

# 急诊科



# 疑难病例分析

主 编 朱继红 周倩云    主 审 楼滨城

 人民卫生出版社

# 急诊科疑难病例分析

主编 朱继红 周倩云

主审 楼滨城

编者 (以姓氏笔画为序)

于 闯 (北京昌平区中医院)	余剑波 (北京大学人民医院)
王武超 (北京大学人民医院)	邹 红 (北京大学人民医院)
王煜冉 (北京大学人民医院)	张向阳 (北京大学人民医院)
孔令云 (北京大学人民医院)	赵 卫 (北京大学人民医院)
邓咏梅 (北京大学人民医院)	徐庆杰 (北京老年医院)
吕 苏 (北京急救中心)	高伟波 (北京大学人民医院)
乔 莉 (解放军 306 医院)	郭 杨 (北京大学人民医院)
刘晓原 (北京大学人民医院)	郭 维 (北京大学人民医院)
杜 昌 (北京大学人民医院)	席晓芳 (北京大学人民医院)
李 佳 (北京大学人民医院)	黄文凤 (北京大学人民医院)
杨 靓 (北京大学人民医院)	曹宝平 (北京大学人民医院)
吴春波 (北京大学人民医院)	薛晓燕 (北京大学人民医院)

参与校稿者 马丽 徐钰(北京大学人民医院)

人民卫生出版社

## 图书在版编目 (CIP) 数据

急诊科疑难病例分析/朱继红等主编. —北京: 人民卫生出版社, 2011. 11

ISBN 978 - 7 - 117 - 14818 - 4

I. ①急… II. ①朱… III. ①急性病: 疑难病 - 病案 - 分析 IV. ①R459.7

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2011)第 195819 号

门户网: <a href="http://www.pmph.com">www.pmph.com</a>	出版物查询、网上书店
卫人网: <a href="http://www.ipmph.com">www.ipmph.com</a>	护士、医师、药师、中医师、卫生资格考试培训

版权所有, 侵权必究!

## 急诊科疑难病例分析

主 编: 朱继红 周倩云

出版发行: 人民卫生出版社 (中继线 010 - 59780011)

地 址: 北京市朝阳区潘家园南里 19 号

邮 编: 100021

E - mail: [pmph@pmph.com](mailto:pmph@pmph.com)

购书热线: 010 - 67605754 010 - 65264830

010 - 59787586 010 - 59787592

印 刷: 北京人卫印刷厂

经 销: 新华书店

开 本: 787 × 1092 1/16 印张: 17

字 数: 413 千字

版 次: 2011 年 11 月第 1 版 2011 年 11 月第 1 版第 1 次印刷

标准书号: ISBN 978 - 7 - 117 - 14818 - 4/R · 14819

定 价: 58.00 元

打击盗版举报电话: 010-59787491 E-mail: [WQ@pmph.com](mailto:WQ@pmph.com)

(凡属印装质量问题请与本社销售中心联系退换)



# · 前 言

在中国目前的急诊科,尤其是大型三级医院的急诊科,滞留了大量的疑难危重患者。就像我国著名的危重病专家楼滨城教授所说:急诊科是危重病的集散中心,也是其诊断中心。这对急诊科同仁来讲,既是机遇,也是挑战。

大量危重患者的滞留,加大了急诊科医护人员的工作强度和难度,但也正因为此,使我们的工作能力得到了锻炼,使得我们愈加走向成熟,临床诊治水平逐步提高。

相比专业科室,急诊科医师对患者的观察常缺乏系统性与细致性,这是急诊科的缺陷,也是急诊医师的尴尬之处。当一个又一个疑难病例在急诊科诊断明确,分流到专业科室;当一个又一个危重患者在我们的手中起死回生,在专业科室同行的眼里,在患者家属的眼里,我们仍是“急诊科医师”,一个无专业、无专家、无诊治规范的代名词。

自1998年,笔者科室坚持每周一次的全科临床病例查房。经过13年的坚持,积累了一些较有意义的临床病例,更重要的是,通过对疑难病例诊治思路的总结与强化,使得笔者科室一线医师对疑难病例的鉴别能力有了很大程度的提高。对于一些常见的疑难重症,笔者科室一线医师的临床诊断常常能提前于辅助检查,如不明原因出血想到鼠药中毒;育龄女性腹痛伴体位性低血压想到宫外孕等。

急诊医学不同于传统专科,它不以器官系统定界,其临床活动范围没有边缘。而急诊医师每天的工作便是在大量临床症状中进行鉴别诊断。本书的编写思路便是从症状入手,进行逐步分析,这也正是笔者为何没有把病例按系统进行分类的原因。

本书共收录病例89例,均为笔者科室近年来在实际工作中遇到的疑难病例。疾病以内科各系统危重症为主,同时包含了狂犬病、破伤风等外科急症。另外,针对急诊床旁超声、床旁血液净化治疗等先进的床旁检查及治疗技术在急诊中的应用,本书亦作了重点介绍。希望笔者多年来工作的点滴、经验,使大家能有所获益。

本书面世后,希望能成为广大急诊科医师、全科医师以及所有内科各专业主治医师的一本临床参考书。希望笔者点滴的经验能给大家的临床工作带来一些提示,同时也希望笔者的教训能让同仁们在今后的工作中少走一些弯路。

此书的完成得益于笔者科室全体同仁的一致努力,更是得到了我国老一辈急诊医学专家楼滨城教授的鼓励与帮助。感谢楼滨城教授欣然为本书作序,并对整个稿件进行了严格的审核。本书从立项到完稿,历时三年,在此期间,人民卫生出版社李向东编审对我们的工作给予了莫大的支持和理解,在此表示由衷的感谢。同时感谢于闯、吕苏、乔莉、徐庆杰、孔令云等诸位医师在本书编写过程中给予的帮助。

