

临床病例

诊疗与点评

LINCHUANG BINGLI
ZHENLIAO
YU
DIANPING

冯志平 孙宗丕 王立刚 阿拉他夫 主编



内蒙古科学技术出版社

临床病例 诊疗与点评

LINCHUANG BINGLI
ZHENLIAO
YU
DIANPING

冯志平 孙宗丕 王立刚 阿拉他夫 主编



内蒙古科学技术出版社

图书在版编目(CIP)数据

临床病例诊疗与点评 / 冯志平等主编. —赤峰:内蒙古
科学技术出版社, 2009. 3

ISBN 978 - 7 - 5380 - 1783 - 0

I. 临… II. 冯… III. 疾病—诊疗 IV. R4

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2009)第 024281 号

出版发行:内蒙古科学技术出版社

地 址:赤峰市红山区哈达街南一段 4 号

邮 编:024000

电 话:0476 - 8231924

出 版 人:额敦桑布

责任编辑:许占武

封面设计:永 胜

印 刷:赤峰地质宏达印刷有限责任公司

字 数:270 千

开 本:787 × 1092 1/16

印 张:10.25

版 次:2009 年 3 月第 1 版

印 次:2009 年 3 月第 1 次印刷

定 价:58.00 元

本书编委会

主 编

冯志平 河北大学医学部

孙宗丕 河北省保定市第二医院 骨科

王立刚 河北省保定市第二医院 神经外科

阿拉他夫 中油物装华北装备制造事业部一机厂医院 内科

副主编

史晓林 河北省保定市第二医院 骨科

杨永明 河北省保定市第二医院 骨科

勾凤钦 河北省保定市第二医院 骨科

王克华 河北省保定市第二医院 骨科

葛 冉 河北省保定市第二医院 骨科

杨 燕 河北省石家庄市中心医院 检验师(中级)

陈领然 河北省中医院 呼吸科

编 委

郭彦平 樊丽君 刘 珮 高海燕

前 言

本书的编写遵循临床医学经验性、实践性和差异性的特殊规律,从临床实际病例入手,帮助读者将所学的临床理论知识与实际病例相联系,训练正确系统的诊疗思维,以提高读者临床思维能力和分析思考能力为主旨,力求内容上有所创新,成为一本读者需要的高质量的书。

本书由内科学和外科学两部分组成,精选了临床上遇到的一些典型病例,深入展开,详细论述,为临床医生提供了宝贵的经验。本书编者都有十分丰富的临床诊治或护理经验,希望本书的出版能够为广大读者带来一道知识的大餐。

虽经过多次修改和审校,但由于水平所限,书中不足之处在所难免,真诚希望专家、同行和读者们提出宝贵意见,我们将十分感谢!

编 者

2009 年 1 月

目 录

内科学部分

第一章 循环系统疾病	1
病例一 急性左心衰	1
病例二 心肌梗死	5
病例三 主动脉瓣狭窄	9
病例四 急性病毒性心肌炎	12
第二章 呼吸系统疾病	17
病例一 支气管哮喘	17
病例二 支气管哮喘并发急性呼吸衰竭	20
病例三 重症肺炎	23
病例四 结核性胸膜炎	26
第三章 消化系统疾病	30
病例一 胃食管反流病	30
病例二 慢性胃炎	33
病例三 功能性消化不良	37
病例四 急性胰腺炎	39
病例五 慢性腹泻	42
第四章 内分泌系统疾病	46
病例一 甲状腺功能亢进症	46
病例二 糖尿病	50
第五章 血液系统疾病	56
病例一 重型再生障碍性贫血	56
病例二 急性淋巴细胞白血病	60
病例三 特发性血小板减少性紫癜、缺铁性贫血	63
第六章 神经系统疾病	67
病例一 格林 - 巴利综合征	67

病例二 脊髓空洞症	70
病例三 脑血栓形成	72
病例四 脑出血	75
病例五 蛛网膜下腔出血	78
病例六 癫痫	80
病例七 重症肌无力	83
第七章 泌尿系统疾病	86
病例一 急进性肾炎	86
病例二 慢性肾炎	90
病例三 肾病综合征	93
第八章 风湿性及免疫系统疾病	99
病例一 系统性红斑狼疮	99
病例二 类风湿关节炎	104
病例三 强直性脊柱炎	107

