维普资讯 http://www.cqvip.com

307-309 心脏瓣膜疾病，钙化性，老年人，诊断

重庆医科大学学报 1992年第17卷第4期

老年钙化性瓣膜病（附8例报告）

第一医院内科 吴庆玲 R542.504

中图分类号 R542.5

近年来随着寿命的延长，对老年病学的重视及超声心动图的广泛应用，发现退行性病变引起的心瓣膜病在老年组中有较重要的临床意义。据国外报道左心的瓣叶硬化或钙化在老年人中甚至超过缺血性心脏病，国内亦逐渐重视，但大多数限于本病的超声心动图发现。过去认为本病临床症状轻微，多呈良性过程，心功能减损不明显，本文报道自1986年～1991年住院确诊的8例老年钙化性瓣膜病，均经超声心动图证实，重点讨论其临床表现及超声心动图诊断标准，以期加深对本病严重度的认识。

临床资料

本文8例均因心功能不全入院，排除风湿性及

后较好。本组病例无1例发生气漏，病死率亦较足月儿过期产儿低。

MAS只要加强产前检查，提高产科技术发病率可大大减少。如妊娠已过35周，一旦发生宫内窘迫，应尽快结束妊娠。发现胎粪污染羊水，胎头娩出而肩未娩出时吸取口腔后，再吸鼻腔内的胎粪。MAS的发生臀位产最多，剖宫产次之[8]，剖宫产见羊水胎粪污染者，胎头经过子宫切口，肩娩出前也应及时吸取口腔鼻腔胎粪。一旦娩出，助手用双手环绕胎儿胸廓，拇指相遇于胸骨下端，施以适当压力制止婴儿呼吸，争取在未开始吸气前尽量将胎粪吸净。如胎粪稠厚或婴儿不哭，必须立即作气管插管吸取，必要时作支气管灌洗，Carson对273例胎粪污染羊水患儿一见胎头就进行吸取，只1例发生MAS，因此产科或新生儿科医生必须熟练掌握气管插管术，对胎粪吸入的新生儿给予及时彻底的处理。本组21例早产儿转我院后，仍有3例吸出1—3ml的胎粪，可见产科医生吸取胎粪很不彻底。有待引起我们的重视。

早产儿MAS在整个MAS中尽管只占一小部份。但判断一种疾病在不同胎龄的发病率的高低，首先要考虑到该胎龄新生儿在活产儿中的发生率。早产儿在活产婴儿的发生率一般为2.68%。本组早产儿MAS却占MAS的5.9%，占同期住院早产儿的1.8%。(MAS在活产婴儿发病率为1.2～1.6%)都说明早产儿MAS并不少见，值得重视。

参考文献

[1] 赵时敏，等.中华儿科杂志 1984；22(1)：15

[2] 竹峰久雄他.围产期医学 1981；11(7)：1019

[3] Fanaroff A. Medicine edj sr lyuis: mosby, 1983；443

[4] 郭俊良.临床儿科杂志 1985；3(1)：265

[5] 秦振庭.宫内窒息.围产医学基础 第一版 北京人民卫生出版社 1987：190

[6] Byran G. S. Johns Hopkins Med J 1967；121：9

[7] Adler SM. J Pediatr 1975；87：721

[8] 张永纯.中华妇产科杂志 1987；22(1)：44

(收稿日期1992-02-22)

维普资讯 http://www.cqvip.com

临床表现与瓣膜病损的关系

例次	表现 / 病程			心绞痛	反复左心衰	昏厥	合并高血压	眼底动脉硬化	瓣膜病变 主动脉瓣	二尖瓣
杨某某		男	59	/	1月	/	6年	Ⅰ期	AS	
黄某某		男	62	4月	4月	/	/	Ⅰ期	AS、AR	
熊某某		男	63	/	1年	/	/	正常	AS、AR	
曾某某		女	64	/	1年	/	34年	Ⅰ期	AS、AR	二脱
廖某某		男	65	4年	4年	/	10年	Ⅰ期	AS、AR	
李某某		女	66	/	1年	/	1年	正常	AS	☆
陈某某		女	71	/	10d	/	/	正常	AS	
梁某某		男	78	/	4年	/	22年	Ⅰ～Ⅱ期	AS	

