



医药学院 610 2 13002982

主 编 杨跃进



GAP-CCBC

精彩病例荟萃 (2013)

GAP-CCBC JINGCAI BINGLI HUICUI (2013)

指南与实践：临床危重疑难病例研讨会 (GAP-CCBC)

加强两岸学术交流，促进学术交叉融合

缩小指南实践差距，共同提高临床水平



人民军医出版社

PEOPLE'S MILITARY MEDICAL PRESS



医药学院 810 2 13002982

GAP-CCBC

精彩病例荟萃(2013)

GAP-CCBC JINGCAI BINGLI HUICUI (2013)

主 编 杨跃进

副 主 编 马长生 徐亚伟 王 焱 陈 红
方 全 王建安 杨天伦 陈绍良
陈纪言 李为民 陈良龙 何 奔
杨延宗 程晓曙 卢长林 蒋忠想
曾春典

学术秘书 杨进刚 唐熠达



人民军医出版社

PEOPLE'S MILITARY MEDICAL PRESS

北 京

图书在版编目(CIP)数据

GAP-CCBC 精彩病例荟萃(2013)/杨跃进主编. —北京:人民军医出版社,2012. 11
ISBN 978-7-5091-6196-8

I. ①G… II. ①杨… III. ①心脏血管疾病—疑难病—病案—汇编 IV. ①R54

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2012)第 262761 号

策划编辑:路 弘 文字编辑:周文英 责任审读:王三荣

出版发行:人民军医出版社 经销:新华书店

通信地址:北京市 100036 信箱 188 分箱 邮编:100036

质量反馈电话:(010)51927290;(010)51927283

邮购电话:(010)51927252

策划编辑电话:(010)51927300—8061

网址:[www. pmmp. com. cn](http://www.pmmp.com.cn)

印、装:三河市春园印刷有限公司

开本:787mm×1092mm 1/16

印张:24. 75 字数:600 千字

版、印次:2012 年 11 月第 1 版第 1 次印刷

印数:0001—4000

定价:75. 00 元

版权所有 侵权必究

购买本社图书,凡有缺、倒、脱页者,本社负责调换

内容提要

本书精选了心血管内科具有典型临床意义和实用价值的病例。每一个病例在详细介绍病例资料和诊治过程的基础上,着重分析了疾病的诊断思路、治疗原则、方法和经验的总结。本书实用性强,有助于心血管内科医师从中获益、积累经验、开阔思路,快速提高临床诊疗水平。

编著者名单

主 编 杨跃进

副 主 编 马长生 徐亚伟 王 焱 陈 红 方 全 王建安 杨天伦
陈绍良 陈纪言 李为民 陈良龙 何 奔 杨延宗 程晓曙
卢长林 蒋忠想 曾春典

学术秘书 杨进刚 唐熠达

编 者 (以姓氏笔画为序)

王 龙	王 维	王 斌	王 焱	王 及	王 文	王 方
王伟民	王国干	王善花	王筱梅	韦丙奇	方丕华	尹春琳
孔旭钢	布艾加尔·哈斯木	宁若冰	卢长林	卢志南	叶绍东	田 庄
付 强	兰 军	向定成	冯新恒	皮 林	乔树宾	任 川
任文林	任景怡	刘巧萍	华 旭	华 琦	刘 俊	刘 健
刘 娟	刘文玲	刘 牧	刘梅颜	刘德平	江 洪	许 骥
孙 红	阴赓茜	牟 牧	苏津自	杜先锋	李 军	李 华
李 悦	李 雪	李卫国	李丹辉	李为民	李伟明	李阮敏
李沅敏	李忠佑	李学斌	李建军	李昭屏	李俭强	李崇剑
李淑梅	李维维	杨 月	杨 逸	杨 敬	杨士伟	杨雪苹
杨跃进	吴 元	吴 钢	吴 镜	吴寸草	吴永健	吴亚栋
吴炯仁	何建国	邱 洪	余江水	宋学营	迟 骋	张 宇
张 健	张 萍	张 锋	张 靖	张一芝	张元春	张永珍
张成军	张伟民	张宇清	张建军	陈 红	陈 威	陈 健
陈 慧	陈大楸	陈天心	陈申杰	陈步星	陈良龙	陈宝霞
陈清勇	范 林	范长青	范振兴	林 岚	林军华	林运灵
林金秀	林振瑞	林晖莉	林朝贵	吴 峰	罗育坤	周 琼
周玉杰	周建中	周炳凤	郑逸飞	赵先锋	赵桂琴	郝玉明
胡 榕	胡小莹	胡宏宇	修建成	洪 江	祖秀光	姚 民
贺 迅	袁 振	袁斌斌	聂 颖	莫与京	晋学庆	柴大军
徐 予	徐昕晔	翁志远	高 炜	高子涵	郭 荣	郭进建
郭远林	郭丽君	郭丽珠	郭继红	唐艳红	唐熠达	涂植涛
黄 翥	黄子扬	黄从新	黄兆铨	黄章敏	常连芳	崔 成

