

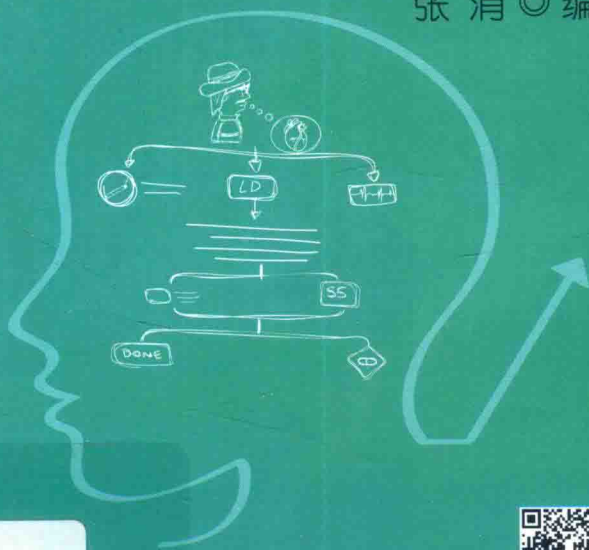
一本有温度、有深度的病例书

医探究竟

与张涓一起轻松查房

——心内科常见临床病例的系列解析

张 涓 © 编著



科学技术文献出版社
SCIENTIFIC AND TECHNICAL DOCUMENTATION PRESS

医大帮

医探究竟：与张涓一起轻松查房 ——心内科常见临床病例的系列解析

张 涓 编著



科学技术文献出版社
SCIENTIFIC AND TECHNICAL DOCUMENTATION PRESS

· 北 京 ·

图书在版编目(CIP)数据

医探究竟：与张涓一起轻松查房：心内科常见临床病例的系列解析/
张涓编著.—北京：科学技术文献出版社，2016.9

ISBN 978-7-5189-1875-1

I. ①医… II. ①张… III. ①心脏血管疾病—病案—分析 IV. ①R54

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2016) 第 220479 号

医探究竟：与张涓一起轻松查房 ——心内科常见临床病例的系列解析

策划编辑：孔荣华 责任编辑：孔荣华 王锬温 责任校对：赵 媛 责任出版：张志平

出 版 者 科学技术文献出版社

地 址 北京市复兴路15号 邮编 100038

编 务 部 (010) 58882938, 58882087 (传真)

发 行 部 (010) 58882868, 58882874 (传真)

邮 购 部 (010) 58882873

官 方 网 址 www.stdp.com.cn

发 行 者 科学技术文献出版社发行 全国各地新华书店经销

印 刷 者 北京高迪印刷有限公司

版 次 2016年9月第1版 2016年9月第1次印刷

开 本 787×1092 1/32

字 数 138千

印 张 6.75

书 号 ISBN 978-7-5189-1875-1

定 价 68.00元



版权所有 违法必究

购买本社图书，凡字迹不清、缺页、倒页、脱页者，本社发行部负责调换

2015年1月1日，在北京的一家咖啡店里，我遇到了一群志同道合的小伙伴。这一年，我在“医大帮”的APP上开办了“张涓医生工作坊”。除了放送2014年在北京社区巡讲课程的幻灯片，还尝试在线上举办“医探究竟”系列课程。不管身在何处，通过互联网，希望可以将越来越多的医生聚集在这个平台上。

记得以前，医生还是一个很令人羡慕的职业；不知从何时开始，医生已经从天使变成世人口中的恶魔。我不知目送了多少医生离开这个行业。曾几何时，这些医生是那么朝气蓬勃，我们并肩战斗度过了无数日日夜夜、挽救了无数生命。如果不是万不得已，我最亲爱的战友们是不会放弃医生这个职业的。医疗环境不比从前，病例却越来越复杂，临床让人如履薄冰、战战兢兢。要么强大，要么离开。既然我们选择留下，让我们一起强大吧！

我将以往的病例进行总结，这些病例虽不是最复杂的，但是可以带来临床启迪，希望利用碎片时间来提升自身能力！感谢我的同事们，是你们挽救了无数的生命，你们才是真正的英雄！最后感谢我的小伙伴们，让我将想法变成现实。

