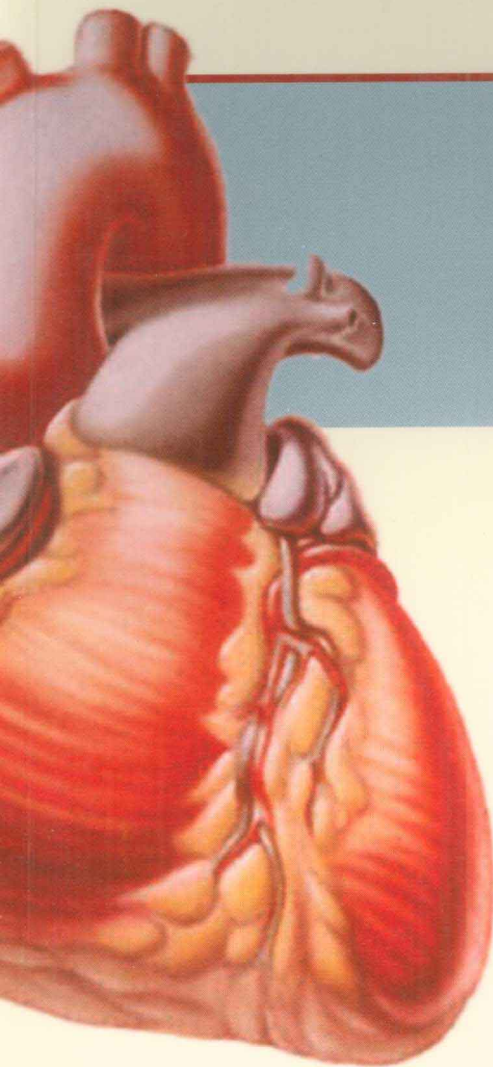


主 编 杨跃进



GAP-CCBC 精彩病例荟萃

GAP-CCBC JINGCAI BINGLI HUICUI

- 指南与实践：临床危重疑难病例研讨会（GAP-CCBC），意即通过临床病例研讨会的方式弥补指南与实践之间的差距
- 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

GAP-CCBC

精彩病例荟萃

GAP-CCBC JINGCAI BINGLI HUICUI

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 唐熠达 杨进刚



人民军医出版社

PEOPLES MILITARY MEDICAL PRESS

北 京

图书在版编目(CIP)数据

GAP-CCBC 精彩病例荟萃/杨跃进主编. —北京:人民军医出版社,2011.12

ISBN 978-7-5091-4158-8

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(2011)第 238479 号

策划编辑:路 弘 文字编辑:佟玉珍 责任审读:黄栩兵

出 版 人:石 虹

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:14 字数:287 千字

版、印次:2011 年 12 月第 1 版第 1 次印刷

印数:0001—4000

定价:59.00 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

前言

当前,虽然循证医学已取得了很大的进展,但对目前许多临床问题尚没有重要的循证医学方面的证据,在临床中仍不能离开临床实践经验,特别是在我国更是如此。另外,由于指南往往针对某一疾病或一项技术,并不是针对患者,而在处理复杂的临床情况时考虑的是对指南综合的掌握。临床情况是复杂的,现在的指南建议越来越多,指南变得越来越长,冗长的文件影响了指南的推行力度。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的,但面对人种差异、国情(如经济条件)情况的不同,是否都适用于我国的现实情况,是值得讨论的重要问题。

另一个重要问题是,没有来自患者正确的第一手信息就可能导致错误诊断,此时最佳证据没有任何价值。因此,循证医学不但不能取代个人专长,而且要求临床医生必须经过更严格的基础训练,善于观察患者,临床基本功过硬才行;各种医学影像的阅片经验尚不能用循证医学的形式表达。因此,临床应用指南,需要临床医生根据自己的实践经验做出决策。临床医生不能被理论及诊疗技术束缚,循证医学永远不应当成为“菜谱医学”,不应照本宣科,并且绝不能成为束缚临床医生的锁链,临床医生应以精湛的专业技能和实践经验为诊疗基础。

