慢性肾小球肾炎17例,急进型肾炎3例,过敏性紫癜性肾炎1例。其中肾功不全者14例。血生化检查:尿素氮异常17例,最高达179毫克%;肌酐异常14例,最高达15.6毫克%;24小时尿蛋白>1克者11例。查体:眼底有出血、渗出者10例,血压为150/100~250/160毫米汞柱。21例患者均用过普通降压药物,但效果不佳。

**二、治疗方法及疗效:**硝苯吡啶10~20毫克,每6小时一次,咬碎服或舌下含化;心得安10~50毫克,每日三次,口服。我们对21例患者服药前后的血压变化定时进行了连续观察,结果服药后15分钟血压开始下降,30分钟作用明显,2~3小时作用达高峰,维持4~6小时,6小时后血压有回升趋势。血压下降幅度为:平均收缩压下降 $52.86 \pm 8.53$ ,平均舒张压下降 $44.10 \pm 5.65$ 。与治疗前比较,有极显著意义,  $P < 0.01$ 。

服药后显效20例(舒张压降至正常范围),有效1例(舒张压下降19毫米汞柱,但未达到正常范围),总有效率为100%。经观察,患者服药前后的肝功无变化,且长期服药无明显不良反应。

**三、讨论:**肾性高血压多为年龄较轻,血压升高明显,一般降压药物治疗不佳的患者,目前尚无特殊疗法。硝苯吡啶具有解除冠状动脉痉挛和扩张周围小动脉的作用,在一定程度上也有解除肾血管痉挛的作用,故用于肾性高血压效果良好。心得安能阻断由交感神经传递的肾小球旁器细胞的肾素释放,故其既可降低血压,又可消除硝苯吡啶引起的心动过速之副作用。两者伍用可加强降压疗效,作用持久,使血压趋于稳定。

经临床应用我们认为,硝苯吡啶加心得安治疗肾性高血压的方法见效快,疗效高,无药物副作用,值得推广。

(中国人民解放军第89医院 傅秀兰)