外科学部分

第一章 外科水、电解质和酸碱平衡失调	111
病例一 水、电解质紊乱	111
第二章 颅脑和脊髓先天性畸形	114
病例一 脑积水	114
病例二 Chiari 畸形	118
第三章 上肢骨、关节损伤	121
病例一 肱骨干骨折	121
病例二 肱骨髁上骨折合并肱动脉受压	123
病例三 桡骨远端骨折	125
第四章 下肢骨、关节损伤	129
病例一 股骨颈骨折	129
病例二 膝关节外伤	132
病例三 胫骨腓骨开放性骨折	135
第五章 脊柱脊髓损伤及骨盆骨折	138
病例一 颈椎骨折合并高位截瘫	138

病例二 骨盆骨折	141
第六章 颈、腰椎退行性疾病	144
病例一 颈椎病(脊髓型)	144
病例二 腰椎间盘突出	146
第七章 骨与关节化脓性感染	149
病例一 急性血源性骨髓炎	149
第八章 骨与关节结核	152
病例一 脊柱结核	152

内科学部分

第一章 循环系统疾病

病例一 急性左心衰

【病史】

1. 病史概要 张××,男,55岁,5天前无明显诱因突然感胸骨后绞痛,约手掌大小,经休息及舌下含服硝酸甘油疼痛无缓解,疼痛向左肩及左背部放射,伴恶心、呕吐、大汗,到当地医院就诊,诊为“急性下壁心肌梗死”,给予尿激酶溶栓,2小时后疼痛缓解。2小时前解大便用力后,突然呼吸困难,喘息,强迫坐位,面色灰白,大汗,烦躁,咳嗽,咳粉红色泡沫状痰,经抢救好转,准备行 PTCA + 支架术。既往无高血压病史,有 20 年吸烟史,20 支/日,无嗜酒。

2. 病史分析

(1)在病史采集中,重点强调该病的病因,常见的病因有:冠心病(急性广泛前壁心肌梗死,乳头功能不全、乳头肌断裂、室间隔破裂穿孔)、感染性心内膜炎、高血压性心脏病血压急剧升高等。另外,注意询问呼吸困难发生的诱因,表现;起病缓急;呼吸困难与活动、体位的关系;伴随的症状。

(2)呼吸困难的鉴别:从症状表现分析,呼吸困难分为以下几种类型:

①肺源性呼吸困难:肺源性呼吸困难是呼吸系统疾病引起的通气、换气功能障碍,导致缺氧和(或)二氧化碳潴留引起。临床上分为三种类型:吸气性呼吸困难、呼气性呼吸困难及混合性呼吸困难。吸气性呼吸困难特点是吸气费力,主要见于喉、气管、大支气管的狭窄与阻塞,如喉水肿、气管异物等。呼气性呼吸困难特点是呼吸费力,常见于支气管哮喘、喘息型慢性支气管炎和慢性阻塞性肺气肿合并感染等。混合性呼吸困难的特点是吸气与呼气均费力,常见于重症肺结核、大面积肺栓塞、气胸等。本患者是以明确的急性心肌梗死入院,无呼吸道疾病史。

②心源性呼吸困难:主要由左心和(或)右心衰竭引起,左心衰竭引起的呼吸困难特点是活动时出现或加重,休息时减轻或缓解,平卧位加重,坐位减轻。发作时,重者高度气喘、面色青紫、大汗,呼吸有哮鸣音,咳粉红色泡沫痰,此种呼吸困难又称“源性哮喘”,而该患者恰

是此种呼吸困难。

③中毒性呼吸困难:急性感染和急性传染病、急慢性肾衰、糖尿病酮症酸中毒、某些药物等均可引起中毒性呼吸困难。但本患者无以上病史,可以鉴别。

本病例的病史特点为:①男性,有急性心肌梗死病史;②用力后突然出现呼吸困难,喘息、咳嗽、咳粉红色泡沫样痰,大汗、烦躁。

3. 主诉 发作性胸痛 5 天,阵发性呼吸困难 2 小时。

【体格检查】

1. 结果 T 36.3℃,P 128 次/分,R 28 次/分,Bp160/100mmHg。

自主体位,神志清楚,口唇发绀,皮肤黏膜无黄染,胸廓对称无畸形,双肺呼吸音粗,两肺满布湿性啰音和哮鸣音,尤以肺底为重,心尖搏动位于左第五肋间锁骨中线外侧 0.5cm 处,范围以直径计算为 2.5cm。叩诊心脏浊音界稍向左扩大,心律齐,心尖部第一心音减弱,肺动脉瓣第二心音亢进,心尖部可闻及 3/6 级收缩期杂音,向左腋下传导,可闻及舒张早期奔马律。腹部平软,肝脾肋下未触及,腹水征阴性,四肢脉搏搏动对称良好,周围血管征阴性。

