维普资讯 http://www.cqvip.com

重庆医科大学学报 1992年第17卷第1期

(13)
92.17(1)
50-52
心内膜心肌，活检，心肌疾病
R 542.204

心内膜心肌活检4例特殊病例报告

第一医院内科 饶邦复

中图分类号 R542.41

我院已作心内膜心肌活检（EMB）169例，现拾其中较特殊的4例报告如下：

一、扩张型心肌病EMB与尸检对照

男，37岁。因进行性心衰5年于1985年10月7日入院。病程中曾发生过多种心律失常及心原性休克。体检：血压16/10.7kPa，颈静脉充盈，心脏明显增大，心率110/min，心律齐，心尖区及三尖瓣区Ⅱ/Ⅵ级收缩期杂音，$P_2>A_2$。肝肋下7cm，剑突下10cm，下肢水肿。实验室检查：心电图示窦性心动过速，左前分支阻滞，前壁及侧壁异常Q波，$P_{tf}V_1=-0.04ms$。X线胸片肺淤血，心脏普遍性增大，搏动减弱。超声心动图示心腔扩大，左房内有附壁血栓。诊断：扩张型心肌病，充血性心力衰竭。10月22日EMB、右房、右室取材。心内膜轻度增厚，心肌细胞中度肥大，脂褐素沉积，间质少量纤维母细胞增生。综合性治疗1月，心衰症状部分缓解出院。1986年1月15时又因心衰加重再入院。于

DISCUSSION ON METHODS OF ANESTHETIC INDUCTION IN THE HIGH RISK PATIENTS UNDERGOING MITRAL REPLACEMENT

Fang Xiusheng

Department of Anesthesiology, The First Hospital

Three methods of anesthetic induction were studied in 60 patients undergoing mitral replacement with cardiac function of class Ⅲ～Ⅳ. The patients divided into three groups based on methods of induction. The results showed that thiopentothal might further depress their impaired cardiovascular function in both group Ⅰ and Ⅱ. The results also showed that MAP, HR, and CVP were more stable in group Ⅲ than in group Ⅰ and Ⅱ. It is suggested that induction of anesthesia using diazepam 0.2mg/kg, r-OH 50mg/kg, fentanyl 8-10ug/kg and pancuronium 0.1-0.2 mg/kg, or atracurium 0.5mg/kg is quite safe especially in patients with poor cardiac reserve. However, r-OH should be avoided in patients with bradycardia. When derease in HR occurs following the use of r-OH, atropine should be given intravenously

KEY WORDS Fentanyl; Thiopentothal; Anesthetic induction

维普资讯 http://www.cqvip.com

1月28日突然发作室颤猝死。尸检：心脏增大，重550克，心包积液200ml。心腔高度扩张，心瓣膜及冠状动脉正常。左心室及主动脉内膜下纤维化和(或)脂质性黄色斑块形成。慢性肝淤血，胸、腹腔积液，后者达720ml。心内膜心肌组织切片所见与生前EMB改变相同。

本例扩张型心肌病EMB与尸检心肌组织切片比较，病理改变相同，提示活体EMB能客观反映心内膜心肌组织病理改变。

二、诊断甲状腺功能减退性心肌病（甲减心）

男、50岁、因怕冷、乏力、食欲减退10年，浮肿4年于1984年3月1日入院。体检：血压13.3/9.3kPa。神清，颜面浮肿，表情呆滞，声音粗钝，动作迟缓，皮肤粗糙。甲状腺不肿大，颈静脉不怒张。心界向两侧增大，心率65/min，心音低钝，无杂音，有奇脉。肝脾未扪及。双下肢非凹陷性水肿。实验室检查：心电图多数导联T波双相或浅倒置，QT间期0.44S。X线胸片示心影向两侧明显增大，心搏动减弱，而充血不明显。超声心动图见中量心包积液，心室内径正常。吸^{131}碘率6小时13%，24小时18%。血浆T_4<51.6nmol/L，T_3<0.7nmol/L，血清TSH23μIu/ml。血总胆固醇8.7、甘油三脂2.8mmol/L。诊断：原发性甲减及甲减心。3月28日EMB，右室取材。心肌细胞轻度浊肿，空泡变性和嗜酸改变，间质疏松、水肿，PAS及奥辛兰染色阳性。符合甲减心改变。以甲状腺片15mg/d开始，渐增至60mg/d，1月后症状明显好转，食欲增加，浮肿消退，心率84次/分，心音较前有力。胸部X线片心影明显缩小。超声心动图仅见少量心包积液。心电图各导联T波恢复正常，QT间期缩短为0.32S。血浆$T_4$67nmol/L。

甲减心的临床诊断主要依据是明显甲减症状伴有心包积液和（或）心肌病变，而以往确立其心脏受累的组织学特征均从尸检获得，本例则提供了甲减心活体病理改变资料，对于了解甲减心心脏增大是心包积液抑或心肌病变所致，具有明确价值。甲减患者约70—80%有心血管系统受累的证据，主要表现为心脏增大和心电图异常。心脏增大的原因多数认为由于心包积液引起，而亦有认为系心肌粘液性水肿致使心脏增大[1]。本例从临床检查中有中量心包积液，心腔无明显扩大，似支持心包积液为其心脏增大的原因；但EMB却有心肌变性和间质水肿，故本例除有心包积液外，也同时并存心肌病变。

