

镜面右位心伴急性心肌梗死行急诊经皮冠状动脉介入治疗 1 例

吴佳源 蔡 鑫 王裕勤

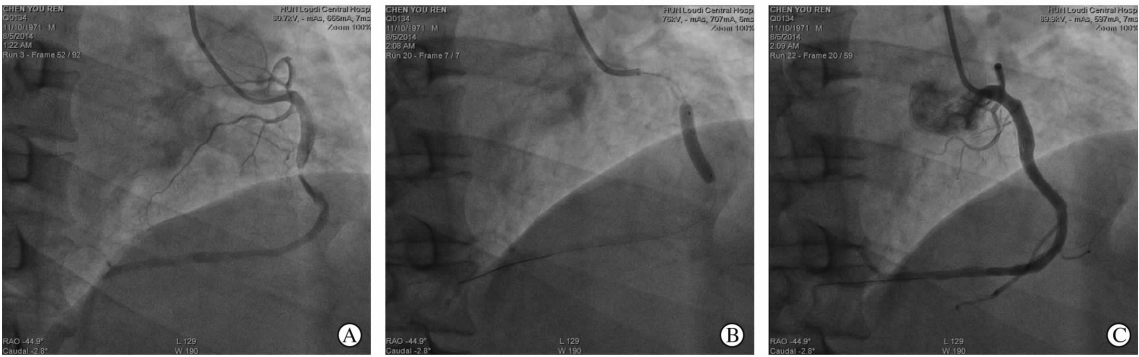
doi:10.3969/j.issn.1673-6583.2015.03.021

镜面右位心临床上很少见,约占正常人群的 1/万<sup>[1]</sup>,合并急性心肌梗死(AMI)尤为罕见。近期我院成功为 1 例镜面右位心伴下壁、右室 AMI 的患者进行了急诊经皮冠状动脉介入治疗(PCI),现报道如下。

1 病例简介

患者,中年男性,43 岁,因“胸痛 3 h”入院。既往有高血压病史 10 年,血压控制良好,曾于体检时发现“右位心伴内脏全转位”。患者于 2014 年 8 月 5 日晚 20 时 10 分轻度运动后出现胸骨中段剧烈持续性压榨样痛,伴全身乏力、肢冷、恶心、呕吐胃内容物,外院心电图(胸导联、肢导联镜像反接)显示Ⅱ、Ⅲ、aVF、V4R~V6R ST-T 段弓背上抬高 0.05~0.5 mV,诊断为急性下壁、右室心肌梗死;予拜阿司匹林 300 mg、氯吡格雷 75 mg、低分子肝素抗凝、抗血小板聚集,尿激酶 150 万单位溶栓后 ST-T 段无明显回落,于当日 23 时急转入我院。入院查体:血压 136/94 mmHg(多巴胺 25 mL/h 维持),双肺未及明显啰音,心尖搏动位于第 5 肋间右锁骨中线内 0.5 cm 处,心率 89 次/min,律齐,未及明显杂音;腹部无压痛,肝肋下未及,肝上界位于左第 6 肋间。实验

室检查:肌红蛋白(Myo) 355.8 ng/mL,肌酸激酶同工酶(CK-MB) 25 U/L;肌钙蛋白 I(cTnI) 0.03 ng/mL;白细胞  $18.08 \times 10^9/L$ ,中性粒细胞占 88.2%;肝功能:谷草转氨酶 731.0 U/L,谷丙转氨酶 145.0 U/L;血糖 16.84 mmol/L;血脂:总胆固醇 6.45 mmol/L,三酰甘油 7.96 mmol/L;肾功能及电解质均正常;心电图结果大致同前。结合病史诊断为急性 ST 段抬高型下壁、右室心肌梗死。急诊行冠状动脉造影,显示右冠状动脉(RCA)中段狭窄 99%,可见血栓影,血流 TIMI 1 级(见图 1A);前降支(LAD)、回旋支(LCX)血流灌注均达 TIMI 3 级。在 RCA 中段引入 Rebirth 血栓抽吸导管,抽出少量白色血栓,复查冠状动脉造影血流无明显改善,遂引入 6F JR4.0 指引导管,Pilot50 指引导丝通过闭塞病变,于 RCA 病变处置入 Buma (4.00 mm×20 mm)支架 1 枚(见图 1B),复查造影无残余狭窄,血管远端前向血流恢复 TIMI 3 级(见图 1C)。8 h 后复查 cTnI 为 50 ng/mL,Myo 553.0 ng/mL,CK-MB 330 U/L。患者诉胸痛完全缓解,复查心电图示Ⅱ、Ⅲ、aVF、V4R~V6R ST-T 段回落>50%,继续给予抗血小板、调脂等综合治疗,患者于 11 d 后顺利出院。