2. 体检分析

(1)本病例的查体特点为:①双肺可闻及湿性啰音及哮鸣音;②心界稍向左扩大,心率快,第一心音减弱,同时可以闻及舒张早期奔马律;以上两项同时存在,既有心脏体征又有肺部体征,高度提示左心衰竭或急性肺水肿;③心尖部可闻有收缩期杂音,提示乳头肌功能不全,重点强调急性左心衰竭的病因;④血压一过性升高,是因肺水肿的早期交感神经激活所致,但随着病情的继续,血管反应减弱,血压下降。肺水肿如不能及时纠正,最终可导致心源性休克。而支气管哮喘、ARDS 和肺栓塞却没有这样的体征。

(2)本患者特异性阳性体征较多,故不难与支气管哮喘、肺栓塞和 ARDS 鉴别。

【辅助检查】

1. 描述

(1)心电图:窦性心律,电轴不偏,II、III 和 aVF 导联见病理性 Q 波,ST 段在等电位线上,II、III 和 aVF 导联的 T 波倒置。

(2)实验室检查:WBC $11.0 \times 10^9/L$,N 0.78,L 0.22。尿常规:蛋白尿阴性;潜血阴性,血尿素氮(BUN)4.6mmol/L,肌酐(Cr)12 μ mol/L。心肌酶谱:磷酸肌酸激酶(CK)120 U,磷酸激酶同工酶(CK-MB)16 U,乳酸脱氢酶(LDH)526 U,天门冬氨酸氨基转移酶(AST)520 U,心肌肌钙蛋白 I(cTnI)2.5ng/ml;肝功能、血脂、血糖指标均在正常范围。

(3)超声心动图:二维超声见左室短轴面后内侧乳头肌回声增强增大,二尖瓣关闭不全。多普勒超声:左室流入道可见收缩期反流面积 6cm²,示二尖瓣前乳头肌功能不良,二尖瓣中度关闭不全。

(4)胸部 X 线片,肺血管影边缘模糊不清,肺门中央部分透亮度低而模糊,两肺门部向肺野呈放射状分布的大片云雾阴影如蝴蝶状,呈肺淤血表现。

2. 辅助检查分析:本患者的实验室检查尤其是心肌酶谱不正常及心电图 II、III、aVF 导联出现病理性 Q 波,强烈提示急性下壁心肌梗死。超声心动图提示后内侧乳头肌运动功能

不良,在这些病因的存在下,不难理解突然发生的急性左心衰竭。

诊断急性左心衰竭主要依据临床表现和病因,急性左心衰竭来势比较突然,快而凶险,没有时间做各种辅助检查。

【诊断与鉴别诊断】

1. 诊断 冠状动脉粥样硬化性心脏病;

急性下壁心肌梗死;

急性左心衰竭;

乳头肌功能不全。

2. 诊断依据

典型的病史:在急性心肌梗死的病因下,突然出现活动后呼吸困难,喘息,强迫坐位,咳粉红色泡沫样痰,面色灰白,大汗,烦躁等。

(1)体检时,两肺满布湿性啰音和哮鸣音,血压一过性升高。心界向左扩大,第一心音减弱,可以闻及舒张早期奔马律。

(2)心电图表现急性下壁心肌梗死,实验室提示心肌酶谱不正常。超声心动图提示前乳头肌运动功能不良。

(3)胸部X线片提示两肺淤血。

3. 鉴别诊断

(1)支气管哮喘:既往无哮喘史及慢性支气管炎感染史,以资鉴别心源性哮喘还是支气管哮喘。具体鉴别点如下:心源性哮喘常见于左心衰竭,发作时的症状与哮喘相似,阵发性咳嗽,常咳出粉红色泡沫痰,两肺可闻及广泛的湿啰音和哮鸣音,左心界扩大,心率增快,心尖部可闻及奔马律。但心源性哮喘多有冠心病、高血压、风湿性心脏病和二尖瓣狭窄等病史和体征。

急性左心衰竭与支气管哮喘发作的鉴别有时很困难,因为两种情况都有严重呼吸困难,患者有强迫坐位和广泛的哮鸣音,哮鸣音干扰心脏听诊。支气管哮喘患者既往常有类似的发作史,而且患者常常知道诊断。支气管哮喘患者急性发作时通常不会有大量出汗,即使有动脉低氧血症也常不足以引起发绀,另外胸廓过度扩张,叩诊呈过清音,哮鸣音的音调比肺水肿高,呈高调乐音样。