目前全国学术会议非常多,各地的区域性会议也非常多,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内容,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。而且“海峡两岸医药卫生交流协学会”的交流还要针对海峡两岸四地的特点:我国港台省虽然人口和面积无法与

内地相比,医生的数量也相对较少,但他们与国际接轨很早,诊疗很规范;我们则病例资源丰富。因此,两岸四地医疗资源互补性很强,如果两岸四地的专家能坐在一起,各自拿出自己在临床上遇到的疑难、危重或有启发意义的病例来分享,对提高医师医疗水平有非常实际的意义。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,不论是提供的病例,还是对病例的点评一定很精彩,也很有趣,有的放矢的讨论效果也是最好的。自2009年12月初,海峡两岸医药卫生交流协会心血管专业委员会成立后,基于上述理念,我们致力打造一个老中青几代医生能进行学术交流的平台,包括长城心脏病学年会(GW-ICC)、世界心脏病学大会(WCC)、中国心脏大会(CHC)、东方心脏病学会议(OCC)、中国南方国际心脏病学会议(SCC)、中国香港心脏专科年会、大连心电学年会等诸多会议上,都举办了GAP-CCBC(指南与实践:临床危重疑难病例研讨会)论坛。

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,缩小指南与实践差距,共同提高临床水平。打造“三个平台”,即:海峡两岸四地交流互补平台,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”,即:交流互补,指导培训,普及提高。

这个建议得到了各位专家和广大与会听众非常积极的反馈,并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,对临床实践起到一定的帮助作用。

杨跃进

目 录

病例 1	冠心病合并肥厚性心肌病外科术后突发心肌梗死	(1)
病例 2	反复心动过速发作合并多脏器损伤	(6)
病例 3	一氧化碳中度后急性心力衰竭	(12)
病例 4	老年女性急性冠脉综合征合并系统性红斑狼疮、血小板减少性紫癜	(17)
病例 5	年轻女性妊娠晚期出现的呼吸困难	(20)
病例 6	反复发作的心脏骤停伴低血钾	(23)
病例 7	PCI 术后 2 年停用阿司匹林后的灾难性后果	(27)
病例 8	心脏球形综合征合并尖端扭转型室性心动过速	(31)
病例 9	冠状动脉正常的年轻患者反复急性心肌梗死	(35)
病例 10	活动后胸闷、气短伴腹痛	(41)
病例 11	氯吡格雷相关性严重血小板减少并紫癜	(45)
病例 12	急性胸痛患者的“意外”发现	(47)
病例 13	反复晕厥合并进行性加重心力衰竭	(51)
病例 14	下肢瘫痪患者猝死	(56)
病例 15	心房颤动、胸闷合并顽固性高钙血症	(58)
病例 16	发生脑梗死的感染性心内膜炎患者	(61)
病例 17	重度肺高压	(65)
病例 18	心脏扩大患者的意外发现	(69)
病例 19	老年性晕厥	(73)
病例 20	换瓣术后发作性胸痛伴意识障碍	(77)
病例 21	可疑的心肌梗死	(82)
病例 22	药物难以控制的顽固性持续性室性心动过速	(87)
病例 23	青年多浆膜腔积液伴心室肥厚	(93)
病例 24	反复晕厥的少年	(97)

