

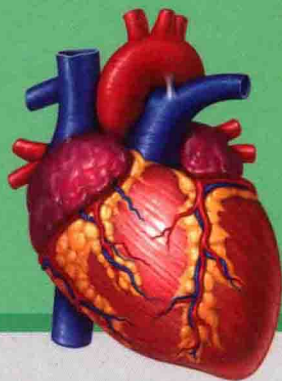


中国心血管病大查房Ⅶ

Zhongguo Xinxueguanbing DachafangⅦ

——中国心血管相关疑难病例讨论峰会Ⅶ

主编 金元哲



东北大学出版社
Northeastern University Press

中国心血管病 大查房·VII

中国心血管相关疑难病例讨论峰会·VII

主编 金元哲

东北大学出版社

· 沈 阳 ·

© 金元哲 2014

图书在版编目(CIP)数据

中国心血管病大查房:中国心血管相关疑难病例讨论峰会.7/金元哲主编. —
沈阳:东北大学出版社,2014.9

ISBN 978-7-5517-0787-9

I. ①中... II. ①金... III. ① 心脏血管疾病—疑难病—病案—分析
IV. ①R54

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2014)第 194279 号

出 版 者: 东北大学出版社

地址: 沈阳市和平区文化路 3 号巷 11 号

邮编: 110819

电话: 024-83687331 (市场部) 83680267 (社务室)

传真: 024-83680180 (市场部) 83680265 (社务室)

E-mail: neuph@neupress.com

http: //www.neupress.com

印 刷 者: 沈阳市第二市政建设工程公司印刷厂

发 行 者: 东北大学出版社

幅面尺寸: 140mm×203mm

印 张: 8.125

字 数: 212 千字

出版时间: 2014 年 9 月第 1 版

印刷时间: 2014 年 9 月第 1 次印刷

责任编辑: 郎 坤 张德喜

责任校对: 一 方

封面设计: 杨利伟 刘江阳

责任出版: 唐敏智

ISBN 978-7-5517-0787-9

定 价: 48.00 元

编辑委员会

主 编：金元哲

副主编（以汉语拼音为序）

段志英 林英子 柳 兢 姚凤臣 周东晖

点评专家（以汉语拼音为序）

白小涓	陈 红	程显声	丛洪良	邓东安	邓重信
段志英	冯 丰	高连君	葛均波	关汝明	关振中
郭丹杰	郭静萱	郭 韵	韩 英	侯静波	胡 健
黄 峻	霍 勇	贾大林	金恩泽	金 哲	金元哲
荆志成	康连鸣	柯元南	黎 辉	李 潞	李淑梅
李树岩	李 勇	李晓东	李为民	栗印军	李迎春
李 悦	李运田	李占全	李 艳	李学奇	林治湖
刘国男	刘 俊	刘卓刚	马景源	马淑梅	马颖艳
牛铁生	庞文跃	齐向前	曲 鹏	任文林	沈潞华
宋道岭	孙 健	孙志军	陶贵周	田 丰	田 野
王凤荣	王 珂	王丽君	王宁夫	王效增	王智勇
王祖禄	吴炳祥	伍海安	吴学思	吴永全	熊长明
颜 彦	杨 萍	杨树森	于 波(哈)	于 波(沈)	
张 明	张树龙	张抒扬	张薇薇	张月兰	赵兴胜
赵颖军	赵玉霞	郑 杨	周立君	曾定尹	邹德玲

