

中期妊娠合并扩张型心肌病1例报告

任杰^{1,2}, 周容^{1,2,Δ}

1. 出生缺陷与相关妇儿疾病教育部重点实验室(四川大学)(成都610041); 2. 四川大学华西第二医院 妇产科(成都610041)

患者,女,27岁。因妊娠20⁺周,发现扩张型心肌病18 d,要求终止妊娠入院。患者孕早期无腹痛、阴道流血等不适,无毒物、药物接触史。当地医院规律产前检查。入院前50⁺d(孕13周),患者爬楼梯至2楼即出现心累、气紧,伴头昏、干咳,休息后缓解;乘坐电梯时晕厥1次,未诊治。入院前10⁺d(孕19周)患者因“心累1 d”于当地医院就诊,行心脏彩超提示扩张型心肌病(未见报告),予以对症治疗,症状缓解后转入我院,要求终止妊娠。入院心脏彩超检查提示:左室射血分数(EF)21%;左心增大;二尖瓣反流(中度);三尖瓣反流(轻~中度);室间隔及左室后壁厚度正常,二者搏幅减低,左室收缩功能测值减低;提示为扩张型心肌病。12导同步心电图示:窦性心动过速,心率121 min⁻¹;电轴左偏-28°;完全左束支阻滞;左房异常?既往体健,否认家族心脏病史。患者G₄P₁⁺²,入院前3年,曾孕38⁺周顺产一男婴(体质量3 600 g),妊娠及分娩过程顺利,现体健。入院查体:体温、血压、呼吸、心率正常。口唇及皮肤黏膜颜色正常。主动脉瓣区可闻及II级舒张期杂音。产科检查:宫高18 cm,腹围76 cm,胎方位ROA,胎心159 min⁻¹。辅助检查:心肌标志物N末端脑钠肽(NTBNP)2 600 pg/mL,磷酸肌酸激酶(CK)<20 U/L,肌酸激酶同工酶(CK-MB)0.49 μg/L,肌钙蛋白(cTnI)<0.012 μg/L, Mb 10.50 μg/L;余血常规、尿常规、肝肾功、电解质均未见异常。入院诊断:①妊娠合并扩张型心肌病:左房增大,二尖瓣反流(中度),三尖瓣反流(轻~中度);②窦性心动过速;③完全性左束支传导阻滞;④心功能II级;⑤G₄P₁⁺² 20⁺周宫内孕单活胎待产。入院后患者严格卧床休息,持续心电监护,继续予以强心、利尿、营养心肌治疗(盐酸贝那普利 10 mg po Qd,倍他乐克 23.75 mg po Qd,辅酶Q10片 10 mg po Tid)。胸部彩超示:双侧胸腔均查见液性

暗区,左侧深约2.6 cm,右侧深约2.2 cm。于孕20⁺周,在安置心脏临时起搏器(心内科和麻醉科医师建议)后,在双持硬膜外麻醉下行剖宫取胎术,分娩一死胎,外观未见明显畸形。产妇术后转入ICU,予以头孢西丁预防感染,缩宫素、益母草宫壁注射促宫缩治疗,于术后第1天取出起搏器,术后第4天出院。术后3月患者心内科随访并规律用药,无心累、气紧、活动受限等,复查心脏彩超无明显异常。

讨论 扩张型心肌病是一类以左室、右室或双心腔扩大和收缩功能障碍为特征的复合型心肌病,病毒感染、遗传及免疫因素在疾病的发生发展中起到了重要作用。其诊断主要依靠超声心动图,但需排除其他可能造成类似心脏结构及功能改变的疾病。扩张型心肌病起病隐匿,进展缓慢,一旦出现心脏衰竭现象,患者的心功能发生进行性恶化,心脏功能控制难度加大,合并症也越来越多,因此,扩张型心肌病的早期诊断和早期干预极为重要。目前主要措施包括强心、利尿、抗凝、扩张血管及起搏治疗等,以达到改善症状,延缓病情进展,提高患者生存率的目的,心脏移植仍然是在最后阶段治疗扩张型心肌病最有效的方法。国外文献报道妊娠合并扩张型心肌病的发病率约为29/10万,国内缺少相关报道。妊娠合并扩张型心肌病患者的母儿结局与患者的心功能密切相关,定期产检并进行NTBNP检查、超声心动图等检查,及时发现病情并评估妊娠风险,予以强心、利尿等治疗的同时适时终止妊娠,往往能取得较好结局。本例患者入院后经全面评估心功能为II~III级,左室射血分数不足20%,NTBNP等心肌损伤标志物远远超过正常值,继续妊娠风险极大,故积极予以终止妊娠。在终止妊娠的方式上可根据患者的孕周、心脏耐受能力等来选择。考虑本例患者心功能极差,行双持硬膜外阻滞下剖宫取胎术,终止妊娠效果较为满意。总之,对于妊娠合并扩张型心肌病患者,予以强心、利尿、营养心肌等治疗的同时应联合多学科、多方法全面评估患者心功能及妊娠风险,做到早期诊断,密切监测,适时终止,以改善妊娠结局。

(2018-11-03收稿,2019-01-09修回)

编辑 沈进

Δ 通信作者, E-mail: zhourong_hx@scu.edu.cn