病例 25	桥静脉急性血栓的介入治疗	(102)
病例 26	年轻女性心肌梗死	(106)
病例 27	皮肤变黑伴胸闷气促	(110)
病例 28	腰痛伴血尿、血便及呼吸困难	(117)
病例 29	低血压伴广泛导联 ST 段压低	(123)
病例 30	急性心肌梗死后反复胸腹水	(126)
病例 31	PCI 治疗前降支病变引发三度房室传导阻滞	(130)
病例 32	孤立性肺动脉瓣感染性心内膜炎致肺栓塞	(134)
病例 33	青年外伤性心肌梗死	(137)
病例 34	反复晕厥至猝死	(140)
病例 35	冠状动脉异常扩张并慢血流致心肌梗死	(143)
病例 36	急性心肌梗死后电风暴	(146)
病例 37	非梗死型 Q 波的鉴别诊断	(149)
病例 38	宽 QRS 波心动过速	(153)
病例 39	呼吸困难	(157)
病例 40	收入肾科的限制性心肌病	(160)
病例 41	14 岁少女的猝死与生还	(165)
病例 42	急性心肌损害伴腹泻、呕吐和严重糖代谢紊乱	(169)
病例 43	老年男性反复发作性胸闷胸痛伴晕厥	(173)
病例 44	大量心包积液合并甲状腺功能异常	(179)
病例 45	急性心肌梗死后反复呼吸困难	(182)
病例 46	心脏肿瘤	(187)
病例 47	糖原贮积病相关性肺高血压	(191)
病例 48	静脉推注大剂量地西泮成功抢救交感风暴	(198)
病例 49	造影剂过敏导致休克	(202)
病例 50	氯吡格雷低反应性致 PCI 术后亚急性支架内血栓形成	(207)

病例 1 冠心病合并肥厚性心肌病外科术后突发心肌梗死

韦丙奇,中国医学科学院阜外心血管病医院

要点: HOCM 合并冠心病时,心电图的鉴别诊断价值有限,主要需要靠冠状动脉造影来证实,治疗上以 β 受体阻滞药为首选。并且,预防冠脉事件是整体治疗的重要方面。

【主 诉】 间断发作胸痛 4 年,加重 1 个月。

【现病史】 患者男性,66 岁。胸痛活动时发作,休息 3~5min 缓解,曾于外院诊断为冠心病,口服阿司匹林和异山梨酯(消心痛)。近 1 月加重,上一层楼即发作,伴心悸、气短、出汗,不伴放射。休息 20min 至 1h 缓解,舌下含化硝酸甘油效果差。于 2005 年 8 月 25 日就诊于我院门诊。心电图示:窦性心律,左心室高电压,Ⅰ、aVL 和 V_{4-6} ST 段下移 0.1mV。超声心动图示:左心室肥厚,主动脉瓣下狭窄。拟诊:肥厚梗阻性心肌病? 高血压病;冠心病? 为进一步诊治收住院。

【既往史】 有高血压病史 15 年,陈旧性脑梗死病史 15 年,家族中无类似疾病或猝死患者。

【查 体】 BP 130/70mmHg,HR 70 次/min,心律齐,心尖部闻及Ⅲ/6 级收缩期吹风样杂音,局限。双肺呼吸音清楚,无干、湿性啰音。无颈静脉充盈、肝脾大和下肢水肿。

【辅助检查】

1. ECG 检查 见图 1-1。

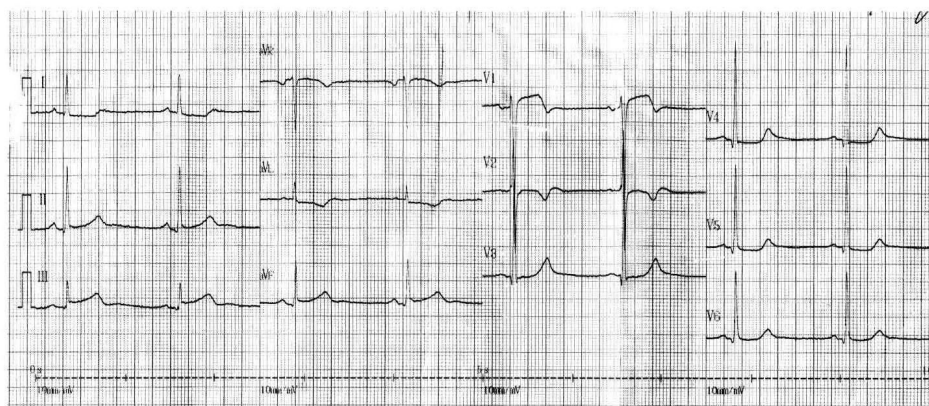


图 1-1 入院心电图

2. UCG 左心房 37mm, 左心室舒张末内径 43mm, LVEF 64%。室间隔除心尖部外各段均显著增厚, 最厚处 25mm, 后壁厚 9mm, 二尖瓣叶部分 SAM 现象, 致使左心室流出道内径狭窄及二尖瓣关闭欠佳, 主动脉瓣轻度增厚, 交接区轻度钙化。左心室流出道的最高压差为 88mmHg。提示梗阻性肥厚型心肌病。