病例报告人（以汉语拼音为序）

程育博	高 鹏	顾 晴	韩业晨	黄明学	黎 娜
梁兆光	刘 芳	刘 岩	罗晓亮	乔兴科	孙明利
孙延明	王 琦	吴 炜	肖平喜	徐世莹	颜 彦
于晓红	詹小娜				

编写秘书：汪立杰 王国锋

前言

由中华医学会心血管病分会、中国医师协会心血管内科医师分会以及中国医科大学继续教育学院主办，中国医科大学附属第四医院承办，辽宁省医学会心血管病分会、《中华医学杂志》、《中国实用内科杂志》及北京、天津、上海、新疆、内蒙古、广东、江苏、湖北、山东、河北、河南、辽宁、吉林及黑龙江等 10 余个省、自治区、直辖市数十家权威医院协办的第七届“中国心血管病大查房”（原“中国心血管相关疑难病例讨论峰会”）已经胜利闭幕，本次会议与《第五届全国心力衰竭学术年会》在沈阳辽宁大厦会议中心同期召开。本次会议的参会代表覆盖面更加广泛，精选的病例大多来自国内顶级心血管病医院、科室。会议期间有更多的国内著名心血管病专家参与讨论、对病例剥茧抽丝、全面细致地分析点评，以迅速提高中青年医师的临床诊治水平。会议坚持“回归人文、回归临床、回归基本功”的宗旨，贯彻“传承、交流、循证、提高”的方针，以心血管相关疑难病例讨论为主题，再现每一个病例当时当地的疾病诊治思路，病例内容丰富、专家点评精彩、会场讨论热烈，最终取得了圆满成功。

本次峰会的圆满召开离不开广大新老同道的支持与参与——是你们的积极参与使我们在时间不充足的情况下收集到了如此多的优秀疑难病例；是你们提供的优秀病例与专家的精彩点评吸引了大量专业领域人员参加；是你们的积极参与使本次大会有了存在的价值；

是你们的积极讨论使得会场气氛更加热烈；是你们的宽容使会议在准备不充足的情况下仍顺利进行；你们的建设性意见与建议将使明年的会议改进得更好。

总之，在时间仓促、经验不足、人员短缺的情况下，是你们的支持、参与最终使得本次会议圆满召开。我们亦将不负众望，在本次会议的基础上增长经验，吸取教训，接受广大同道的意见与建议，把下一届（第八届）“中国心血管病大查房”办得更好，以回报各位老师对本次会议的厚爱与支持。

在中国医科大学继续教育教改项目（[YDJK2011043]）支持下，现将“中国心血管病大查房”讨论病例及内容加以整理并集结成册，书名就叫《中国心血管病大查房·Ⅶ》。本书结合病例剖析心血管相关疾病的诊治思路，既有心血管病的最新进展，又有老一辈心血管病专家诊病的宝贵经验。内容通俗易懂、操作性强，适合包括心血管专业医师、心血管专业的进修医师及在心血管科实习的本科生、研究生在内的广大人群阅读，以利于增长知识、夯实基本功。因前期准备不足，部分病例录制效果不佳而未能记录下来，在此向该部分病例提供者及点评专家表示深深的歉意；同时，因时间及人员有限，录像效果欠佳，故部分病例讨论部分可能存在各种不准确或不正确的地方，在此恳请广大读者谅解，如发现错误请与我们联系，我们将会及时改正，并吸取教训，争取把下一届会议办得更好！

“中国心血管病大查房”会议组委会
中国医科大学附属第四医院心血管内科

2014年7月24日

目 录

病例 A1	活动后胸闷、气促 26 年，发作性晕厥 1 天	001
病例 A2	反复恶心、呕吐 2 天	009
病例 A3	间断胸闷胸痛 2 年余，再发加重半月	020
病例 A4	阵发性胸闷、气短 11 年，加重 2 年	033
病例 A5	心悸 7 小时	041
病例 A6	发作性胸痛 6 年，再发加重 11 小时	053
病例 A7	发作性胸闷、气短 1 年，再发加重 1 周	064
病例 A8	反复胸闷 12 年，再发 2 年，加重 2 周	078
病例 A9	反复胸闷 1 周，突发气急 1 小时	089
病例 A10	反复心悸胸闷 7 年，伴发作性晕厥 1 个月	100
病例 A11	活动后气短、乏力伴发作性晕厥 1 年	113
病例 A12	反复胸闷 20 天	125
病例 A13	发现血压高 12 年，活动后胸闷气促 2 年， 加重 6 个月	131
病例 A14	活动后胸闷气短 14 年，加重 2 年	141
病例 A15	持续性胸闷伴发作性晕厥 2 小时	149
病例 A16	持续胸痛 2 小时	159
病例 A17	发作性胸痛 10 天，加重不缓解 11 小时	170
病例 A18	发作性胸闷、晕厥 1 年余，呼吸困难 1 小时	183
病例 A19	发热伴发作性晕厥 1 个月，反复呼吸困难 1 周	198