由于笔者的水平所限,以一家之言肯定会挂一漏万。诚恳地希望同仁给予批评、指正。

朱继红

2011年7月1日

北京大学人民医院急诊科《急诊科疑难病例分析》即将出版,作为第一任急诊科主任,我感到十分欣慰。此书汲取了我科近10余年临床病例讨论的精华,共计89例,73个病种。其中12例来自外省市转诊,16例来自本市转诊,3例来自本院门诊。除3例为纯治疗问题外,其余均涉及诊断与鉴别诊断。疾病涉及大内科的各个领域,且均为临床难题,有的为世界罕见病例,如血友病合并急性心肌梗死。每份病例的临床资料十分齐全,有心电图、影像学资料,还有十分珍贵的特殊体征照片。这是全科同仁辛勤劳动的结晶,亦是我们临床工作的写照,具体记录了如何解决一个又一个临床难题。结合每份病例查阅相关文献,讨论十分仔细、深入,充分说明我科同仁在临床工作中的敬业与好学精神,亦展示了我科医师的临床实践与理论水平,并具体回答了“什么是急诊医学”。

急诊医学是一门新兴学科,在医学专业越分越细的背景下,我国大城市大医院的急诊科承担着危重病抢救、疑难病诊治及晚期患者留滞的重任。急诊医学被定义为跨学科专业,即要把患者当作整体,以多学科的知识及技能进行诊断与救治。目前,“多学科”是一个十分时髦的名词,心跳骤停后治疗与脑卒中治疗均需要多学科知识与技能。本书89份病例包括:心血管17例,呼吸14例,神经、消化、血液、感染各7例,代谢、中毒各6例,内分泌5例,风湿免疫与变态反应各4例,物理因素与药物反应各2例,耳鼻喉科1例。在此89例中,表现为意识障碍者29例(33%),具体病因涉及10个学科(见附表),而表现为多脏器功能障碍(或衰竭)者6例。另外,不少患者同时存在多学科疾患,如系统性红斑狼疮合并肺栓塞。上述事实充分说明急诊医师需要有广博的专业知识,来解决急诊医疗中的疑难重症,正如我们同事所言“这是成熟急诊科的特殊优势”。当然,要具备多学科知识需要更长的时间与大量的临床实践,但这种临床实践的场所,不是在别处,只有在急诊科。

附表:意识障碍病因

系统	疾 病	例数
神经	脑梗塞, Wernicke 脑病*, 细菌性脑膜炎、疱疹性脑炎*、非抽搐性癫痫*、高血压脑病*	6
呼吸	军团菌肺炎*、支原体肺炎*、肺部感染、肺栓塞	4
内分泌	甲亢、甲亢危象、甲状旁腺功能减退*、席汉综合征	4
中毒	TAC、有机磷、稀料、酒精	4
代谢	高钙血症*、低血糖、高钠血症	3
环境	中暑	2
感染	真菌、脓毒症	2
心脏	感染性心内膜炎、心跳骤停	2
血液	血栓性血小板减少性紫癜	1
免疫	系统性红斑狼疮	1
合计		29

说明:①\*为谵妄;②酒精相关性意识障碍:酒精、Wernicke 脑病、低血糖及稀料中毒

我科之所以能够解决如此大量的疑难重症,有赖于我们的组织结构。我科设置有流水(诊室)、留观区、抢救室、综合内科病房及重症监护病房(EICU),能够在疾病发展的不同时期进行不同层次的医疗诊治。本书中很多病例来自我院专科门诊,因诊断不明、分科不清辗转至急诊科。急诊科不仅是社会突发事件的哨兵,又是大量门诊患者的后盾。笔者想通过本书的大量临床事实说明急诊科组织结构的客观依据。

本书以病例报告的形式,总结了我们在某些临床问题方面的经验与体会,其中很多经验是经过了几十年的临床积累,如肺栓塞、急性冠状动脉综合征、Ⅱ代抗凝灭鼠药中毒、三环类抗抑郁药中毒、对配型不合的溶血患者输血等。

病史与查体永远是临床诊断的基石(cornerstone),这是在国外专著中反复强调的信条。2006年我科确诊的北京市第1例狂犬病患者,即是因留观过程中查体发现患者身上有明显异味,追问病史,家属诉患者惧怕洗澡,“一看见水就害怕”,进一步追问得知患者近期有被犬咬伤的病史。类似例子在本书中有很多,比如追问有钉子扎伤史,考虑破伤风;有产后大出血史,考虑席汉综合征;有咽后壁注射病史,确诊为咽后壁脓肿;喝药酒后晕厥,确诊乌头碱中毒等。又如病例3患者以呼吸困难来诊,先在其他科室门诊未能诊断,后收入EICU,皮肤科会诊发现特征性皮疹,考虑皮炎。

留观是急诊医学的重要诊疗形式,现在国外专著称之为“留观医学”。在这方面,我们有大量的实践经验,但缺乏系统的总结,使其规范化。急诊留观室应该是对病情不稳定或诊断不明的患者进行短期留观的场所,在短时间内(1~3天)确定其回家或住院,这样既可防止把不需要住院的患者收入病房,又可防止有风险的患者回家。许多急诊患者在发病初期来诊,其重要病情尚未充分暴露,所以,留观是十分必要的。如腹痛患者来诊时的诊断与4小时后的诊断很可能会有差异。我们的许多疑难患者是留观过程中明确诊断的,不过,留观时不能“留而不观”,要反复询问病史与查体,我们的认识不可能一次完成。本书的病例19已经诊断为脑梗死与颈内动脉狭窄,但在留观中发现直立性低血压,加用 $\alpha_1$ 肾上腺素受体激动剂米多君,明显提高疗效。

本书所述仅是初步工作,与浩瀚的医学大海相比,仅是沧海一粟。尽管本书只有89例,但可说明临床病例的复杂性。本书共收录7例肺栓塞,但每例侧重点不同,呈现出本病的多样性;4例意识障碍与酒精相关,但病因分别为Wernicke脑病、双硫仑反应、低血糖及稀料中毒。所以,临床工作绝不能臆测,应具体分析每例患者。*Rosen's Emergency Medicine*序言中说,“每个临床病情必须个体化,每例患者必须一例一例去解决。”我们必须认真询问病史、认真查体、重视常规检查,根据这些基础资料选择合适的确诊手段。

最后,再次对本书的出版表示祝贺!