3. 心脏远达片示 双肺纹理正常, 主动脉结不凸, 肺动脉段平直, 左心房稍大, 心胸比 0.51。

4. 心脏磁共振 室间隔大部及前壁基底段增厚, 室间隔近段最厚部 25~26mm。左心室流出道有收缩期梗阻征象。

5. 冠状动脉造影和左心室造影结果[图 1-2, 图 1-3(2005 年 9 月 13 日)] 显示: 冠状动脉双支病变, 累及前降支和右冠状动脉, 前降支近端近段斑块, 中端近段 80% 局限偏心狭窄, 中段管状偏心狭窄 60%, 远端近段管状狭窄 70%, 第 1 对角支开口局限偏心狭窄 90%; 右冠状动脉近端和中端均散在斑块, 左心室后侧支中段 70%。左心室造影显示: 左心室流出道压差 70mmHg。

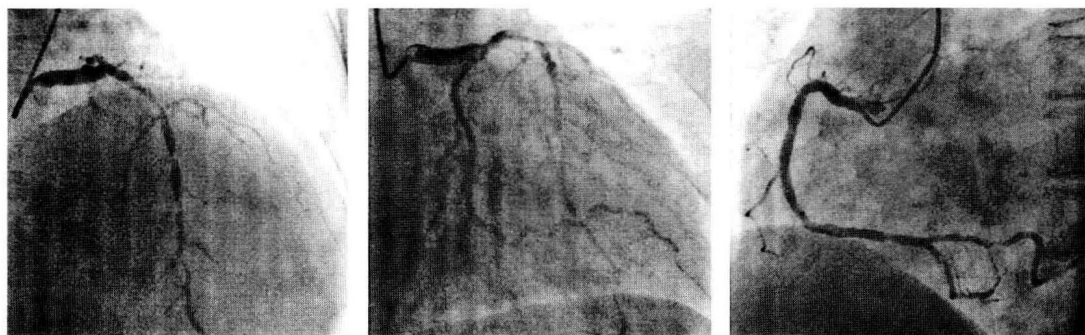


图 1-2 冠脉造影结果

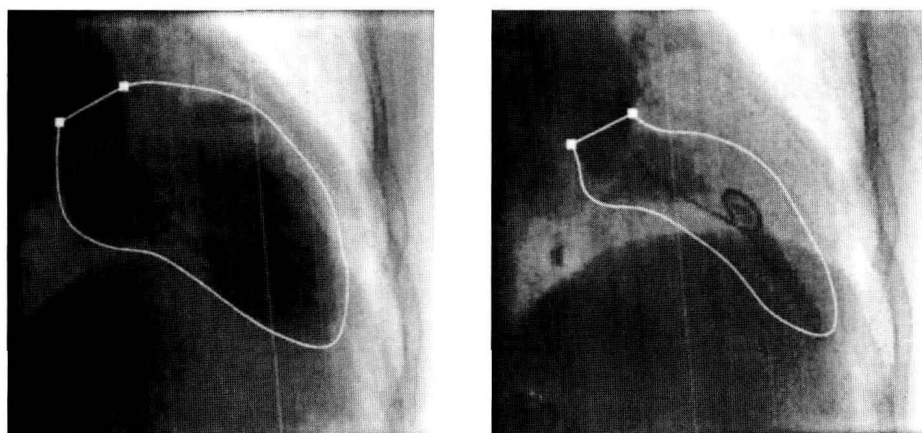


图 1-3 左心室造影结果

6. 生化指标 各项均正常。

诊断:①梗阻性肥厚型心肌病;②冠状动脉粥样硬化性心脏病(劳力型心绞痛);③高血压病;④陈旧性脑梗死。

【诊治经过】

1. 药物治疗 美托洛尔 12.5mg 2 次/d。

2. 2005 年 10 月 18 日行 CABG+左心室流出道疏通术 术中见二尖瓣结构大致正常,二尖瓣反流以左心室压力高为主要原因,不需处理。切除左心室室间隔部心肌 $2\text{cm} \times 3\text{cm} \times 1\text{cm}^3$ 。2 支桥血管分别为, LIMA 至前降支、主动脉-大隐静脉桥-第 1 对角支。