急性左心衰竭的患者常有大量的出汗和明显发绀,发绀的原因是动脉血氧饱和度和皮肤血流量下降;胸部叩诊常呈浊音,胸廓无过度扩张,除了可闻及哮鸣音外,还可以闻及水泡音和干啰音。患者恢复后,急性左心衰竭的胸部X线征象消退比较慢。

(2)急性肺栓塞:本症指静脉系统中的异常物质如血栓,经过右心进入肺动脉或其分支,造成肺动脉部分或大部分甚至全部阻塞,影响肺部血液流通和气体交换。典型病例可产生三大主要症状,即呼吸困难、胸痛、咳嗽和咯血,以及肺部啰音、肺动脉区第二音 P_2 亢进和奔马律三大主要体征,严重时可能出现血压下降甚至休克。鉴于肺栓塞的临床表现与急性左心衰竭的症状十分相似,故不能作出准确诊断。肺栓塞也有呼吸困难及气促,胸痛,烦躁不安,但患者多伴有咳嗽、咯血甚至晕厥等症状以鉴别;左心衰竭引起的呼吸困难特点是活动时出现或加重,休息时减轻或缓解,平卧位加重,坐位减轻;急性左心衰咳粉红色泡沫状痰而不是

咯血。

鉴别时,要特别注意是否存在深部静脉血栓,尤其是下肢,若高度怀疑肺栓塞,应强调以下实验室检查:①心电图检查 典型改变有 $S_1Q_{III}T_{III}$ 波型(I导联深S波,III导联显著Q波和T波倒置),肺型P波,但心电图正常不能排除肺栓塞;②胸部X线表现 由于肺栓塞的病理变化多端,所以X线表现也是多样的。可见圆形或密度高低不等的片状影,呈非节段性分布,以右侧多见;当较大的肺叶或肺动脉阻塞时,X线表现为阻塞区域的肺纹理减少,以及局限性肺野透亮度增加;肺梗死的典型形态为楔形影,位于肺外周,尖端指向肺门;③胸部CT和MRI 可有效地显示中心性血栓栓塞;④肺动脉造影 是诊断肺栓塞最正确、最可靠的方法;⑤血气分析 肺栓塞患者85%有明显低氧血症。

(3)急性呼吸窘迫综合征:是指由心源性以外的各种肺内、外致病因素导致的急性、进行性呼吸衰竭。临床表现为呼吸频数和呼吸窘迫、顽固性低氧血症。突然出现的呼吸困难、发绀、烦躁还应与此鉴别。心源性肺水肿卧位时呼吸困难加重,咳粉红色泡沫样痰,肺部啰音多在肺底部,对强心、利尿等治疗效果较好;而ARDS的呼吸困难与体位无关,对强心、利尿等治疗效果不好。鉴别困难时,可通过测定PAWP(肺嵌压)、超声心动图检测心室功能等作出判断并指导此后的治疗。

【治疗】

1. 治疗原则 急性左心衰竭时,缺氧和高度呼吸困难是致命的威胁,所以必须尽快解决,吸氧,利尿、扩血管药物可减轻肺循环的压力负荷。

2. 治疗方案

(1)患者取坐位时,双腿下垂,以减少静脉回流。

(2)吸氧:立即高流量鼻管给氧,对病情特别严重者应以面罩用呼吸机加压给氧,使肺泡内压在吸气时增加,一方面可以使气体交换加强,另一方面可以对抗组织液向肺泡内渗透。在呼氧的同时使用抗泡沫剂使泡沫内的泡沫消失,增加气体交换面积,一般可用50%酒精置于氧气的滤瓶中,随氧气吸入。如患者不能耐受,可降低酒精浓度或间断给予。

(3)吗啡:5~10mg 静脉缓注不仅可以使患者镇静,减少躁动所带来的额外心脏负担,同时也具有小血管舒张的功能而减轻心脏的负担。必要时每间隔15分钟重复一次,共2~3次。老年患者可酌减剂量或改为肌肉注射。

(4)快速利尿:呋塞米20~40mg 注射,于2分钟内推完,10分钟内起效,可持续3~4小时,4小时后可重复一次。除利尿作用外,本药还有静脉扩张作用,有利于缓解肺水肿。

(5)血管扩张剂:以硝普钠、硝酸甘油或酚妥拉明(利其丁)静脉注射。

①硝普钠:为动、静脉血管扩张剂,静注后2~5分钟起效,一般剂量为12.5~25 μ g/min 滴入,根据血压调整用量,维持收缩压在100mmHg左右;对原有高血压者血压降低幅度(绝对值)以不超过80mmHg为度,维持量为50~100 μ g/min。硝普钠含有氰化物,用药时间不宜连续超过24小时。

