

DOI:10.3724/SP.J.1008.2014.01042

• 病例报告 •

# 急性肺栓塞导致持续性室性心动过速 1 例报告

杜 贺, 郭志福, 陈少萍\*

第二军医大学长海医院心血管内科, 上海 200433

[关键词] 肺栓塞; 室性心动过速; 心电图记录术

[中图分类号] R 563.5

[文献标志码] B

[文章编号] 0258-879X(2014)09-1042-03

## Acute pulmonary embolism-induced persistent ventricular tachycardia: a case report

DU He, GUO Zhi-fu, CHEN Shao-ping\*

Department of Cardiovasology, Changhai Hospital, Second Military Medical University, Shanghai 200433, China

[Key words] pulmonary embolism; ventricular tachycardia; electrocardiography

[Acad J Sec Mil Med Univ, 2014, 35(9):1042-1044]

**1 病例资料** 患者,女,68岁,既往体健,无高血压、糖尿病病史,因“夜间睡眠时突发胸痛,伴心慌、胸闷、大汗 2 h”至当地医院就诊,查心电图示室性心动过速(图 1),心率 175 次/分,立即予以电除颤后转为窦性心律,复查心电图提示完全性右束支传导阻滞(图 2),急查肌钙蛋白 2.74 ng/mL。行冠状动脉造影检查示:前降支远段狭窄 20%,余未见异常。排除急性心肌梗死,考虑为“特发性室速”,予以美托洛尔口服,仍有短阵室速发作,建议转至上级医院行室速射频消融术。遂于发病后第 7 天转至我院,入院后详细询问病史得知患者近 1 周稍活动感气喘,外院心脏超声示左室射血分数正常,心电图检查提示:右束支传导阻滞,  $S_1Q_3$ ,  $V_1 \sim V_4$  倒

置 T 波,怀疑肺栓塞(pulmonary embolism, PE)可能。入院当天查 D-二聚体  $> 16 \mu\text{g/mL}$ , 动脉血气 pH 7.409、氧分压 69.1 mmHg (1 mmHg = 0.133 kPa)、二氧化碳分压 37.0 mmHg,提示低氧血症。次日行肺动脉增强 CT 检查,结果显示:两肺动脉栓塞,以右上肺动脉为主(图 3)。同日行双下肢血管超声多普勒检查,未发现静脉血栓。诊断为肺血栓栓塞,立即予以低分子肝素和华法林抗凝,治疗后患者病情好转,出院,随访期间患者服用华法林 3 mg/d,国际标准化比值(INR)稳定在 2.0~3.0,未再发作室速、胸痛、心悸等。

