



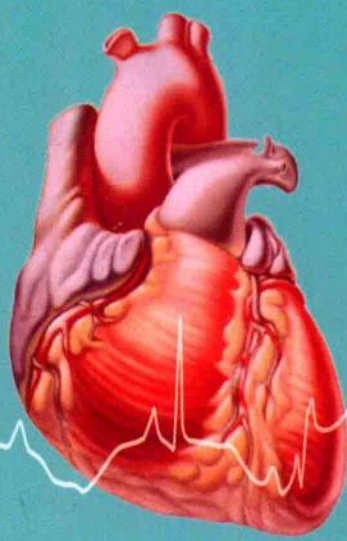
主 编 杨跃进

GAP-CCBC

精彩病例荟萃 (2016)

GAP-CCBC

JINGCAI BINGLI HUICUI (2016)



人民军医出版社

PEOPLE'S MILITARY MEDICAL PRESS



GAP-CCBC

精彩病例荟萃 (2016)

GAP-CCBC JINGCAI BINGLI HUICUI(2016)

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	
	常敏之	殷伟贤			
学术秘书	杨进刚	唐熠达	张海澄		

2016



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.2016/杨跃进主编. —北京:人民军医出版社,2015.12
ISBN 978-7-5091-8918-4

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

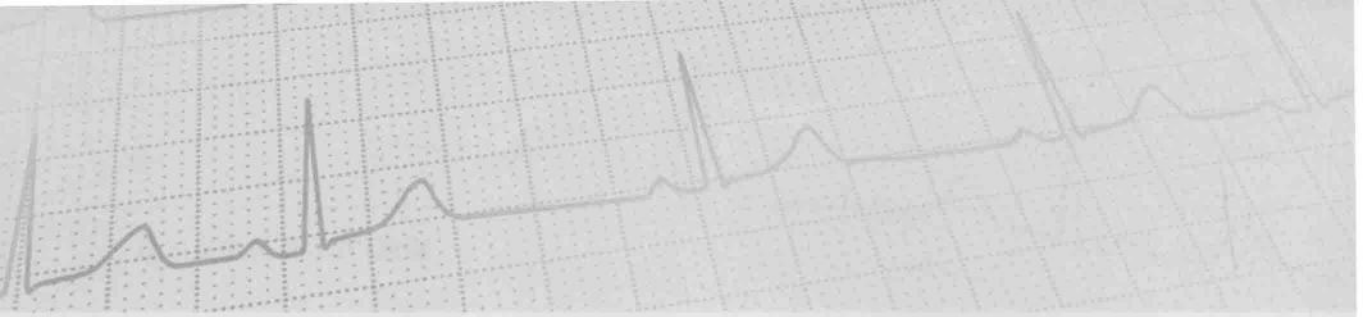
中国版本图书馆 CIP 数据核字(2015)第 271678 号

策划编辑:路弘 文字编辑:陈卓 责任审读:郁静
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

印、装:三河市春园印刷有限公司
开本:850mm×1168mm 1/16
印张:20.75 字数:609 千字
版、印次:2015 年 12 月第 1 版第 2 次印刷
印数:2001—3000
定价:85.00 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

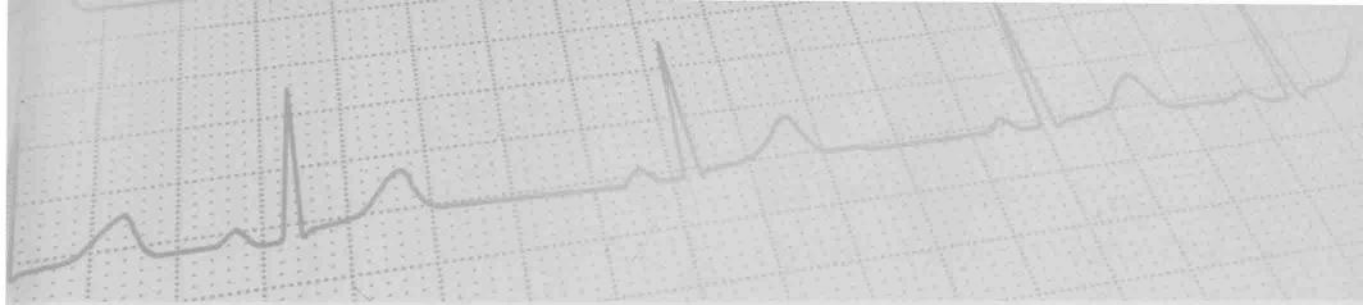
主 副	编 主	杨跃进	徐亚伟	王 焱	陈 红	方 全	王建安	杨天伦
		马长生	陈纪言	李为民	陈良龙	何 奔	杨延宗	程晓曙
学 术	秘 书	卢长林	蒋忠想	曾春典	常敏之	殷伟贤		
		杨进刚	唐熠达	张海澄				
编	者	王 祥	王 敢	王方芳	王贵松	毛晓波	牛 杰	方 全
		孔一慧	丛广志	兰 军	朱文玲	孙 超	孙丽杰	孙雨霏
		刘文正	刘定辉	刘艳艳	刘燕娜	苏 晞	苏冠华	严晓伟
		李 涛	李为民	李伟明	李运德	李景东	杨跃进	肖平喜
		吴延庆	吴清华	何 榕	余舒杰	汪宇鹏	张 喆	张 媛
		张成喜	张抒扬	陈 隽	陈 璘	陈大鹏	陈少敏	陈宝霞
		陈绍良	林金忠	周炳凤	周博达	郑 康	孟 影	郝宝顺
		胡建新	俞建华	洪 葵	班向阳	贾绍斌	钱孝贤	徐少东
		徐劲松	徐昕晔	徐承义	徐莹莹	高 炜	高 瑛	郭进建
		郭丽君	郭晋村	凌叶盛	黄卫斌	黄铁球	曹 轲	崔 鸣
		梁 琦	程 飞	程应樟	程晓曙	鄢 华	雷新军	鲍慧慧
		廖 然	潘 欣	潘 雄	薛红杰			