楼滨城

2011年6月20日

目  
录

# 目 录

写在前面的话 .....	VII
病例 1 胸闷、胸痛伴反复晕厥 .....	1
病例 2 突发呼吸困难伴心脏杂音 .....	4
病例 3 呼吸困难、发热伴对称性皮肤损害 .....	7
病例 4 发热、呼吸困难伴贫血、血小板减少 .....	12
病例 5 肢体麻木无力伴复视、嗜睡 .....	15
病例 6 腹痛、腹泻、皮疹及关节肿痛 .....	18
病例 7 饮酒后精神异常 .....	20
病例 8 咯血伴肾功能不全 .....	22
病例 9 淋巴瘤、意识障碍 .....	26
病例 10 心悸、高热伴意识障碍 .....	29
病例 11 超声心动图联合心电图早期诊断急性心肌梗死 .....	33
病例 12 血友病、间断胸痛 .....	36
病例 13 超声心动图发现肺动脉内活动性血栓 1 例 .....	39
病例 14 意识障碍、高热伴多脏器损害 .....	41
病例 15 反复发作性呼吸困难 .....	43
病例 16 发热、左颈部肿痛伴呼吸困难 .....	47
病例 17 用青霉素、异烟肼并饮酒后出现头痛、头晕 .....	51
病例 18 四肢瘀斑、发热、头痛伴意识障碍 .....	53
病例 19 反复发作右上肢乏力伴言语不利 .....	57
病例 20 不明原因血尿 .....	60
病例 21 发热、意识障碍伴全身多发结节 .....	62
病例 22 发热、舌底肿痛伴肾衰竭 .....	65
病例 23 反复胸闷、肺不张 .....	67
病例 24 反复发作的复杂快速心律失常 .....	70
病例 25 剖宫产后发热、意识障碍伴体位性低血压 .....	75
病例 26 发热、腹泻、意识障碍 .....	78
病例 27 双侧肋腹部疼痛伴喘憋、咯血 .....	82
病例 28 发热、昏迷伴多脏器功能衰竭 .....	84
病例 29 腹泻、高热、突发意识丧失伴心脏杂音 .....	87
病例 30 呕吐、腹泻伴三系减低 .....	92



病例 31	间断喘憋、咯血 5 个月,伴急性加重	94
病例 32	产后发热,伴胸痛及呼吸困难	98
病例 33	发热、咳嗽伴精神异常	101
病例 34	腹泻、贫血、发热伴意识不清	104
病例 35	意识障碍、心动过速伴低血压	107
病例 36	敌敌畏中毒伴呼吸停止	110
病例 37	重症肌无力、顽固性低血压	113
病例 38	饮酒后误吸致呼吸心跳骤停	116
病例 39	多发血肿伴凝血因子活性减低	118
病例 40	发热、头痛、皮肤瘀斑伴肾衰竭	122
病例 41	全身肌肉酸痛、无力伴酱油色尿	125
病例 42	背痛、憋气、四肢冰冷及心脏收缩期杂音	128
病例 43	骨折后喘憋、发热伴双肺弥漫渗出性改变	131
病例 44	配型不合的输血	136
病例 45	双下肢水肿伴胸痛	138
病例 46	上腹痛、呕吐伴发热	141
病例 47	导尿后尿道出血伴高热、意识障碍	143
病例 48	发热、右眼眶疔伴昏迷	147
病例 49	双下肢水肿、发热、腹痛、腹泻伴嗜酸性粒细胞增多	150
病例 50	胸闷、晕厥伴心包积液	153
病例 51	反复室颤、室速发作	155
病例 52	发热、脾大、复视伴左侧肢体偏瘫	159
病例 53	不明原因呼吸困难	162
病例 54	休克伴皮疹	163
病例 55	不明原因栓塞	165
病例 56	发热、心动过速伴昏迷	168
病例 57	发热、咳嗽伴右肺不张	170
病例 58	高热、昏迷伴多脏器功能衰竭	172
病例 59	吃葡萄后吞咽困难	174
病例 60	服中药后反复晕厥	175
病例 61	发热、皮疹伴淋巴结肿大	177
病例 62	胸痛并心电图改变:急性冠状动脉综合征?	182
病例 63	头外伤后胸闷	184
病例 64	肝硬化,突发右上腹痛	189
病例 65	异烟肼过量合并横纹肌溶解	191
病例 66	二尖瓣置换术后,喘憋伴重度肺动脉高压	192
病例 67	心源性猝死抢救成功 1 例	194
病例 68	呕吐、腹泻、腹痛及多脏器功能障碍	197
病例 69	发热、头痛、意识障碍伴抽搐	199





病例 70	酒后昏迷·····	201
病例 71	高血压伴意识模糊·····	203
病例 72	意识障碍伴 QT 间期延长·····	205
病例 73	呕血·····	210
病例 74	进食后发绀·····	213
病例 75	腹痛、发热、多脏器功能障碍·····	215
病例 76	服促排卵药后出现腰痛、发热、贫血及血小板降低·····	217
病例 77	意识障碍、喘憋伴发热·····	219
病例 78	意识错乱·····	221
病例 79	低钠伴反复室速发作·····	225
病例 80	发热、黄疸伴昏迷·····	229
病例 81	发热、多浆膜腔积液、淋巴结肿大·····	232
病例 82	呼吸困难、怕风·····	235
病例 83	饮酒后昏迷、休克及多脏器功能衰竭·····	237
病例 84	反复胸痛·····	239
病例 85	应用美托洛尔控制心肌梗死后心力衰竭·····	242
病例 86	多浆膜腔积液、低纤维蛋白原血症伴皮下血肿·····	244
病例 87	右上腹肿物、双下肢水肿伴猝死·····	249
病例 88	项部发紧伴腰痛·····	251
病例 89	窄 QRS 波心动过速的急诊处理·····	253
附录 1	常用实验室检查英文简称及正常值·····	259
附录 2	常用缩略语中英文对照·····	262

## · 病例 1 · 胸闷、胸痛伴反复晕厥

### 【病历摘要】

患者,男性,20岁,大学生。主因胸闷、胸痛2小时伴晕厥3次于2004年10月9日入院。患者入院前2小时在宿舍与同学聊天时突感胸闷、胸痛,伴头晕、心悸、出汗,持续约10余秒钟后突然意识丧失,约30秒后意识自行恢复,醒后感全身无力,无发热,无大小便失禁,无肢体抽搐及活动障碍,无咯血及呕血。随后10分钟内患者再次晕厥2次,症状与第1次相似。由急救中心送至笔者医院急诊,途中心电图示完全性右束支传导阻滞(图1-1)。途中患者神志清楚,精神差。

