

“昙花一现”的 de Winter 综合征 1 例

芦波 姚望 符德玉 周训杰 桂明泰 姚磊 李建华

doi:10.3969/j.issn.1673-6583.2020.04.014

1 病例简介

患者男性,30岁,因“胸痛1d,今晨加重2h”于上海中医药大学附属岳阳中西医结合医院门诊就诊。患者诉自2019年11月22日开始,出现胸前区隐痛,未予重视,11月23日患者胸痛加重2h,遂来院就诊,无头晕心慌。患者既往体健,否认高血压、糖尿病等慢性病史,否认心脏病史,有脂肪肝病病史5年,无吸烟饮酒史。体温36.6℃,脉搏81次/min,

呼吸18次/min,血压120/80 mmHg。神志清,心律齐,心音正常,各瓣膜听诊区未闻及杂音,余肺部、腹部查体均未见明显异常。11时19分门诊心电图提示(见图1):窦性心律,正常心电图。但仔细分析心电图可见: $V_1 \sim V_6$ 导联ST段上斜性压低0.1~0.2 mV, $V_1 \sim V_4$ 导联T波高尖,符合 de Winter 综合征的心电图表现。

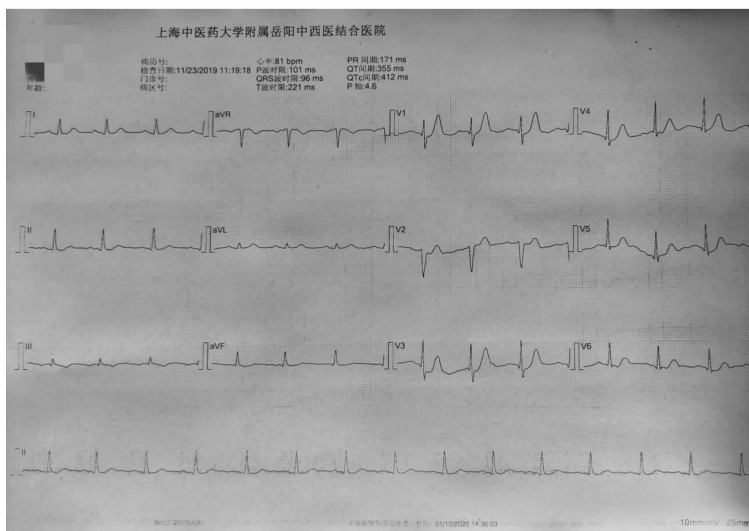
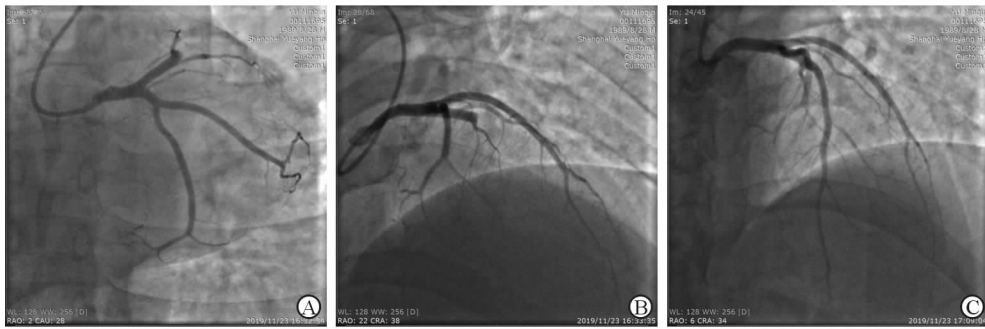


图1 de winter 综合征心电图

14时45分查肌钙蛋白I(cTnI)0.33 ng/mL,肌红蛋白(Myo)333.7 ng/mL,肌酸激酶同工酶MB(CK-MB)15 ng/mL。遂安排胸痛中心绿色通道,于15时34分即时检验示:D二聚体<0.1 mg/L,CK-MB 33.14 ng/mL(参考值<5 ng/mL),cTnI 1.19 ng/mL(参考值<1 ng/mL),Myo 430.6 ng/mL(参考值<20 ng/mL),N末端脑钠肽前体(NT-proBNP)83 pg/mL。15时36分复查心电图示窦性心

律,大致正常心电图,de Winter 心电图特点消失。

立即给予替格瑞洛180 mg口服+阿司匹林片300 mg嚼服。行急诊冠状动脉造影,结果显示左主干无狭窄,左前降支(LAD)中段完全闭塞,远端TIMI血流0级,左回旋支未见明显狭窄(见图2A,B)。右冠状动脉未见明显狭窄。结合造影结果考虑左前降支为罪犯血管,抽吸出大量血栓后,于左前降支植入1枚支架,顺利开通血管(见图2C)。