注:A 为 RCA 中段狭窄 99%;B 为 RCA 经预扩张后置入支架 1 枚;C 为重度狭窄消除

图 1 急诊冠状动脉造影和 PCI

2 讨论

镜面右位心是指心脏位于右侧胸腔,右心房、肝脏位于脊柱左侧,左心房和胃泡位于右侧,左肺三叶、右肺二叶、左右支气管亦呈反转关系,犹如正常人的镜面像<sup>[2]</sup>。镜面右位心者素可无任何症状,常于体检时发现。本例患者即是

30 年前常规体检时发现为镜面右位心伴全内脏转位。右位心伴脏器完全转位的预期寿命与正常人无明显差异,冠心病发病率也与普通人群相仿<sup>[3]</sup>。

右位心者一旦发生 AMI 同样可行冠状动脉旁路移植术(CABG)或 PCI。早在 1990 年,Yamaguchi 等<sup>[3]</sup>即报道了日本首例右位心伴下壁 AMI 行 CABG 的病例。Ciszewski 等<sup>[4]</sup>报道了 1 例 45 岁男性右位心患者发生 AMI 后,行 PCI 后效果良好。

作者单位:417000 湖南,娄底市中心医院心血管内科 26 病室  
通信作者:王裕勤,Email:wyqin2013@126.com

本例患者为夜间急诊转入我院,入院病情危急,有休克征象,需快速判断病情并予相应处理。因患者家属准确告知患者为右位心,行心电图检查时直接将胸导联、肢导联镜像反接。若事先未知右位心而按正常位置行心电图,可能导致判断失误,延误治疗。由于患者胸痛发作时间至入院仅约 3 h,血 CK-MB、cTnI 正常,但根据患者剧烈持续性压榨样胸痛病史及特征性心电图改变,可诊断 AMI,并按右位心电图变化将病变定位于下壁和右室,与急诊冠状动脉造影的结果一致。由于患者 RCA 及主要分支走行均与正常心脏呈镜像改变,行 PCI 时导管的走行方向需与正常反向,放置导丝和输送支架时也应格外小心,其他操作方法和注意事项则与普通 PCI 类似。

## 参 考 文 献

- [1] 张锡武,唐杨烽,徐激斌,等. 镜面右位心合并肺动脉闭锁伴室缺一例[J]. 国际心血管病杂志,2010,37(6):387.
- [2] 赵子鄰,施德昆. 手术修补“镜面人”室间隔缺损 1 例报告[J]. 山东医药,2010,50(26):104.
- [3] Yamaguchi T, Kikuchi S, Doi H, et al. Coronary artery bypass in dextrocardia with situs inversus totalis a case report[J]. Nippon Kyobu Geka Gakkai Zasshi, 1990,38(9): 1538-1542.
- [4] Ciszewski M, Dabrowski M, Kraszewski K. Primary coronary angioplasty with stent implantation in a patient with dextrocardia a case report[J]. Kardiologia, 2003,58(6):484-486.