注：AS 主动脉瓣狭窄　　AR 主动脉瓣关闭不全
二脱 二尖瓣脱垂　　☆ 二尖瓣反光增强，活动受限

梅毒性心脏病，并经超声心动图检查发现其瓣膜损害。其中男性5例、女性3例，59岁1例、60～69岁5例、70～79岁2例。7例均表现为突发性夜间阵发性呼吸困难，1例因胸闷、发现房颤5年、腹泻。发绀1天入院。

7例均在其主动脉瓣区闻及SM_{2-3}，3例向颈根部传导，4例伴有柔和的DM，7例中4例在心尖区听到SM，而超声心动图证实二尖瓣无病变，与文献报道的单瓣膜病可在多部位听到杂音相一致[1][2]。仅1例始终未闻及杂音。8例患者体检均有心脏增大，x线摄片均为主动脉型心影：主动脉延长扭曲，左室增大，其中轻度增大3例，中度增大4例、明显增大1例，无1例发现主动脉钙化影象。心电图7例有左室肥大伴劳损，2例房室传导阻滞（Ⅰ°、Ⅱ°各1例）、2例快速房颤，偶发房性早搏、室性早搏各1例。

超声心动图检查：4例用日本生产的AloKa110型超声心动图仪，4例用美国惠普公司生产的HP500型彩色多普勒超声心动图仪。结果8例均侵犯主动脉瓣，以主动脉狭窄为主。表现为瓣膜回声增粗、反光增强、活动受限，其中4例记录详细的3例以右冠瓣病变为重[见图]（例1、3、5），1例为左冠瓣，与尹氏报告的无冠瓣受累率最高达73.4%不同[3][4]。2例（例1、5）测得瓣口面积分别为0.75、1.6 cm^2，同时发现该2例有节段性室壁运动减弱，提示合并冠心病。超声心动图还发现除左室增大外，左房内径亦增大为35～47mm，平均40.5mm，超过主动脉平均内径34.5mm（27～45mm）。

8例中住院期间死亡2例，例4心衰控制后死于心室颤动，例5于4年内因左心衰5次住院，最后出现广泛前壁心肌梗塞，抢救无效死亡。

讨　论

老年钙化性瓣膜病又称老年退行性心瓣膜病，是老年人特有的心脏病，大部份是正常心瓣膜增龄性改变，包括主动脉瓣纤维化和钙化，致使主动脉瓣狭窄或关闭不全；二尖瓣环钙化，少数是粘液样变性致二尖瓣脱垂，其中又以主动脉瓣狭窄最为常见，又称老年钙化性主动脉瓣狭窄。病变瓣膜纤维化增厚、变硬、变形、缩短、钙质沉积，其发展过程隐匿且缓慢，患者可长期无症状，故诊断困难，临床易漏诊。对本病的早期诊断、采取各种不同手段积极治疗，提高患者的生存率、改善生活质量已成为老年病学中一个突出的问题。

本病的发病率随年龄增加而增加，Wang氏[5]等在65～102岁98例报道中，本病占74%，90岁以上检出率达100%，国内报道为7.1[3]～38.2%[1]，70岁以上检出率达63.1%[6]，较国外为低，发生率的差异可能与检查仪器及方法有关。

维普资讯 http://www.cqvip.com

本文8例除例4于心衰前4年发现心脏杂音外，其余均以心衰为首诊，故病程何时开始不详。8例中5例年龄在59～66岁，表明瓣膜钙化的组织形态学改变发生更早，与国外报道本病发病年龄较迟有所不同。是否因本组病例中多合并高血压、动脉硬化，二者加速了瓣膜退行性改变尚值得今后进一步观察。尹氏发现50～59岁组患病率男性2.8%、女性1.2%，是否国人发病年龄较早，也值得注意。