导读

使用建议：



您可以顺着读，与作者一起“医探究竟”，探案般揭开每一个病例的谜底，经历每一次诊疗过程的惊心动魄和有条不紊。



您也可以倒着读，通过“一览表”，快速获取病例简介，发现感兴趣的话题；还可当作工具书，查找实用知识和问答。

其他说明：



所有“实用问答”全部来自于讲课过程中的真实互动，特列出提问医生的姓氏及地区，以示感谢参与。



“知识点”或大或小，但力求精炼实用。



“临床启迪”或深或浅，但均是切身体会。



通过扫码，亲临病例讲解现场，参与同道讨论。

目录

病例 1

“正常”下的浅忧

——一例心脏超声正常的冠心病

001

病例 2

冬夜清晨的煎饼摊

——当糖尿病患者突发胸痛胸闷

009

病例 3

谁动了我的冠状动脉？

——仅仅 10 天时间：从“冠状动脉造影阴性”到“冠状动脉造影左主干 + 双支病变”！

019

病例 4

悲伤的妈妈

——有一种痛叫主动脉夹层

031

病例 5

所谓直觉，不过是经验的积累

——中年男性突发胸痛：急性心肌梗死？ 039

病例 6

去留只在一念间

——一个异常烦躁的中年胸痛患者 047

病例 7

忙中有序

——周末收进病房的心律失常患者 053

病例 8

等待，还是积极？

——最终置入的永久起搏器 065

病例 9

体格检查究竟有多重要？

——典型的活动后胸痛都是冠心病吗？ 075

病例 10

父与子，同病相怜

——两例梗阻性肥厚型心肌病 085

病例 11

沿着一个线索，穷追不舍

——面对不能解释的收缩期杂音

099

病例 12

典型临床表现的非典型思考

——胸痛、ST 段抬高是急性心肌梗死吗？

105

病例 13

命悬一线，生死时速

——解除 14 岁生命的死亡魔咒

115

病例 14

因为有你

——肾动脉狭窄性高血压的临床处理

129

病例 15

腹痛正当时

——拟行冠状动脉造影的患者，当天突然发生腹痛

137

病例 16

做，还是不做？

——临床那些合并焦虑、抑郁的患者

145

病例 17

面对现实的选择

——有指征而未能置入的 ICD 153

病例 18

说好的出院日子呢？

——PCI 术后拟出院当天突发胸痛、心电图 ST 段抬高 165

病例 19

四进四出医院为哪般？

——一个因头晕、晕厥反复住院的患者 177

病例 20

步步惊“心”

——PCI 术后心脏破裂，抗血小板药物应用的两难 185

常用名词缩写及注释 196

一览表 198

后 记 205

病例 1

“正常”下的浅忧

——一例心脏超声正常的冠心病

早在 1812 年,《新英格兰医学期刊》在其创刊号中就首次描述了“心绞痛”。临床中,心绞痛患者在描述胸痛症状时,往往会用到一些特征性的字眼(图 1-1);而那些说自己哪里都疼,或者需要费点劲才能找到痛点的患者,通常却并不是心绞痛……如今,200 多年过去了,我们不再仅仅依据症状诊断冠心病,而是依赖于日益多样化的检查手段,但临床诊疗过程中该如何客观评价各种检查手段的诊断价值呢?



图 1-1 通过动作识别心绞痛

患者男性，46岁，入院日期：2014年10月16日

主 诉 间断胸痛1年，加重2天。

◎ 现病史

患者于1年前体力活动后出现胸痛，为胸骨后牵拉痛，持续3~5分钟，休息后可缓解，无放射痛，不伴胸闷、憋气，间断发作2次，未用药。1个月前患者再次出现胸痛，发作诱因、持续时间、性质、程度同前。入院前又发作数次，休息后可缓解，为进一步诊治收入病房。

◎ 既往史、个人史、家族史

既往史：高血压1年，最高达160/110 mmHg，间断服用硝苯地平、利血平治疗；高脂血症1年，未规律用药。**个人史：**少量吸烟史；适龄婚育，育有1子，体健。**家族史：**母亲患有高血压。

◎ 体格检查

患者神志清楚，精神可，T 36.5℃，P 68次/分，R 18次/分，BP 120/70 mmHg。肺：双肺呼吸音清，双肺未闻及干湿啰音。心脏：心前区无异常隆起，心尖搏动位于左锁骨中线内，未触及抬举样搏动，各瓣膜区未触及震颤，心界不大，心率68次/分，律齐，各瓣膜区未闻及病理性杂音，无心包摩擦音。腹部：腹软，无压痛，肝脾肋下未触及，移动性浊音（-）。双下肢无水肿。

◎ 小插曲

这个患者在入院前两天曾经就诊于医院专家门诊，行心电图（未见明显ST段抬高和压低）和生化检查（表1-1），并预约CT冠状动脉造影（CTCA）。当天晚上，因为再次发作胸痛于急诊就诊，行心电图检查（图1-2），做心电图检查时胸痛症状已缓解。患者入院前一天于外院行CTCA检查后，当天下午又出现胸痛症状，再次就诊，行心电图检查示胸前导联较前出现T波双向、T波倒置，遂收入院。