病例 A20	持续性胸痛 7 小时	209
病例 A21	活动后胸闷气促伴一过性口角歪斜言语不利 1 个月， 加重 1 周	219
病例 A22	发作性胸痛 3 个月	228
病例 A23	间断胸闷、憋气 5 年，加重 5 个月	242
附 录 (对应疾病)		250

病 例 A1

报 告 人：罗晓亮 阜外心血管病医院

点评专家：霍勇、康连鸣、林治湖、王祖禄、于波（沈）、张薇薇

病例部分

患者女性，58岁

【主 诉】活动后胸闷、气促26年，发作性晕厥1天。

【现 病 史】患者26年前出现活动后胸闷、气短，就诊当地医院诊为“风湿性心脏病 二尖瓣狭窄并关闭不全”，行二尖瓣生物瓣置换，术后恢复良好。1年前再次出现活动后胸闷、气短，活动耐力明显下降，有尿少、伴有双下肢水肿，间断有夜间不能平卧，自行服用地高辛及速尿片，双下肢水肿减轻。1天前患者与家属聊天时出现一过性意识丧失，不伴有四肢抽搐，无二便失禁，1分钟后神志转清，为进一步诊治经急诊收入ICU。

【既 往 史】1985年8月当地医院行二尖瓣生物瓣置换术。否认肝炎结核病史，否认高血压、糖尿病病史，高脂血症，否认烟、酒嗜好；婚育史：22岁结婚，孕2产2，50岁绝经，否认家族遗传病史。

【查 体】入院时：T：36.6℃，P：62次/分，R：20次/分，BP：118/56mmHg，双肺呼吸音粗，左锁骨中线第五肋间上，心律绝对不齐，心率：62次/分，腹软，无压痛，无反跳痛，下肢轻度水肿，病理反射未引出。

【入院诊断】风湿性心脏病

二尖瓣生物瓣置换术后

二尖瓣生物瓣毁损

三尖瓣关闭不全

心律失常

交界区逸搏心律

室性期前收缩

肝功损害

肺部感染

高尿酸血症

晕厥原因待查

【诊治经过】入院后完善相关检查：超声：左房前后径 46mm，左室前后径 43mm，右室前后径 24mm，二尖瓣位人工生物瓣瓣架固定，瓣叶增厚、粘连，回声增强，开放明显受限，关闭不良，瓣周未见明显异常回声。三尖瓣瓣叶对合欠佳。二尖瓣生物瓣毁损，二尖瓣生物瓣狭窄并少中量返流，三尖瓣中大量返流，主动脉少量返流，肺动脉高压。胸片：两肺轻淤血，主动脉结偏宽；肺动脉段平直；左房右室大。心胸比：0.65。心电图：窦性心动过缓，室性期前收缩。入院后心电监护提示：交界区心律，心率：41~50 次/分，患者有心前区及头晕不适，急诊行临时起搏器治疗。第二日 10:37 患者突发意识丧失，伴有呼吸浅慢，心电监护提示：尖端扭转型室性心动过速，电转复，起搏频率调至 80 次/分，补钾、补镁治疗，行气管插管，呼吸机辅助呼吸，第二日拔除气管插管，继续完善外科术前检查，择期在全麻下行二尖瓣机械瓣置换术 + 三尖瓣成形术，术后出现结性心律，房颤心律，术后经动态心电图确诊为阵发性心房颤动，窦性停搏，行永久起搏器植入术，术后恢复顺利，出院继续口服药物治疗。

【文献回顾】

1. 尖端扭转室速是 1966 年提出的以 QRS 波群尖端扭转为特点的多形性室速，多见于 QT 间期延长的患者，获得性的 QT 间期延长是常见的，目前已知的尖端扭转室速原同见于高龄女性电解质紊乱、低钾血症以及低钙血症等。延长 QT 间期的药物包括一些抗心律失常药，抗生素如喹诺酮类、大环内酯类以及精神病类药物。其他有基础心脏病的患者如本患者二尖瓣关闭不全很容易出现 QT 间期延长。