单音普普

内容提要

本书精选了2015年海峡两岸医药卫生交流协会心血管专业委员会研讨的具有临床价值的病例。很多病例属于临床诊疗过程中棘手、疑难或危重及多学科交叉的病例,并经深入讨论和专家点评,目的是培养临床医师如何在临床工作中发现疑难病例的诊断线索,面对危重病例如何制订治疗方案等。本书内容翔实,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,提高临床诊疗水平。



前言

6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,我们提出了学会宗旨,即“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、二级和一级医院普及提高平台。贯彻十二字方针:交流互补,指导培训,普及提高。

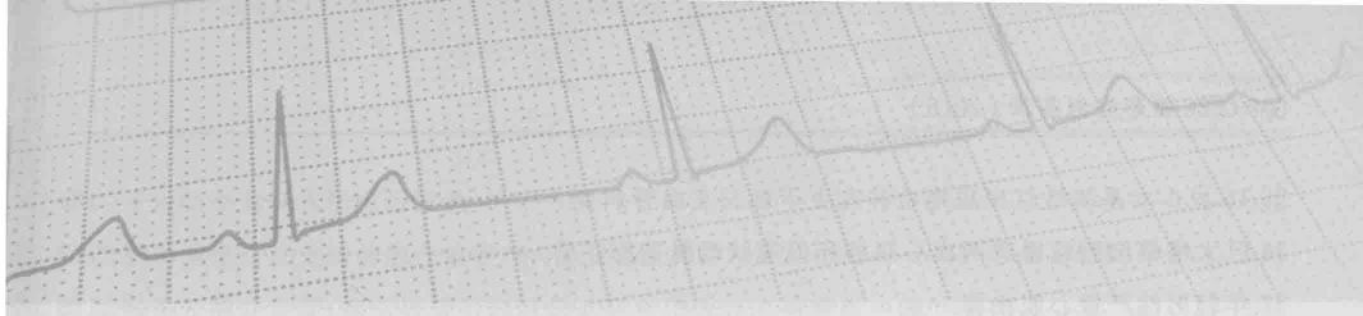
为实现这一目标,海医会心血管专委会创办了指南和实践:临床危重疑难病例研讨会(Guideline and Practice; Clinical Case-Based Conference, GAP-CCBC),每年都举办10场左右以临床疑难、危重或有教育意义的病例研讨会议。来自五湖四海的专家结合自己的临床经验,对病例进行点评或提供相关病例,进行有的放矢地讨论,取得了良好的效果,也得到了各位专家和广大与会听众一致好评。

今年,是连续第5年对现场讨论有教育意义的病例的结集出版,我们特别选取了Fabry病、Danon病、IgG4相关性疾病,肢端肥大性心肌病等较为罕见的疾病,也挑选了一些常见,但表现比较特殊的常见疾病,以期为广大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。

因编者水平有限且编写时间紧张,错误和不完善的地方敬请广大同道批评指正。

杨跃进

2015年11月



目 录

1.多潘立酮相关尖端扭转型室性心动过速	1
2.心力衰竭合并横纹肌溶解综合征	6
3.反复下肢静脉血栓形成、心肌梗死和心脏瓣膜病的抗磷脂抗体综合征	8
4.CrossBoss™ 穿透导管及 Stingray™ 重入真腔系统在冠状动脉 CTO 病变中的应用	11
5.一例学习成绩倒数第一的 Danon 病少年	16
6.严重腹痛患者伴心尖球形扩张	20
7.肢端肥大症心肌病	24
8.一例黑色皮疹缓慢心律失常的 Fabry 病患者	27
9.药物保守治疗下进展迅速的冠心病	31
10.持续性房颤消融术中伴发的左心耳局灶折返性房速	34
11.一例合并心力衰竭和慢性肾功能不全的线粒体病	39
12.心力衰竭利尿剂抵抗	44
13.累及心包的 IgG4 相关性疾病	47
14.一例疑似心肌炎的青年女性	51
15.以多浆膜腔积液和左室肥厚为表现的常见病	56
16.淀粉样变性心肌病伴腹痛、血尿	61
17.首发表现为多种严重并发症的嗜铬细胞瘤	66
18.Fabry 病：心肌肥厚罕见病因	74
19.伴双房大，多浆膜腔积液但左心室正常的患者要警惕限制性心肌病	79
20.严重心肌缺血相关的晕厥	84
21.表现为多浆膜积液和心室肥厚的心肌病淀粉样变	89
22.顺藤摸瓜查房性心动过速原因	93
23.容易被误诊的肝肺综合征	97
24.常见原因的心肌占位一例	102