三、诊断围产期心肌病

女、21岁。因畏寒、发热8天于1989年1月10日入院。8天前突觉畏寒，继之发热39℃，3天后在家足月顺产(第一胎)，男婴产后3天死亡。高热持续不退。产后出现左臀部及左髋关节疼痛，活动受限。既往无心脏病及传染病史。体检：体温39.4℃，脉搏110/min，血压14.7/9.3kPa。心脏向左增大，第一心音减低，心律齐，心尖区Ⅱ/Ⅵ级收缩期杂音。肝肋下1.5cm。子宫底平脐。左臀部稍丰满，左骶髂及髋关节有深压痛，活动轻度受限。实验室检查：Hb101g/L，WBC3.6×10⁹/L，中性95%，淋巴5%，血小板285×10⁹/L。ESR12mm/h，ASO阴性。肝、肾功能试验及电解质正常。2次血培养(－)。尿蛋白(＋)。心电图示窦性心动过速。X线胸片：肺淤血，心胸比率0.57，左室增大为主。左髋关节X线片：(－)。入院后给予抗生素、能量合剂静脉滴注等治疗。两天后体温降至正常，左臀部及髋关节疼痛缓解，活动正常。1月20日EMB，右室取材。心肌细胞肥大，核大深染，部分区域心肌浊肿，心肌细胞排列紊乱、断裂、横纹消失；间质纤维增生，未见淋巴细胞及单核细胞浸润。2月13日痊愈出院。出院前复查：心音正常，心率78/min，无杂音。肝肋下未扪及。X线胸片：肺淤血消失，心影正常。超声心动图正常。

本例在妊娠末期及产后近期出现心脏增大及充血性心衰，而以往无心脏病史，且心脏症状完全消失后，亦未查出有其他心脏疾患或原因，故诊断围产期心肌病。本病的心肌组织病理学改变以往均从尸检获得，呈现肥大性、退变性、炎性和修复性等综合改变。本例EMB除无淋巴细胞和单核细胞浸润外，余皆符合围产期心肌病的病理变化。不少资料提出，围产期心肌病与某种感染所致心肌炎有关[2]，本例以畏寒、发热起病，白细胞增高，局部骨关节疼痛，经抗生素治疗痊愈，提示感染存在。但经EMB检查并未证实心肌有炎性变化，可能是感染诱发心衰。鉴于围产期心肌病的病因及发生机制至今尚不清楚，积累更多EMB心肌组织病理学的资料，结合临床可能有助于对该病的认识。

维普资讯 http://www.cqvip.com

四、系统性红斑狼疮(SLE)的心肌受累

女，22岁。因气短、发热1月于1985年6月21日入院。体检：体温39℃，脉搏120/min，血压13.3/9.3kPa。端坐、气急。颈静脉充盈，双肺呼吸音降低，右肺少许湿罗音，左肺下部叩浊。心界向两侧增大，第一心音低钝、心律不齐（早搏）及奔马律，整个心前区可听到心包摩擦音。肝肋下2cm、剑突下5cm，脾肋下3cm。双下肢轻度水肿。奇脉。实验室检查：Hb55g/L；WBC1.2—2.9×10^9/L，血小板92×10^9/L。骨髓涂片示增生性骨髓象。ESR71mm/h。尿蛋白（+-），颗粒管型0—2/HP。血浆白蛋白21.9—24.6g/L，球蛋白31.4—31.7g/L，A/G=0.72:1。补体C_3含量280mg/L。LE细胞2次阴性，3次血培养无细菌生长。胸部X线片显示右上中肺野大片渗出性病灶，左侧胸腔积液，大量心包积液。静脉压180mmH_2O。心电图为窦性心动过速、低电压、频发室性早搏、原发性T波改变。4次心包穿刺放液，抽出渗出性心包液2730ml。先后经抗生素、抗结核化疗，症状仍未好转，8月10日起病员面部皮损，逐日加重，为不典型水肿型蝶形红斑。抗核抗体（免疫荧光滴度法）均质型及周边型1:320。左手前臂内侧皮肤活检，表皮轻度萎缩角化，基底细胞局灶性水肿变性，真皮浅层水肿，小血管周围有淋巴细胞浸润，表皮和真皮交界处见明确荧光带。EMB，右室取材，示心肌细胞部分肥大，轻度变性，间质纤维增生，未见淋巴细胞浸润。8月19日停止抗结核治疗，口服泼尼松60mg/d，病情迅速改善，体温正常，心包积液减少，早搏及奔马律消失。补体C_3含量升至310mg/L，ESR18mm/h，WBC4.8×10^9/L。

本例以发热、急性渗出性心包炎、心包填塞、肺部渗出性病灶住院，先行心包穿刺减压和抗结核治疗，以后出现皮损并结合多脏器受累而确诊为SLE。心脏是SLE一个极易受侵犯的脏器之一，SLE心脏损害率为50—80%。心脏受累可单独或同时侵犯心包、心肌、心内膜、冠状动脉以及心脏起搏传导系统。心包炎又是SLE中最常见的心脏表现，临床检出率为17—50%，尸检率高达80%[3]，本例因临床表现心动过速，奔马律，心电图示频发室早及复极异常，提示心肌炎并存。SLE的病理改变主要为全身性小血管炎症，本例EMB未证实心肌有炎性变化，仅有退变性的非特异改变。故SLE心肌受累的性质是炎症性或非炎症（包括炎症后遗改变）尚有待研究。

参 考 文 献

[1] 陈灏珠主编．《中国医学百科全书》（心脏病学）上海科技出版社 1982：89

[2] 贺宪武．中华内科杂志 1984：23：448

[3] 陈灏珠主编．《中国医学百科全书》（心脏病学）上海科技出版社 1982：129

（收稿日期：1991-08-22）