(收稿:2014-10-14 修回:2015-01-08)

(本文编辑:梁英超)

# 长 QT 综合征合并 MYBPC3 基因突变 1 例

张惠芳 宋洪勇 郭成军 张英川

doi:10.3969/j.issn.1673-6583.2015.03.022

## 1 病例简介

患者,女性,50 岁,高血压病史 7 年,最高血压为 170/100 mmHg,平时血压控制在 130/80 mmHg 左右,无冠心病、猝死家族史。表妹有晕厥史,未明确病因。自 2011 年,反复发作晕厥 4 次。行冠状动脉造影检查提示前降支及第一钝缘支 50%~60% 狭窄,考虑为临界病变。采用药物治疗,口服阿司匹林 100 mg/d、辛伐他汀 20 mg 夜间顿服。2011 年 12 月患者因“发作性胸闷”就诊于当地医院,入院后无诱因出现晕厥,心电监测提示尖端扭转型室性心动过速、心室颤动(见图 1),立即给予电复律处理后恢复窦性心律,考虑不除外心肌缺血诱发恶性室性心律失常,给予双联抗血小板、强化调脂、稳定斑块及补钾、补镁处理。2012 年 1 月 3 日行冠状动脉介入治疗(PCI),于前降支及第一钝缘支各置入支架 1 枚,术后口服阿司匹林 100 mg/d、氯吡格雷(商品名:波立维)75 mg/d、辛伐他汀 20 mg 夜间顿服、倍他乐克 25 mg 2 次/d、缬沙坦 80 mg/d 治疗,未再发作胸闷、晕厥。2014 年 5 月患者再次出现晕厥,意识恢复后心电图示:窦性心律,校正 QT 间期(QTc)476 ms。5 月 12 日就诊于我院,甲状腺功能、电解质、肝肾功能均正常;动态心电图:窦性心律,偶发室性早搏、短阵室性心动过速;心脏彩超:各房室内径正常,未见明显节段

性室壁运动异常。5 月 19 日复查造影,前降支及钝缘支原支架通畅,无再狭窄,其余冠状动脉血管未见狭窄,左心室造影未见异常。诊断为长 QT 综合征、冠心病 PCI 术后、高血压 2 级(极高危组)。建议采用置入型心律转复除颤器(ICD)治疗,但患者因经济原因拒绝。予口服倍他乐克缓释片 47.5 mg/d 治疗,随访半年,无晕厥、黑矇发作,动态心电图示:窦性心律,偶发室性早搏。

## 2 讨论

长 QT 综合征(long QT syndrome, LQTS)是一组由于心肌细胞动作电位复极时间延长,可导致危及生命的室性心律失常的临床综合征。按病因可分为先天性长 QT 综合征和获得性长 QT 综合征。先天性多发生于儿童和少年,具有家族性。获得性多发生于年长者,常由心肌缺血、电解质紊乱、心动过缓、代谢异常(如甲状腺功能亢进症、嗜铬细胞瘤等)、神经系统疾病(蛛网膜下腔出血)及某些药物等因素导致 QT 间期延长,在去除致病因素后 QT 间期常可恢复正常。长 QT 综合征的临床症状为尖端扭转型室性心动过速(Torsade de Pointes, TdP)所致,可以表现为反复出现头晕、癫痫发作、晕厥甚至猝死,少数患者夜间出现心律失常。

该患者确诊为冠心病,心肌缺血发作可导致 QTc 延长及 TdP 发作。研究发现,当心肌缺血、心肌损伤时,可引起心室肌有效不应期和传导速度的改变,导致部分心肌复极不均匀、复极离散,心电图上表现为 QTc 延长<sup>[1]</sup>。心肌缺血是获得性长 QT 综合征的常见病因之一,治疗的关键是祛除病因,避免一切可能引起复极延长的因素,减低猝死的发生率。

作者单位:100029 北京,首都医科大学附属北京安贞医院心内六科(张惠芳,郭成军,张英川);100101 北京,中国人民解放军第 306 医院心内科(宋洪勇)

通信作者:宋洪勇,Email:byhongyong2007@163.com