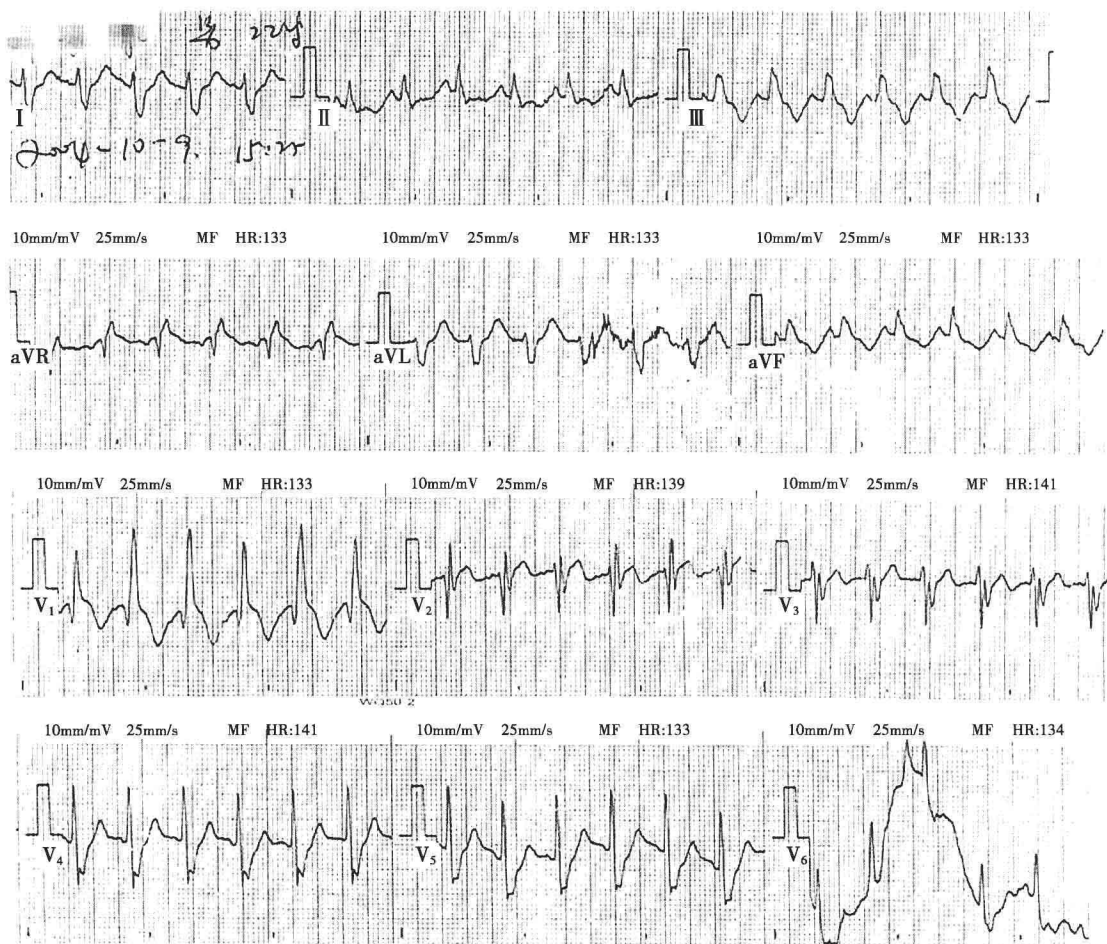


图 1-1 心电图

由院前急救人员完成(120),完全性右束支传导阻滞

既往无特殊病史及药物过敏史。

入院查体:BP 117/68mmHg,P 131 次/分,R 24 次/分,T 36.4℃,神志清楚,面色青灰,脉搏细数。双侧瞳孔等大等圆,直径约3mm,对光反射灵敏。口唇苍白,颈无抵抗,双肺呼吸音粗,未闻及干湿啰音,HR 131 次/分,心律齐,各瓣膜听诊区未闻及病理性杂音,未闻及心包摩擦音。腹软,全腹无压痛、反跳痛及肌紧张,肠鸣音正常。双下肢无水肿及静脉曲张,双侧皮温无差别。病理征阴性。

辅助检查:复查心电图示右束支传导阻滞消失,HR 131 次/分,Ⅲ、aVF及V<sub>1</sub>~V<sub>3</sub>导联T波倒置(图1-2)。血常规、肾功能及电解质均正常。血糖14.2mmol/L。凝血分析示PT、FIB及APTT均正常,D-二聚体>2000ng/ml。心肌标记物:MYO 343ng/ml,CK-MB及TnI均正常。血气分析(鼻导管吸氧5L/min):pH 7.349,PCO<sub>2</sub> 30.7mmHg,PO<sub>2</sub> 80.5mmHg。床旁胸片未见活动性病变。