25.16 岁少女系统性红斑狼疮合并左主干加三支血管病变 105

26.巨大嗜铬细胞瘤患者两次心肌梗死但冠状动脉造影正常 112

27.年轻男性严重心肌损害 118

28.一例进餐后腹痛且冠状动脉扩张、狭窄及动脉瘤的年轻男性 122

29.一例卵圆孔未闭的患者发生尼亚加拉瀑布样 T 波 127

30.年青女性非 ST 段抬高心肌梗死左主干开口 95% 狭窄 131

31.合并复发性溃疡和多发性复发性血管瘤的青年男性 135

32.29 岁男性患者急性心肌梗死但外周血嗜酸性粒细胞升高伴皮下结节 140

33.一例运动后突发右下肢瘫痪猝死的中年男性 143

34.一例蹊跷的心力衰竭患者 145

35.中年男性发热、杵状指(趾)并左心房占位 150

36.遗传性限制型心肌病 155

37.长在左右心房之间的嗜铬细胞瘤 159

38.一例反复晕厥的鼻咽癌患者 164

39.藏族男子多器官受损且左心室囊性占位 167

40.不要让病情牵着鼻子走——一例反复大量心包积液,肺栓塞,肢体水肿的启示 174

41.中年男性间断发热、反复溃疡合并右心室占位 183

42.一例反复晕厥并接受颅内电极埋置术的 11 岁男孩 187

43.顽固性低氧血症、杵状指(趾)怀疑肺栓塞但消化道出血 192

44.一例没有杂音的严重先天性心脏病少年 197

45.青年男性肾病综合征合并二尖瓣赘生物 201

46.一例表现为头晕的急性心肌梗死患者 206

47.两支冠状动脉血管同时急性闭塞成功急诊 PCI 209

48.妊娠高血压综合征合并三尖瓣感染性心内膜炎 212

49.主动脉内球囊反搏支持下急性左主干闭塞直接 PCI 处理 216

50.螳螂捕蝉,黄雀在后——一例左主干开口病变诊断的反思 219

51.PiCCO 指导下治疗脓毒症合并心肌梗死、心力衰竭 226

52.巨大冠状动脉-左心室瘘介入封堵治疗 232

53.国产生物可吸收支架的使用经验 235

54.室间隔缺损介入封堵合并严重溶血诊治 241

55.双侧冠状动脉造影在 CTO 介入治疗中的应用 244

56.一例左前降支开口闭塞病变:逆行 vs 顺行导丝技术 250

57.急性 ST 段抬高型心肌梗死合并三支血管病变的介入治疗策略 264

58.经皮冠状动脉介入治疗后发热	268
59.射频消融术后三支肺静脉严重狭窄介入治疗	271
60.始料未及的并发症:指引导管引起冠状动脉夹层合并心包积血一例	275
61.腹主动脉腔内隔绝术联合 PCI 治疗腹主动脉瘤合并冠心病救治体会	281
62.自体皮下脂肪栓塞治疗急性冠状动脉穿孔	286
63.“一个都不能少”——TAP 技术处理 LAD 分叉病变	290
64.小针刀刺激诱发急性冠状动脉痉挛	296
65.心内膜炎导致冠状动脉栓塞一例	299
66.雪上加霜:一例系统性红斑狼疮的年轻男性急性心肌梗死	308
67.一例氯吡格雷抵抗换用替格瑞洛的患者	314
68.股动脉血气分析后腹膜后血肿	318
69.反复血管迷走神经反射发作的弦外之音	320



多潘立酮相关尖端扭转型室性心动过速

北京大学第三医院心血管内科 徐昕晔 陈少敏 郭丽君



要点:尖端扭转型室性心动过速(torsade de pointes,TdP)及获得性长QT综合征(long QT syndrome,LQTS)是一种特殊的临床急症。快速、正确地识别TdP和获得性LQTS,明确诱因,并进行针对性的治疗是成功救治的关键。

【主 诉】 活动后呼吸困难伴心悸半个月余,加重1 d。

【现病史】 患者,女性,88岁。入院前半个月余在日常活动如大小便、常速步行时即可出现呼吸困难,休息后缓解,伴心悸,未测心/脉率,伴恶心、食欲缺乏。入院前1天不能平卧,端坐呼吸,遂于我院急诊就诊。患者平素活动耐量尚可,可做日常家务;发病以来,无胸闷、胸痛,无发热、咳嗽,无反酸、嗝气。精神、食欲、睡眠佳,大小便正常。体重近期无明显变化。

【现病史】 高血压病病史,血压控制于140~150/60~70 mmHg。否认其他慢性病史,否认手术史,否认药物过敏史。

【体格检查】 神清,无颈静脉怒张,双下肺可闻及少量细湿啰音,心律不齐, S_1 强弱不等,HR150/min左右,有脉短绌,未闻及杂音及心脏附加音。双下肢无水肿。

【辅助检查】 心电图:房颤伴快心室率,HR 143/min, $V_3\sim V_6$ 导联T波低平或倒置(图1-1);化验显示:NT-proBNP 8890 pg/ml, K^+ 4.21 mmol/L,心肌损伤标志物正常;超声心动图显示:左心室壁运动弥漫性减低,LVEF 23%(主要辅助检查结果见表1-1)。