2. 关于本患者二尖瓣毁损的原因复习了相关文献，机制主要包括二尖瓣生物瓣的撕裂和钙化。这个病人是属于钙化以后发生。其主要机制是胶原磷酸基与细胞内的钙形成磷酸盐沉积造成了二尖瓣毁损。另外一个二尖瓣生物瓣有一个特性就是它所承担的左室收缩期的压力、机械压力较主动脉瓣是明显增加的，所以二尖瓣生物瓣的寿命一般较主动脉瓣短。

3. 对尖端扭转型室速发作时的治疗，如果转变为室颤毫无争议地要电除颤治疗，其次要停用所有可疑的药物，并需进行血流动力学监测与心电监护。治疗的药物包括硫酸镁注射液 2.0g，1~2 分钟各一次，必要时可以吞服。缩短 QT 间期的药物主要是利多卡因、补钾，血清钾一般需在 4.5mmol/L 以上，另外就是增加心室率。可以应用异丙肾上腺素治疗。这个病人已经成功植入了临时起搏器，但是由于病情观察不够细致，没有根据她的病情进行相应的起搏频率的调整，如果将起搏频率调至 70~80 次/分，可能会避免发作。

4. 对获得性 QT 间期延长的治疗主要包括四个方向：

(1) 避免应用导致 QT 间期延长的药物。

(2) 利尿剂的合理应用。

(3) 治疗原发疾病，纠正电解质紊乱、酸碱失衡。

(4) 长期治疗包括 ACEI 类、 β 受体阻滞剂、植入起搏器以及 ICD 的治疗。

讨论部分

李占全：下面请点评专家及特邀发言人对病例进行点评，如果在场的代表有问题也可以提出来，咱们的点评家、主任都在这儿，可以一并解答。

王祖禄：问一个问题，患者发生尖扭时的血钾是多少？

罗晓亮：3.4mmol/L。

王祖禄：有入院时的血钾值吗？

罗晓亮：入院时在急诊测血钾是 3.8mmol/L。

于波：有没有窦性心律，就是没发生尖扭时的心电图？我们想测一下 QT 间期。

罗晓亮：有，但是都是有室早的心电图。

于波：那病人 24 小时动态心电图 24 小时发生室早多少次？尖扭发生多少次？

罗晓亮：总的室早次数大概是 8000 多次。

张薇薇：入院前的治疗情况，用什么药了？

罗晓亮：病人入院前口服了一段时间利尿剂，但口服剂量不清楚，还有地高辛，大概有 5~6 天，自己觉得心跳加速，下肢水肿就开始吃药。

林治湖：起搏心律为什么选 56 次/分？

罗晓亮：具体不太清楚为什么。

林治湖：在这个频率之前没有发生明显的室速吧？

罗晓亮：实际上发生过，但在急诊时没有心电监护，所以没有及时地发现。

林治湖：尖扭发生与心动过缓发生是有密切关系的，我不知道你当时为什么把起搏频率设置在 60 次/分左右，所以把这个病例拿

出来与大家分享下，想总结下经验。

霍 勇：这个病人手术过程中做病理了吧，那二尖瓣病理改变重吗？

罗晓亮：当时二尖瓣粘连钙化都是比较重的，以反流为主，伴轻度狭窄。

霍 勇：我有几个问题，第一，这个病人的特点是 20 多年前做过二尖瓣生物瓣换瓣手术。这次发生晕厥，临床当中抓到尖扭，最后安置起搏器加上二尖瓣重新换瓣，你们讲出来的结论就是治好了这个病人。我认为你们在这一系列的治疗中间诊断与治疗是一条完整的流畅的思路，那么为什么你们能第二天就拟行换瓣手术而不考虑尖扭发生是由于一些其他的原因如钾减、低钾所致，也就是说你们的思路当时是怎么考虑的？第二个问题，刚才林主任、王主任也说了，心率快、低血钾都可以引起尖扭，那么就这个病人再说说尖扭的原因。另外，再说说这种病人的转归、预后。

罗晓亮：对尖扭病人的危险因素分析，包括：①高龄女性，我们这个病人 59 岁，虽然不算高龄，但年龄也的确偏高。②电解质紊乱，这个病人血钾 3.4mmol/L，的确是有。③基础心脏病：二狭与二闭均可以引起继发的 QT 间期延长，进而导致尖扭。