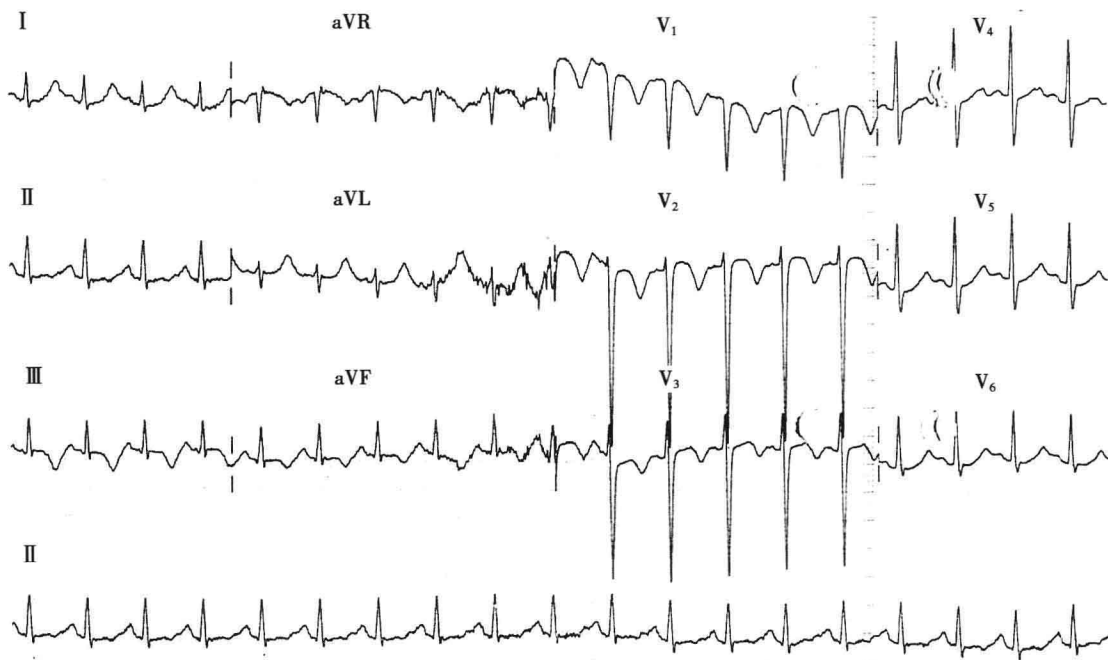


图1-2 心电图

患者到达急诊后第1份心电图,与图1-1相比,示右束支传导阻滞,V<sub>1</sub>~V<sub>3</sub>导联T波倒置

### 【分析】

患者为青年男性,既往无特殊病史,此次发病突出临床表现为胸闷、胸痛伴反复晕厥。分析其临床诊断,可从晕厥入手。

在欧洲心脏病学会(ESC)制定的《晕厥的诊断与治疗指南(2009版)》中,对晕厥的定义有了新的规定:晕厥是由于短暂的全脑组织缺血导致的短暂性意识丧失,特点为发生迅速的、短暂的、自限性的,并且能够完全恢复意识。根据其病因,可分为3种类型:①神经反射性晕厥:典型代表为血管迷走神经性晕厥、情境性晕厥等;②直立性低血压性晕厥:包括原发性或继发性自主神经调节异常、药物诱发的直立性低血压和容量缺失;③心源性晕厥:包括

心律失常及器质性病变所致。

下列关于晕厥病因的一些看法已经被广泛认可:①血管迷走神经性晕厥是导致晕厥的最主要原因;②心源性晕厥是导致晕厥的第2位原因,但危险程度最高,老年人心源性晕厥发病率较高;③在小于40岁的患者中,直立性低血压所导致的晕厥较为少见;④在晕厥的诊断流程中已不再考虑脑血管性晕厥。

本病例既往无晕厥病史,此次发病前也无长久站立或排尿等明确诱因,不支持神经反射性晕厥。患者为青年男性,从发病特点及病史考虑直立性低血压所导致晕厥的可能性较小。其晕厥原因首先要排除心源性晕厥的可能。

患者合并胸闷、胸痛,心电图为一过性右束支传导阻滞,入院后复查心电图示右束支传导阻滞消失,心电图表现为Ⅲ、aVF及 $V_1 \sim V_3$ 导联T波倒置,提示右心负荷加重。吸氧后,血氧分压相对于其年龄来说仍偏低,且存在低碳酸血症。上述迹象均提示急性肺栓塞。相比较而言,心肌炎患者中较常见左束支传导阻滞,且心电图常表现为广泛的ST段及T波异常,临床严重程度及诊断紧迫性远不及肺栓塞。因此需尽快行急诊螺旋CT肺动脉造影明确肺栓塞诊断。

CT结果示左右肺动脉主干栓塞。急诊予rt-PA 100mg 2小时持续静脉泵入溶栓治疗,溶栓开始半小时后患者心率即有明显下降,自觉症状好转。用至70mg时因患者出现牙龈出血而停用rt-PA。后追问病史,患者平时经常熬夜上网,1个月来左下肢间断肿胀、疼痛,未在意,发病前一天晚上曾整夜上网。检查双下肢静脉彩超示左下肢股静脉、股深静脉、股浅静脉及腘静脉血栓形成。溶栓后对患者进行规范化抗凝治疗,复查胸部CT及双下肢静脉彩超均明显好转,患者出院后规律口服华法林抗凝。

### 【讨论】

此病例是笔者科室根据心电图表现成功诊断急性肺栓塞(acute pulmonary embolism, APE)的一个典型病例。在急诊科,心电图是临床医师最方便获取的一项检查,对很多临床危急情况有一定提示作用,如急性冠状动脉综合征、心律失常、心包炎、肺栓塞、严重电解质紊乱等。因此对于危重或有胸闷、胸痛表现的患者,心电图应作为常规检查项目。肺栓塞的心电图表现有其特征性,常见的表现包括:窦性心动过速, $S_1 Q_{III} T_{III}$ ,右束支传导阻滞,胸前导联(通常是 $V_1 \sim V_4$ 导联)T波倒置,顺钟向转位等。根据笔者对近几年急诊收治的21例急性肺栓塞溶栓患者的统计资料表明,有15例心电图出现 $S_1$ 、 $Q_{III}$ 或 $T_{III}$ 的改变,其中6例同时表现为 $S_1 Q_{III} T_{III}$ ,另外9例仅出现 $S_1$ 、 $Q_{III}$ 和 $T_{III}$ 中的一项或两项,其中 $T_{III}$ 出现频率最高。有11例出现窦性心动过速,6例出现 $V_1 \sim V_4$ 导联T波倒置,仅1例表现为新发右束支传导阻滞。由此可见,在急性肺栓塞的心电图改变中,新出现的右束支传导阻滞发生率并不高,但它的出现往往提示肺动脉主干堵塞,且阻滞的程度与栓塞的范围呈正相关,本病例证实了这一点。

APE溶栓治疗后,除症状、呼吸频率及心率等体征及实验室检查有相应变化外,心电图也是评价溶栓疗效的一项重要指标。有效溶栓治疗后,心电图主要变化为心率减慢、QRS电轴左移、 $S_1$ 变浅、 $Q_{III} T_{III}$ 改善、 $Q_{III}$ 变浅甚或消失、右束支传导阻滞消失、顺钟向转位减轻或消失。但与急性心肌梗死溶栓成功后倒置T波变浅或直立不同,有效溶栓治疗后,胸前导联T波反而倒置加深,少数也可变浅或转为直立。笔者对本病例溶栓后心电图进行了追踪,结果表明:溶栓后 $V_1 \sim V_3$ 导联T波倒置均较溶栓前加深,呈“冠状T波”改变,并伴QT间期进一