锋胜琳琼
现国蔡慧
董传蔡谭

徽曙伟静
晓蔡谭
董程蔡谭

猛翔娜宁

彭程詹谭

钢莉寒涛芬

锦江志漆魏

崔韩雷漆魏

颖京平华宜

崔雄剑玉竞薛

蒋温廖薛

勇新寨云寒

崔立学丽孔潘

蒋曾蔡潘

鸣峻勇滨明

崔蒋曾蔡熊

前言

当前,循证医学已取得了很大的进展,但对目前临床上许多问题尚没有重要的循证医学方面的证据,在临床实践中仍不能离开临床经验,特别是在我国更是如此。由于指南往往针对某一项疾病或一项技术,并不是针对患者,在处理复杂的临床情况时考虑的是对指南综合的掌握。由于临床情况复杂,现在的指南的建议越来越多,指南变得越来越长。冗长的文件影响了指南的推行力度。另外,由于我们自己的循证医学证据不多,我国制定的许多疾病治疗指南都是以国外的指南为依据,但对于人种差异、国情等情况的不同,是不是都适用于我国的现实情况,是值得讨论的重要问题。

另外一个重要问题是,没有来自患者正确的第一手信息就可能导致错误诊断。因此,循证医学不但不能取代个人专长,而且要求临床医师必须经过更严格的基础训练,善于观察患者,临床基本功过硬。各种医学影像的阅片经验也不能用循证医学形式表达。所以,临床应用指南,需要临床医师根据自己的实践经验做出决策。临床医师不能被理论以及诊疗技术束缚,循证医学不应当成为菜谱医学,更不应照本宣科,并且绝不能成为束缚临床医师的合法工具,临床医师应以精湛的专业技能和经验为诊疗基础。

目前全国及各地的区域性会议比较多,但很多会议谈理论多、谈实践少,对于临床危重急救和疑难病例的分析不足。虽然规范是学术推广的重要目的,但单纯讲授,没有针对具体病例,不结合互动和讨论的形式往往收效不明显。海医会的交流还要针对内地与港台地区的特点,我国港台地区虽然人口和面积无法与内地相比,医师的数量也相对较少,但

他们与国际接轨较早,诊疗较规范;内地则病例资源丰富。因此,内地与港台医疗资源互补性很强,如果相关专家能坐在一起,各自拿出自己在临床上遇到的疑难、危重或有教育意义的病例来分享,这将是一件非常有意义的事。由于来自五湖四海的专家有不同的培训背景,能够结合自己的临床经验,对病例进行点评或提供相关病例,也很有趣,有的放矢的讨论效果也是最好的。

一年前,在第一届海峡两岸医药卫生交流协会心血管专业委员会年会上,我们提出了学会的宗旨:加强两岸学术交流,促进学术交叉融合,缩小指南与实践的差距,共同提高临床水平。打造“三个平台”:海峡两岸交流互补平台;老中青三代专家指导培训平台;三级、二级、一级医院普及提高平台。贯彻“12字方针”:交流互补,指导培训,普及提高。这一提议得到了各位专家和广大与会听众非常积极的反馈,一致建议,对很多有教育意义的病例应当结集出版,部分病例也记录了病例讨论现场的点评,以期为广大的心血管医务工作者提供新的视角和新的思路,对临床实践起到更好的帮助作用。

