

冠状动脉心肌桥 32 例的临床和心电图分析

冼健坤

(广西医科大学第一附属医院心电图诊断科, 南宁市 530021)

【关键词】 心肌桥; 冠状动脉造影; 心电图; 心肌缺血

【中图分类号】 R 542.2; R 540.41 【文献标识码】 B 【文章编号】 0253-4304(2008)09-1394-02

心肌桥可造成收缩期冠状动脉局部狭窄, 过去曾认为心肌桥为一种良性病变。近年发现心肌桥对冠状动脉的收缩期压迫不仅导致收缩期心肌血流灌注减少, 而且舒张早、中期的心肌灌注也受到影响, 从而发生心肌缺血, 并可降低冠状动脉血流储备^[1-3]。本文回顾性分析经冠状动脉造影诊断的 32 例心肌桥患者临床及心电图特点。

1 资料与方法

1.1 临床资料 我院心导管室 2004 年 2 月至 2007 年 12 月共完成冠状动脉造影 2488 例, 其中检出心肌桥患者 32 例, 检出率为 1.29%。患者年龄 26 ~ 72 (52.4 ± 9.6) 岁; 男性 22 例, 女性 10 例。所有患者行冠状动脉造影前均常规行 12 导联心电图检查, 部分患者行活动平板试验。

1.2 方法 采用 Judking 法经股动脉或桡动脉路径行选择性冠状动脉造影术, 左冠状动脉造影采用左肩位(左前斜 20 ~ 45° + 头位 30°)、蜘蛛位(左前斜 45 ~ 50° + 足位 25 ~ 30°)、肝位(右前斜 0 ~ 30° + 足位 30°)、右肩位(右前斜 20 ~ 30° + 头位 30°), 必要时加做左侧位等。右冠状动脉造影采用左前斜 45° 及右前斜 30°。造影导管选用 5F 或 6F, JL、JR 3.5 ~ 5.0 造影导管或 Amplatz 导管或多功能造影管。通常观察造影剂充盈冠状动脉 3 个心动周期作为判断, 怀疑冠状动脉痉挛者经造影导管推注硝酸甘油 200 μg 后重复造影予以排除。

1.3 心肌桥的诊断 心肌桥的诊断标准: 至少一个投照体位发现冠状动脉收缩期管径狭窄而舒张期管径正常呈“挤奶效应”(milking effect)。目测法参照正常血管腔直径与心肌桥处管壁收缩期及舒张期管腔直径及肌桥长度。采用 Nobel 等方法根据收缩期狭窄程度将心肌桥分为 3 级: 1 级收缩期狭窄 < 50%, 2 级收缩期狭窄 50% ~ 75%, 3 级收缩期狭窄 > 75%。

2 结果

2.1 冠状动脉造影结果 行冠状动脉造影术 2 488 例患者中检出心肌桥 32 例, 检出率 1.29%。心肌桥位于左前降支中、远段 29 例, 位于回旋支中段 3 例。其中 1 级狭窄 18 例 (56.3%), 2 级狭窄 10 例 (31.3%), 3 级狭窄 4 例 (12.5%)。心肌桥长度 5 ~ 24 (18 ± 7.3) mm。12 例伴有其他部位不同程度 (30% ~ 80% 狭窄) 冠状动脉粥样斑块病变。

2.2 临床表现 32 例心肌桥患者均有不同程度胸闷胸痛症状而就诊, 8 例 (25%) 症状明显需药物治疗, 7 例 (21.9%) 有早搏史, 6 例 (18.8%) 有高血压病史, 2 例 (6.3%) 因心肌桥以

外的其他部位冠状动脉严重病变而置入支架治疗症状改善。

2.3 心电图特点 在 32 例心肌桥患者中 23 例行活动平板试验, 其中 7 例阳性 (30.4%), 5 例可疑阳性 (21.7%)。16 例 (50%) 于静息状态下有 V3 ~ V6 导联 ST 段下移 0.05 ~ 0.1 mv 伴 T 波倒置或双向; 8 例 (20%) 静息时心电图正常, 胸痛发作时伴 ST-T 改变; 3 例 (9.4%) V4 ~ V6 导联 ST 段弓背向下抬高, T 波高尖呈早期复极样改变; 7 例 (21.9%) 有室性早搏。2 例 (6.3%) II、III、avF 导联 T 波低平。

