

· 病例报告 ·

Lev 氏病 6 例临床分析

周冬翠*, 裴志勇, 毕磊

(北京军区总医院干部病房一科)

【关键词】心律失常; 束支传导阻滞; Lev 氏病

【中图分类号】R541.7

【文献标识码】B

【文章编号】1671-5403(2011)02-0181-02

1 临床资料

选择2000年~2009年间在北京军区总医院干部病房住院的6例Lev氏病患者, 其中男4例, 女2例, 年龄65~76岁, 平均年龄70.8岁。5例患者因胸闷、心悸入院, 1例因黑矇、晕厥入院。高血压病4例, 糖尿病1例, 腔隙性脑梗死1例; 6例患者均无心绞痛、心肌梗死及瓣膜置换病史。2例患者查体时心尖区可闻及Ⅱ/6吹风样收缩期杂音。入

院后化验肌钙蛋白、肌酸激酶及其同工酶、脑钠肽均正常。6例患者均行心电图活动平板检查, 其中5例为阴性, 1例可疑阳性, 进一步冠状动脉造影检查未见明显狭窄病变。心电图: 3例呈完全性右束支传导阻滞+左前分支阻滞(图1), 3例呈完全性右束支传导阻滞+左前分支阻滞+一度房室传导阻滞(图2)。胸部X线检查: 心脏轻度扩大1例, 主动脉结钙化5例, 冠状动脉钙化1例。超声心动图检查: 所有患者二尖瓣或(和)主动脉瓣及瓣叶均有不同程度的

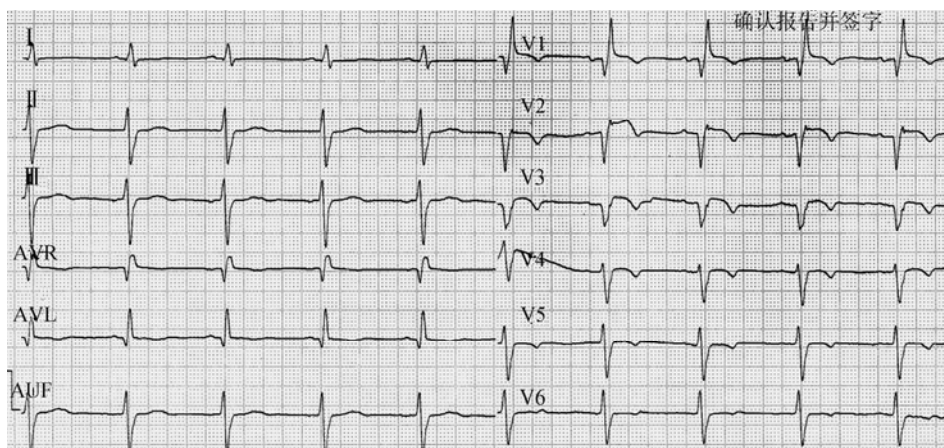


图1 完全性右束支传导阻滞 + 左前分支阻滞

患者男性, 65岁, 间断胸闷、心悸2年入院; 窦性心律, 心率58次/min, PR间期172 ms, QRS时间146 ms

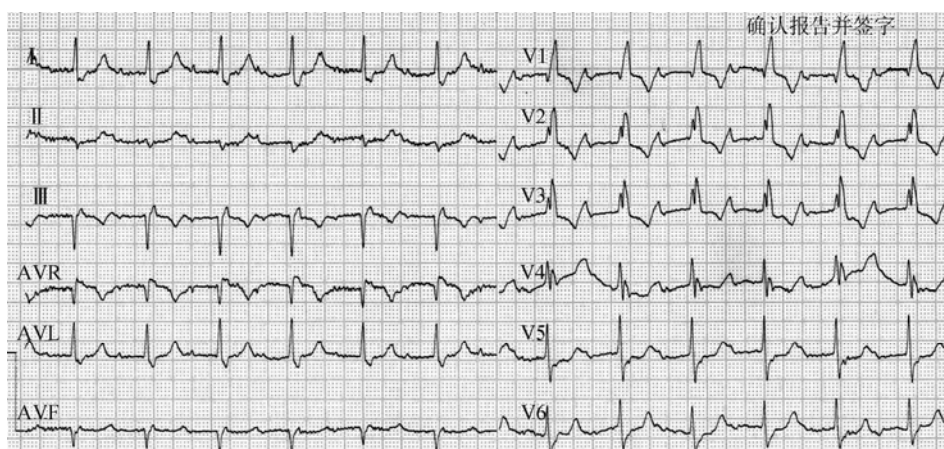


图2 完全性右束支传导阻滞 + 左前分支阻滞 + 一度房室传导阻滞心电图

患者男性, 74岁, 间断胸闷、心悸半年入院; 窦性心律, 心率75次/min, PR间期352 ms, QRS时间144 ms

收稿日期: 2010-01-25; 修回日期: 2011-02-11

通讯作者: 周冬翠, Tel: 010-66721250, E-mail: zhoudongcui@sina.com

增厚、回声及反射增强、钙化；其中主动脉瓣钙化 5 例，二尖瓣钙化 4 例；钙化累及主动脉瓣无冠瓣 3 例、右冠瓣 2 例、左冠瓣 2 例，累及二尖瓣前叶 3 例，后叶 2 例；合并主动脉瓣关闭不全 4 例，二尖瓣关闭不全 4 例，未见瓣膜狭窄；左房轻度扩大 3 例，左室轻度扩张 2 例，心肌轻度肥厚 2 例；左室舒张功能减低者 3 例，左室射血分数均在正常范围内。治疗及随访：1 例发生黑矇、晕厥的患者安装永久双腔起搏器，随访 1 年无黑矇及晕厥发作；其余 5 例患者中有 1 例在随访 7 年时发生晕厥而再次入院，安装永久心脏起搏器后症状消失。