注:A 示左主干无狭窄,LAD 中段完全闭塞,左回旋支未见明显狭窄;B 示支架植入前 LAD 完全闭塞;C 示支架植入后 LAD 血流恢复

图 2 支架植入前后冠状动脉造影图像

术后返回心脏重症监护病房,即刻复查心电图,示窦性心律,大致正常心电图,de Winter 心电图特点消失。术后 2 d 复查心电图示 $V_1 \sim V_3$ 导联 Q 波形成, $V_1 \sim V_4$ 导联 T 波动态变化并倒置。心电图的演变过程为典型急性 ST 段抬高心肌梗死(STEMI)的演变过程。

2 讨论

De Winter 等^[1]回顾了 1 532 例 LAD 近段急性闭塞心电图,其中有 30 例(2.0%)并未出现典型 STEMI 超急性期的改变,归纳其心电图特点为:胸前 $V_1 \sim V_6$ 导联 J 点压低 1~3 mm,ST 段呈上斜型下移,随后 T 波对称高尖;QRS 波通常不宽或轻度增宽;部分患者胸前导联 R 波上升不良;多数患者 aVR 导联 ST 段轻度上抬。该心电图现象后被命名为 de Winter 综合征。已证实,de Winter 型心电图对急性 LAD 近端闭塞具有很高的预测价值^[2-3],亦应按照 STEMI 流程处理,需进行急诊经皮冠状动脉介入术(PCI)。由于心电图没有 ST 段抬高表现,临床医师易忽视其危险性而归于非急性 ST 段抬高型心肌梗死,导致诊治时间延误,值得引起重视。

回顾该患者就诊过程,从入院就诊到急诊 PCI 开通血管约 6 h,其过程曲折源于多种因素。(1)患者为青年男性,除体型偏肥胖外,无其他心血管疾病危险因素,难以直接与急性心肌梗死关联;(2)de Winter 综合征发病率低,其心电图特征极易被忽略;(3)患者的 de Winter 心电图现象呈“昙花一现”,于急诊复查心电图时已无明显异常,对进一步确诊造成了困扰。de Winter 综合征可能是急性冠脉综合征(ACS)一过性改变,与 STEMI 及正常心电图之间迅速转变^[2,4],如不及时监测心电图,无法发现 de Winter 综合征心电图改变。结合患者的症

状、心肌坏死标志物升高及 de Winter 心电图特征,及时进行了急诊冠状动脉造影,为诊治争取了时间,造影结果显示 LAD 近段闭塞,介入医师及时开通了罪犯血管。

2019 中国 STEMI 指南明确提出 de Winter 综合征应视为 STEMI 的等同心电图改变^[5],其罪犯血管在 LAD 近段,可引起广泛的前壁心肌梗死,早期诊断至关重要。结合本例分析,当接诊胸痛患者时,在关注患者症状、仔细筛查心血管危险因素同时,不要遗漏非 ST 段抬高的高危心电图,如 de Winter 综合征。

参 考 文 献

- [1] de Winter RJ, Verouden NJ, Wellens HJ, et al. A new ECG sign of proximal LAD occlusion[J]. N Engl J Med, 2008, 359(19):2071-2073.
- [2] Goebel M, Bledsoe J, Orford JL, et al. A new ST-segment elevation myocardial infarction equivalent pattern? Prominent T wave and J-point depression in the precordial leads associated with ST-segment elevation in lead aVR[J]. Am J Emerg Med, 2014, 32(3):287. e5-e8.
- [3] Rokos IC, French WJ, Mattu A, et al. Appropriate cardiac cath lab activation: optimizing electrocardiogram interpretation and clinical decision-making for acute ST-elevation myocardial infarction[J]. Am Heart J, 2010, 160(6):995-1003.
- [4] Fiol Sala M, Bayés de Luna A, Carrillo López A, et al. The "De Winter Pattern" can progress to ST-segment elevation acute coronary syndrome[J]. Rev Esp Cardiol, 2015, 68(11):1042-1043.
- [5] 中华医学会心血管病学分会, 中华心血管病杂志编辑委员会. 急性 ST 段抬高型心肌梗死诊断和治疗指南(2019)[J]. 中华心血管病杂志, 2019, 47(10):766-783.

(收稿:2020-03-12 修回:2020-05-13)

(本文编辑:丁媛媛)