老年钙化性瓣膜病的诊断在于提高对本病的认识，对中老年体检时，注意心脏的大小及有无心脏杂音，并以此为线索进一步作超声心动图检查，以确定心瓣病的存在。诊断中要排除风湿性心脏病及梅毒性心脏病，还要注意是否在先天性二叶式主动脉瓣畸形的基础上发生钙化。梅毒性心脏病[7]是由梅毒螺旋体血行播散引起主动脉壁及其滋养血管病变，除冶游史及血清华康氏反应阳性外，主动脉瓣病变以关闭不全为主要表现，主动脉也因梅毒性树胶样变使升主动脉呈瘤样扩张，不难鉴别。

超声心动图是诊断本病的重要方法，主动脉瓣退行性钙化具有以下特点[8][8]：钙化多靠近主动脉管壁，或同时伴有主动脉壁钙化，钙化瓣膜边缘较少粘连，与风湿性心瓣病不同，可合并室间隔及左室流出道钙化。检查时可见：瓣膜增厚、回声增强，收缩期模糊不清，活动度及开放幅度降低。多普勒超声能较好的判断AS的严重程度，较M型及二维超声心动图为优，用连续多普勒测量跨瓣压力阶差及瓣口面积，其结果与导管同时测得者相关良好。彩色多普勒血流显像对AS的诊断亦有一定帮助，于左室长轴或四腔心切面在整个收缩期，可见起自主动脉口扩张的喷泉状血流，呈彩色镶嵌状，以兰色为主，尹氏及崔氏报告，主动脉瓣钙化以无冠瓣及右冠瓣受累率最高，而本文未见无冠瓣严重受累，这点尚待今后更多的观察。

过去多数作者认为，该病瓣膜损伤较轻，一般不会引起严重的血液动力学紊乱，本组8例均有左心增大，严重的左心功能不全，其左心衰竭来势凶猛，若不及时救治凶多吉少，故对本病亦不能掉以轻心。据报道，临床表现的严重度与瓣膜病变程度及范围相关，但从超声的角度如何定量，又如何根据定量判断预后都是值得临床医师与超声心动图医师共同关心的问题。

本病的预后还与选择治疗的方法有关。目前主张：该患者一旦出现心绞痛、昏厥、心衰应尽早行瓣膜置换术。或瓣膜切开术，年龄不是手术治疗的障碍，65岁以上患者手术存活率可达85～95%，五年生存率达60%[8]。国外现已越来越多的采用球囊主动脉瓣成形术（PAV）[9][10]，可使粘连的瓣叶分开、粉碎钙化斑块、延伸未钙化部份的瓣叶，使瓣膜面积扩大，并降低主动脉瓣压差。由于疗效优良、方法简单、不开胸安全、费用低，从而引起医学界的广泛重视，公认PAV是老年钙化性主动脉瓣狭窄治疗上的一项重大进展，可以作为瓣膜置换术的一种替代疗法。

参考文献

[1] 诸骏仁，等. 中华内科杂志 1985；24(8)：463

[2] 叶平，等. 老年医学杂志 1991；11(2)：121

[3] 尹立雪，等. 中国超声医学杂志 1990；6(1)：21

[4] 崔广根，等. 中华内科杂志 1985；24(6)：364

[5] Wong. M. et al. J. Am Geriatir Soc 1983；31：156

[6] 任树生，等. 天津医药 1989；(10)：582

[7] 荆 嬗. 主编. 现代临床心脏病学 人民军医出版社 1991，667

[8] 钱方毅，综述. 国外医学老年分册 1988；(3)：97

[9] Kulick DL. et al. Curr Probl Cardiol July 1990；359

[10] Wei JY. et al. Curr Probl Cardiol January 1987；31

（收稿日期 1992-03-19）