

阵发性室上性心动过速、房颤、胸痛 1 例

肖智谦

(广西北海市卫生学校附属医院,广西 北海 536100)

摘要:本院门诊收治 1 例阵发性室上性心动过速、房颤、胸痛患者。门诊查心电图示阵发性室上性心动过速。住院第 2 天患者诉胸背部剧烈疼痛,血压下降、心律不齐,音强弱不等,心电图示心房颤动、ST-T 改变,心肌酶升高。考虑急性冠脉综合征,转上级医院行冠脉造影示:冠脉造影正常;心包积液。行心包引流后病情好转。通过该病例提示心包积液和急性心肌梗死的鉴别诊断很重要。特别病情复杂时,尽早行胸部 X 线和超声检查有助于鉴别诊断。

关键词:室上性心动过速;房颤;胸痛;心包积液

中图分类号:R547.71

文献标识码:B

DOI:10.3969/j.issn.1006-1959.2018.12.063

文章编号:1006-1959(2018)12-0190-02

Paroxysmal Supraventricular Tachycardia,Atrial Fibrillation and Chest Pain in 1 Case

XIAO Zhi-qian

(Affiliated Hospital of Beihai Health School,Beihai 536100,Guangxi,China)

Abstract:In this hospital,1 patient with paroxysmal supraventricular tachycardia,atrial fibrillation,and chest pain was treated. Outpatient electrocardiogram shows paroxysmal supraventricular tachycardia.On the second day of hospitalization,the patient complained of severe chest pain,decreased blood pressure,irregular heartbeat,and weak sound intensity.ECG showed atrial fibrillation, ST-T changes,and elevated myocardial enzymes.Considering acute coronary syndrome,coronary angiography was performed at a superior hospital.Normal coronary angiography and pericardial effusion were considered.The condition improved after pericardial drainage.This case suggests that differential diagnosis of pericardial effusion and acute myocardial infarction is important.When a particular condition is complicated,early chest X-ray and ultrasonography are helpful in differential diagnosis.

Key words:Supraventricular tachycardia;Atrial fibrillation;Chest pain;Pericardial effusion

1 临床资料

患者男性,77 岁,已婚,汉族,广西北海籍。于 2017 年 12 月 22 日以“反复心悸 1 月”主诉入院。患者自述入院前 1 月余无明显诱因下出现心悸,偶有肩背部疼痛、暖气、腹部烧灼感,无胸闷胸痛,无气促、咳嗽、咳痰,无腹胀、腹痛,病后在当地就诊,症状反复加重,入院前 10 余天出现纳差,12 月 22 日到我院门诊查心电图示:阵发性室上性心动过速,甲状腺功能正常,为进一步治疗入院。患者患病后精神、睡眠欠佳,小便正常,大便秘结,体重无明显变化。既往有多年饮酒史,约 1 斤/d。入院查体:T 36.8℃,P 161 次/min,R 20 次/min,BP 126/99 mmHg,神志清,精神欠佳,颈静脉充盈,双肺呼吸音稍弱,双肺未闻及干湿性啰音,及胸膜摩擦音,心界无扩大,心率 161 次/min,律齐,心音无异常,各瓣膜听诊区未闻及杂音,腹平软,全腹无压痛及反跳痛,肝脾肋下未触及,肝肾区无叩痛,双下肢无浮肿,NS(-)。入院诊断:①阵发性室上性心动过速;②胃炎?。

入院后完善相关辅助检查,血常规 WBC 10.15×10⁹/L,Hb 107 g/L,L% 17.7%,N% 72.9%,PLT 437×

10⁹/L。血 K⁺ 4.43 mmol/L,Na⁺ 139.6 mmol/L,Cl⁻ 102.7 mmol/L,Ca²⁺ 2.55 mmol/L,BuN 8.28 mmol/L,Cr 93.6 μmol/L,UA 311.8 μmol/L;心肌酶:LDH 479 U/L,CK 100 U/L,CKMB 9 U/L;肌钙蛋白(-);C 反应蛋白 171.82 mg/L;肝功:ALT 72 U/L,AST 31 U/L,TP 65.0 g/L,ALB 33.7 g/L,GLO 31.3 g/L,TBIL 22.8 μmol/L,DBIL 8.2 μmol/L,IBIL 14.6 μmol/L;血脂:CHOL 5.75 mmol/L,HDLC 0.94 mmol/L,LDLC 3.28 mmol/L,TG 1.07 mmol/L;凝血功能:PT 12.4 s,FIB 7.53 g/L,APTT 32.9 s,TT 18.3 s,DDi 2.77 mg/L;甲状腺功能:T₃ 1.12 nmol/L,T₄ 87.58 nmol/L,FT₃ 3.55 pmol/L,FT₄ 19.76 pmol/L,TSH 2.57 μIU/ml;乙肝两对半:HBsAg(-),抗-HBs(+),HBeAg(-),抗-HBe(-),抗-HBc(+)。入院后给予静脉注射盐酸胺碘酮注射液,心率减慢至 87 次/min,12 时 30 分诉背部疼痛,疼痛剧烈,伴有便意,急查床边心电图:窦性心律,ST 段抬高(V₂~V₆)。22 日 23 时复查心肌酶 LDH 593 U/L,CK 67 U/L,CKMB 11 U/L,肌钙蛋白(-)。23 日查心肌酶 LDH 559 U/L,CK 63 U/L,CKMB 13 U/L,肌钙蛋白(-)。心电图:心房颤动,ST-T 改变。治疗上抗血小板聚集、调脂、稳定斑块、扩冠、改善循环、营养心肌、抗凝,抗感染治疗。23 日 10

