·病例报告·

快速心室率心房颤动伴心室预激综合征救治 1 例报告

梁会藤，钮春香，朱娟叶

doi:10.3969/j.issn.1671-0800.2024.02.034
【中图分类号】 R541.77　【文献标志码】 B　【文章编号】 1671-0800(2024)02-0261-02

心房颤动合并预激综合征是常见的心血管疾病，会出现心动过速、血栓栓塞等多种不适症状，需及时进行治疗，以免危及生命。心房颤动合并预激综合征时，心房电活动沿房室旁束下传，心室率往往较快，且有 QRS 波增宽，患者心室律绝对不齐[1]。2022 年，嘉兴市中医医院成功救治 1 例快速心室率心房颤动伴心室预激综合征患者，现报道如下。

1　病例

患者男，58 岁，因“胸闷、活动后气短 2 d”于 2022 年 10 月 28 日入住嘉兴市中医医院急诊，患者诉入院前 2 d 饮用自制“五加皮酒”后出现胸闷、心悸伴头晕，活动后气短、呼吸不畅，偶有胸痛、乏力，无咳嗽咳痰，无黑朦，无发热畏寒，无肢体浮肿。患者既往体健，自诉有常年腰腿疼病史，有吸烟、饮酒史，患者自患病以来神志清，精神可，睡眠可，二便无殊，体质量无明显变化。入院体征：体温 36.0 ℃，脉搏 68 次/min，心率 172 次/min，呼吸 18 次/min，血压 139/72 mmHg（1 mmHg≈0.133 kPa），血氧饱和度 95%，双肺呼吸音粗，未闻及干湿啰音。心脏视诊：心前区无隆起或凹陷，无异常心尖搏动，听诊心率 172 次/min，心律绝对不齐，第一心音强弱不等，未闻及明显杂音。双下肢无水肿，颈静脉无怒张，生理反射存在、对称，病理反射未引出。

患者入院后完善相关检查，乳酸脱氢酶同工酶（LDH）255 U/L，肌钙蛋白 T 29.36 ng/L，脑钠肽 3 657 pg/ml，D-二聚体 2 420 μmol/L。首次心电图（图 1）显示：快心室率心房颤动伴心室预激（最短 R-R 间期 246 ms）。心肌酶学相关指标升高，凝血指标异常升高，心肌损伤标记物指标升高，床边心脏彩超示未见明显血栓。综合以上检查体征考虑患者为快心室率心房颤动伴心室预激综合征，予心电、血压、血氧饱和度持续监护，鼻导管吸氧，胺碘酮抗心律失常，效果不明显。复测心电图（图 2）仍为心房颤动伴快速心室率伴心室预激（最短 R-R 间期 236 ms）。当天 12∶40 患者突发血压降至 78/58 mmHg，立即予补液，综合考虑患者有电复律指征，电复律前准备，安定镇静，予同步双向交流电 100 J 复律，复律后患者恢复窦性心律（图 3）。测血压 111/92 mmHg，心率 47 次/min，自诉无不适。继续心电监护，测得患者心率为 50 ～ 80 次/min，律齐。观察 2 d 后康复出院，近一年随访均未复发。