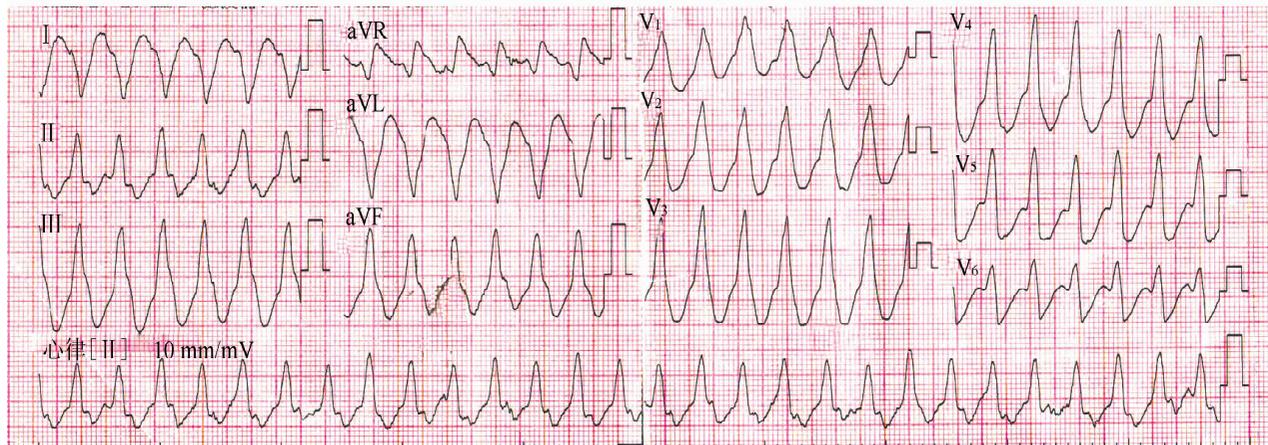


图 1 室性心动过速发作时心电图

[收稿日期] 2014-04-16 [接受日期] 2014-05-21

[作者简介] 杜 贺, 硕士生. E-mail: 916276740@qq.com

\* 通信作者 (Corresponding author). Tel: 021-31161262, E-mail: cspcp67@sina.com

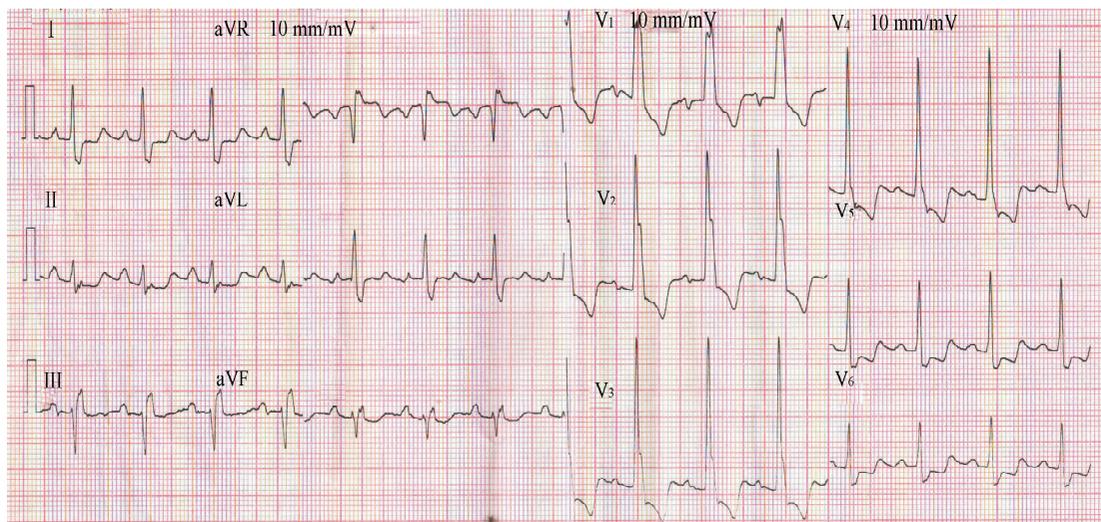


图2 转为窦性心律,提示完全性右束支传导阻滞



图3 肺动脉血管成像示两肺动脉栓塞  
(箭头:以右上肺动脉栓塞为主)

**2 讨论** PE是一种常见的心肺血管疾病,是以各种栓子阻塞肺动脉系统为病因的一种临床综合征的总称,其中肺血栓栓塞症占绝大多数,其栓子通常来源于下肢和骨盆的深静脉,少数来源于上肢、头和颈部静脉。PE病死率高达20%~30%,正确的诊断和及时有效的治疗可使其病死率减至2%~8%<sup>[1]</sup>;PE发病急骤,临床症状多样化,多以突然胸痛、呼吸困难、咯血等为首发症状,常常并发窦性心动过速,而并发室速者临床极少见。2010年Tatlic等<sup>[2]</sup>报道了1例因PE导致双向室速引起心脏骤停的病例,但检索文献尚未发现PE引起持续性室速的报道。

患者在外院被诊断为特发性室速,这在认识上是有欠缺的。特发性室速是指无明显器质性心脏病患者的室性心动过速,以青壮年居多。而本例为老年女性,发病时有明显的心电图动态变化,伴有肌钙蛋白升高和低氧血症,且室速为首次发作,应考虑伴发室速发作

的疾病。

据文献报道,急性PE在起病5~24h时出现心电图改变<sup>[3]</sup>,表现为窦性心动过速、S<sub>1</sub>Q<sub>3</sub>T<sub>3</sub>、顺钟向转位、右束支传导阻滞、右胸导联T波倒置等<sup>[4-5]</sup>,少数情况下,甚至出现类似右心室心肌梗死的图形<sup>[6]</sup>,经有效溶栓治疗后,患者心电图呈右心负荷降低表现,主要有右束支传导阻滞消失、抬高的V<sub>1</sub>~V<sub>3</sub>ST段恢复至正常、T波倒置变浅或加深。由于这些心电图变化并无特异性,常常被误诊为急性冠状动脉综合征(ACS)<sup>[7]</sup>,但是当排除ACS后,这些心电图表现常常成为PE诊断的线索。

由于对PE的认识不足,许多临床医生错误地认为急性PE是少见病,在鉴别诊断时往往考虑不周,导致误诊、漏诊<sup>[8]</sup>。实际上,急性PE在临床上并非少见,因而遇有类似非特异性症状时,临床医师应密切观察病情,开阔思路,对某种疾病的不同临床表现或多种疾病的相同临床表现要有充分认识,不能忽略患者的任何症状及体征。

