

# Takotsubo 心肌病 1 例

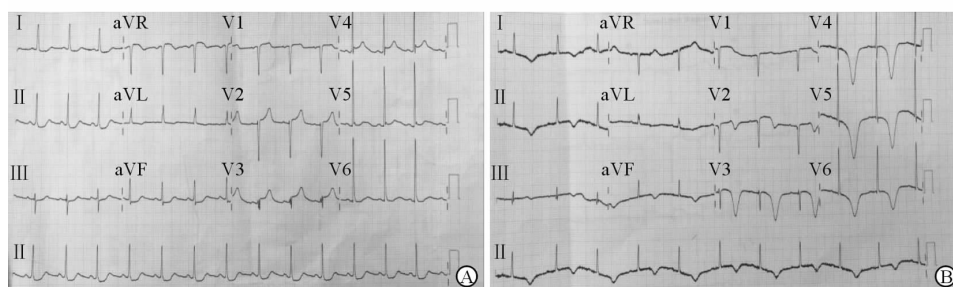
郁丘婷 郑望 诸晨 胡春蕊 吴琼 毛美娇 邓兵

doi:10.3969/j.issn.1673-6583.2020.05.014

## 1 病例简介

患者女性,81 岁,于 2020 年 2 月 28 日因“胸闷 7 h”入院。患者入院当天因与家人争执于上午 9 时出现胸闷,伴心慌气急,乏力明显,少许冷汗,否认胸痛。患者既往有高血压、肝功能损害、贫血病史。查体:血压 124/68 mmHg,呼吸 18 次/min,两肺呼吸音粗,未闻及干湿啰音。心界不大,心率 100 次/min,律齐,各瓣膜区未闻及杂音,双下肢无水肿。辅助检查:肌酸激酶同工酶(CK-MB)5.6 ng/mL,肌红蛋白(MYO)259 ng/mL,肌钙蛋白(TNI)0.42 ng/mL,脑钠肽(BNP)287 pg/mL,D-二聚体 199 ng/mL。心电图示 II、III、aVF 导联 ST 段压低, V<sub>1</sub>~V<sub>3</sub> 呈 Qr 型。入院诊断:急性冠脉综合征,高血压病 3 级(极高危)。患者入院后予抗血小板聚集(阿司匹林 100 mg/d、氯吡

格雷 75 mg/d),抗凝(低分子肝素 0.4 mL/d),控制心室率(倍他乐克缓释片 47.5 mg/d),调脂(阿托伐他汀钙片 20 mg/d),降压等治疗。复查心肌酶谱:CK-MB 12.90 ng/mL, TNI 1.64 ng/mL, MYO 132.7 ng/mL。心电图示 I、II、III、aVF ST 段下移, aVR、V<sub>1</sub>~V<sub>5</sub> ST 段抬高(见图 1A)。因患者诉胸闷症状持续,复查肌钙蛋白较入院时增高,复查心电图较前无明显改变。与患者及家属沟通后,行冠状动脉造影,提示前降支近段长病变,最重狭窄 50%,余血管未见明显狭窄。因冠状动脉造影结果与病情、实验室检查不符,故行左心室造影,提示心尖部球样扩张,收缩期左室流出道明显受压,考虑 Takotsubo 心肌病(见图 2)。

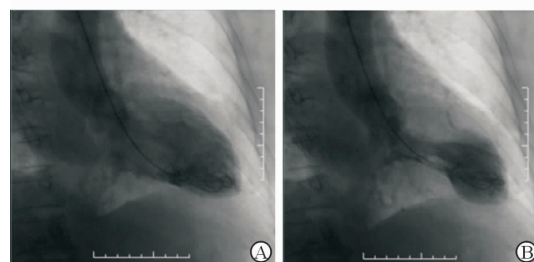


注:A 为入院第 1 天心电图;B 为入院第 3 天心电图

图 1 患者心电图动态变化

患者入院 3 d,症状改善,复查心电图示 V<sub>3</sub>~V<sub>6</sub> 导联 T 波倒置、宽大、加深、Q-T 间期延长(见图 1B)。2020 年 3 月 2 日超声心动图示左室射血分数(LVEF)76%,每搏输出量(SV)71 mL;左房增大(50 mm×45 mm),左室壁不增厚,左室心尖部乳头肌至心尖段呈球形扩张(见图 3),运动明显减低,左