杨跃进

2012年10月

目 录

1. 介入治疗后严重血小板减少	(1)
2. 高血压、反复头晕 10 年的中年顽固性高血压	(4)
3. 风湿性心脏病患者出现腹胀、腹泻	(6)
4. 肝硬化、活动后气短、低氧血症	(9)
5. 发生干咳的冠心病患者和呼吸衰竭	(14)
6. 危重肺心病治疗好转突发精神症状	(17)
7. 冠状动脉支架术后房室传导阻滞和晕厥	(20)
8. 应用 IABP 后血小板明显下降的心源性休克患者	(25)
9. 腹泻伴阵发性心悸	(33)
10. 晕厥	(35)
11. 突发意识不清	(39)
12. 胸痛伴 ST 段抬高并动态改变	(42)
13. 青年女性胸痛	(44)
14. 单纯主肺动脉侧支形成的诊治	(46)
15. 结节性多动脉炎致双侧肾动脉闭塞	(50)
16. 冠状动脉起源异常并支架内血栓形成	(55)
17. 扩张的冠脉, 扩张的心肌	(62)
18. 双室致密化不全并肺动脉发育不全	(66)
19. 罕见心肌炎	(72)
20. 心肌占位	(75)
21. 麻烦的头晕	(78)
22. 心肌梗死合并心房颤动的抗栓治疗	(81)
23. 先天性右冠脉缺如合并 LAD 心肌桥	(86)
24. 先天性二叶式主动脉瓣感染伴穿孔	(92)
25. 急性心肌梗死并发心房颤动和脑梗死	(95)
26. 预激综合征合并房间隔缺损及动脉导管未闭	(98)
27. PCI 术后剑突下疼痛伴腹胀	(102)

28. 大剂量美托洛尔治疗主动脉夹层	(104)
29. 矫正型大动脉转位合并室速置入 ICD 治疗	(106)
30. 短期内消失的室壁瘤	(112)
31. 宽 QRS 波心动过速	(116)
32. 胸痛伴晕厥	(120)
33. 成功介入治疗大动脉水平双向分流	(123)
34. PCI 术后的急性脑梗死	(125)
35. 右心衰竭	(129)
36. 心肌梗死 PCI 术后反复 4 次急性支架内血栓形成	(132)
37. 发热后 Brugada 样心电图改变	(139)
38. 侵袭性甲状腺炎致反复血管迷走神经反射发作	(143)
39. 主动脉夹层	(146)
40. 心肌致密化不全	(148)
41. 圆锥支痉挛及闭塞产生 I 型 Brugada 综合征	(150)
42. 弥漫性肺泡出血伴严重心肌损害	(154)
43. 氯吡格雷相关性皮下出血	(158)
44. 过敏性休克后胸闷伴 ST-T 改变	(161)
45. Guideliner 导管冲出导致左主动脉干夹层	(165)
46. PCI 术后反复肺动脉栓塞	(170)
47. 经皮球囊扩张术治疗 Angioseal 血管闭合器所致右下肢动脉急性血栓性闭塞	(175)
48. 一氧化碳中毒合并急性心肌梗死	(179)
49. 脊髓缺血伴进行性肾功能损害	(182)
50. 肺栓塞并尼亚加拉瀑布 T 波	(187)
51. 急性广泛前壁心肌梗死后顽固性电风暴	(191)
52. 华法林导致失血性休克的抢救	(195)
53. 桥血管病变介入治疗	(199)
54. 反复心力衰竭患者灵活应用 β 受体阻滞药	(204)
55. 经桡动脉径路肾动脉支架术	(206)
56. 血液超滤治疗难治性右心衰竭合并双下肢高度水肿	(211)
57. 肥厚型心肌病演变为扩张型心肌病	(215)
58. 营养不良性心肌病	(222)
59. 化疗药物相关心脏损害	(225)
60. 先天性心脏病换瓣术后瓣膜反流和瓣周漏	(229)