表 1-1 主要辅助检查结果

血常规	WBC $5.6\times 10^9/L$,N0.78,HGB 119 g/L
D-二聚体	1.24 $\mu g/ml$
血生化	ALB 36 g/L,Cr 57 $\mu mol/L$, K^+ 4.21 mmol/L,CK、CK-MB 正常
NT-proBNP	8890 pg/ml
TnI	<0.010 ng/ml
X线胸片	双侧胸腔积液,心影增大(图1-2)
Echo	左心室壁运动弥漫减低,LVEDd 41.2 mm,左心房增大(22 cm^2),升主动脉增宽(44 mm),主动脉瓣、二尖瓣、三尖瓣轻度反流,LAP:20 mmHg,LVEF 23%(2-D),Sm 6 cm/s,E/E'15

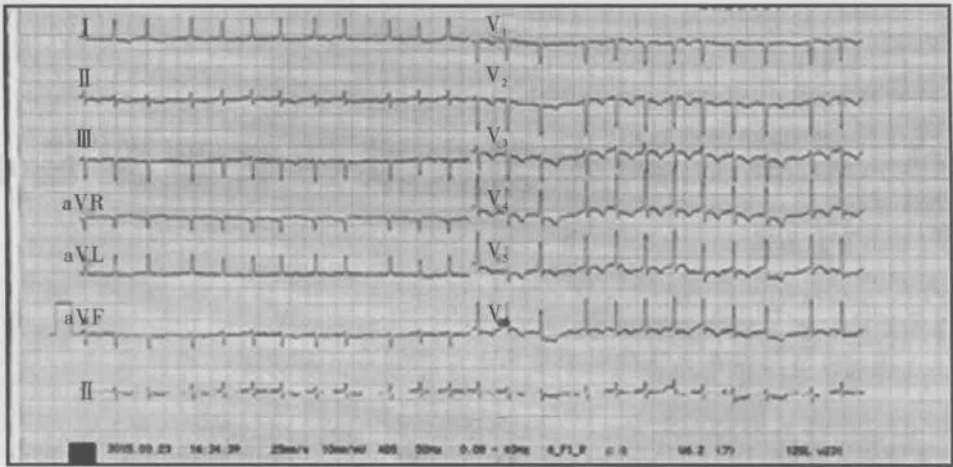


图 1-1 心电图检查

【入院诊断】 急性心力衰竭,高血压病 3 级很高危,心脏不大,心律失常,心房颤动,心功能 IV 级(NYHA 分级)。

【诊疗经过】 入院后予扩血管、利尿、强心等药物治疗后,上述症状缓解,肺内啰音消失,自行转复为窦性心律,HR 70~90/min(图 1-3)。

入院当日患者诉恶心、食欲缺乏,给予多潘立酮、法莫替丁等药物治疗。入院第 2 天患者心电图显示胸前导联 T 波较前加深(图 1-4),心肌损伤标志物无动态变化。

入院第 4 天患者突发一过性意识丧失,心电监测显示:心室率 200/min,心电图显示尖端扭转型室性心动过速(图 1-5),自行转为窦性心律后可见典型 T 波电交替现象,最长 QTc>600 ms(图 1-6)。