3. 效果评价

(1)术中经食管超声显示,左心室流出道梗阻消失、SAM 现象消失、二尖瓣反流由中量变为少量。经胸 UCG 变化:室间隔厚度较术前明显减小,最厚处 16mm,左心室流出道内径在正常范围,狭窄明显减轻。左房前后径 36mm,左心室舒张末前后径 53mm, LVEF 55%。

(2)手术后的 ECG 变化见图 1-4。



图 1-4 CABG+左心室流出道疏通术后第 1 天 ECG(电压是 $1\text{mV}=5\text{mm}$):窦性心律,完全性左束支阻滞

4. 病理报告 室间隔心内膜纤维性增厚,部分心肌细胞肥大。

5. 术后治疗和随访

(1)术后药物治疗:阿司匹林 100mg/d,双嘧达莫 50mg 3 次/d、美托洛尔、亚硝酸异山梨酯等。

(2)术后半年复查心脏超声(2006年4月6日):示左心房前后径 35mm,左心室舒张末前后径 51mm,LVEF60%。室间隔厚度 12mm,最厚处 15mm,较术前明显减小。左心室流出道血流速度 2.7m/s,较术前明显减低,最高压差 29mmHg。2006年11月16日 AMI 及急诊 PCI 术后 2d 心电图见图 1-5。

(3)手术 1 年后再次发作:胸痛,并就诊于我院急诊,诊断急性心肌梗死。急诊冠脉造影示“左主干+三支病变”:左主干分叉处 50%狭窄,前降支中端弥漫偏心狭窄 90%,回旋支中端局限狭窄 50%,右冠中端 100%闭塞。左侧内乳动脉(LIMA)桥至前降支的血管吻合口 80%狭窄,至第 1 对角支的静脉桥血管通畅。在右冠置入支架 1 枚,恢复 TIMI III 级血流。住院治疗 1 周病情稳定出院。

药物治疗:口服阿司匹林 300mg/d,氯吡格雷 75mg/d,美托洛尔 37.5mg 2 次/d,福辛普利 10mg/d,亚硝酸异山梨酯 15mg 3 次/d,阿托伐他汀 10mg 每晚。

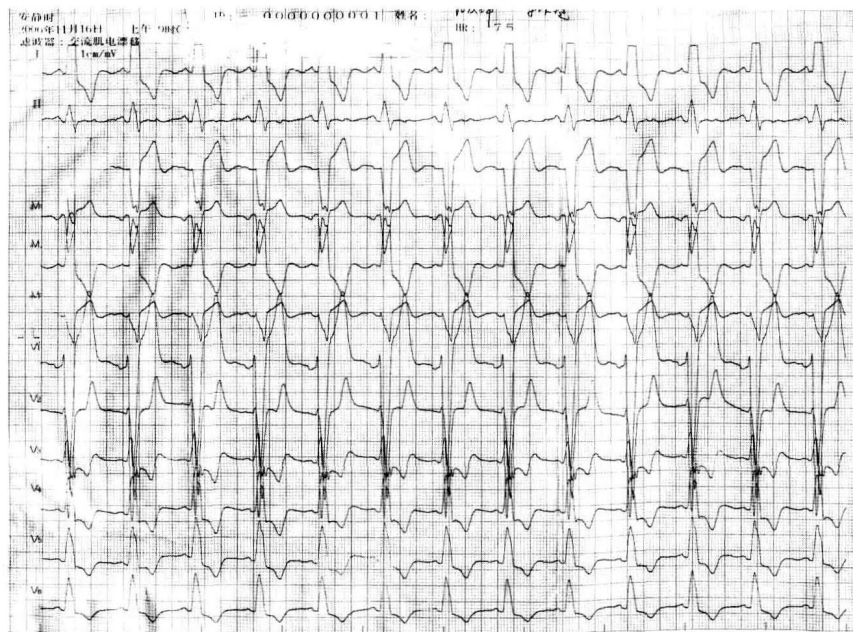


图 1-5 2006 年 11 月 16 日(AMI 及急诊 PCI 术后 2d)