61. 抗栓药导致急性血小板减少	(234)
62. PCI 术后颅内出血	(236)
63. 以肺栓塞为首发表现的肾病综合征	(241)
64. 急性广泛前壁心肌梗死、心源性休克急诊 PCI 治疗	(244)
65. 心脏亚急性破裂、心脏压塞的诊治及控制性心包引流	(247)
66. 高位股动脉穿刺致腹膜后血肿	(250)
67. 胸痛伴心电图 ST 段改变的肺栓塞	(254)
68. 急性广泛前壁心肌梗死后顽固性心力衰竭	(258)
69. 肱动脉入路介入治疗主髂动脉闭塞合并双侧肾动脉狭窄	(260)
70. 发作性胸痛合并的精神心理问题	(263)
71. 急性心肌梗死后电风暴的启示	(266)
72. 呼吸困难患者诊疗的启示	(272)
73. 右心起搏器电极致感染性心内膜炎及肺栓塞	(274)
74. 胸闷、晕厥	(279)
75. 急性心肌损害合并急性肾衰竭	(282)
76. 多血管床病变介入治疗	(287)
77. PCI 支架术后心绞痛	(291)
78. 侧支循环良好的慢性完全闭塞病变不一定是罪犯病变	(296)
79. 冠心病介入术后再发劳力性胸痛与平板运动试验阴性	(299)
80. 冠状动脉介入术后晚期冠状动脉夹层形成	(302)
81. 血管型贝赫切特综合征与多发性复发性血管瘤	(304)
82. 酷似室性心动过速的缺血性 J 波综合征	(310)
83. 房性心动过速伴肌酸激酶升高	(318)
84. 青年男性甲状腺功能亢进患者出现肢体活动障碍	(325)
85. 大量心包积液误诊为 ST 段抬高型心肌梗死	(327)
86. 不可忽视的药物相互作用	(330)
87. 不明原因胸痛	(334)
88. 不同寻常的急性心肌梗死	(338)
89. 反复晕厥	(344)
90. 心脏介入术后急性肺栓塞抢救成功 2 例	(349)
91. 口服“阿托伐他汀钙片”致阴茎紧缩感	(351)
92. 高血压合并心力衰竭、左心室血栓	(353)
93. 忽视伴随症状和体征致“一叶障目”	(356)