患者尖端扭转型室性心动过速反复发作 4~5 次,每次持

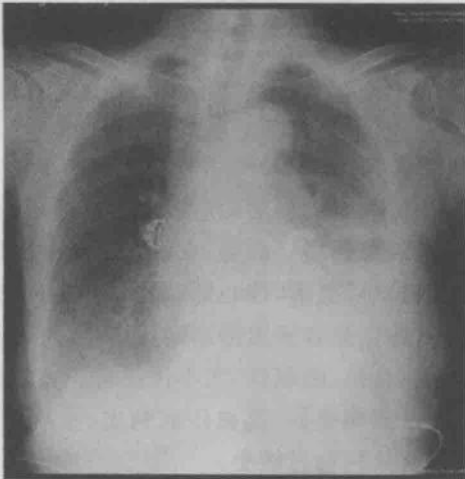


图 1-2 X 线胸片

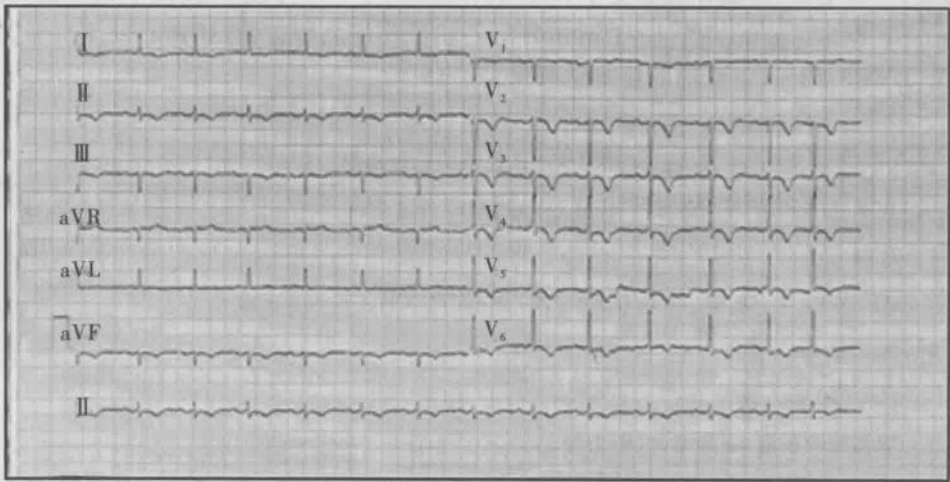


图 1-3 入院药物治疗后心电图



图 1-4 入院第 2 天心电图



图 1-5 入院第 4 天突发一过性意识丧失心电图

续 <1 min 自行转复。急查血 K^+ 4.3 mmol/L。审阅医嘱后,停用多潘立酮等可能使 Q-T 间期延长的药物后,予以积极补钾、补镁治疗,患者 Q-T 间期逐渐缩短至正常,深倒置的 T 波逐渐恢复(图 1-7)。最终康复出院。

【讨论】 获得性 LQTS 可以有多种诱发因素,包括心肌缺血、心肌炎、严重的心力衰竭、缓慢性心律失常、电解质紊乱及药物等。近年来发现,多种药物可以诱发 Q-T 间期延长,Q-T 间期已经成为评价药物心血管安全性的重要指标之一。由于本例患者在出现 LQTS 前后并没有心肌缺血、电解质紊乱等情况,心功能情况尚稳定,故考虑多潘立酮可能为本例患者出现 LQTS 的主要诱因。延迟整流钾电

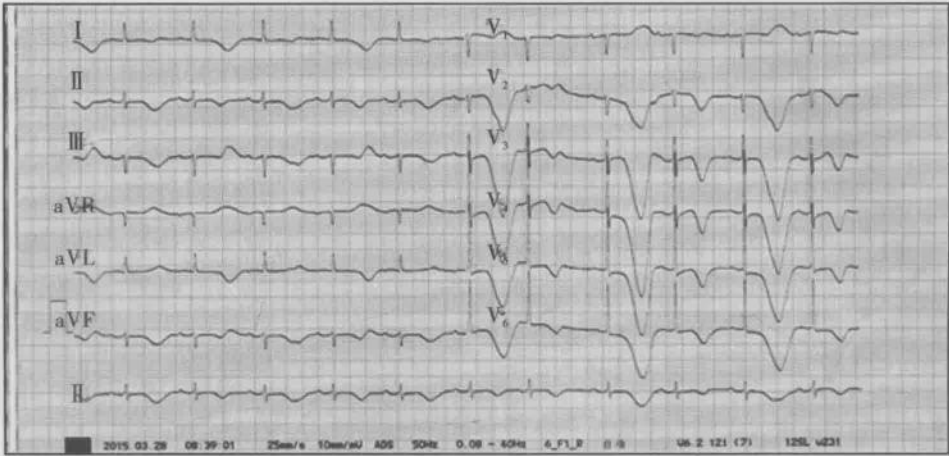


图 1-6 自行转为窦性心律后心电图

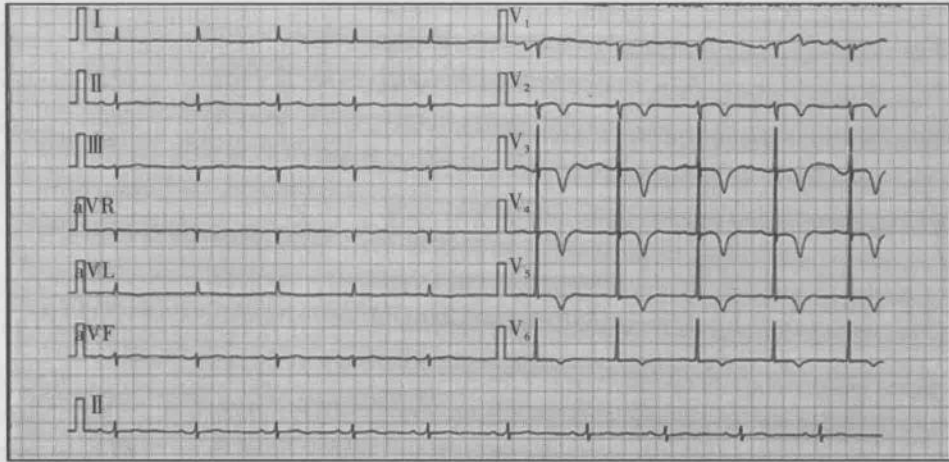


图 1-7 药物治疗后心电图

流 IKr 抑制可能为多潘立酮导致 Q-T 间期延长最重要的机制。基于欧洲 EMA 的建议,显示多潘立酮在正常人仅有较小的概率会引起 QTc 延长和 TdP;但在某些情况,比如每日服用多潘立酮剂量>30 mg、年龄>60 岁、合并心力衰竭、联合应用其他可能延长 Q-T 间期的药物、联合应用影响 CYP3A4 功能的药物等情况下,这种风险就会增高。这提示我们对于心血管病的患者,尤其是高危患者,要早期识别,着重关注此类患者的用药安全问题。

