维普资讯 http://www.cqvip.com

文章编号:0253-3626(2003)03-0374-01

围产期心肌病 7 例临床分析

夏 玲,李增高

(重庆医科大学第二临床学院心内科,重庆 400010)

【中国图书分类法分类号】R714.25 【文献标识码】B 【收稿日期】2002-06-25

围产期心肌病主要发生于妊娠末期或产后 5 个月内,首次发病以累及心肌为主,是一种以充血性心力衰竭为主要表现的心肌病。现将我院 1991~2002 年住院的 7 例以心律失常为主要表现且多发生于产前 5 个月为其特点的围产期心肌病报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料

本文 7 例,年龄 21~37 岁,平均年龄 27 岁。其中 2 例为第 1 次妊娠,4 例为第 2 次妊娠,1 例为第 4 次妊娠。6 例以心悸、气促、胸闷就诊,1 例以晕厥、抽搐、意识丧失入院。4 例病人妊娠过程中有上感史。3 例有轻度妊娠高血压。3 例既往有心肌炎史,1 例有风心病史。

体检叩诊发现病人均有轻到中度心浊音界扩大。听诊 3 例有心律不齐,如早搏、频发早搏呈联律、心房纤颤,3 例为心动过速(1 例心率达 210 次/min),1 例为窦性心率。1 例心尖可闻及收缩期Ⅲ级杂音。7 例病人均有双下肢水肿。

1.2 实验室检查

本组有 4 例病人心肌酶谱增高,1 例正常,2 例未查心肌酶谱。心电图示频发室早,短阵性房颤 1 例,频发室早三联律 1 例,室上性心动过速 1 例,窦性心动过速 2 例,窦性心率不齐 1 例,ST-T 改变 1 例。其中 1 例在妊娠 2 月时超声心动图示左房、左室增大,瓣膜正常,妊娠 9 个月时发现有二尖瓣轻度关闭不全;1 例病人超声心动图示左房大,二尖瓣轻度关闭不全,1 例超声心动图正常。

1.3 治疗及预后

本组心律失常者积极运用抗心律失常药如心律平、乙胺碘肽酮、倍他洛克等治疗获得了一定的疗效,但心律失常不能获完全满意控制。有心衰者经强心、利尿、营养心肌药治疗后症状明显缓解,并保证了胎儿基本成熟后行剖宫产,产后心衰症状和心律失常很快消失。仅 1 例婴儿为低体重儿,其余均较正常。1 例妊娠 18 周发现为单胎多发畸形行引产术。所有病人随访半年至两年心脏功能均基本恢复正常。

2 讨 论

围产期心肌病约占分娩者 1/15000~1/1300,多见于 30 岁以上者。本组 5 例在 26 岁以上,其中 1 例 37 岁者症状最重,以多产妇发病率高。围产期心肌病比特发性扩张型心肌病发病率更高。据报道围产期心肌病约 78% 发生于产后 4 月内,9% 于产前 1 月。而本组病人均发生于产前 5 个月到产前 1 周内,这与以往的报道不一致,其原因可能为对该病有了一定认识,故做到了早期诊断的结果。该病的确切病因不清,是否与病毒感染、营养不良、内分泌紊乱及免疫遗传有关,尚待研究。经产妇、双胞胎、高龄妇女、先兆子痫、妊高征、黑种人是围产期心肌病的危险因素[1]。本组结果显示其发病与其以前是否有心脏病基础及遗传、病毒感染的关系有待进一步研究。

过去一贯认为围产期心肌病以充血性心力衰竭表现为主。而本组中则以心律失常为主要表现,且此为早期诊断的原因之二。心电图检查可为各种心律失常如窦速,室早,少数为房颤;超声心动图可见左房、左室大,二尖瓣病变;心肌酶谱可见异常等对诊断围产期心肌病有一定帮助。

