

# 六例老年人右室心肌梗死临床与病理分析

吴军 钱贻简 陈曼丽 王瑞萍 毛利民 尤广发

**摘要** 目的 探讨老年人右室心肌梗死(RVMI)临床表现和病理解剖的特点。方法 分析 51 例因急性心肌梗死而死亡经尸检的老年患者中 6 例合并 RVMI 的临床病理资料。结果 RVMI 发生率为 11.8%,右胸前导联心电图对早期诊断 RVMI 有价值。6 例中 4 例伴发于大面积、多部位的左室梗死,且均见左室下壁梗死;冠状动脉病变多在左冠脉前降支及右冠脉。3 例发生心脏破裂。结论 老年人 RVMI 有不同于左室梗死的特点,临床上应高度重视。

**关键词** 心肌梗塞/诊断 心肌梗死/病理学

**Right ventricular myocardial infarction in aged patients: a clinical-pathological study of six cases** Wu Jun, Qian Yijian, Chen Mantli, et al. Beijing Hospital, Beijing 100730

**Abstract Objective** To study the clinical and pathological manifestations of right ventricular myocardial infarction (RVMI) in aged patients. **Methods** Six autopsied cases of RVMI of aged patients were studied. **Results** The incidence of RVMI in aged patients was 11.8%. Right precordial electrocardiogram was valuable in early diagnosis of RVMI. RVMI was frequently associated with left ventricular infarction of large area or multiple foci. Left inferior wall was mostly involved. Narrowing or occlusion of left anterior descending or right coronary artery was mainly responsible for RVMI. When RVMI occurred in association with acute left ventricular myocardial infarction, prognosis was bad. Heart rupture occurred in three cases. **Conclusions** The features of RVMI were different from left ventricular infarction. So it should be paid attention to.

**Key Words** myocardial infarction

心肌梗死可发生在右室,右室心肌梗死(RVMI)在临床表现、心电图改变及治疗措施上不同于左室梗死。尽管老年人 RVMI 的发生率远远低于左室梗死,但老年患者常合并多种慢性心、脑、肺疾病,原有的症状往往掩盖了 RVMI 的表现,因此更应高度重视。

## 临床资料

我院 1980~1994 年间经尸检的急性心肌梗死(AMI)老年患者共 51 例,其中 RVMI 6 例,均为男性,年龄 65~88 岁,平均 75.5 岁。尸检心脏标本均首先经肉眼检查心腔、心室壁及冠状动脉(冠脉)情况,发现梗死灶及可疑梗死处均取材,常规镜检;若未发现梗死灶

及可疑梗死处,则自右室游离壁取 1 条以上 15mm×4mm 的标本做上述检查。其临床与病理资料详见附表。

## 讨论

RVMI 的发生率各家报道不一,本组占因 AMI 而死亡经尸检的老年患者的 11.8%。

6 例生前临床诊断心肌梗死者有 4 例,其中 2 例做过右胸前导联心电图( $V_{3R}$ 、 $V_{4R}$ 、 $V_{5R}$ ),只有 1 例诊断 RVMI。临床诊断主要靠心电图,近 20 多年来,许多学者研究证实右胸前导联心电图 ST 段抬高 $\geq 0.1mV$ , $V_{4R}$ 呈 Qr 型及 ST-T 的动态衍变是诊断 RVMI 的可靠指标,但这种心电图改变仅发生在急性 RVMI 的早期,持续时间短,48%~50%的患者在 RVMI 后 10 小时内恢复正常<sup>[1]</sup>,临床上易漏诊。有学者指出,在急性左室下壁梗死时常规

作者单位:100730 卫生部北京医院内科(吴军、钱贻简、陈曼丽、王瑞萍、毛利民),病理科(尤广发)

附表 6 例老年人右室心肌梗死临床与病理资料

例序	年龄(岁)	临床诊断	心脏重量(g)	病理诊断	
				梗死部位	冠脉病变
1	71	AMI(前壁),完全性右束支传导阻滞,Q-T 延长	380	右室+左室前壁,左室下前部可见破裂口	左前降支近端血栓形成,完全阻塞
2	71	冠心病, I°、II°房室传导阻滞	420	右室+左室下壁	左主干及左前降支 III 级狭窄,右冠脉 II~III 级狭窄
3	79	AMI(下壁),房室传导阻滞,室性早搏,阵发性室上速,室性心动过速,心室颤动	620	右室+左室下壁、后壁、前壁外侧	左主干、左前降支、左回旋支、右冠脉均为 III 级狭窄
4*	88	AMI(前间、下壁), III°房室传导阻滞,完全性右束支传导阻滞	570	右室+左室下壁	右冠脉 III 级狭窄
5	65	膀胱癌,麻醉意外猝死	450	右室动脉圆锥,梗塞灶内可见破裂口	右冠脉 I 级狭窄
6*	79	AMI(下壁、右室)	440	右室+左室下壁,左室下壁可见破裂口	左前降支 III~IV 级狭窄