TdP 是一种特殊的多形性室性心动过速,多在原有心脏疾病的基础上,由于特殊的诱因导致 Q-T 间期延长、心室复极不均一性增加的情况下出现。TdP 具有特征性的心电图表现,包括 T 波电交替(图 1-8)、短-长-短周期、温醒现象、冷却现象等(图 1-9)。由于本病多有特殊诱因,治疗原则与其他室性心律失常存在很大差异,所以早期准确识别本病对于进一步治疗具有重要意义。TdP 的治疗首先为去除诱因,如为药物所致,则首先应停用药物;同时应给予补充钾、镁的治疗,使血钾可以维持在 4.5~5.0 mmol/L 为宜;如患者存在严重窦性心动过缓或长间期依赖,可使用临时起搏器,使心室率>90/min,增加心率的药物如异丙肾上腺素、阿托品等目前无明确推荐;如 TdP 可自行终止,且无严重血流动力学紊乱时,不考虑电复律;如 TdP 蜕变为室颤、不能自行终止或合并严重血流动力学紊乱时,应给予电复律治疗;如患者最终未能找到明确的 TdP 诱因,可考虑 ICD 治疗。

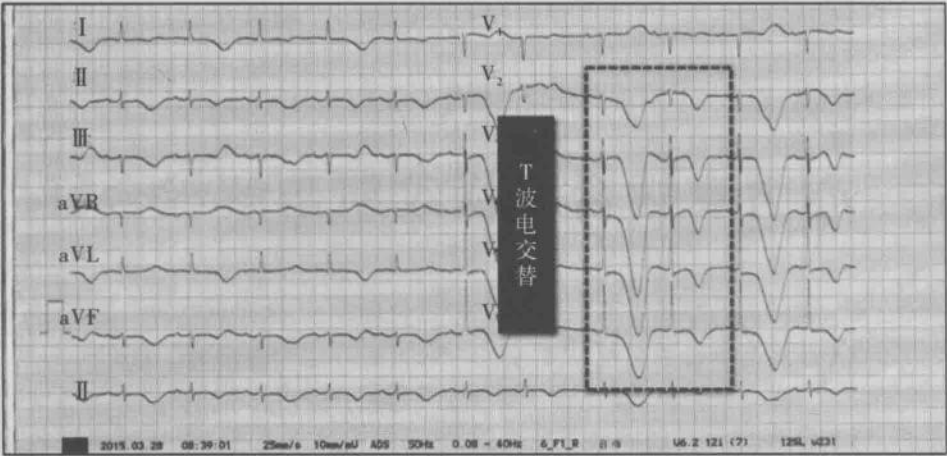


图 1-8 T波电交替

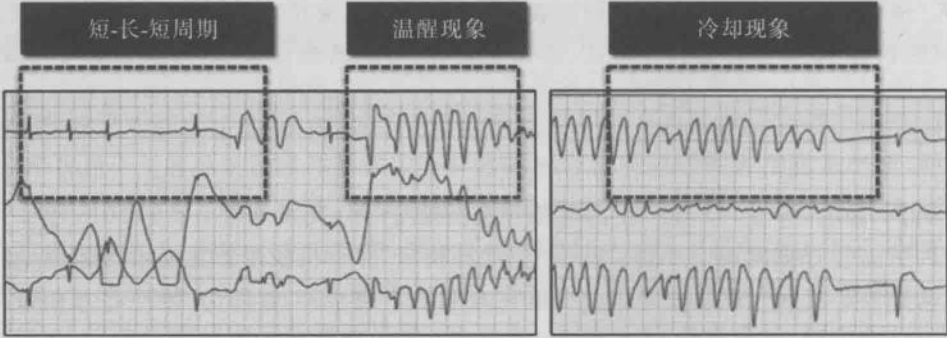


图 1-9 短-长-短周期、清醒现象、冷却现象



2. 心力衰竭合并横纹肌溶解综合征

北京大学第三医院 王方芳 刘文正 陈宝霞 何 榕

崔 鸣 郭丽君 高 炜



要点:横纹肌溶解综合征指影响细胞膜、膜通道及其能量供应的遗传性或获得性因素导致的横纹肌细胞损伤,常出现严重代谢紊乱、急性肾衰竭、筋膜间隙综合征、弥散性血管内凝血等并发症。

【病例资料】 患者,男性,83岁。主因间断呼吸困难21年,突发加重2d于2015年3月3日入院。患者21年前因劳力性呼吸困难于外院诊断为“主动脉狭窄”并行机械瓣膜置换术,同时行冠状动脉造影诊断为“冠状动脉性心脏病”,此后反复发作呼吸困难和双下肢水肿,诊断为“慢性心力衰竭,心房颤动”,长期口服华法林、螺内酯、托拉塞米、曲美他嗪、美托洛尔和单硝酸异山梨酯等药物,1个月前出现咳嗽、咳黄白黏痰,2d前夜间睡眠中突然出现呼吸困难加重伴不能平卧。既往丙型肝炎21年,未规律抗病毒治疗;高血压病20余年,口服氨氯地平治疗;前列腺癌7年,口服比卡鲁胺治疗;痛风5年,口服别嘌醇治疗;高脂血症4年,近期开始口服阿托伐他汀治疗;亚临床甲状腺功能减退2年,口服甲状腺素治疗。

