

• 短篇报道 • 文章编号: 1002-0217(2015)02-0203-02

阵发性心房颤动导管消融术后房速一例

贺常萍 陈旭丽 高飞

(皖南医学院第二附属医院 心内科 安徽 芜湖 241000)

【关键词】心房颤动; 复律治疗; 导管消融

【中图分类号】R 541.7 【文献标识码】A

【DOI】10.3969/j.issn.1002-0217.2015.02.032

心房颤动(atrial fibrillation, AF)是最常见的心律失常之一,发病率随年龄增加而升高,79岁以上可达10%~30%^[1]。AF患者的病死率约为窦性心律的2倍,栓塞和中风的发生率则是相同人群的4~6倍^[2]。治疗目标:节律控制、室率控制、抗栓治疗。节律控制方法:药物复律、电复律、导管消融、外科手术等。导管消融是近年来进展迅速的治疗手段。现对本院1例阵发性AF导管消融术后复发及发生房性心动过速的病例报道如下。

1 病例介绍

患者,女性,74岁,高血压病史13年。2011年9月发作心慌入院,心电图示AF,超声心动图示左心房41mm。给予胺碘酮静脉应用,成功复律,后予口服维持窦律,AF仍有反复发作。2012年7月冠脉造影:左前降支近段局限性狭窄20%;回旋支中段狭窄30%;右冠正常。后给予导管消融治疗。手术过程:行左、右环同侧肺静脉前庭的左房线性消融,AF转为房速。行左房激动标测,不支持左房大折返房速,卵圆窝区复杂碎裂电位,行右房拖带标测,房速自行终止,行左房基质标测,提示左房前壁局灶低电压区,消融卵圆窝碎裂电位区级左房前壁局灶低电压区,直至电静止,之后行三尖瓣峡部线性消融至消融线两侧双向阻滞,手术成功。术后胺碘酮服用3月维持窦律未复发,改为美托洛尔治疗。2013年10月,患者感心慌,心电图示AF复发,超声心动图示左心房39mm。华法令抗凝(国际标准化比值,IMR)达标后再次行导管消融治疗。手术过程:肺静脉探查提示右下肺静脉局部传导恢复,房速

持续发作,在CARTO三维标测系统导航下构建左心房模型并进行激动标测,结果提示围绕左房顶部及二尖瓣环呈“8”字型折返性房速。于左房顶部、前壁、后壁、二尖瓣峡部等多处拖带证实,PPI-TCL均小于30ms。沿右上肺静脉至二尖瓣峡部行左房前壁线性消融,消融后房速周长延长至370ms,再次拖带验证左房顶部折返仍存在,再行左房顶部线性消融,房速周长显著延长并终止。30min后,程序刺激未再诱发,心室心房刺激排除双径路及旁道,手术成功。术后半月患者再次出现心慌,心电图及Holter提示房速,考虑瘢痕性房速。此时的策略:再次导管消融?药物控制心室率?患者不愿再次接受消融治疗。给予美托洛尔控制心室率,调整剂量至75mg/d,仍感活动后心率增快,胸闷。加量至100mg/d,症状缓解,但心律持续为房速。2014年4月自觉症状明显改善,心电图及Holter提示窦性心律。逐渐减量美托洛尔至12.5mg/d,心率60次/min,患者心慌、胸闷症状基本缓解,日常活动不受限。

2 讨论

AF非药物治疗2013指南及专家共识,指出对于症状性AF至少一种I类或III类抗心律失常药物无效或不能耐受的阵发性AF,为导管消融IA类适应证。该患者亦有强烈愿望接受导管消融治疗。术后有AF延迟复发及房速发生,经过积极治疗,结果是理想的。

对于AF治疗究竟是节律控制还是室率控制一直是近年来争论的焦点。心房颤动节律控制的随访研究(AFFIRM)^[3]、心率控制与电复律的比较(RACE)研究显示,两者治疗方法的组间复合终点发生率及患者的生活质量没有差异。心房颤动评分(STAF)、心房颤动药物干预实验(PIAF)属于干预试验,结果表明两者治疗策略对终点事件的影响是一致的。阵发性心房颤动合并器质性心脏病研究(PAF2)研究显示,心率控制组住院率低。房颤合并心力衰竭研究(AF-CHF)结果显示,两组节律控制率不同,但心血管病死率是相当的。2006年,Thrall对一些大型试验进行回顾性总结,无论是室率控制还是节律控制,都能改善患者生活质量^[4]。

导管消融治疗房颤的成功率约为66%~89%,是治疗有症状房颤的有效方法。但是导管消融治疗房颤有可能并发房性心律失常,长期维持窦律的成功率还不尽如人意。故导管消融仍被列为房颤的二线治疗,不推荐作为首选治疗方法。

收稿日期:2014-08-17

作者简介:贺常萍(1969-),女,副主任医师,(电话)18955310876;
(电子信箱)1760159087@qq.com.