②硝酸甘油:扩张小静脉,降低回心血量,使左室舒张末期压(LVEDP)及肺血管压降低。患者对本药的耐受量个体差异很大,可先以10 μ g/min开始,然后每10分钟调整一次,每次增加5~10 μ g,以血压达到上述水平为度。

③酚妥拉明:为 α 受体阻断剂扩张小动脉为主。静脉用药以 $0.1\text{mg}/\text{min}$ 开始,每 $5\sim 10$ 分钟调整一次,最大可增至 $1.5\sim 2.0\text{mg}/\text{min}$,监测血压同前。

(6)洋地黄类药物:可以考虑毛花苷C静脉给药,最适合用于有心房颤动伴有快速心室率,并已知有心室扩大伴左心室收缩功能不全者。剂量可给 $0.4\sim 0.8\text{mg}$,2小时后可酌情再给 $0.2\sim 0.4\text{mg}$ 。对急性心肌梗死,在急性期24小时内不宜用洋地黄类药物。洋地黄类药物对二尖瓣狭窄所致肺水肿无效。后两种情况如伴有心房颤动、快速心室率则可应用洋地黄类药物减慢心室率,有利于缓解肺水肿。

(7)氨茶碱:可解除支气管痉挛,并有一定的正性肌力及扩血管利尿作用,可起辅助作用。

(8)其他:轮流结扎三肢减少静脉回心血量,在情况紧迫,其他治疗措施尚未奏效时,也能对病情有一定的缓解作用。待急性症状缓解后,应着手对诱因及基本病因进行治疗。

3. 治疗分析

(1)消除诱发因素和积极治疗原发疾病:在抢救急性左心衰竭的同时或以后,应努力寻找和消除诱发因素,如消除心律失常、治疗感染、控制高血压、缩小梗死面积,纠正休克和改善心肌收缩功能等。左房黏液瘤、瓣膜病变和某些先天性心血管病,以后可酌情手术治疗。

(2)纠正缺氧:急性肺水肿均存在严重缺氧,缺氧又促使肺水肿恶化,故积极纠正缺氧是治疗的首要环节。经鼻导管给氧、面罩吸氧后, PaO_2 仍低于 50mmHg 时,应行气管插管或气管切开,使用人工呼吸器加压给氧,初始宜间歇正压呼吸给氧,加压给氧可减少肺毛细血管渗出,破碎气道内的泡沫,改善通气和增加功能残气量,亦能有效阻止呼气时肺泡萎缩和提高血氧分压。

(3)机械辅助循环:严重的急性左心衰竭,如急性心肌梗死所致,尤其发生休克时,仅用药物治疗常难起效。有条件时行机械辅助循环,辅助左室泵功能,可能改善心脏功能。药物治疗与机械辅助循环常联合应用。

所用方法主要为主动脉内球囊反搏术,是经股动脉将气囊导管送至胸主动脉上部,于体外有规律地经气泵向囊内泵入,或抽出氧气,用心电图控制气泵的节律,在心脏舒张期将气囊充盈,以提高主动脉舒张压,增加冠状动脉、脑动脉和其他脏器的灌注;收缩期排空气囊,以降低主动脉压,减轻心脏后负荷,故能降低左室舒张末期压和减轻心肌氧耗量,对明显的泵衰竭,尤其合并心源性休克者更适用。

(高海燕 阿拉他夫 杨 燕)

病例二 心肌梗死

【病史】

1. 病史概要 王××,男,54岁,入院前3日始感劳累后心前区闷痛,休息后缓解,每日发作3~4次,每次持续3~10分钟不等,未就医。入院当日凌晨突感心前区剧烈压榨性疼痛,持续不缓解,向左肩、背部放射,伴大汗。无恶心、呕吐及上腹部疼痛。发病后3小时急诊入院,入院时发生晕厥2次。否认既往高血压及冠心病病史,否认有消化道溃疡史,1个月

前有颅脑外伤史。

2. 病史分析

(1) 患者的主诉主要是胸痛, 要注意胸痛的特点, 从以上病史判断患者有心绞痛或心肌梗死可能。在询问病史过程中, 如考虑冠心病, 应注意患者是否有危险因素。

(2) 进一步的体格检查和辅助检查应侧重与心肌梗死或心绞痛的鉴别, 其中包括心肌梗死和心绞痛的鉴别, 还应考虑主动脉夹层、肺动脉栓塞、胸廓疾病、食管疾病等。从此病史中提示给仅仅是加重的心前区压榨性疼痛, 伴放射、大汗, 单纯的心绞痛一般不伴大汗, 所以高度怀疑急性心肌梗死。