94. 逆向导丝技术成功治疗前降支 CTO 病变	(358)
95. 中年男性反复胸痛伴意识丧失	(361)
96. 甲状旁腺功能减退性心肌病	(364)
97. 巨大主动脉窦瘤 1 例	(366)
98. AMI 心电图改变对术者的提示	(368)
99. 真菌性心内膜炎的诊治	(372)
100. 急性心肌梗死患者急性期行心脏移植治疗 1 例	(374)
101. 遗传性椭圆形红细胞增多症合并甲状腺功能亢进	(377)
1000. 1 例先天性心脏病的诊治	(380)
1001. 1 例先天性心脏病的诊治	(382)
1002. 1 例先天性心脏病的诊治	(384)
1003. 1 例先天性心脏病的诊治	(386)
1004. 1 例先天性心脏病的诊治	(388)
1005. 1 例先天性心脏病的诊治	(390)
1006. 1 例先天性心脏病的诊治	(392)
1007. 1 例先天性心脏病的诊治	(394)
1008. 1 例先天性心脏病的诊治	(396)
1009. 1 例先天性心脏病的诊治	(398)
1010. 1 例先天性心脏病的诊治	(400)
1011. 1 例先天性心脏病的诊治	(402)
1012. 1 例先天性心脏病的诊治	(404)
1013. 1 例先天性心脏病的诊治	(406)
1014. 1 例先天性心脏病的诊治	(408)
1015. 1 例先天性心脏病的诊治	(410)
1016. 1 例先天性心脏病的诊治	(412)
1017. 1 例先天性心脏病的诊治	(414)
1018. 1 例先天性心脏病的诊治	(416)
1019. 1 例先天性心脏病的诊治	(418)
1020. 1 例先天性心脏病的诊治	(420)
1021. 1 例先天性心脏病的诊治	(422)
1022. 1 例先天性心脏病的诊治	(424)
1023. 1 例先天性心脏病的诊治	(426)
1024. 1 例先天性心脏病的诊治	(428)
1025. 1 例先天性心脏病的诊治	(430)
1026. 1 例先天性心脏病的诊治	(432)
1027. 1 例先天性心脏病的诊治	(434)
1028. 1 例先天性心脏病的诊治	(436)
1029. 1 例先天性心脏病的诊治	(438)
1030. 1 例先天性心脏病的诊治	(440)
1031. 1 例先天性心脏病的诊治	(442)
1032. 1 例先天性心脏病的诊治	(444)
1033. 1 例先天性心脏病的诊治	(446)
1034. 1 例先天性心脏病的诊治	(448)
1035. 1 例先天性心脏病的诊治	(450)
1036. 1 例先天性心脏病的诊治	(452)
1037. 1 例先天性心脏病的诊治	(454)
1038. 1 例先天性心脏病的诊治	(456)
1039. 1 例先天性心脏病的诊治	(458)
1040. 1 例先天性心脏病的诊治	(460)
1041. 1 例先天性心脏病的诊治	(462)
1042. 1 例先天性心脏病的诊治	(464)
1043. 1 例先天性心脏病的诊治	(466)
1044. 1 例先天性心脏病的诊治	(468)
1045. 1 例先天性心脏病的诊治	(470)
1046. 1 例先天性心脏病的诊治	(472)
1047. 1 例先天性心脏病的诊治	(474)
1048. 1 例先天性心脏病的诊治	(476)
1049. 1 例先天性心脏病的诊治	(478)
1050. 1 例先天性心脏病的诊治	(480)
1051. 1 例先天性心脏病的诊治	(482)
1052. 1 例先天性心脏病的诊治	(484)
1053. 1 例先天性心脏病的诊治	(486)
1054. 1 例先天性心脏病的诊治	(488)
1055. 1 例先天性心脏病的诊治	(490)
1056. 1 例先天性心脏病的诊治	(492)
1057. 1 例先天性心脏病的诊治	(494)
1058. 1 例先天性心脏病的诊治	(496)
1059. 1 例先天性心脏病的诊治	(498)
1060. 1 例先天性心脏病的诊治	(500)
1061. 1 例先天性心脏病的诊治	(502)
1062. 1 例先天性心脏病的诊治	(504)
1063. 1 例先天性心脏病的诊治	(506)
1064. 1 例先天性心脏病的诊治	(508)
1065. 1 例先天性心脏病的诊治	(510)
1066. 1 例先天性心脏病的诊治	(512)
1067. 1 例先天性心脏病的诊治	(514)
1068. 1 例先天性心脏病的诊治	(516)
1069. 1 例先天性心脏病的诊治	(518)
1070. 1 例先天性心脏病的诊治	(520)
1071. 1 例先天性心脏病的诊治	(522)
1072. 1 例先天性心脏病的诊治	(524)
1073. 1 例先天性心脏病的诊治	(526)
1074. 1 例先天性心脏病的诊治	(528)
1075. 1 例先天性心脏病的诊治	(530)
1076. 1 例先天性心脏病的诊治	(532)
1077. 1 例先天性心脏病的诊治	(534)
1078. 1 例先天性心脏病的诊治	(536)
1079. 1 例先天性心脏病的诊治	(538)
1080. 1 例先天性心脏病的诊治	(540)
1081. 1 例先天性心脏病的诊治	(542)
1082. 1 例先天性心脏病的诊治	(544)
1083. 1 例先天性心脏病的诊治	(546)
1084. 1 例先天性心脏病的诊治	(548)
1085. 1 例先天性心脏病的诊治	(550)
1086. 1 例先天性心脏病的诊治	(552)
1087. 1 例先天性心脏病的诊治	(554)
1088. 1 例先天性心脏病的诊治	(556)
1089. 1 例先天性心脏病的诊治	(558)
1090. 1 例先天性心脏病的诊治	(560)
1091. 1 例先天性心脏病的诊治	(562)
1092. 1 例先天性心脏病的诊治	(564)
1093. 1 例先天性心脏病的诊治	(566)
1094. 1 例先天性心脏病的诊治	(568)
1095. 1 例先天性心脏病的诊治	(570)
1096. 1 例先天性心脏病的诊治	(572)
1097. 1 例先天性心脏病的诊治	(574)
1098. 1 例先天性心脏病的诊治	(576)
1099. 1 例先天性心脏病的诊治	(578)
1100. 1 例先天性心脏病的诊治	(580)

1. 介入治疗后严重血小板减少

王文尧、唐熠达,中国医学科学院阜外心血管病医院

要点: II b/III a 受体拮抗药引起的血小板减少的发生率为 0.5%~5%,一般认为是免疫介导的反应,通常在接触药物 24h 之内发生。由于药物半衰期短,停药后几小时药理作用完全消失,故血小板减少及出血事件会很快恢复,但对于血小板急剧减少、出血症状明显的患者,需要及时给予对症及免疫抑制治疗。