3 讨论

正常情况下冠状动脉及其分支行走于心外膜下心肌表面, 当冠状动脉或其分支的某个节段行走于室壁心肌纤维之间, 被形成似桥的心肌纤维覆盖, 在心脏收缩时出现暂时性管腔狭窄甚至闭塞, 则被心肌纤维覆盖的动脉称为壁冠状动脉, 这段心肌纤维称为冠状动脉心肌桥 (myocardial bridging)。1960 年 Portmann 等首先报告了心肌桥的影像学表现——收缩期狭窄, 即冠状动脉某一节段收缩期变得狭窄、模糊或显影不清, 而舒张期冠状动脉影像正常。有作者称心肌桥发生于 0.5% ~ 16% 人类心脏中, 多见于前降支中、远段, 偶见于回旋支、后降支、右冠状动脉及其他冠状动脉血管。本文检出率 1.29% 与文献报告一致^[1-3]。

近年来不少研究认为心肌桥不单是一种良性病变^[2], 亦可导致严重心肌缺血及有关临床事件。主要与其位置和解剖结构有关。表浅型心肌桥对冠状动脉压迫小, 产生心肌缺血表现不明显, 纵深型心肌桥与左前降支关系密切可扭曲该血管, 不仅致收缩期血流灌注不足而且影响舒张早、中期血流, 明显降低冠状动脉的血流储备^[3]。

本组 32 例心肌桥病例心电图改变的特点以胸前导联 ST-T 改变为主, 符合冠状动脉解剖与造影心肌桥部位特点。可能为心肌桥位于左前降支中远段, 在收缩期压迫壁冠状动脉从而影响左心室前侧壁、心尖部的血供。尤其在运动心率加快时, 收缩期所占时间增加, 血管受压时间延长, 另一方面舒张期相对缩短, 心肌灌注不足。收缩力增强, 使血管受压增加, 同时心肌耗氧量增加, 血供不能相应增加使冠状动脉储备血流减少。本组心肌桥患者心电图出现相应部位 ST-T 改变及运动试验阳性改变进一步证实心肌桥对冠状动脉血流动力学有影响, 可导致心肌缺血发生。

心肌桥临床表现多种多样, 差异较大, 许多患者长期无症状, 也有不少患者有心肌缺血表现, 特别在劳累、运动、情绪激

动心肌缺血加重时诱发心绞痛或心律失常及急性心血管事件。目前认为其临床症状的轻重和与冠状动脉受压的程度有关。一般认为心肌桥压迫性狭窄 >40% 时可出现胸闷、胸痛甚至心绞痛等症状。心肌桥还可与高血压、冠心病、心肌病、心瓣膜病等其他器质性心脏病并存,使临床表现更加复杂化^[4]。本组所有 32 例患者均有不同程度的胸闷不适症状而来就诊,有 7 例出现室性早搏,有 8 例症状明显而需要药物治疗,支持以上观点。

心肌桥的治疗主要取决于患者的临床症状与压迫性狭窄的程度,大多数预后良好。心电图随访监测有利于了解心肌供血情况,轻者无须治疗,有症状者应避免剧烈运动,可选用 β -受体阻滞剂及非二氢吡啶类钙离子阻滞剂和抗血小板药物等治疗,严重病例可植入支架或施行心肌桥松解术或冠状动脉旁路移植术^[3-5]。

参 考 文 献

- [1] 李占全. 冠状动脉与临床[M]. 沈阳: 辽宁科学技术出版社, 2001:1.
- [2] Soran D, Pamir G, Erol C, et al. The incidence and significance of myocardial bridge in a prospectively defined population of patients undergoing coronary angiography for chest pain[J]. Tokai J Exp Clin Med, 2000, 25(1): 57-60.
- [3] Ferreira AG, Trotter SE, Konig B, et al. Myocardial bridges morphological and functional aspects[J]. Br Heart J, 1991, 66(5): 364-367.
- [4] Marchionni N, Chechi T, Falai M, et al. Myocardial Stunning associated with a myocardial bridge[J]. Int J Cardiol, 2002, 82(1): 65-67.
- [5] 郭丽君, 谭婷婷, 毛节明. 冠状动脉肌桥的临床和预后分析[J]. 中华医学杂志, 2003, 83(7): 553-555.