注: \* 做过右胸前导联心电图

示冠脉狭窄程度, I 级: 0%~25%; II 级: 26%~50%; III 级: 51%~75%; IV 级: 76%~100%

12 导心电图出现下列异常者提示合并 RVMI: (1)心动过缓; (2)P-R 间期延长及高度房室传导阻滞; (3)ST 段抬高 III 导 > I 导<sup>[2]</sup>。但 RVMI 在 12 导心电图的表现有很大变异性, Patel 等<sup>[3]</sup>及 Mittal 等<sup>[4]</sup>分别报道单纯 RVMI 在 12 导心电图上表现与急性前壁、前间壁及下后壁心肌梗死相似的图形, 导致误诊。因而凡怀疑心肌梗死的患者均应尽早加作右胸前导联。

RVMI 多伴发于左室梗死, 单纯 RVMI 少见。本组老年患者 RVMI 更多出现在大面积、多部位左室梗死时, 其中 1 例伴左室 3 个部位梗死, 4 例伴左室 1 个部位的梗死, 伴发部位依次为左室下壁(4 例)、后壁(1 例)及前壁(1 例), 单纯 RVMI 仅 1 例。

RVMI 是由于右冠状动脉及左前降支严重狭窄或完全阻塞所致。而急性或慢性阻塞性肺疾病、肺心病造成右室后负荷严重加重时, 会促使 RVMI 的发生, 特别是在已有右室肥厚或右室腔扩张的情况下<sup>[5]</sup>。本组有 5 例左、右心室同时患心肌梗死的患者, 冠状动脉粥样硬化管腔严重狭窄(III 级以上)的共有 9 支, 其中左前降支 5 支, 右冠状动脉 3 支, 左回旋支 1 支。其中 2 例左冠脉主干 III~IV 级狭窄; 单纯

RVMI 者仅 1 例有右冠脉 I 级狭窄, 而左冠脉未见异常。6 例均有慢性阻塞性肺疾病, 心脏肥大(平均 475g), 其中 4 例右室腔明显扩大。本组有 3 例发生心脏破裂, 均发生在首次 AMI 后 12 小时内。推测心脏破裂与老年患者心肌梗死后侧支循环差、梗死部位多、面积大及右室游离壁菲薄有关。

本组老年 RVMI 患者无持续性胸痛、胸闷等典型心肌梗死表现, 而首先出现神志萎靡或烦躁、四肢湿冷、呼吸困难及血压降低, 体检可见端坐呼吸, 两肺大量干湿性啰音, 颈静脉怒张, 肝脏肿大, 下肢浮肿。由于患者平时就或多或少的有上述表现, 病情变化时常常认为是原有的慢性心、肺、脑疾病的加重, 未及时诊断左右心室同时梗死以致全心衰竭, 而常规的强心、利尿、升压治疗难以奏效, 病情急骤恶化。

单纯 RVMI 较少发生心律失常, 而 RVMI 伴发急性左室梗死时却极易发生心律失常。心律失常的类型取决于左室受累的部位及程度。多数为缓慢性心律失常, 也可为快速性心律失常, 合并左室下壁梗死时绝大多数出现严重房室传导阻滞<sup>[6]</sup>。本组结果与上述观点相同。

参 考 文 献

1 陈在嘉,徐义枢,孔华宇. 临床冠心病学. 北京:人民军医出版社,1994,399.

2 Hurst JW. Inferior myocardial infarction from the standard 12-lead electrocardiogram. Heart Dis Stroke, 1993,2(6):404-407.

3 Patel A, Shenoy MM, Rao H. Case report: isolated right coronary artery obstruction presenting as acute anterior myocardial infarction. Clin Radiol, 1991, 44(6):432-433.