步延长,以  $V_1 \sim V_2$  导联明显。T 波深度在溶栓后第 3 天达到最高峰,QT 间期长达 0.64 秒(图 1-3),之后 T 波变浅,QT 间期缩短。患者溶栓后心率即有明显下降,之后出现一过性窦性心动过缓,在溶栓后第 5 天心率最慢,降至 45 次/分,之后逐渐恢复正常。

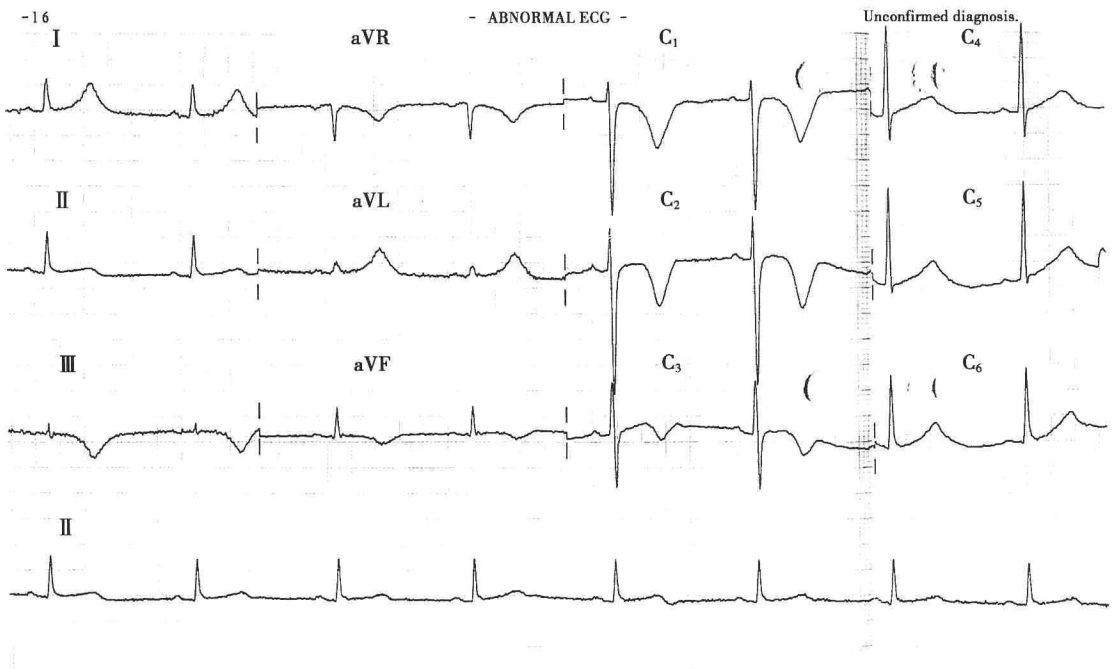


图 1-3 心电图

患者溶栓后第 3 天查心电图,示心率减慢, $V_1 \sim V_3$  导联 T 波倒置均较溶栓前加深

关于肺栓塞患者溶栓后 T 波倒置的发生机制,目前尚不清楚,可能是复极记忆现象,或复极过程中 M 区至心内膜与心外膜相反电位变化的影响。但无论如何,这时的 T 波倒置加深不意味着病情恶化,可能是溶栓成功、右心负荷减轻、急性右心扩张好转的反映。

#### 【小结】

肺栓塞发病凶险,病死率高,但因其临床表现的多样性和非特异性,目前临床漏诊率、误诊率仍很高。急诊医师应提高对肺栓塞临床表现和辅助检查的鉴别能力,加强肺栓塞的诊断意识。

另外,下肢深静脉血栓是肺栓塞的最常见病因,因此对于临床症状可疑肺栓塞的患者,重点询问有无下肢深静脉血栓的可能,往往对肺栓塞的诊断能够起到提示作用。

(周倩云)



## • 病例 2 •

### 突发呼吸困难伴心脏杂音

#### 【病历摘要】

患者,女性,40 岁。主因“突发心悸、憋气 30 分钟”于 2001 年 12 月 7 日来急诊就诊。患者

于 30 分钟前快速行走时突感心悸、憋气,难以忍受,无胸痛,服“速效救心丸”后症状无缓解。

既往有晕厥史 4 次,具体诊治不详。高血压病史 10 余年,未用药。

查体:BP 140/70mmHg, P 120 次/分, R 30 次/分, T 36.4℃。神志清楚,查体合作。端坐体位,呼吸急促,口唇轻度发绀,双肺呼吸音粗糙,未闻及干湿啰音,心尖搏动位于正常范围,HR 120 次/分,心律齐,胸骨左缘第 3、4 肋间可闻及连续性吹风样杂音。腹部平软,无压痛及反跳痛,肝脾肋下未触及。双下肢无水肿,神经系统无定位体征。

辅助检查:血常规示白细胞增高。血气分析(未吸氧):pH 7.23, PO<sub>2</sub> 47.6mmHg, PCO<sub>2</sub> 42.1mmHg。心肌标记物正常。凝血指标、肾功能及电解质均正常。心电图:窦性心律,一度 AVB,偶发室性期前收缩。胸片:双肺弥漫性密度增高,右肺野内显著,右上纵隔增宽,心界不大。

### 【分析】

患者病例特点为:①中年女性,急性起病;②快速行走后突发心悸、憋气,无胸痛;③既往有 4 次不明原因的晕厥发作及未严格控制的高血压病史 10 余年;④阳性体征:血压升高,心动过速及呼吸急促,口唇发绀,端坐体位,胸骨左缘第 3、4 肋间可闻及连续性杂音;⑤辅助检查:血白细胞升高,低氧血症,双肺弥漫性密度增高改变,右上纵隔增宽。

患者上述临床特点符合急性左心衰竭。急性左心衰竭的出现可分为以下 3 种情况:①原本处于代偿阶段的心脏病在一定诱因下突然被诱发,这种情况最常见;②原有不同程度的心功能不全,在诱因作用下病情突然加重;③既往无心脏疾病,在病因作用下突然出现心肌收缩力急剧降低和(或)心脏负荷明显增加。急性左心衰竭的常见病因如表 2-1。