本研究获得嘉兴市中医医院伦理审查委员会批准，研究对象同意参加本研究并签署书面知情同意书。

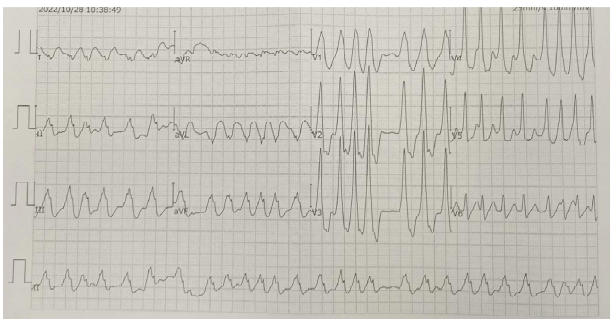


图 1　患者入院后（10 月 28 日）首次心电图

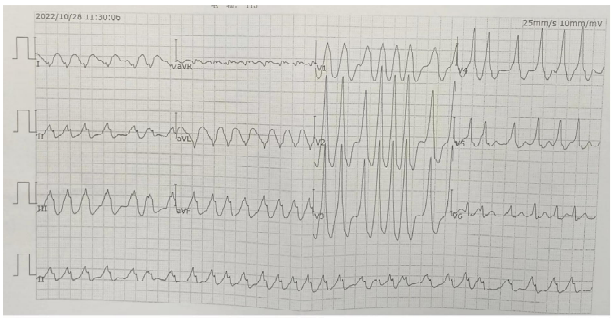


图 2　患者入院治疗后当日复测心电图

作者单位：314001 浙江省嘉兴，嘉兴市中医医院
通信作者：钮春香，Email：1094959756@qq.com

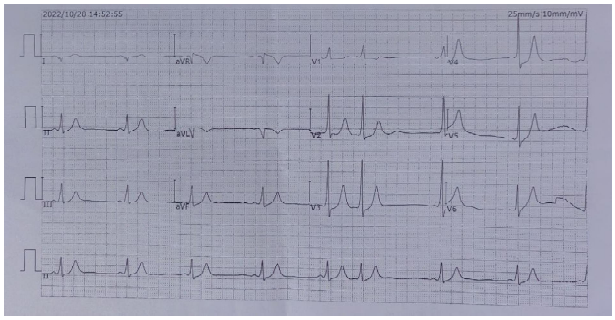


图3　患者电复律后心电图

2　讨论

预激综合征是窦房结或心房与心室之间存在异常传导通路导致的部分或全部心室肌提前激动，临床发病率0.1%～3%，且11%～39%患者合并心房颤动[2]。心房颤动是临床上最常见的持续性快速心律失常，但治疗仍然是当前心律失常治疗中的最薄弱环节[3]，常发生于原有心血管疾病患者。心房颤动时如心室率较快，常在180～200次/min，QRS波群增宽畸形，上升支粗钝有e波，其后有ST-T改变，应考虑心房颤动伴有预激症候群。

心房颤动伴心室预激综合征可继发于冠心病、高血压及风湿性心脏病，也可能是特发性无明确病因所致，还可能随着年龄的增加心房肌功能的退化所致。本例患者饮用自制的“五加皮酒”后发病的，采集病史发现患者自制的“五加皮酒”中含有制川乌、制草乌，具有行气活血、驱风祛湿及舒筋活络等功效。这几味中药均有毒性，不可大量服用，有心脏病、高血压的患者应慎用，因此不排除中药中毒的原因。

治疗上应首先嘱患者暂服药酒，并禁用洋地黄制剂，可选用普罗帕酮静脉注射，首剂70 mg，于5～10 min内注入，若未转复且心率仍快，每20分钟可重复注入35 mg，直至转复为窦性心律，心室率显著减慢，或开始出现药物副反应如低血压等为止，总量不超过210 mg。心脏明显扩大或心功能不全者禁用。也可选用胺碘酮静脉注射，首剂150 mg于10 min内静脉注入，15 min后重复一次150 mg；若仍未转复且心室率未减慢，15 min后可再重复75 mg，静脉注射胺碘酮亦可引起明显的血流动力学改变，亦必须严密监测血压、心律及心率。

对药物反应不佳或伴有明显血流动力学障碍（如低血压、休克）者，应予直流电同步转复治疗。预防复发可口服胺碘酮或普罗帕酮[4]。本例患者胺碘酮300 mg静脉注射后患者的症状体征并未好转，且出现了血流动力学改变，因此应用了同步电复律治疗，效果明显。

利益冲突　所有作者声明无利益冲突

参　考　文　献

[1] 刘月梅.房颤伴预激综合征的鉴别诊断[J].工企医刊,1995,8(4):158-159.

[2] 许翔,苏茜茜.预激综合征合并心房颤动,如何诊断[J].东方养生,2021,11:48-49.

[3] 杨水祥,胡大一.心血管热点荟萃2013[M].北京:人民卫生出版社,2013:50.

[4] 高润霖,宋有成.如何判断及治疗心房颤动伴预激症候群[J].中华内科杂志,1996,35(3):174.

收稿日期：2023-09-20

（本文编辑：钟美春）