【主 诉】 发作性胸痛胸闷 2 年,加重 50d。

【现病史】 患者男性,48 岁。2 年前曾因活动性胸痛、胸闷而在外院行冠脉造影,显示三支病变,未行 PCI 治疗,药物治疗症状有所减轻。50d 前感症状加重,时伴双下肢水肿,偶有气短症状。

【既往史】 否认高血压、高血脂、高血糖;吸烟 20 支/天×30 年,未戒;偶饮啤酒。

【查 体】 血压 100/70mmHg; 心率 72/min,窦性心律,律齐,心界不大,未闻及杂音。肺部听诊未闻及干湿啰音。

【辅助检查】

(1)入院心电图检查见图 1-1。

(2)超声检查:全心扩大,左心房内径 47mm,左心室内径 71mm,LVEF 37%。

(3)血常规检查正常,血小板总数 $117 \times 10^9/L$ 。

(4)肝肾功能、电解质、血脂、血糖基本正常。

【诊疗经过】 患者既往冠脉造影提示三支病变,PET 检查示:左心室腔扩大,弥漫性血流灌注及代谢受损,以存活心肌为主;符合缺血性心肌病改变;左心室室壁运动弥漫性减弱,LV-EDV 346ml,LVESV 264ml,LVEF 24%。患者三支病变且心功能差,外科会诊有 CABG 指征,但患者拒绝外科手术,倾向于介入治疗。拟行 PCI 治疗,首先试行右冠状动脉介入,根据患者恢复情况择期介入治疗左冠状动脉。入院后用药:硝酸异山梨酯 15mg,3/d;卡维地洛 6.25mg 2/d;阿托伐他汀钙 20mg,每晚 1 次;海捷亚 50mg/d;螺内酯 20mg/d;阿司匹林肠溶片 300mg/d;氯吡格雷 75mg/d。

PCI 治疗情况:2011 年 10 月 9 日冠脉造影示,LAD 近端 60%狭窄,中段 99%狭窄,第一对角支近端 70%狭窄,回旋支中段弥漫 70%狭窄,钝缘支近端 50%狭窄,右冠近端 80%狭窄,中段 90%狭窄,左心室后支 95%狭窄,远段 100%闭塞。于右冠状动脉近中远段置入 Excel 3.0mm×28 mm、3.5mm×14mm 及 3.5mm×33 mm 支架 3 枚。手术过程顺利,晚 8:00 安返病房。术后加强抗栓治疗,给予欣维宁泵入 16ml/h。

病情变化:术后第 1 天,患者晨起痰中带血,右上肢及后背见散在瘀点,急查血常规示:血

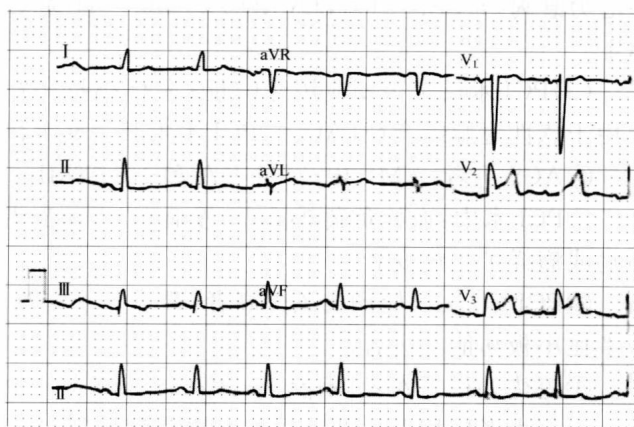


图 1-1 入院心电图

血小板总数 $4 \times 10^9/L$ 。立即停用欣维宁、阿司匹林、氯吡格雷,同时请血液科会诊。血液科会诊考虑药物源性血小板减少可能性大,建议:①制动,积极对症治疗;②甲泼尼龙 $80 \sim 120mg/d$;③丙种球蛋白 $20 \sim 30g/d(3 \sim 5d)$;④输注血小板 $1 \sim 2U$ 。

应对措施及后续病情变化:根据血液科会诊建议,给予患者甲泼尼龙 $120mg/d$,丙种球蛋白 $30g/d$,输注血小板 $1U$,同时停用替罗非班、阿司匹林及氯吡格雷。采取以上措施后血小板开始恢复,术后第2天血小板总数 $10 \times 10^9/L$,第3天 $47 \times 10^9/L$,第4天 $53 \times 10^9/L$,第5天 $64 \times 10^9/L$,第6天 $76 \times 10^9/L$ 。术后第4天由于血小板总数逐渐恢复,重新加用抗血小板药物阿司匹林及氯吡格雷,未出现血小板再次下降的情况。患者继续住院观察 $10d$,甲泼尼龙逐步减量,血小板总数稳定在 $(70 \sim 80) \times 10^9/L$ 。