(3) 本病例特点: ①男性, 无冠心病凶险因素; ②疼痛本次加重, 发生在凌晨 2 时, 发作突然, 无明显诱因; ③胸痛为心前区压榨性疼痛, 向左肩、后背放射, 经休息不缓解。

3. 主诉 发作性胸痛 3 天, 心前区疼痛 3 小时。

【体格检查】

1. 结果 T 36.6℃, P 96 次/分, R 24 次/分, Bp 75/48 mmHg。

痛苦面容。口唇轻度发绀, 颈静脉怒张, 肝静脉回流征阳性, 甲状腺不大, 气管居中。胸廓无畸形, 无压痛, 两肺呼吸音清, 未闻及干湿啰音。心界不扩大, 律齐, 心尖部第一心音低钝, 未闻及额外心音, 各瓣膜区未闻及杂音, 无心包摩擦音。四肢血管征阴性。腹软, 无压痛和反跳痛, 肝脾未触及肿大, 四肢及神经系统检查未见异常。

体检分析

本病例的查体特点: ①患者生命体征不平稳, 血压明显降低, 出现晕厥; ②患者痛苦面容, 说明胸痛程度较剧; ③口唇发绀, 说明外周供血不足, 低氧血症, 加上第一心音低钝, 说明心功能可能降低, 或者是肺部疾病引起肺通气和换气障碍; ④颈静脉怒张, 肺部无啰音, 是右心收缩功能下降的表现, 肺循环无明显淤血。余无明显阳性体征。

本病例的特点是生命体征不平稳, 晕厥, 可能发生心源性休克。晕厥的原因和心源性休克或可能存在的心律失常有关。根据心音低钝、口唇发绀及胸痛, 可高度怀疑急性心肌梗死, 但肺部疾患不能完全排除。

【辅助检查】

1. 结果

(1) 心电图: 窦性心律, 心率 96 次/分, II、III、aVF 导联分别呈 QS、QrS、QS 型, ST 段抬高 0.2~0.4 mV, 弓背向上呈单向曲线, ST 段抬高 III/II 大于 1; V₇ ~, 导联呈 Qr 型, ST 段抬高 0.1~0.3 mV。30 分钟后复查心电图: 在以上表现基础上, 由一度房室传导阻滞渐变为三度房室传导阻滞, 结性逸搏心律 27~35 次/分。(2) 实验室检查: 血常规, 血红蛋白 127 g/L, 红细胞 $4.18 \times 10^{12}/L$, 白细胞 $8.2 \times 10^9/L$, 中性粒 0.85, 淋巴 0.15, 血小板 $255 \times 10^9/L$; 尿常规: 蛋白“-”, 镜检未见异常; 门冬氨酸氨基转移酶 (AST) 68 U/L, 乳酸脱氢酶 (LDH) 168 U/L, 磷酸激酶同工酶 (CK-MB) 70 U/L, 肌钙蛋白 I (cTnI) 0.2 ng/l。

(3) 冠状动脉造影: 右冠状动脉中段完全闭塞, 左回旋支 50% 狭窄, 余正常。

2. 辅助检查分析 本病例异常的心电图表现为急性心肌梗死的诊断提供了证据, II、

III、aVF、V₇~₉ST段抬高和出现病理性Q波,说明可能是下后壁的心肌梗死。又ST段抬高III/II大于1,而且血压下降,提示右心室梗死可能,前者诊断右室梗死的特异性为88%。患者入院后,窦性心律转为逸搏心律,提示是右冠状动脉病变,因为一般窦房结和房室结的供血大部分来自右冠状动脉。心肌酶谱:CK-MB超过正常上限的2倍,肌钙蛋白明显增高,再根据患者胸痛和心电图改变,心肌梗死的诊断基本正确。冠状动脉造影证实以上的推测,犯病血管为右冠状动脉。其他胸肺部疾患自然排除。

【诊断与鉴别诊断】

1. 诊断 冠状动脉粥样硬化性心脏病;
急性左室下后壁合并右心室心肌梗死;
心源性休克。

2. 诊断依据

(1)典型的胸痛病史和无稳定的血流动力学改变:休息时突然性的胸前区压榨样疼痛,持续不缓解。出现低血压休克。

(2)体格检查表现:血压低、无肺部啰音、颈静脉怒张是右心室缺血三联征。

(3)心电图的动态改变:II、III、aVF导联分别呈QS、QrS、QS型,ST段抬高0.2~0.4mV,弓背向上呈单向曲线,ST段抬高III/II大于1;V₇~₉导联呈Qr型,ST段抬高0.1~0.3mV。这都强烈提示下后壁的心肌梗死。因为本病例右胸导联没做,但根据ST段抬高III/II大于1,结合右心衰竭的表现,也提示右室梗死。