【体格检查】 体温36.2℃,脉搏60/min,呼吸20/min,血压145/65 mmHg,神清,双下肺可闻及湿啰音,心率67/min,律绝对不齐,第一心音强弱不等,余无异常。

【辅助检查】 WBC $7.81 \times 10^9/L$, HB 118 g/L, PLT $133 \times 10^9/L$, N% 77.5%, BNP 7300 pg/ml, INR 5.21, Cr $305 \mu\text{mol/L}$, Na^+ 120 mmol/L, X线胸片显示双肺纹理模糊伴心影饱满。

【诊断】 ①慢性心力衰竭急性加重;②凝血功能异常-华法林过量;③重度低钠血症;④肺部感染;⑤冠状动脉性心脏病;⑥心房颤动;⑦心脏机械瓣置换术后;⑧慢性丙型病毒性肝炎;⑨前列腺癌;⑩慢性肾病CKD5期;⑪痛风;⑫亚临床甲状腺功能减退。

【诊疗经过】 入院后予吸氧、抬高床头、加强利尿、改善心脏前后负荷等抗心力衰竭治疗,予以新鲜血浆输注、维生素K肌内注射纠正凝血功能,予以缓慢静脉补钠纠正电解质紊乱,先后给莫西沙星、头孢哌酮舒巴坦、亚胺培南、利奈唑胺等抗感染治疗。3月25日复查CK 4032 U/L,予停用他汀类药物和碱化尿液,然而患者逐渐有全身肌痛伴乏力,3月30日复查CK 16 000 U/L,尿Myo 293.3 ng/ml,考虑出现横纹肌溶解症。与此同时患者反复排黑粪,查HB 54 g/L, PLT $11 \times 10^9/L$, Cr $500 \mu\text{mol/L}$, APTT测不出,考虑合并存在肾衰竭、消化道出血,不排除弥散性血管内凝血可能,予以心电监护、禁食禁水、抑酸、补液、输血、持续床旁血滤等积极治疗,患者肌痛缓解出血停止,CK、Myo降至正常,Cr降至161 $\mu\text{mol/L}$ 。但此后患者又出现不明原因发热,体温37~39℃,无感染中毒症状和阳性体征,血常规和

PCT 正常, X 线胸片渗出较前吸收, 超声心动未见瓣膜赘生物, 予以 NSAIDs 药物对症后体温正常, 后查 EB 病毒抗体 IgM 阳性而 EB 病毒 DNA 无明显复制且体温未再升高, 故未予抗病毒治疗。之后患者病情平稳出院。

【讨论】横纹肌溶解综合征的出现是由于骨骼肌细胞的破坏导致细胞内潜在有毒物质大量释放至血液循环系统, 临床常见的病因多为获得性因素, 包括创伤、缺血、药物、中毒、肌炎、感染、代谢性疾病、电解质紊乱等, 尤其是他汀类药物的横纹肌毒性, 日益引起临床重视。慢性心力衰竭是各种病因所致心脏疾病的终末阶段, 为临床的常见病和多发病, 患者多为高龄且合并多种内外科疾病, 常需联合应用各类药物治疗。

该患者有高龄、慢性肾功能不全、甲状腺功能减退、联合用药等多重危险因素, 虽有明确的阿托伐他汀服用史, 但感染、利尿剂、低钠血症等病因亦可能参与了横纹肌溶解的发生。有几点值得我们注意: ①联合用药的影响。有研究称单独服用他汀类药物, 横纹肌溶解的发病率在 0.04%~0.2%, 但与其他药物合用时危险性会增加 10 倍, 其中就包括华法林、地高辛等心内科常用药物, 机制可能与对 CYP3A4 酶的竞争性抑制有关。同时利尿剂作为心力衰竭治疗体系中唯一能改善容量负荷的基石性药物, 在大剂量使用时亦应警惕横纹肌溶解的不良反应。②感染的影响。约 5% 的横纹肌溶解综合征由感染引起, 军团菌、流感病毒、肺炎链球菌、肺炎支原体、葡萄球菌等认为是肺炎并发横纹肌溶解的常见病原体, 虽然该患者抗感染治疗期间多次痰、尿、便找涂片找细菌、真菌和血培养、痰培养均无阳性结果, 但之后行病毒性检测发现 EB 病毒抗体 IgM 阳性, 考虑近期存在过 EB 病毒感染, 提示我们在警惕药物不良反应的同时要重视感染引起的横纹肌溶解。在横纹肌溶解综合征的治疗方面, 目前常用的方法包括祛除病因、补液、利尿、碱化尿液、预防肾毒性、纠正电解质和代谢紊乱及血液净化治疗。但是该病人棘手之处在于心肾衰竭决定了无法通过补液和利尿保证有效的血容量和清除循环内有毒物质, 而急性肾衰竭和高钾血症又是影响预后主要并发症, 所以在第一时间启动了持续床旁血液滤过治疗, 有效地降低了肌红蛋白、肌酐和血钾浓度, 清除了炎症介质, 避免了对其他器官的继发性损害。因此, 对于并发横纹肌溶解的危重病人, 血液净化治疗可能会起到很大帮助, 可使病人的肾功能部分或完全恢复。