2 讨论

Lev 氏病由 Maurice Lev 1964 年首次描述后而得名。目前对其确切的发病机制尚不清楚，多认为这是一种老年退行性疾病，多不合并严重的器质性心脏病。病理上与心脏左侧纤维支架硬化或钙化有关，当心脏左侧纤维支架硬化或老年心脏钙化累及双侧束支并发生双侧束支阻滞时称为 Lev 氏病^[1]。因此，Lev 氏病的特征可归纳为两点，一是双束支阻滞，二是心脏左侧纤维支架硬化症或老年心脏钙化综合征，两者缺一不可。既往认为该病一般需要心脏电生理检查或心脏病理检查才能确诊，但随着心电图、心脏超声、X 线胸片等检查手段的广泛应用，使本病的诊断简单化成为可能。本组所有患者心电图均有双束支阻滞的表现，最常见是右束支传导阻滞+左前分支阻滞，并伴有不同程度的房室传导阻滞；6 例患者心脏超声均有主动脉瓣和（或）二尖瓣等左心瓣膜系统硬化或钙化的证据，并且 X 线片也显示部分患者存在主动脉弓、冠状动脉钙化；同时入院后进一步检查还除外了冠心病、心肌病、心力衰竭、风湿性心脏病及其他病因所致的心脏瓣膜病。综上所述，本文 6 例患者 Lev 氏病诊断均成立。

Lev 氏病一般呈迁延性进展，多数进展缓慢，在双束支传导阻滞发展至Ⅱ度以上房室传导阻滞之前很少出现症状，一旦出现多提示已有严重的房室传导阻滞。与房室结传导阻滞相比，Lev 氏病所伴发的房室传导阻滞部位偏低，起搏点的功能常不稳定，所以经常出现黑矇、晕厥等急性心源性脑缺血表现。随着社会人口的老龄化，Lev 氏病的发病率逐渐升高，但目前临床实践中对该病的检出率并不高，可能与以下因素有关：（1）临床医生不了解 Lev 氏病，对该病的认识不足；（2）多数患者出现症状才就诊，此时已经存在严重的传导阻滞，具有心脏起搏器治疗的适应证，而临床医生往往只关注该病的治疗而未进一步探究其诊断，导致相当一部分患者漏诊。因此，临床上一

旦遇到老年人心电图提示双侧束支阻滞，并且超声证实有钙化性心脏瓣膜病时，均应考虑该病的可能。同时还应加强对该类患者心电图的随访工作，关注疾病的演变，及早干预。本文有 1 例患者随访过程中出现晕厥，安装永久心脏起搏器后症状消失。另外，Lev 氏病需要与 Lenegre 病相鉴别，二者同属传导系统疾病，在临床表现、病理改变方面十分相似；但这两种疾病在发病年龄、病变部位、病变特征、遗传倾向方面有明显的不同^[1,2]：Lev 氏病的发病年龄大，绝大多数发生在中老年患者，而 Lenegre 病的发病年龄小，在新生儿期、青春期就可能出现单束支或双束支阻滞；Lev 氏病累及传导系统的范围相对局限，主要累及左束支的近端以及邻近的希氏束，而 Lenegre 病最初发病部位常在右束支及左束支分支或更远端，甚至周围的浦氏纤维网；Lev 氏病的病理改变具有“近端”及“局灶”的特点，而 Lenegre 病的病理学特征为“弥漫性”；Lenegre 病的患者有明显的家族聚集性，遗传倾向明显大于 Lev 氏病。

目前对 Lev 氏病尚无有效的防治措施，主要是根据疾病进展程度对症治疗。具体措施如下：（1）控制易患因素：对于没有任何症状的患者应积极控制高血压、高脂血症等可能加速心脏纤维支架硬化症的进程的因素；（2）双侧束支阻滞的治疗：当心电图表现为完全性左束支阻滞伴 H-V 间期延长时，发生晕厥、阿-斯综合征及猝死的几率很高，除药物治疗外，还应积极考虑人工心脏起搏器的植入；（3）发生晕厥或阿-斯综合征患者的治疗：必须尽早植入永久心脏起搏器，预防阿-斯综合征及猝死的发生。研究表明^[3]，Ⅱ度房室阻滞患者诊断后 1~2 年内死亡率高达 50%，而植入心脏起搏器后可使患者的寿命与对照组无明显差异，提示心脏起搏器是 Lev 氏病患者十分理想、有效的治疗方法。另外，他汀类药物、肾素-血管紧张素转换酶抑制剂等药物已证实可能对钙化性心脏瓣膜病有一定抑制作用^[4]，是否对 Lev 氏病有作用尚需进一步研究。

【参考文献】

- [1] 郭继鸿. Lev 氏病[J]. 临床心电学杂志, 2002, 11(1): 51-58.
- [2] 郭继鸿, 许原, 王立群, 等. Lev 氏病及其心电图特点[J]. 心电学杂志, 2002, 21(1): 6-9.
- [3] Busacca P, Gheller G, Pupita M, et al. Long-term follow-up of patients paced in VDD mode for advanced atrioventricular block: a pilot study[J]. J Cardiovasc Med, 2008, 9(1): 39-42.
- [4] Cawley PJ, Otto CM. Prevention of calcific aortic valve stenosis—fact or fiction[J]? Ann Med, 2009, 41(2): 100-108.