【参考文献】

- [1] ZHANG Shu. Atrial fibrillation in mainland China: epidemiology and current management[J]. Heart 2009 95: 1052 - 1055.
- [2] 葛俊波,徐永健. 内科学 [M]. 8 版. 北京: 人民卫生出版社, 2013: 188 - 191.
- [3] The AFFIRM investigators. A comparison of rate control and rhythm control in patients with recurrent persistent atrial fibrillation[J]. N Engl J Med 2002 347: 1825 - 1833.
- [4] 胡大一,马长生. 心房颤动心室率的控制 - 目标心率到多少合适? 心脏病学实践 2010 - 规范化治疗 [M]. 2010: 293 - 295.

• 短篇报道 • 文章编号: 1002 - 0217(2015) 02 - 0204 - 02

下颌骨及颌下腺多发性神经鞘瘤一例

林后学¹, 殷俏玮¹, 吴翠玲¹, 卜寿山²

(1. 马鞍山十七冶医院 口腔科, 安徽 马鞍山 243000;
2. 江苏省人民医院 口腔颌面外科, 江苏 南京 210009)

【关键词】神经鞘瘤; 下颌骨; 多发

【中图分类号】R 739.8 【文献标识码】A

【DOI】10.3969/j.issn.1002-0217.2015.02.033

神经鞘瘤又称施万细胞瘤(Schwannoma), 来源于神经鞘。头颈部神经鞘瘤主要发生于脑细胞, 如听神经、面神经、舌下神经、迷走神经, 其次是周围神经, 以头部、面部、舌部最为常见。常见于舌部, 其次是上颈部、颊部腮腺区、口腔、腭、下唇及咽侧等处^[1]。同时多发于下颌骨组织及颌下腺的神经鞘瘤较罕见, 我院于 2014 年收治 1 例, 现报道如下。

1 临床资料

患者, 男, 51 岁, 因左颌下区无痛性肿块 10 年求治。病史: 10 年前偶然发现左侧颌下区无痛性肿物缓慢增大, 无疼痛及其他明显不适, 高血压病史 20 年。拟诊“左颌下区肿块性质待查”收住入院。查体: 体温 36.2℃, 脉搏 76 次/min, 呼吸 18 次/min, 血压 120/70 mmHg。心肺腹部无阳性体征。专科检查: 颌面部不对称, 无面瘫征。左颌下区可扪及一大一小为 3.5 cm × 3.0 cm × 2.5 cm 肿块, 活动度可, 无明显压痛, 与周围组织界限较清晰, 质地中等, 口内外双合诊口底区未扪及肿物, 左下颌骨体部、升支部未扪及膨隆, 36、37、38 未及明显松动, 前庭沟及磨

牙后垫区无触压痛, 下唇无麻木, 张口度正常, 双侧颌下区及颈部未触及肿大淋巴结。X 线曲面断层片(见图 1)示: 左下颌骨体部至下颌升支乙状切迹可见多房透光影, 边缘不规则, 38 远中根有吸收现象。低密度透光影上界至下颌骨乙状切迹, 下界至下颌骨下缘, 前界至 38 远中, 后界至下颌升支后缘。下颌骨及颌下区 CT(见图 2)示: 左下颌骨及颌下区低密度占位, 考虑囊肿可能。CT 中可见左下颌骨近下颌角区局限性骨质破坏, 提示肿块可能来源于下颌骨, 体检时扪及的颌下区肿物可能是受压下移的左侧颌下腺。初步诊断: 左下颌骨及颌下区肿块性质待查。手术过程: 取平行于左下颌骨下缘 2 cm 处作长约 7 cm 切口, 依次切开皮肤、皮下组织、颈阔肌, 查找解剖分离面神经下颌缘支, 分离并结扎颌外动脉和面前静脉, 暴露左侧颌下腺及肿块, 见肿块大小约 4.0 cm × 3.0 cm × 2.0 cm, 游离颌下腺下级, 将颌下腺上缘与下颌骨内侧分离, 牵开下颌舌骨肌, 结扎颌下腺导管, 保护舌神经, 双重结扎颌外动脉近心端, 颌下腺及肿块完整摘除。暴露下颌骨体部肿瘤区, 见该段骨质破坏及升支部无法保留, 于肿瘤正常界外 0.5 cm 用咬骨钳去除边缘破坏骨质, 暴露肿块, 完整剥离肿块及囊壁, 术中保留颌下血管神经束, 恢复良好咬合关系, 以 L 型成型钛板固定下颌骨体部及升支部, 拔除左下第三磨牙, 搔刮拔牙创, 严密缝合。术后予抗生素及其他辅助治疗, 伤口一期愈合。病理报告: (左颌下区、下颌骨) 富于细胞性神经鞘瘤, 其中一处血管内可见肿瘤, 本瘤有复发可能。



图 1 口腔全景片

收稿日期: 2014-08-05

作者简介: 林后学(1970-), 男, 主治医师, (电话) 13955599226 (电子邮箱) hxlin1230@163.com.