鉴于中老年人作为心内科患者的主要群体, 在临床治疗中一定要参考个体化治疗的原则, 权衡利弊, 将年龄、性别、合并疾病、既往用药等综合考虑在内, 尤其是对年龄超过 65 岁、慢性肝病、慢性肾病、糖尿病和联合应用多种药物治疗的患者, 用药应尽量精简, 定期监测肝肾功能和心肌酶, 如果出现肌痛、肌无力或肌酶呈倍数升高, 应警惕横纹肌溶解综合征并积极寻找病因, 做到早发现、早诊断、早治疗, 同时注重多科协作, 及时处理并发症, 改善患者预后。

参考文献

- [1] Zutt R, et al. Rhabdomyolysis: Review of the literature. *Neuromuscular Disorders*, 2014, 24: 651-659.
- [2] Giannoglou GD, et al. The syndrome of rhabdomyolysis: Pathophysiology and diagnosis. *European Journal of Internal Medicine*, 2007, 18: 90-100.
- [3] Omar MA, et al. Rhabdomyolysis and HMG-CoA reductase inhibitors. *Ann Pharm*, 2001, 35(9): 1096-1105.
- [4] Veenstra J, et al. Relationship between elevated creatine phosphokinase and the clinical spectrum of rhabdomyolysis. *Nephrol Dial Transplant*, 1994, 9(6): 637-641.
- [5] Takayanagi N, et al. Community acquired pneumonia with rhabdomyolysis. *Nihon Kokyuki Gakkai Zasshi*, 2005, 43(12): 731-735.
- [6] 周庆涛, 等. 重症肺炎并发横纹肌溶解症与急性肾衰竭的诊断治疗并文献复习. *中华医院感染学杂志*, 2015, 25(1): 133-135.
- [7] Chatzizisis, et al. The syndrome of rhabdomyolysis: Complications and treatment. *European Journal of Internal Medicine*, 2008, 19: 568-574.



反复下肢静脉血栓形成、心肌梗死和心脏瓣膜病的抗磷脂抗体综合征

华中科技大学同济医学院附属协和医院心内科 苏冠华 李景东

华中科技大学同济医学院附属武汉普爱医院心内科 孙雨霏



要点:对临床上反复发生动静脉血栓事件(如急性心肌梗死),尤其是无吸烟、高血压、糖尿病、血脂异常等危险因素的中青年女性患者,若冠状动脉造影未见明显动脉粥样硬化病变,同时又伴有血小板减少、心脏瓣膜损害或习惯性流产等合并情况,应高度警惕抗磷脂抗体综合征。

【主 诉】 下肢肿胀4年余,胸痛8个月,气促1周。

【现病史】 患者,女性,48岁。于4年前无明显诱因出现左下肢肿胀、疼痛,皮温较高,就诊当地医院行下肢血管B超提示左下肢静脉(腘静脉)血栓形成,给予阿司匹林、丹参片、血栓通等治疗后症状好转出院,后患者反复出现上述症状,多次就诊,并渐出现左下肢溃疡。8个月前患者因间断胸痛就诊于武汉市某医院,查肌钙蛋白I(TnI)为5.012 ng/ml(正常参考值<0.78 ng/ml),住院后行冠状动脉造影显示:左前降支中段轻度狭窄,左回旋支和右冠状动脉未见明显异常,诊断为冠心病,急性心肌梗死。半个月前患者再次因左下肢溃疡于我院血管外科住院,给予对症支持治疗后好转出院。1周前患者无明显诱因出现胸闷不适,以心前区明显,呈持续性,伴有气促、双下肢水肿,不能平卧,无发热、胸痛、黑矇、晕厥、腹泻、黑粪等不适,为求进一步诊治来我院,在急诊科行CT检查提示:双侧胸腔少量积液,双肺散在片状高密度影,考虑感染性病变,纵隔内、双侧锁骨上、腋窝区淋巴结增多,稍增大,心影增大,心腔密度略减低,少量心包积液,盆腔积液。急诊以“心力衰竭”收入我科。

【既往史】 2013年1月因头晕头痛就诊当地医院及我院行颅脑MRI示脑梗死;否认高血压、糖尿病、高脂血症病史,否认吸烟、饮酒病史,否认风湿热、光过敏、口腔溃疡、关节痛、皮肤红斑、雷诺现象、流产史。

【辅助检查】 2014年1月外院心脏彩超提示:主动脉瓣、二尖瓣瓣膜增厚,回声增强,轻度关闭不全, LV 5.8 cm, LVEF 55%。

【体格检查】 T36.6℃, P86/min, R20/min, BP140/90 mmHg, 贫血貌, 神清, 颈静脉充盈, 双肺呼吸音稍减弱, 可于双肺中下闻及湿啰音。心率86/min, 心律齐, 心音有力, 心尖区可闻及3/6级收缩期杂音。腹软, 无压痛、反跳痛及肌紧张, 肝脾肋下未触及, 肝颈静脉回流征阳性, 双下肢呈明显凹陷性水肿, 左下肢溃疡, 面积约5 cm×5 cm, 生理反射存在, 病理反射阴性。

【诊疗经过】 入院后查血常规及肾功能: WBC 5.88 g/L, RBC 3.27 T/L, Hb 78 g/L(↓), PLT 40 g/L(↓), 中性粒细胞 71.50%, 血肌酐 305.7 μmol/L(↑), 尿素氮 16.40 mmol/L(↑); ENA 全套显