【讨 论】

(1)患者血管重建策略选择:PCI是否可行:该患者冠脉造影及核素检查明确血管狭窄,存在心力衰竭(LVEF 24%,LVEDD 71mm),首选 CABG 治疗。但患者拒绝外科手术,试行 PCI。

(2)PCI术后是否要应用Ⅱb/Ⅲa受体拮抗药?使用指征是什么:Ⅱb/Ⅲa受体拮抗药主要用于急性冠脉综合征(ACS)、PCI手术及一些等待外科手术的患者,具体适应证为:

①ACS患者:AMI、中/高危UA和NSTEMI。

②PCI术中:血栓负荷较重者;慢血流、无血流者;斑块负荷重,预扩后远端栓塞风险高者;溃疡或瘤样扩张病变者。

③PCI术后:血栓形成风险高者:置入多枚支架、糖尿病、多支病变、长支架;血小板增高症或者血小板功能亢进者。

④等待外科手术者:术前 $10d$ 停 ASA、术前 1 周停氯吡格雷;术前 $4h$ 停欣维宁。

本例患者应用Ⅱb/Ⅲa受体拮抗药的指征:PCI治疗中置入3枚支架,支架总长度长,血流缓慢;术后血压偏低、心率偏慢。术后考虑Ⅱb/Ⅲa受体拮抗药持续泵入 $24h$ 。

(3)出现Ⅱb/Ⅲa受体拮抗药导致的一般性出血并发症、药物源性血小板减少的应对策略:Ⅱb/Ⅲa受体拮抗药可能导致的常见出血并发症及处理措施。

①一般出血(密切观察,增加检测次数):肉眼血尿;牙龈、鼻腔、球结膜下出血;肌内注射或血管穿刺部位出血。

②消化道出血(有此风险者,提前予以胃黏膜保护药和质子泵抑制剂):轻微出血:呕咖啡样胃内容物或隐血阳性(停ASA,严密监测);显著出血:呕血或黑粪者(停ASA和氯吡格雷;欣维宁减量;备血和血小板;同时给予局部止血治疗;权衡血栓和出血利弊,选择对患者最有利的方案);Ⅱb/Ⅲa受体拮抗药所致严重的血小板减少(血小板总数 $< 50 \times 10^9/L$)发生率为 $0.5\% \sim 5\%$,其原因一般认为是免疫介导的反应。接触药物几小时内迅速发生,多在 $24h$ 之内。由于药物半衰期短,停药后几小时药理作用完全消失,故血小板减少及出血事件会很快恢复。对于此类患者,常用的处理方式有停药或对症处理:甲泼尼龙 $80 \sim 120mg/d$ 至血小板 $> 100 \times 10^9/L$;换用泼尼松 $30mg/d$,用药 $3d$;减至 $10mg/d$, $3d$ 后停药,输注血小板;丙种球蛋白 $20 \sim 30g/d$ 。

参 考 文 献

[1] Dudek D, Siudak Z, Janzon M, et al. European registry on patients with ST-elevation myocardial infarction.

tion transferred for mechanical reperfusion with a special focus on early administration of abciximab-EU-ROTRANSFER Registry. *Am Heart J*, 2008, 156 (6):1147-1154.

- [2] Brown DL, Fann CS, Chang CJ. Meta-analysis of effectiveness and safety of abciximab versus eptifibatide or tirofiban in percutaneous coronary intervention. *Am J Cardiol*, 2001, 87 (5):537-541.
- [3] Gu YL, Kampinga MA, Wieringa WG, et al. Intracoronary versus intravenous administration of abciximab in patients with ST-segment elevation myocardial infarction undergoing primary percutaneous coronary intervention with thrombus aspiration: the comparison of intracoronary versus intravenous abciximab administration during emergency reperfusion of ST-segment elevation myocardial infarction (CICE-RO) trial. *Circulation*, 2010, 122(25):2709-2717.
- [4] Winchester DE, Wen X, Brearley WD, et al. Efficacy and safety of glycoprotein II b/III a inhibitors during elective coronary revascularization: a meta-analysis of randomized trials performed in the era of stents and thienopyridines. *J Am Coll Cardiol*, 2011, 57(10):1190-1199.
- [5] Moulis G, Sommet A, Sailler L, et al. French Association of Regional Pharmacovigilance Centers. Drug-induced immune thrombocytopenia: a descriptive survey in the French Pharmacovigilance database. *Platelets*, 2012, 23(6):490-494.