表 2-1 急性左心衰竭的常见病因

急性左心室后负荷过重	高血压危象、严重的主动脉瓣狭窄、原发性梗阻型心肌病、嗜铬细胞瘤、过量应用血管收缩剂等
急性左心室前负荷过重	二尖瓣关闭不全、主动脉瓣关闭不全、急性心肌梗死机械并发症(室间隔穿孔、乳头肌或腱索断裂等)、感染性心内膜炎致心内膜穿孔、主动脉窦破入心腔等
心室肌弥漫性病变	广泛性心肌梗死、严重的心肌炎、扩张型心肌病
左心房衰竭	严重二尖瓣狭窄、左心房黏液瘤或血栓、二尖瓣口急性嵌顿等
先天性心脏病	房间隔缺损或室间隔缺损、主动脉缩窄、动脉导管未闭等
严重心律失常	快速性心律失常(如恶性室性心律失常)或显著心动过缓、急性心脏压塞、心外科手术后的低心排量状态等

急性左心衰竭的常见诱因有感染、情绪激动、过度体力活动、输液过多过快、贫血、出血、妊娠或分娩等。

该患者临床表现符合急性心功能异常,胸骨左缘第 3、4 肋间出现连续性病理性杂音,提示存在心脏结构异常,急诊查床旁超声心动图明确心功能及结构异常的病因。

诊治经过:因为实验室检查血白细胞升高,双肺弥漫性密度增高,当时考虑诊断:肺部感染,急性左心衰竭。予抗感染、强心、利尿治疗,病情无明显好转。次日,血压下降至 97/60mmHg,考虑“感染性或心源性休克”,予头孢曲松、多巴胺治疗。查胸部 CT:双肺实变并双





侧胸腔积液,纵隔淋巴结增大。腹部B超:淤血肝,双侧胸腔积液(少至中量)。之后患者胸闷、憋气加重,咳少许白色泡沫痰。复查血气分析:pH 7.15,PO<sub>2</sub> 46.4mmHg,PCO<sub>2</sub> 50.8mmHg。紧急行气管插管及呼吸机辅助呼吸。患者高枕平卧位时仍感心悸、憋气,伴舒张压下降。3天后,心慌、憋气阵发性加重,听诊胸骨左缘第3、4肋间杂音强度较前增加。查超声心动图:室间隔膜部瘤破裂可能性大,主动脉瓣关闭不全,各房室不大。请心脏外科会诊,认为目前心力衰竭严重,暂不宜手术干预,仍继续给予积极抗感染、强心、利尿治疗,病情稍稳定后,行手术治疗。术中见主动脉右窦瘤状膨出至右心房,破口于顶端0.8cm×0.8cm,瘤袋3.0cm×2.0cm,内有血栓,通向主动脉;可见室间隔膜部瘤,小而无左右心室通透,主动脉瓣完好。术后患者胸闷、憋气症状消失,心脏杂音消失,心电图呈窦性心动过速,无传导阻滞及ST-T改变,逐渐康复,住院30天后好转出院。

### 【讨论】

主动脉窦是指主动脉瓣与主动脉壁之间的间隙,包括左冠状动脉窦、右主动脉窦和无冠状动脉窦,分别对应于主动脉瓣的左冠瓣、右冠瓣和无名瓣。

主动脉窦瘤又称瓦氏窦瘤(Valsalva 窦瘤),临床上较为少见,发病率亚裔人高于白人,在我国发病率约为1.2%~1.8%,在西方约为0.14%~0.96%。大多数为先天性心脏畸形,主要是主动脉根部中层弹性纤维发育有缺陷,在主动脉内高压血流的长期冲击下逐渐形成窦瘤。少数瓦氏窦瘤为后天性的,如由感染性心内膜炎或梅毒所致。主动脉窦瘤多发生于右冠状动脉窦,其次是无冠状动脉窦。动脉瘤呈乳头状囊袋,一般长约0.5~3.5cm,直径约0.8~1.2cm。当某种因素引起主动脉内压力骤然升高时,可使窦瘤破裂。如发生破裂;多破入右心室,少数至右心房。该病可以单独存在,也可以和其他多种心脏畸形并存。常见的并发畸形为主动脉瓣关闭不全和室缺,其次为二叶式主动脉瓣,房间隔缺损少见。

单纯性主动脉窦瘤在破裂之前一般无症状,偶有膨大严重可堵塞右心室流出道而出现症状。窦瘤破裂的症状主要取决于破裂速度、破口大小及破入哪个心腔。可表现为以下3种形式:①突然发病:多数患者有相应诱因,如剧烈的体力活动或感冒发热后出现心悸、气短,并很快出现心力衰竭,部分患者表现为突发性胸痛;②逐渐出现活动后呼吸困难:患者多不能表述最初出现症状的具体时间,可能破口起初较小,后逐渐扩大所致;③无症状:仅在体检时发现。

查体时可在胸骨左缘闻及连续性隆隆样杂音,伴有震颤,约半数患者肺部有啰音,并有肝大、腹水、下肢水肿等充血性心力衰竭的体征。脉压增大,股动脉枪击音阳性等。该患者出现肝淤血、双侧胸腔积液,符合全心心力衰竭表现。需要注意的是,本病杂音的性质及程度受破裂部位、破口大小及血液流速等因素影响,故在病程中并不是一成不变的。本例患者入院时杂音强度较小,后随病情进展,杂音强度增大并心力衰竭症状加重。故动态监测杂音强度对判断病情有所帮助。主动脉窦瘤破入心腔后,出现胸骨左缘连续性杂音,临床上易误诊为动脉导管未闭、室缺合并主动脉瓣关闭不全,通过彩色多普勒可鉴别血流分流水平。

在检查手段方面,超声心动图可明确主动脉窦瘤的位置、形状、破口的大小和数量、所破入的心腔以及有无合并其他心脏畸形,且灵敏度达98%以上,已成为确诊本病及判断是否合并其他心脏畸形的首选检查方法。同时存在其他心脏畸形有时会对超声心动图结果造成干扰,如本例患者合并了室间隔膜部瘤,超声检查时误诊为室间隔膜部瘤破裂合并主动脉瓣关