(收稿日期:2008-04-01 修回日期:2008-05-05)

改良宫颈锥切术 40 例分析

梁 革 张丽英 谢艳华 欧惠萍

(广西民族医院妇产科, 南宁市 530001)

【关键词】 宫颈病变; 宫颈锥形切除术; 宫颈电圈切除术

【中图分类号】 R 713.411 【文献标识码】 B 【文章编号】 0253-4304(2008)09-1395-02

宫颈上皮内瘤变(CIN)的发病率逐年上升, 宫颈癌患者呈年轻化趋势, 其中有部分患者尚未生育, 她们迫切希望保留生育功能。因此, 具有诊断和治疗效果的宫颈锥切术具有重要意义。为了减少手术并发症, 我院对传统的宫颈锥切进行了改良, 取得了良好的临床效果, 现报告如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料 我院 2005 年 5 月至 2006 年 5 月门诊患者中, 宫颈细胞学巴氏Ⅲ级以上或临床怀疑病变者行阴道镜检查, 并在阴道镜指导下行多点活检。根据活检病理结果, 有指征者行宫颈锥形切除术 100 例, 年龄 18~65(40.3±1.2)岁, 孕产次 0~8 次, 有生育要求患者 24 例。将病例随机(双盲法)分成三组: A 组 40 例, 采用改良宫颈锥切术; B 组 28 例, 采用传统宫颈锥切术; C 组 32 例, 采用宫颈电圈切除术(LEEP); 三组患者年龄、产次均无显著差异, 无其他合并症。

1.2 宫颈锥切指征^[1] 宫颈细胞学或阴道镜显示为 CIN II 或 CIN III; CIN I 或残留 CIN I 不能定期随访者; 年轻患者 CIN III 或原位癌要求保留生育功能者; 宫颈细胞学检查异常, 阴道镜检查不满意; 阴道镜下宫颈局部病灶轮廓不完全清楚, 无法直接活检; 主要病灶在子宫颈管超出阴道镜观察范围; 宫颈细胞学、阴道镜和病理可疑宫颈浸润癌需进一步明确; 子宫颈不典型细胞或有症状的宫颈外翻。

1.3 改良宫颈锥切术 所有患者均无锥切禁忌证, 均在静脉麻醉或硬膜外麻醉下进行手术。锥切术锥体底面为宫颈外口, 切除范围包括移行带外 3~5 mm 的正常组织, 锥切深度

15~25 mm, 根据病情及病灶部位决定切除范围及深度。标本 12 点处带线标记, 于创口锥尖部电凝止血 1 周, 并在锥切创面上下 1/4 扇面范围点状电凝止血, 电凝功率 25 W, 以 Dexam 0 号线穿过宫颈 2 点外 0.5 cm, 穿过宫颈口左旁约 0.3 cm, 自 4 点处外 0.5 cm 出针后打结; 另从 10 点外 0.5 cm 处进针穿过宫颈口右旁 0.3 cm 自 8 点处外 0.3 cm 出针打结, 宫颈管置导管防粘连, 48 h 取出, 创面置碘仿纱条压迫, 24 h 取出。术后常规抗生素预防感染。

1.4 观察指标 手术时间、术中出血量、术后出血的发生率、宫颈粘连狭窄及病灶残留的发生率。(1) 术后出血病例的诊断: 患者一般于术后第 5 天开始有少许阴道血性分泌物, 约 7~10 d 干净, 如术后出血近月经量或阴道出血鲜红或伴血块需加用止血药或局部处理止血者为术后出血病例。(2) 术后宫颈粘连或狭窄病例诊断: 术后 1 个月复查宫颈口通 6 号扩条有困难或月经血排出困难致痛经者, 宫颈外口有粘连变形者。

1.5 随访 术后 1 个月月经后第一次随访, 6 号扩条扩宫颈口, 以后 3~6 个月随访 1 次, 每次均行阴道镜及细胞学检查。

1.6 统计学处理 采用 SPSS 统计学软件进行统计分析, 以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结 果

手术时间、术中出血量 A 组少于 B 组 ($P < 0.05$), 而与 C 组近似 ($P > 0.05$); 术后出血病率、宫颈粘连或狭窄、残留病灶发生率 A 组低于 B 组和 C 组 ($P < 0.05$ 或 < 0.01), 见表 1、2。