维普资讯 http://www.cqvip.com

文章编号:0253－3626(2001)03－0346－01

心内膜电极导线致心肌慢性穿孔 1 例

刘　剑,马康华,杨自容,李　越

(重庆医科大学临床学院心内科　重庆　400016)

【中国图书分类法分类号】R541.7⁺4;R541.7⁺6　　【文献标识码】B　　【收稿日期】2000－10－11

1　临床资料

患者女性,79 岁,患有高血压、脑梗塞、冠心病、老年性痴呆症。2 年前反复发作晕厥,动态心电图为阵发性房颤、房扑、交界性逸搏交替出现,安置了 VVI 起搏器。此次入院前三天,患者在剧烈的上臂活动过程中,突然出现心悸,到当地医院就诊时,心电图示快速性心房纤颤,静脉注射西地兰 0.2mg,第二天心率减慢至 45 次/min,转入我院。入院检查血压 110/70mmHg,无心包摩擦音,心电图为交界性逸搏心律,心室率为 50 次/min,起搏脉冲信号规律发放(70 次/min)与逸搏心律无关,提示起搏及感知功能障碍。C 臂 X 光机透视正后位、右前斜位及左前斜位,均见心内膜起搏电极导线头端超出心影外缘 1.5～2.0cm,而患者无心包填塞症状,故考虑为心肌慢性穿孔。即行急诊手术,重新置入一电极导线至右心室,与原起搏器相连接,起搏阈值 0.5V,脉宽 0.5ms,起搏频率 70 次/min,皮下固定电极导线后缝合伤口。术后起搏感知功能正常,1 周后出院,四个月后未发现并发症。由于患者年龄大、有基础心脏病,且无心包填塞症状,故未开胸取出原导线。

2　讨　论

起搏器并发症中,电极导线致心肌穿孔属少见并发症,常见于老年女性患者,且多发生在手术过程中[1,2]。本例患者发生在术后 2 年,穿孔后无心包填塞症状,为心肌慢性穿孔,因此更为少见。其发生原因可能与以下因素有关:起搏器植入术不规范,导线张力过大,电极头端顶得太紧;患者为老年女性,且患有冠心病、高血压、糖尿病等基础心脏病;患者患有老年性痴呆症,缺乏自我保护意识,安置起搏器侧的手臂运动幅度过大。为预防起搏器植入术后心肌慢性穿孔,需注意以下几点:操作人员应具有良好的素质,精湛的技术;起搏器植入术应规范、轻柔,一丝不苟,做到稳妥可靠,切忌粗暴;电极导线应避免张力过大,出现阻力时应立即停止;手术中常规心室腔内心电图检测,如 ST 段抬高超过 1.0mV,表明电极对心室壁压力过大,易导致心肌损伤,应重新调整位置;对老年女性患者,手术尤应谨慎;出院前常规 X 线胸片、超声心动图、心电图检查,并给予必要的医嘱,加强患者的自我保护意识。如发生心肌穿孔,可将穿透心肌的电极导线缓慢退回到心内膜面,重新植入;当导线周围粘连不能取出时,可将原电极皮下固定,重新植入新电极。一但发生心包填塞,需要施行紧急心包穿刺,引流术[3]或开胸术。

作者介绍:刘　剑(1966－),女,主治医师,主要研究方向:心血管疾病诊治。

参　考　文　献

[1] Trigano JA, Paganelli F, Ricard P, et al. Heart Perforation following transvenous inplantation of cardiac pacemaker[J]. Press Med, 1999;28(16):836－840.

[2] Kiviniemi MS, Pirnes MA, Kettunen RV, et al. Complication related to permanent pacemaker therapy[J]. Pacing Clin Electrophysiol, 1999;22(5):711－720.

[3] Gershon T, Kuruppu J, Olshaker J. Delayed cardiac tamponade after pacemaker insertion[J]. J Emerg Med, 2000;18(3):355－359.