(4)根据心肌酶谱的阳性表现和冠状动脉造影的客观发现作出诊断。

3. 鉴别诊断

(1)心绞痛:单纯的心绞痛,一般疼痛程度较轻,持续时间较短,发作时心电图ST段一般压低(除变异型心绞痛)。服用硝酸甘油有效。

(2)肺动脉栓塞:一般有长期卧床或者下肢手术史,胸痛发作时,呼吸困难,低氧血症明显,心电图可示典型的S₁Q_{III}T_{III}的改变。使用扩血管剂一般无效,胸痛难以缓解。胸部X线、胸部CT等影像学检查可排除。

(3)主动脉夹层:患者一般血压较高,胸痛为撕裂样,胸痛位置可改变,可出现双侧肢体的血压水平不同。胸腹部CT、经食管超声、磁共振可排除。

(4)胸廓疾病:如肋间神经痛,带状疱疹、肋软骨炎,一般仔细的体格检查即可排除。

(5)食管疾病:如食管裂孔疝、食管破裂等,根据患者既往病史及影像学检查可排除。

【治疗】

1. 治疗原则

(1)急性下后壁心肌梗死的治疗原则:急性期,镇静、止痛、维持血流动力学稳定,抗血小板治疗,如果患者心率下降,或者出现房室传导阻滞,可给予临时起搏治疗。根据适应证尽早重建血运,挽救濒临死亡的心肌。病情稳定后,给予抗凝、抗血小板、抗缺血,改善心肌代谢等处理。

(2)急性右心室心肌梗死的治疗原则:积极补液,维持右心室前负荷,降低后负荷,增加

右心室收缩力,早期再灌注,病情没有稳定前,慎予硝酸酯和利尿剂。

2. 治疗方案

(1)一般处理:即刻给予卧床休息、吸氧、心电监护、镇静、止痛,吗啡 5mg,静脉缓注。口服 300~500mg 水溶性阿司匹林。因患者血压降低,暂时不用硝酸甘油。

(2)临时起搏治疗:患者出现 III 度房室传导阻滞和逸搏心律,给予阿托品 0.5mg,并重复一次,但效果不明显,立刻在局麻下经股静脉插入起搏电极行临时人工心脏起搏,起搏心率 70 次/分。

(3)纠正心源性休克,积极补液,静脉快速给予生理盐水 1500ml。另外给予多巴胺和多巴酚丁胺静脉滴注,患者血压控制在 100/75mmHg 左右。

(4)再灌注治疗:患者 1 个月前有过颅脑外伤史,未给予溶栓治疗,血流动力学稳定后,约胸痛后 12 小时,直接行 PTCA,于右冠状动脉病变处行球囊扩张后,置一枚 3.0mm × 20mm 支架。

(5)药物治疗:①患者血压稳定后,给予硝酸甘油 20mg 加入 5% 葡萄糖 250ml 中,以 5μg/min 静脉滴注,根据血压调节剂量,静脉滴注 12 小时;②极化液:10% 葡萄糖 500ml,加胰岛素 12U、氯化钾 1.5g 以 1ml/(kg · h) 的速率滴注 24 小时;③口服药物:阿司匹林 100mg,每晚一次;氯吡格雷首次 300mg,以后 75mg,每日一次;病情稳定,休克纠正后,给予卡托普利 6.25mg,每日一次,逐渐增加剂量至 12.5mg,每日 2 次。倍他洛克 6.25mg,每日一次,逐渐增加剂量;曲美他嗪 20mg,每日一次;阿托伐他汀 10mg,每晚一次。

3. 治疗分析

(1)一般治疗:急性心肌梗死的患者必需卧床休息 1~3 天,其他的镇静、止痛处理目的在于缓解患者的症状,同时减少心肌耗氧量。吸氧可以改善低氧血症,如果伴有肺淤血,可改善肺通气/血流比例。

(2)临时起搏治疗:本患者伴 III 度房室传导阻滞、逸搏心律,药物治疗效果不理想,临时心脏起搏是必要的选择。其效果肯定,可迅速改善心脏供血,纠正休克状态,有条件的最好采用房室顺序起搏治疗。