4 Mittal SR, Mantri VP, Pamecha S. Anteroseptal myocardial infarction clinically mimicking right ventricular infarction. Int J Cardiol, 1991,33(2):323-325.

5 Colantonio D, Vontura T, Casale F, et al. Morphological and clinical aspects of isolated right ventricular myocardial infarction. Medicine Firenze, 1990,10(2):163-165.

6 Louis J, Deu'Italia. The right ventricle: anatomy, physiology and clinical importance. Curr Prob Cardiol, 1991,16(4):654-660,698-702.

(收稿:1995-06-09 修回:1996-03-05)

34

干燥综合征, 肝炎, 甲状腺功能减退, 老年 (13)

老年人干燥综合征并发慢性活动性肝炎及甲状腺功能减退症一例

许国珍 郝桂珍 邹仁恕

R575.105  
R581.205

患者女性,66岁,因口干8年,反复低热、多关节痛4年,于1991年10月8日入院。1983年初自觉口干、周身乏力,当地医院检查丙氨酸转氨酶(ALT)1800nmol·s<sup>-1</sup>/L,HBsAg(-),γ-球蛋白28%,长期按“肝炎”治疗。1987年起反复低热(体温37.3~38.5℃),多关节痛,食欲下降,怕冷,眼干,面部浮肿,先后4次住院均诊断为慢性活动性肝炎。因病情无好转而入院。查体:体温37.7℃。表情淡漠。浅表淋巴结无肿大。面部微肿,多个牙齿残根及龋齿。甲状腺无肿大及结节。心肺未见异常。肝脾未触及,双下肢无浮肿。实验室检查:ESR86mm/h,ALT1134nmol·s<sup>-1</sup>/L,肝炎病毒(甲、乙、丙)抗原或抗体均(-),BUN6.1mmol/L,Cr151μmol/L,血K<sup>+</sup>4.5mmol/L,Na<sup>+</sup>142mmol/L,Cl<sup>-</sup>101mmol/L,γ-球蛋白39.1%,抗核抗体(ANA)1:80(+),类风湿因子(RF)1:40(+),抗SSA、抗SSB抗体均为1:32(+),IC(+),抗DNA抗体(-),TT<sub>3</sub>0.6nmol/L(正常参考值:1.2~3.4nmol/L),TT<sub>4</sub>46nmol/L(正常参考值:58.5~175nmol/L),促甲状腺激素(TSH)22.5mU/L(正常参考值:2~10mU/L),抗甲状腺球蛋白抗体35%,抗微粒体抗体12%。双眼Schirmer试验(+),角膜荧光染色(+)。唇腺活检示部分腺体萎缩,淋巴细胞Ⅲ度灶

性浸润(每4mm<sup>2</sup>腺体组织中有1个淋巴细胞灶)。肝穿刺病理为肝细胞灶性坏死,门脉区及肝细胞间淋巴细胞及浆细胞浸润,纤维组织轻度增生,提示慢性活动性肝炎。诊断:原发性干燥综合征(SS),慢性活动性肝炎,甲状腺功能减退症。给予小剂量泼尼松及甲状腺素片等治疗,1个月后症状好转,复查ESR40mm/h,ALT834nmol·s<sup>-1</sup>/L,γ-球蛋白26.2%,ANA1:40(+),TT<sub>3</sub>1.0nmol/L,TT<sub>4</sub>56nmol/L,提示病情改善。

讨论 原发性干燥综合征并发慢性活动性肝炎,国内陶学濂等<sup>[1]</sup>曾报道4例,本例存在抗核抗体及抗甲状腺球蛋白抗体等多种自身抗体,其甲状腺功能减退显然是自身免疫所致。在同一个体内存在多种全身性及器官特异性自身免疫性疾病应受到重视。原发性干燥综合征以侵犯外分泌腺体为主,而本例除累及外分泌腺外,还并发内分泌腺甲状腺疾病,似乎不能用相同抗原性来解释。免疫机能失调,特别是T细胞功能异常是发生多种自身免疫性疾病的重要原因,确切机理尚需进一步研究。本例以肝脏受累为突出表现,以致原发性干燥综合征长期未能确诊。

参 考 文 献

1 陶学濂,何珊红,董怡,等.干燥综合征与慢性活动性肝炎.中华内科杂志,1988,27(9):560-562.

(收稿:1995-02-25 修回:1995-10-04)

作者单位:121001 辽宁省锦州市,解放军第二〇五医院内二科