6. 心肌梗死以后的治疗和随访

(1)坚持长期服药:口服阿司匹林 300mg/d,3 个月后减为 100mg/d;氯吡格雷 75mg/d,1 年后停用;美托洛尔 37.5mg 2 次/d,后换用比索洛尔 2.5mg/d;福辛普利 10mg/d,后换用缬沙坦 80mg/d;亚硝酸异山梨酯 15mg 3 次/d,后换用单硝酸异山梨酯 20mg 2 次/d、阿托伐他汀 20mg 每晚等治疗。

(2)日常活动无胸痛、心悸、气短等不适症状。血压维持在 100~110/60~70mmHg,心率 50~60 次/min。

(3)心电图:每半年至 1 年复查 1 次,均示窦性心律,完全性左束支阻滞。

(4)UCG 检查:见表 1-1。

表 1-1 UCG 检查结果

日期	LA(mm)	LVEDD(mm)	LVEF(%)	最大 IVS(mm)	LVOT 流速(m/s)	AR	MR
2005-09-08	37	43	64	25	4.7	少量	中量
2005-10-24	36	53	55	16	1.9	少量	少量
2007-05-08	35	47	60	19	1.6	少中量	少量
2007-11-05	42	44	65	18	2.0	少中量	少量
2009-06-16	32	37	69	17	1.9	少中量	少量
2010-07-19	40	43	58	21	1.9	少量	少中量
2011-01-04	40	43	65	19	1.3	少量	少量

注:LA, 左心房;LVEDD, 左心室舒张末内径;LVEF, 左心室射血分数;IVS, 室间隔;LVOT, 左心室流出道;AR, 主动脉瓣关闭不全;MR, 二尖瓣关闭不全

【讨 论】

1. 发病特点 患者活动时胸闷、胸痛。冠心病和肥厚型心肌病均可表现为此症状,而且两种病可合并存在。心电图对鉴别诊断帮助不大,明确诊断需冠脉造影。此患者经冠脉造影检查明确为梗阻性肥厚型心肌病合并冠心病心绞痛。

2. HOCM 合并冠心病的治疗

(1)药物治疗的选择:凡是能增加 LVOT 压差的药物如钙拮抗药、ACEI/ARB、硝酸酯类等都是绝对或相对禁忌,使得冠心病的药物选择受到限制, β 受体阻滞药成为首选药物。

(2)非药物治疗的选择:①经皮室间隔化学消融+冠脉支架术;②左心室流出道疏通+冠脉搭桥手术。

3. 随访结果的启示

(1)外科行左心室流出道疏通术(室间隔切除术)是解除左心室流出道梗阻的有效方法,本例 6 年随访左心室流出道一直保持通畅,有效缓解了临床症状。文献报道 5 年生存率 98%,10 年生存率 95%。

(2)在 HOCM 合并冠心病时,预防冠脉事件是整体治疗的重要方面。本例虽进行了冠状动脉旁路移植搭桥手术,但在药物治疗上未充分应用他汀类调血脂药物,致使 1 年后发生了急性心肌梗死。此后的积极治疗防止了冠脉事件的复发。

病例 2 反复心动过速发作合并多脏器损伤

曲秀芬、谷宏越、尹德春, 哈尔滨医科大学附属第一医院

要点 反复发作、药物治疗无效、血流动力学改变造成多器官损害的心动过速, 应积极治疗基础疾病, 以期获得射频消融根治的机会。

【主 诉】 阵发心悸 40 年, 加重 3h。

【现病史】 患者女, 72 岁。40 年来无诱因出现心悸, 突发突止, 每次持续数分钟至数小时不等, 无黑矇, 晕厥。入院当日清晨无诱因再次心悸, 伴头晕, 黑矇。血压 80mmHg/测不清, 心率 263 次/min。