2. 高血压、反复头晕 10 年的中年顽固性高血压

陈 健,宁波市李惠利医院

要点:对于发病年龄轻、药物治疗效果差的顽固性高血压患者,应详细询问病史及全面体格检查。如患者有明显下肢乏力,上下肢血压测量比较收缩压相差 20 mmHg 以上,体检发现两侧股动脉搏动消失或减弱,胸背部有血管杂音,应想到主动脉缩窄,避免误诊。

【主 诉】 因“反复头晕 10 年,再发 4 个月”入院。

【现病史】 患者男,43 岁。10 年前出现头晕,伴行走时下肢乏力,测血压发现血压升高,最高时可达 230/120mmHg。10 年来,患者长期服用 3~4 种的中大剂量降压药,包括利尿药、钙拮抗药(CCB)、血管紧张素转化酶抑制药及 β 受体阻滞药,血压控制仍不佳,血压波动在 150~185/80~100mmHg。10 年来曾多次在市级、省级医院门诊就诊,均诊断为“原发性高血压”。

入院前 1 年及入院前 9 个月曾至外地两家医院住院治疗。超声心动图示室间隔与左心室后壁增厚,左心室偏大,二尖瓣、三尖瓣、肺动脉瓣轻度反流;血醛固酮水平正常,血管紧张素 II 及肾素明显升高;双肾上腺 MRI 未见异常;双侧肾动脉 CTA 未见狭窄,诊断为高血压病。给予“拜新同、海捷亚、康忻、吲达帕胺、可乐定”等治疗,血压控制在 150~185/80~100 mmHg,头晕较前好转。近 4 个月自行改服其他高血压药,血压控制不佳,同时再次出现头晕。

【查 体】 BP 190/100 mmHg。心率 92/min,律齐,心界无扩大,胸骨左缘第 3、4 肋间闻及 2/6 级收缩期杂音。腹部未见血管杂音。

【辅助检查】 心电图示左心室肥厚伴劳损。超声心动图示左室壁向心性肥厚,室间隔厚度 14.4 mm,左心室后壁厚度 14.5 mm。

【诊治经过】 入院后给予血管紧张素 II 受体拮抗药(ARB)、CCB、 β 受体阻滞药、利尿药治疗,血压控制仍不满意。随后再次查体发现两侧股动脉搏动消失,考虑为继发性高血压,主动脉缩窄可能性大。

行主动脉 CTA 检查证实为主动脉缩窄(图 2-1)。患者遂转至胸外科,行主动脉狭窄段切除及人造血管置换术。术后给予安博诺及拜新同降压,1 周后测血压 150/95mmHg。术后 3 个月,仅服康忻,血压 150/90mmHg,患者状态良好。

【讨 论】 绝大多数主动脉缩窄的部位是在主动脉峡部。按主动脉缩窄段与动脉韧带或动脉导管的解剖学关系 可分为导管前型和导管后型。

导管后型主动脉缩窄:较常见(占 90%),该型主动脉缩窄段位于左锁骨下动脉起点处远



图 2-1 主动脉 CTA

端峡部主动脉。多数动脉导管已闭合,缩窄病变短而局限位于动脉韧带的远端或紧邻部位,缩窄近、远端主动脉常呈现不同程度的扩大,缩窄段近、远端主动脉之间形成丰富的侧支循环。导管前型主动脉缩窄:此型比较少见。约近半数合并其他心脏血管先天性畸形,在婴幼儿期即可因心力衰竭致死,因此,早年此型曾被称为婴儿型主动脉缩窄。

主动脉缩窄一经诊断明确,均应手术治疗,主动脉缩窄的及早发现、尽早手术治疗相当重要。常用手术方法:①狭窄段纵行切开,人工血管补片主动脉成型。②狭窄段切除行对端吻合或人工血管置换。③人工血管转流。④降主动脉球囊扩张加支架支撑。