闭不全。升主动脉造影是诊断主动脉窦瘤破裂的金标准,能明确主动脉窦瘤破裂的形态、大小、破裂部位及所破入的心腔。右心导管检查对主动脉窦瘤破裂及部位的诊断有重要参考价值。但二者均为有创检查,且费用较高,若超声心动图已确诊,可不必行此两项检查。

因右冠窦区及附近室间隔区有传导束通过,瘤体压迫及局部出血和炎性细胞浸润,影响神经传导,在心电图上可表现为一度 AVB,有时会发生不可逆改变,即使手术解除了病变,传导系统也无法恢复正常。该患者入院时心电图表现为一度 AVB,考虑与此有关。

关于治疗,分为外科手术治疗和介入治疗:

1. 外科手术治疗 主动脉窦瘤一经确诊,不论有无瘤壁破裂,均宜尽早手术。心力衰竭不是手术的禁忌证,可先予内科保守治疗,将患者心功能调整至近期最佳状态后手术。对于分流量大、严重心力衰竭患者,心功能改善程度常不能令人满意,也应积极手术治疗。

2. 介入治疗 近年来,有学者应用动脉导管封堵器封堵主动脉窦瘤破裂成功。这种方法不仅减少了对股动脉的损伤,而且还能在封堵伞释放前适时地实施造影检查,确认无合并心内其他畸形,封堵结束后再次造影检查验证封堵效果,其操作安全性高。但目前无专用封堵器,且仅适合于无其他需外科处理心血管病变的主动脉窦瘤破裂。

预后:本病预后取决于破口大小、分流、合并的心脏畸形及是否合并心内膜炎。与患者全身情况、确诊时间及采取的治疗方式密切相关。由于主动脉窦瘤破裂后心功能迅速恶化,未治疗患者平均存活时间为 1~3.9 年,预后不良,少数患者可于发病后数天内死亡。外科治疗主动脉窦瘤的远期效果令人满意,10 年生存率为 90%±7%,20 年生存率约为 93%。遗留或逐渐加重的主动脉瓣关闭不全是影响手术预后的重要因素。

#### 【小结】

主动脉窦瘤破裂在临床上较为少见,容易引起误诊或漏诊。但如重视查体发现并及早应用超声心动图等检查手段能够做到早期确诊,从而改善患者的预后。

(周倩云)

## • 病例 3 • 呼吸困难、发热伴对称性皮肤损害

#### 【病历摘要】

患者,女性,34 岁。主因“关节疼痛伴皮疹、低热 2 个月,咳嗽 1 个半月,加重伴喘憋 1 周”于 2005 年 1 月 3 日来急诊就诊。患者在 2 个月前无明显诱因出现双手指皮肤粗糙,掌指关节脱屑,伴有近端指间关节及远端指间关节、双侧腕关节疼痛,右侧食指、中指掌指关节背侧及双侧肘关节伸侧充血性红斑。自觉双上肢远端无力,伴间断低热,最高体温波动于 37.5℃ 左右。先后就诊于笔者医院骨科及免疫科门诊,实验室检查免疫指标未见异常。1 个半月前患者开始无明显诱因出现咳嗽,无咳痰,自行口服“急支糖浆”后症状不见好转。2 周前咳嗽加重,咳白色黏痰,就诊于笔者医院呼吸科门诊,查胸片示双肺纹理模糊,按“肺部感染”应用头孢曲松和利巴韦林抗感染治疗 5 天,症状无好转。1 周前患者出现活动后气喘,加用阿奇霉素后症状无减轻。1 天前患者体温较前升高,夜间明显,体温在 38.5℃ 左右,伴喘憋,活动后加重,活动耐力差,无夜间阵发性呼吸困难,为进一步诊治来急诊就诊。自发病以来饮食、睡眠均可,大便正常,体重无明显减轻。

患者既往体健,否认高血压、心脏病、糖尿病病史,否认肝炎、结核等传染病病史及接触史,否认药物及食物过敏史。

入院查体:T 38℃,P 100 次/分,R 27 次/分,BP 105/60mmHg,SpO<sub>2</sub> 96% (鼻导管吸氧 3L/min)。神志清楚,查体合作。颈抵抗阴性。口唇无发绀,下唇可见疱疹。掌指、指间及膝关节的背侧及甲周均可见红色斑片疹,有脱屑,无疼痛、瘙痒(图 3-1,图 3-2)。双颌下及腹股沟可触及肿大淋巴结,大小约为 1cm×1cm ~ 1cm×2cm,质软,轻压痛,活动度好,表面皮肤无红肿。双肺呼吸音粗,未闻及干湿啰音,双下肺呼吸音低钝,无胸膜摩擦音。心界不大,HR 100 次/分,律齐,各瓣膜听诊区未闻及明显杂音。腹部查体无异常体征。双下肢肌力 5 级,生理反射存在,病理反射未引出。



图 3-1 皮肤损害

患者双侧掌指关节伸侧均可见紫红色斑丘疹,伴脱屑

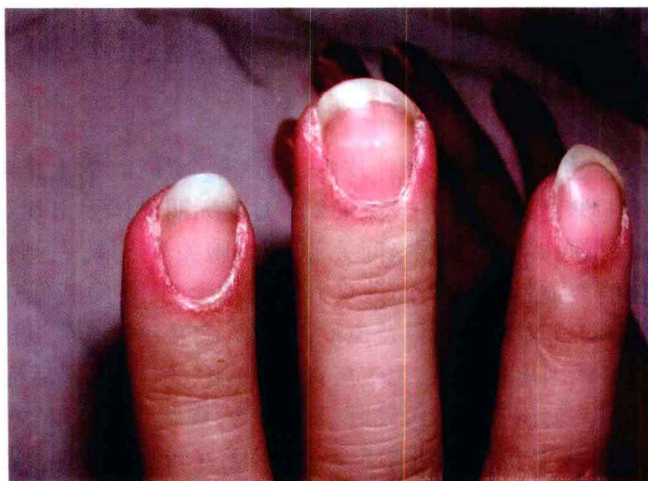


图 3-2 皮肤损害

患者甲周可见皮损,伴脱屑