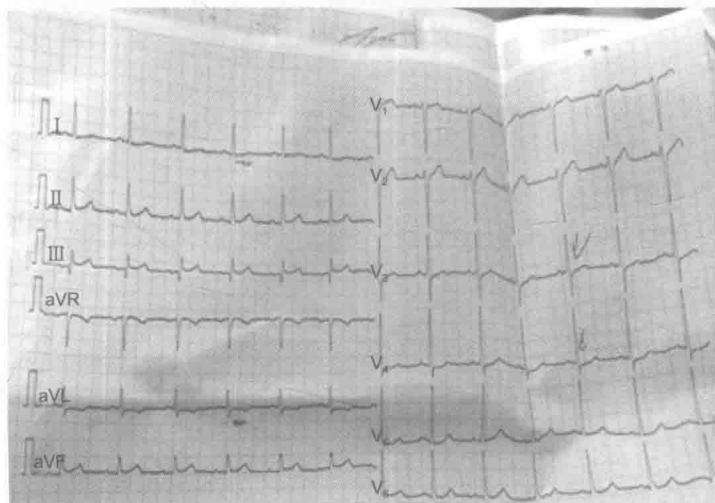


图 1-2 心电图（2014-10-14-23:07 急诊）

表 1-1 生化检查 (2014-10-14-8:00)

项目名称	结果	项目名称	结果	项目名称	结果
TP	83.1 g/L ↑	TBIL	12.12 μmol/L	AST : ALT	0.7
ALB	46.4 g/L	DBIL	2.50 μmol/L	CK	104 U/L
GLB	36.7 g/L	IBIL	9.62 μmol/L	LDH	156 U/L
A : G	1.3	TBA	3.8 μmol/L	HBDH	107 U/L
PAB	0.37 g/L	BUN	4.00 mmol/L	ALP	90 U/L
CHOL	7.06 mmol/L ↑	Cr	84.50 μmol/L	GGT	76 U/L
HDL-C	1.11 mmol/L	URIC	472.26 μmol/L ↑	ADA	14 U/L
LDL-C	4.57 mmol/L ↑	Ca	2.53 mmol/L	CO ₂	25.8 mmol/L
TG	2.61 mmol/L ↑	PHOS	1.33 mmol/L	AG	11.3 mmol/L
Lp (a)	76.3 mg/dL ↑	Na	138.9 mmol/L	GLU	6.27 mmol/L ↑
AST	59 U/L ↑	K	4.3 mmol/L	OSM	278 mOsm/L ↓
ALT	80 U/L ↑	Cl	101.8 mmol/L	HCY	19 μmol/L ↑

◎ 入院诊断

不稳定型心绞痛

冠状动脉粥样硬化性心

脏病

高血压 3 级, 极高危组

高脂血症



硝酸甘油使用小贴士

➡ 因为硝酸甘油有降低血压的作用, 所以第一次使用时, 建议患者卧位或半卧位。

➡ 舌下含服。

➡ 一次含服一片。

◎ 诊治经过

入院后复查生化检查 (表 1-2):

表 1-2 生化检查 (2014-10-16)

项目名称	结果	项目名称	结果	项目名称	结果
TP	68.5 g/L	TBIL	7.40 $\mu\text{mol/L}$	CK	77 U/L
ALB	38.3 g/L	DBIL	1.60 $\mu\text{mol/L}$	LDH	133 U/L
GLB	30.2 g/L	IBIL	5.80 $\mu\text{mol/L}$	HBDH	103 U/L
A : G	1.3	TBA	5.4 $\mu\text{mol/L}$	ALP	74 U/L
PAB	0.32 g/L	BUN	5.10 mmol/L	GGT	70 U/L
CHOL	5.90 mmol/L $\uparrow$	Cr	93.80 $\mu\text{mol/L}$	ADA	11 U/L
HDL-C	0.58 mmol/L $\downarrow$	URIC	479.31 $\mu\text{mol/L}$ $\uparrow$	AG	9.0 mmol/L
LDL-C	3.87 mmol/L $\uparrow$	Ca	2.25 mmol/L	GLU	6.71 mmol/L $\uparrow$
TG	4.26 mmol/L $\uparrow$	PHOS	1.21 mmol/L	OSM	281 mOsm/L
Lp (a)	93.1 mg/dL $\uparrow$	Na	139.9 mmol/L	CK-MB	0.0
AST	58 U/L $\uparrow$	K	3.7 mmol/L	cTnl	0.00
ALT	74 U/L $\uparrow$	Cl	103.2 mmol/L	hsCRP	1.94 mg/L
AST : ALT	0.8	CO ₂	27.7 mmol/L		