作者简介:肖智谦(1968.7-),男,广西合浦人,硕士,副主任医师,院长,研究方向:冠心病治疗

时 9 分患者诉背部仍有轻微疼痛,偶有轻咳,无咳嗽,无畏寒发热,查体:T 36.5 °C,P 78 次/min,R 20 次/min,BP 111/70 mmHg,神志清,颈静脉充盈,双肺呼吸音稍弱,双肺未闻及干湿性啰音,心率 85 次/min,律不齐,第一心音强弱不等,各瓣膜听诊区未闻及杂音,腹平软,全腹无压痛及反跳痛,双下肢无浮肿。心电图心房颤动,ST-T 改变。T 波改变,12 时 30 分诉背部疼痛,疼痛剧烈,伴有便意,急查床边心电图:窦性心律,ST 段抬高($V_2 \sim V_6$),考虑急性心肌梗死,立即嘱患者卧床休息,监测血压 111/66 mmHg,口服阿司匹林肠溶片 300 mg、硫酸氢氯吡格雷片 75 mg 抗血小板聚集,阿托伐他汀胶囊 40 mg 调脂、稳定斑块,肌肉注射盐酸曲马多注射液 100 mg 止痛,静脉滴注硝酸甘油 10 μ g/min 扩张冠脉,经治疗后,患者疼痛减轻,复查心电图 ST 段较前下降,24 日复查血常规:WBC $7.12 \times 10^9/L$,Hb 100 g/L,L% 14.9%,N% 77%,PLT $396 \times 10^9/L$,CRP 104.69 mg/L。心肌酶:LDH 503 U/L,CK 72 U/L,CKMB 13 U/L,肌钙蛋白(-)。为更好控制病情转上级医院进一步诊治,考虑急性冠脉综合症,立即行冠脉造影见:①左冠状动脉可见少许钙化,右冠优势型;②左右冠状动脉起源和走行未见明显异常,所见冠脉管壁光整,管腔未见明显狭窄及扩张;③心包积液。诊断:①左右冠脉粥样硬化改变;②心包积液。马上予以剑突下心包穿刺引流,引流管留置 4~5 d。经心包积液引流后病情好转,无心悸和胸闷胸痛,咳嗽消失,无背部疼痛和腹部牵拉痛,无畏寒发热,精神食欲好。复查血常规、CRP、心肌酶均正常,肌钙蛋白(-)。随访至 2018 年 1 月 15 日,病情趋好。

2 讨论

本例患者无寒战、发热、声音嘶哑、吞咽困难等症状,体检心界未呈烧瓶状,未闻及心音减弱,心包

摩擦音,未见奇脉,未见肝大、腹水、下肢水肿等,心电图未见低电压,但是有心悸、胸痛、心律失常,体检见颈静脉充盈,X 线见心包积液征,行心包积液引流后症状消失,病情趋好,因此诊断心包积液是正确的。心包积液患者随着病情进展,积液增加,填塞加重,心室扩张受限,心室舒张期冠脉灌注不良,另外心室扩张受限导致房压上升,导致室上速、房颤,而房颤血栓脱落致冠脉栓塞后自溶再通或冠脉痉挛致心绞痛。

心包积液多见于中青年女性,而本例是老年男性是不典型症状,有剧烈胸痛、血压下降、心肌酶升高和心电图 ST 段抬高($V_2 \sim V_6$)等急性心肌梗死的类似表现,但是心肌酶升高和心电图等动态变化不符合等急性心肌梗死的规律性改变,作为急性心肌梗死敏感性极高的血清学指标肌钙蛋白始终阴性,关键的是作为冠心病诊断金标准的冠脉造影见冠脉管壁光整,管腔未见明显狭窄及扩张,因此初期考虑的急性心肌梗死后期可以排除^[1-3]。

总之,同样是胸痛、血压下降、心肌酶升高和心电图 ST 段抬高,但是心包积液和急性心肌梗死的鉴别诊断很重要。特别病情复杂时,力争尽早行胸部 X 线和超声检查有助于鉴别诊断。

参考文献:

- [1] 邓改芬,靳文英,朱天刚.多因素心包积液患者的临床特点分析[J].中华老年心脑血管病杂志,2017,19(2):160-162
- [2] 王创畅,吴伟,魏伟超.症状性大量心包积液的病因和诊治及预后研究进展[J].中国全科医学,2016,19(35):4403-4407.
- [3] 沈卫峰,张奇,张瑞岩.2015 年急性 ST 段抬高型心肌梗死诊断和治疗指南解析[J].国际心血管病杂志,2015,42(4):217-219.

收稿日期:2018-1-19;修回日期:2018-1-31

编辑/李桦