霍 勇：谢谢，尖扭的发生实际是一个多因素共同作用的结果，包括高龄、电解质紊乱、血钾低一些、心率慢一些，但这些还不是尖扭发生的必然结果。这个病人二尖瓣关闭不全，瓣膜毁损，它与尖扭发生究竟有多大关系，起多大作用？这个病人治疗效果比较好，但我就是觉得这个病人有些方面分析得还不够清楚。

王祖禄：大家讨论的比较精彩。今天为什么请我们几个搞心律失常的坐在这儿呢？我觉得这个病例很有意思，有很多东西值得大家学习。刚才霍勇教授强调在临床当中要有思维，这个病人还是比较幸运的，病人做换瓣手术 26 年出现尖扭发生晕厥需再次换瓣。我

们知道，不管是生物瓣还是机械瓣一般能用 15 年，是常见的寿命，这个病人使用 26 年，的确是很少见的。那么这个病人当年为什么安生物瓣呢？估计当时医生考虑病人育龄，可能有药物抵抗。当然机械瓣肯定寿命长，但安完对胎儿是会有影响的，其中会涉及肝素、华法林等很多麻烦事。安完机械瓣的病人如果再生育药物调整很麻烦，涉及肝素替代，在胎儿发育期以后才可以吃华法林，等到分娩期又得换成肝素，而生物瓣简单，但是就是寿命短，她能用到 50 岁已经很幸运了。第二，瓣膜置换术后的病人很多，但是为什么这个病人就发生尖扭了，我觉得有几个原因：①病人本身有窦性心动过缓。病窦没有窦性心律，是一个交界区的心律，很长时间窦房结才激动，她房室传导相对还行。大家知道外科做了换瓣手术后好多病人发生房颤，房室传导没事，发生房颤时挺好，但一恢复窦律就发生窦缓。长期风心病发生二尖瓣病变先影响左房，当肺动脉高压时引起右房出问题，这个病人三尖瓣还有问题，所以窦房结本身会发生缺血、纤维化等，很多年以后就会发生这个问题。外科常见到这样的病人，如瓣膜术后发生严重的窦缓，后来还安了起搏器。这个病人给我们的启示是病人心衰口服利尿剂之后由于本身有窦房结功能障碍，交界性心律失常，这时血钾一旦异常就容易出现这种情况。而且这个病人有两种形态的室早，你原来的心电图室一个右室流出道起源的室早，但是这个病人很有意思，因为Ⅱ，Ⅲ，avF 振幅宽大较高的这幅图。你再看尖扭发生的室早，这些室早是普氏纤维出来的。实际上右室流出道室早发生尖扭的比较少见。往往是这种病人严重低钾引起普氏纤维的激动活性增高，容纳后引起普氏纤维内的折返，形成比较窄的 QRS 波群室早，这是由于严重电解质紊乱引起的。这个病人在急诊时血钾 3.4mmol/L，完善 24 小时动态心电图提示尖扭，入院后再发晕厥，这时还没有开始治疗呢，所以病人发生晕厥的原因同为尖扭，诱因为低钾。入院后复查血钾

3.8mmol/L,但是由于心衰强化利尿,口服的钾还没有补上来呢,所以尖扭发作会增加。尽管上了临时起搏,刚才你自己总结也挺好,我们说长QT一旦要起搏,需要快频率起搏,一般要80次/分以上,这样QT间期会缩短,你们后来的处理都很对。起搏频率一上来QT间期正常了,因为她是慢心率依赖的长QT,再加上低钾进一步加重长QT。大家回过头来看心电图,可以再铅笔导联发现明显u波,所以QT间期变成Qu间期,特别长,此时提示我们病人可能存在电解质紊乱低钾血症。这个病例很有意义。