(3)再灌注治疗:迅速血运重建对急性心肌梗死患者特别重要,血运重建可以挽救濒临死亡的心肌,缩小梗死心肌的面积,在最大程度上保留心脏的功能。对于时间窗内 ST 段抬高的心肌梗死患者,可以溶栓或者直接 PTCA。本患者胸痛后 3 小时入院,但 1 个月前有头颅外伤史,是溶栓的禁忌,所以应行直接 PTCA。患者入院时,即出现心源性休克。原则上,心肌梗死 36 小时、休克 18 小时内可以完成血运重建的应首选直接 PTCA 治疗(I 类适应证)。

(4)药物治疗:本患者有右心室心肌梗死,出现心源性休克,首要处理是纠正休克,迅速补液,增加右室前负荷,如果补液 1000~2000ml 后心排血量仍不增加,应开始使用正性肌力药物。部分学者认为在保证容量负荷的前提下,可常规静脉滴注硝酸甘油,但应禁用硝酸甘油片剂。其他的药物治疗主要用于降低心肌耗氧量,改善心肌能量,逆转改善心肌重构,预防血栓形成。需注意的是 ACEI 和 β 受体阻滞剂应在患者血压稳定后开始使用,首次剂量应小,逐渐加量。如果患者伴房颤、室性心动过速等心律失常,还需要相应处理。

(5)其他的辅助治疗:如果心源性休克持续得不到纠正,还可以采用主动脉球囊反搏术,

改善心肌供血,有利于纠正休克。

(高海燕 阿拉他夫 杨 燕)

病例三 主动脉瓣狭窄

【病史】

1. 病史概要 孙××,男,65岁,心悸8年,4年前干体力活时突感头晕,随即摔倒,意识不清,2~3分钟后自行缓解,每年发作1~2次。近半年每月晕倒2~3次,均于体力活动后发作,历时数秒钟,无抽搐及大小便失禁,清醒后全身出汗,无感觉及运动障碍。2月前轻微活动后即感气短,伴心前区压榨样疼痛,在当地住院治疗症状减轻出院(治疗过程不详)。入院前6小时吃饭过程中感胸闷不适,气短明显,急诊入院。发病以来,无发热,无咳嗽、咳痰,无夜间阵发性呼吸困难,无腹胀、腹痛,无下肢水肿。否认高血压、糖尿病及其他病史。吸烟30年,20支/日。

2. 病史分析

(1)病史中首先提供的是晕厥,重点强调了晕厥的时间、次数及伴随症状。通过对晕厥特点的描述,初步应考虑到晕厥的原因包括:①心源性:心律失常(室速、病窦、Ⅲ度房室传导阻滞),冠心病,梗阻性肥厚型心肌病,主动脉瓣疾病;②脑源性:短暂性脑缺血(TIA);颈椎病。晕厥伴有心前区压榨样疼痛和气短首先应考虑心血管疾病,应作进一步体格检查及辅助检查以明确诊断。

(2)晕厥伴有心前区压榨样疼痛和气短首先考虑是否有冠心病、肥厚梗阻性心肌病或主动脉瓣疾病。应详细询问有无冠心病易患因素,如高血压、糖尿病、高脂血症病史等。同时应询问有无心肌病家族史及风湿病史。查体可进一步帮助鉴别诊断。

(3)本病例的病史特点为:①老年男性;②体力活动后出现晕厥;③轻微活动后即感气短,伴心前区压榨样疼痛;④无高血压、高脂血症及糖尿病史。无心肌病家族史。

3. 主诉 心悸8年,发作性晕厥4年,胸痛伴气短2月。

【体格检查】

1. 结果 T 36.5℃,P 86次/分,R 22次/分,Bp100/80mmHg。

急性病容,口唇发绀,咽无充血,扁桃体不大,颈软,颈静脉轻度充盈,无颈动脉异常搏动。胸廓对称,双肺叩诊呈清音,听诊呼吸音粗,未闻及湿性啰音。心前区无隆起,心尖搏动在第5肋间左锁骨中线外1cm处,搏动范围2.5cm²,未扪及震颤及心包摩擦感。心界向左下扩大,心率86次/分,律齐,A₂低钝,二尖瓣听诊区可闻及Ⅱ级收缩期吹风样杂音。主动脉瓣第一、二听诊区可闻及Ⅲ级收缩期喷射性粗糙杂音,向颈部传导。周围血管征阴性。腹软,肝脾肋下未及。双下肢无水肿。

2. 体检分析 本病例的查体特点为:①主动脉瓣第一、二听诊区闻及Ⅲ级收缩期喷射性粗糙杂音,向颈部传导,A₂低钝伴有脉压差减小和心界向左下扩大,考虑可能有主动脉瓣狭窄。②颈静脉无怒张,双肺未闻及湿性啰音。心率不快,无奔马律,肝脾肋下未触及,双下