室基底段运动增强。更正诊断为 Takotsubo 心肌病、冠状动脉粥样硬化性心脏病。



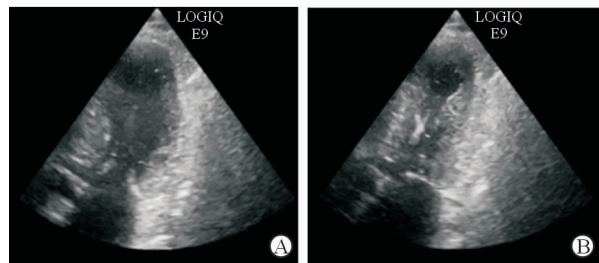
注:A 为舒张期;B 为收缩期

图 2 患者左心室造影检查结果

基金项目:上海市科学技术委员会科研计划(16401971900);上海中医药大学附属龙华医院爱建捐赠基金(AJ025)

作者单位:200032 上海中医药大学附属龙华医院心内科

通信作者:邓兵, E-mail: dengbing82@sina.com



注:A 为舒张期;B 为收缩期

图 3 患者超声心动图检查结果

## 2 讨论

Takotsubo 心肌病于 1991 年首次报道,也称为壶腹型心肌病和心碎综合征<sup>[1]</sup>。此病多见于女性,通常有精神或躯体应激因素,发病机制尚不明确,可能包括高浓度儿茶酚胺致心脏毒性作用、冠状动脉痉挛及微循环障碍等<sup>[2]</sup>。

本例患者为老年女性,发病前有精神刺激,临床表现为胸闷,心电图提示 II、III、aVF 导联 ST 段下移,aVR、V<sub>4</sub>~V<sub>5</sub> 导联 ST 段抬高,肌钙蛋白升高,但冠状动脉造影未见重度狭窄。左室造影提示心尖部球样扩张,收缩期左室流出道明显受压。超声心动图提示左室心尖部乳头肌至心尖段呈球形扩张,运动明显减低,左室基底段运动增强。根据欧洲心脏病协会的诊断标准<sup>[3]</sup>,考虑诊断为 Takotsubo 心肌病。

Takotsubo 心肌病尚无统一治疗方案,以去除诱发因素、对症治疗为主。在治疗中及早使用  $\beta$  受体阻滞剂控制心室率、减少交感神经兴奋,避免心肌损伤、血管痉挛。Takotsubo 心肌病引起心室运动不协调、心脏微循环障碍,加上  $\beta$ -受体阻滞剂的负性肌力作用,可能会加重患者心功能不全。在治疗过程

中要密切关注患者并发症的出现,患者入院后第 4 天曾发生急性心力衰竭(心衰),在应用利尿剂减轻心脏负荷的基础上,加用了重组人脑钠肽(新活素),患者心衰明显改善。重组人脑钠肽通过扩张动静脉,降低心脏负荷,并具有一定排钠、利尿及抑制肾素-血管紧张素-醛固酮系统和交感神经系统的作用<sup>[4]</sup>。这也为治疗 Takotsubo 心肌病积累了经验,但是否具有确切疗效,仍需要大规模临床观察验证。

Takotsubo 心肌病具有一定的自愈性,但有大样本回顾性研究提示 Takotsubo 心肌病全因死亡率 5.6%<sup>[5]</sup>。因此,临床医生应做到及时诊断,合理用药,密切关注并发症。

## 参 考 文 献

- [1] 李东梅,刘亚聪,樊吉文,等. Takotsubo 综合征研究进展[J]. 中国老年学杂志, 2019, 39(6):1531-1533.
- [2] 刘继纯,唐军,夏朝红,等. Takotsubo 心肌病一例[J]. 实用心电学杂志, 2019, 28(1):80-81.
- [3] Lyon AR, Bossone E, Schneider B, et al. Current state of knowledge on Takotsubo syndrome: a position statement from the taskforce on Takotsubo syndrome of the Heart Failure Association of the European Society of Cardiology[J]. Eur J Heart Fail, 2016, 18(1):8-27.
- [4] 中华医学会心血管病学分会心力衰竭学组,中国医师协会心力衰竭专业委员会中华心血管病杂志编辑委员会. 中国心力衰竭诊断和治疗指南 2018[J]. 中华心血管病杂志, 2018, 46(10):760-789.
- [5] Templin C, Ghadri JR, Diekmann J, et al. Clinical features and outcomes of takotsubo (stress) cardiomyopathy[J]. N Engl J Med, 2015, 373(10):929-938.

(收稿:2020-03-06 修回:2020-07-07)

(本文编辑:丁媛媛)