康连鸣:我们医院出的这个病例,我们就霍勇教授说的这个临床思维说说这个病例。针对这样一个病人要注意疾病的发生、处理以及随访。今天我主要说针对这个病例总结的教训。这个病人到急诊室并没有发生室速,而其在急诊室背了一个holter,恰巧抓到了尖扭发生,提示我们并对其进行处理。虽然安装了临时起搏器,但没有调到恰当的频率,没有预防尖扭的发生,这提示我们医生对这个知识点认识不足。这个病例的处理,结果是好的,但在处理的过程中即便是在我院也会出现脱节的环节。在临床诊疗过程中如何帮助年轻医生培养对于疾病发作时的处理能力,减少诊断、治疗、随访的疏漏,拿出这样一个病例目的就是在于此,谢谢。

林治湖:阜外心血管病医院能够把这个病例拿出来说明他们很谦虚。我觉得心内科与心外科的整合,更好地协作十分重要。如果这个病人在手术之后能够定期地随访,也许这个事件就可以避免,我们医院心内科和心外科就正在整合,我们心外科也有心内科的医生。

肖平喜:我是一个心内科的医生,刚才霍勇教授也说过这个病人的主诉就是晕厥+胸闷,那么老师也告诉过我们首先要分析晕厥的病因是什么。心律失常中常见的长QT综合征,应该首先处理晕厥原因,然后考虑择期手术,出现室速室颤应注意有无R-R,短-长

- 短周期表现，如果有则非常符合长 QT 综合征的表现。在临床当中，我建议长 QT 病人应常规询问病史、家族史。这个病人安置了起搏器，因为起搏器有夜间频率，这个病人在院时一定注意关注夜间频率。

于 波：这位医生分析、提示得特别好，获得性长 QT 综合征在临床中非常多见，这个病人我们要注意是获得性长 QT 还是先天性长 QT 导致的晕厥。心衰加重、低钾、二尖瓣脱垂都可以导致长 QT，另外应用其他特殊药物也可以导致长 QT。这个病人你的思路主要考虑病人二尖瓣生物瓣叶毁损导致了心衰，后口服利尿剂、洋地黄类药物。另外一个原因是缓慢性心律失常，可能出现了病窦。还有，这个病人有室早，频发室早综合考虑这个病人还是瓣膜毁损导致心衰加重，利尿治疗后低钾血症加重长 QT，这个病人起搏器术后不太需要考虑夜间频率的事，主要还是低血钾以后导致长 QT，这个病例提示我们在临床当中很多因素会引起长 QT 综合征，这个病人在长期随访过程中需注意先天性长 QT 综合征隐匿型，当时这型比较少见。

霍 勇：这个病例非常有意义，再次感谢阜外心血管病医院提供这么好的病例。通过刚才的讨论让我感觉到每位专家如果不在当时当地的临床背景下难以完全体会出来病人当时的诊断、治疗思路，所以管床医生要尽可能详细地介绍，并切实反映当时的诊疗思路、诊治过程。说明为什么要给病人做这项检查，有什么意义，为什么要用这样的治疗。

病 例 A2

报 告 人：詹小娜 北京垂杨柳医院

点评专家：韩英、霍勇、康连鸣、牛铁生、任文林、田丰、
吴永全、曾定尹

病例部分

患者女，74岁

【主 诉】反复恶心、呕吐2天。

【现 病 史】患者入院前2天无明显诱因下出现恶心、呕吐，呕吐物为黏稠胃内容物，稍带咖啡色液体。患者进食后2分钟即出现呕吐，伴反酸、烧心，伴间断上腹痛，无明显腹胀、腹泻，无发热、心慌、胸痛、胸闷，无咳嗽、咳痰，无头痛、头晕等症状，患者今来我院门诊，查血象高，故收入我院消化科进一步诊治。自发病以来，患者食欲欠佳，进食少，大便1次/天，为成形大便，量不多，色不详，排气少，尿量少，色深黄，睡眠可，体重无明显变化。

【既往史】心脏供血不足病史3年，未规律服药。否认脑血管病、高血压、糖尿病病史，否认肝炎、结核病史。否认重大手术史及外伤史，否认药物过敏史。否认输血史。预防接种史不详。

【个人史】出生于原籍，现居住于北京。否认放射线、毒物、粉尘接触史，否认疫区、疫水接触史。否认烟酒嗜好。

【婚 育 史】适龄结婚，育1子1女，老伴及子女均体健。

【家族史】父母已故，死因不详。否认家族性遗传性疾病及类似疾病史。