围产期心肌病多数经治疗后,症状消失,心脏大小恢复正常,少数病人遗留心脏扩大可在数年内死于心衰或猝死。若左心衰反复发作者,早产率、习惯性流产率及死亡率较高。左心功能明显下降者,再次妊娠病情将进一步恶化,甚至死亡[2]。亦有学者报告围产期心肌病者再次妊娠心脏功能不会恶化[3]。虽然在临床及治疗上尚有争论[1],但早期发现,积极治疗,防止心衰恶化对病人的预后及胎儿的存活率有很重要的意义。对有症状的病人及时进行心电图,超声心动图及心肌酶谱检测,全面综合分析,对该病的早期诊断并不难。一旦诊断明确并及时治疗可以明显降低死亡率,改善病人预后。对临床难以控制的严重心衰和心律失常,应及早终止妊娠,以免造成不良后果。

(下转第 382 页)

作者介绍:夏 玲(1974-),女,住院医师,硕士,主要研究方向:心血管疾病。

维普资讯 http://www.cqvip.com

控制,尿道括约肌松驰,尿道压力下降,而尿失禁。

总之,伴有排尿异常的隐性脊柱裂小儿在尿动力学检查上主要表现是逼尿肌反射低下,最大尿流降低,剩余尿量增多及膀胱容积缩小,顺应性下降和不稳定性膀胱。而尿动力学检查有助于评估隐性脊柱裂对排尿障碍的影响程度及其治疗后排尿功能的恢复情况。

参 考 文 献

[1] William J, Di. scipio, Paue smey, et al. Impromptu micturitional flow parameters in normal boys[J]. The journal of urology, 1986; 136: 1049 - 1051.

[2] 文建国,童尔昌. 小儿逼尿肌的非抑制性收缩[J]. 中华小儿外科杂志. 1991; 12(2): 96 - 98.

[3] Norgaard Jp, Van Gool JD. Standardization and definition in lower urinar tract dysfunction in children[J]. Bri J Urol, 1998; 81(Supp13): 1 - 16.

[4] Houle AM, Gitmour RF, Churchill BM, et al. What volume can a child normally store in the baldder at a safe pressure? [J]. J urol, 1993; 149; 561 - 564.

[5] 文建国. 小儿尿流动力学的检查[J]. 中华小儿外科杂志, 1991; 12(5): 304 - 306.

[6] 王忠诚. 神经外科学(3)脊髓疾病[M]. 人民卫生出版社, 1983; 240 - 244.

[7] 孙颖浩,瞿创予,蒋寿宁,等. 脊髓栓系综合征的尿动力学特征及治疗方法探讨[J]. 中华泌尿外科杂志, 1999; 20(6); 368 - 369.

[8] Geirsson G, Lindstron S, Fall M, et al. Positive Bladder cooling test in neurologically normal young children[J]. The Journal Urology1994; 151(2): 446 - 448.

(上接第 374 页)

参 考 文 献

[1] Mehta NJ, Mehta RN, Kham IA. Peripartum cardiomyopathy: Clinical and therapeutic aspects[J]. Angiology, 2001; 52(11): 759 - 762.

[2] Elkayam U, Tummala PP, Rao K, et al. Maternal and fetal outcomes of subsequentpregnancies in women with peripartum cardiomyopathy[J]. N Engl J Med, 2001; 3449210: 1567 - 1571.

[3] de Souza JL JR, de Carvalho Frimm C, Nastari L, et al. Left ventricular function after a new pregnancy in patient with peripartum cardiomyopathy[J]. J Card Fail, 2001; 7(1): 30 - 35.

(上接第 380 页)

参 考 文 献

[1] 孔垂泽等. 特发性阴囊坏疽 7 例报告[J]. 临床泌尿外科杂志, 1995; 10(1) 41 - 42.

[2] Chantarasak ND, Basu Pk Fournier's gangrene following vasectomy[J]. Br J Urol 1998; 61: 538 - 539.