**3 利益冲突** 所有作者声明本文不涉及任何利益冲突。

#### [参考文献]

- [1] 李颖,韩兄,周晓梅.以晕厥为首发症状的肺栓塞30例临床分析[J].中国急救复苏与灾害医学杂志,2008,3:362-363.
- [2] Tatli E, Aktöz M, Barutcu A, Altun A. Bidirectional tachycardia in a patient with pulmonary embolism[J]. Cardiol J, 2010, 17: 194-195.
- [3] 马清艳,刘晖.肺栓塞的诊断现状及进展[J].国际呼吸杂志,2012,32:152-156.

[4] Stein P D, Matta F, Janjua M, Yaekoub A Y, Jaweesh F, Alrifai A. Outcome in stable patients with acute pulmonary embolism who had right ventricular enlargement and/or elevated levels of troponin I [J]. *Am J Cardiol*, 2010, 106: 558-563.

[5] Stein P D, Matta F, Sabra M J, Treadaway B, Vijapura C, Warren R, et al. Relation of electrocardiographic changes in pulmonary embolism to right ventricular enlargement[J]. *Am J Cardiol*, 2013, 112: 1958-1961.

[6] 张海澄. 肺栓塞的心电图表现及机制[J]. *临床心电学杂志*, 2003, 12: 69-70.

[7] 吴刚勇, 陈少萍, 陈峰. 急性肺动脉栓塞误诊为急性

心肌梗死 2 例报告[J]. *第二军医大学学报*, 2011, 32: 460-461.

Wu G Y, Chen S P, Chen F. Acute pulmonary embolism misdiagnosed as acute myocardial infarction: a report of two cases[J]. *Acad J Sec Mil Med Univ*, 2011, 32: 460-461.

[8] Lehnert P, Møller C H, Carlsen J, Grande P, Mortensen J, Steinbrüchel D A. [Patients with acute critical pulmonary embolism should be evaluated and treated in a centre with medical and surgical possibilities][J]. *Ugeskr Laeger*, 2013, 175: 1552-1555.

[本文编辑] 周燕娟

DOI:10.3724/SP.J.1008.2014.01044

• 病例报告 •

# 髂窝脾种植 1 例报告

董琴晖, 朱健

浙江省台州医院肿瘤内科, 台州 317000

[关键词] 异位脾; 脾种植; 髂窝占位; 爆发性感染

[中图分类号] R 657.6; R735.5

[文献标志码] B

[文章编号] 0258-879X(2014)09-1044-02

## Iliac fossa spleen planting: a case report

DONG Qin-hui, ZHU Jian

Department of Oncology, Taizhou Hospital, Taizhou 317000, Zhejiang, China

[Key words] ectopic spleen; spleen planting; iliac fossa occupying; outbreak of infections

[Acad J Sec Mil Med Univ, 2014, 35(9): 1044-Inside back cover]

**1 病例资料** 患者,男,49岁。因“腹痛、腹胀伴肛门停止排气、排便4d”于2013年3月23日入院。曾于23年前因车祸外伤行急诊脾切除术。入院体检:生命体征平稳,心肺听诊无明显异常,腹部平软,未见胃肠型及蠕动波,右下腹可触及约4cm×3cm类圆形包块,边界清晰,与周围组织无粘连,右下腹及脐周有压痛,无反跳痛,肝脾肋下未及,肾区无叩击痛,肠鸣音减弱。入院诊断:粘连性肠梗阻;脾切除术后。入院后3月25日查全腹部CT示:肠腔内少量积气积液,肠系膜脂肪间隙稍模糊;右髂窝见一椭圆形软组织样密度影,边缘清晰,大小约3.8cm×2.5cm(图1A),CT值约56.3

HU,增强呈均匀明显强化(图1B);盆腔区未见异常软组织密度影及肿大淋巴结影,未见积液征象(图1)。结论:右髂窝占位,首先考虑良性病变,巨淋巴结增生症或肠系膜间质瘤可能。考虑患者此次肠梗阻非髂窝占位直接压迫导致,故治疗上未予患者行髂窝占位切除手术,予禁食、胃肠减压等治疗,并于3月26日予患者行B超定位下右髂窝占位穿刺病理活检。术后病理镜下见少量脾脏组织,脾窦淤血。结合病史诊断为种植脾。患者经保守治疗后,肠梗阻症状明显好转,未进一步行种植脾切除手术,于2013年4月2日出院。患者出院后门诊随访至2014年4月,种植脾未进一步增大。