

以室性心动过速为临床表现的冠心病一例

张 萱, 张树林, 徐泽昌, 刘建国, 张桂珍, 刘建敏¹

(北京军区总医院心内科, 北京 100700, 1. 陆军第 38 集团军第 112 师医院三所)

患者男性, 49 岁, 系内蒙古牧民, 因发作性晕厥 2 年, 加重半年于 2002 年 6 月 19 日入院。患者 2 年来无诱因出现发作性晕厥, 伴大小便失禁及抽搐, 发作持续时间数分钟至 4 h, 因患者处于内蒙古边远牧区, 发作时心率、心律、血压及神经系统症状情况不十分明确。2 年来共发作晕厥 4 次。既往吸烟史 30 年, 每日 1~2 包; 无高血压和糖尿病史。入院后查体无异常阳性体征。心电图正常, 活动平板试验心率达 126 次/min 时出现胸前导联 ST 段缺血性下降 0.1~0.3 mV 而终止试验, 未见心律失常。化验三大常规、血糖、血脂、肝肾功能、电解质、心肌酶均正常。于 6 月 21 日凌晨 5:50 护士巡视病房时发现患者呼吸深大, 呼吸频率 14 次/min, 并伴有响亮鼾声, 呼之不应, 小便失禁, 处于浅昏迷状态。测血压 110/75 mmHg, 无紫绀, 心率 50 次/min, 律齐, 病理征阴性。急查心电图示窦性心律, 心率 50 次/min, 胸前导联 T 波倒置, 血糖、心肌酶正常, 急请神经内科医师会诊未发现病理征及神经系统定位体征, 在会诊过程中患者逐渐苏醒, 此时距发现患者昏迷 30 min。患者苏醒后立即恢复正常思维与活动。立即将患者转住 CCU 病房, 同时做 12 导联 Holter, 示频发阵发性室性心动过速, 呈完全性左束支传导阻滞型, 室率 129~156 次/min, 室性心动过速发作前 2~6 个窦性心搏可见 V1~V6、I、aVL 导联 ST 段弓背抬高 0.3~0.7 mV, 心肌呈损伤性改变, 室性心动过速持续 5~

1 094 s, 可自行终止, 未再发作晕厥。经静脉滴注硝酸甘油 5 mg/次, 一日二次(100 μ g/min)、皮下注射低分子肝素(吉派林)5 000 iu/次, 每 12 h 一次, 口服可达龙 0.2, 每日 3 次; 消心痛 15 mg, 每 6 h 一次; 硫氮单酮 30 mg, 每 8 h 一次; 巴米尔 0.3, 每日一次治疗。心电图于 6 月 23 日恢复正常。患者于 6 月 28 日行 PCI, 冠状动脉造影见左前降支第一对角发出后 90% 狭窄病变, 长 5 mm, 无钙化, 注射硝酸甘油 200 μ g 后狭窄未减轻, 植入 GUIDANT TRISTAR 3.5 $\times$ 8 mm² 支架, 术后心电监护 48 h 未见 ST 段改变及室性心动过速发作, 心电图、心肌酶正常, 停止口服可达龙, 观察 1 周病情平稳, 于 7 月 2 日出院。

临床以室性心律失常为表现的冠心病患者多发生猝死, 报道较少, 我院仅见此 1 例。本例患者以发作性晕厥为临床表现, 住院查病因期间出现晕厥发作, 当时除心电图胸导联 T 波倒置外, 未发现其他心律失常及神经系统异常, 结合 Holter 结果有频发阵发性室性心动过速, 考虑晕厥发作系室性心动过速发作所至阿斯综合症, 室性心动过速发作前心电图有心肌损伤性改变, 证实室性心动过速发作诱因为心肌缺血。经积极药物治疗及积极 PCI, 患者术后心肌缺血及室性心动过速发作消失, 远期预后需做长期随访。

(此文编辑 胡必利)