行心脏超声检查：心内结构及功能未见明显异常

于 2014-10-17 行冠状动脉造影 (图 1-3)：冠状动脉供血呈右优势型，LM (—)；LAD_p：90% 节段性狭窄；LCX_m：90% 弥漫狭窄；RCA_d：60% 局限性狭窄；PL_p：80% 节段性狭窄；PD_{1p}：80% 局限性狭窄，PD₂₀：80% 局限性狭窄；前向血流均为 TIMI 3 级，未见侧支。

后于 2014-10-20 干预 LAD 和 LCX，分别放置支架各一枚。出院后给予冠心病二级预防治疗。

医探究竟 与张涓一起轻松查房

——心内科常见临床病例的系列解析

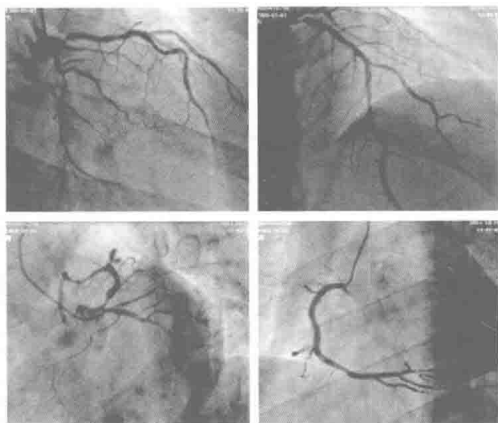
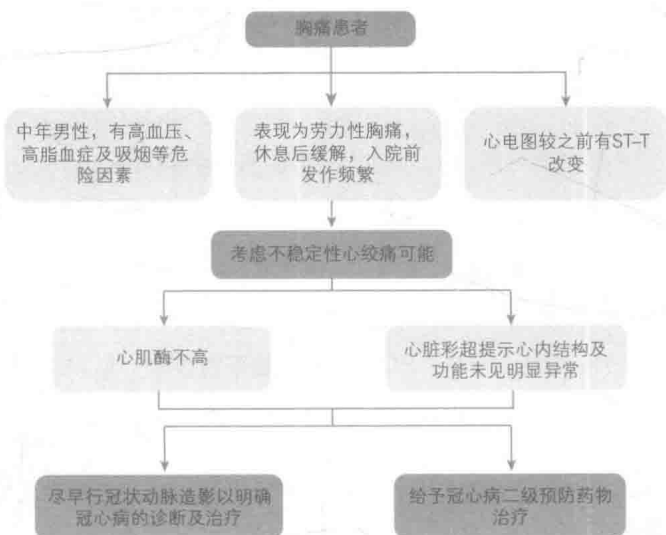


图 1-3 冠状动脉造影 (2014-10-17)



思维导图





临床启迪

1. 患者曾经因为近期反复发作胸痛就诊，这时不要轻易因为就诊时心电图正常，就认为患者没有问题。

2. 心脏超声正常不能除外冠心病。心脏超声提供的是关于心脏结构、瓣膜、心功能的情况，不能反映冠状动脉的情况，这个患者心脏超声正常，但是冠状动脉造影血管病变很重。



实用问答

问：有的患者心绞痛发作时伴有焦虑状态，心电图和心肌酶都正常，这时怎么辨别呢？（黄医生，北京市）

答：实际上，在综合医院里，很多疾病，特别是冠心病都会伴有焦虑抑郁状态。尤其是冠状动脉介入（PCI）术后、心房颤动消融术后或者是埋藏式自动复律除颤器安置术（ICD）术后的患者，当有胸痛发作时，有的是心绞痛，有的可能就是焦虑抑郁状态。一方面我们要明确是不是心绞痛发作，心电图有没有动态变化，发作持续的时间，同时调整患者服用的药物；另一方面，可以加用一些抗焦虑抑郁的药物，比如盐酸舍曲林片，并且注意改善患者的睡眠。患者服用抗焦虑抑郁药物之后，很多症状可以减轻。

需要提醒的是，我们在临床上要慎重，既不要轻易说患者是没有问题的，也不能轻易把所有的问题归结为焦虑和抑郁的发作。在综合医院里面，躯体疾病伴发焦虑抑郁的会占到50%~60%。