【既往史】 慢性肾炎病史 20 年, 否认高血压、糖尿病史。

【查 体】 体温 36.8℃, 血压 80mmHg/测不清, 心率 263 次/min, 呼吸 25 次/min, 急性病容, 推入病房时能应答, 口唇发绀, 颈静脉无怒张, 双肺呼吸音粗, 心律齐, 各瓣膜听诊区未闻及病理杂音。腹软, 无压痛, 肝脾肋下未及, 双下肢无水肿。

【辅助检查】 入院当天, ①心肌酶: CKMB 28U/L ↑, TNI 0.8 ng/ml ↑; ②肾功+离子+血糖: Cr 206 μmol/L ↑; K 4.04 mmol/L, D-二聚体 1217 μg/L; ③血常规: WBC 1.5×10^9 /L, G%: 86%; ④肝功能检查: ALT: 515 U/L。AST: 741 U/L; ⑤心脏超声: 左心房前后径 58.7 mm; 左心室: 室间隔厚度 9mm; 舒张末期前后径 43mm; 后壁厚度 9 mm; 肺动脉压力 37 mmHg; EF 53%。

心电图检查见图 2-1 至图 2-6。

【诊治经过】 入院后仍反复心动过速发作, 宽窄交替, 给予持续胺碘酮静脉滴注 30h, 累计用量近 3g(图 2-7)。入院第 2 天, 患者主诉胸闷气短, 口唇发绀加重, 呼吸急促 30 次/min, 意识差, 淡漠。肝酶进行性升高丙氨酸转氨酶(ALT): 515~1468 U/L; 天氨氨酸转氨酶(AST): 741~1900 U/L; 间接胆红素(TBIL): 24(3.4-21); 总胆红素(DBIL): 10(0~3.4); IBIL: 13(0-17)。D-二聚体: 1217 μg/L, 血气氧分压降低: 72~46mmHg, 血常规: WBC 1.5×10^9 /L~ 1.9×10^9 /L。肺 CT: 双肺炎。

遂转入 ICU 病房, 停用胺碘酮, 改用普罗帕酮(即心律平), 仍反复宽窄 QRS 交替发作。(虽然胺碘酮累计用量 3g, 显著延长, 582ms, 考虑多脏器损伤, 胺碘酮影响代谢所致。)ICU 抗炎保肝支持治疗 5d。

患者一般状态尚可, 可平卧, 给予心内电生理检查(图 2-8), 并给予冠状动脉造影(冠状动脉未见异常)。

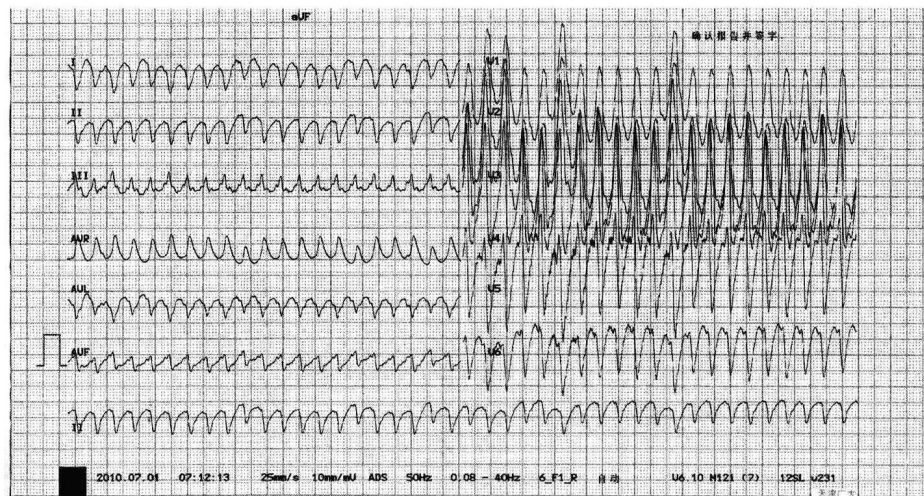


图 2-1 入院时心电图(心房扑动 1:1旁路下传)

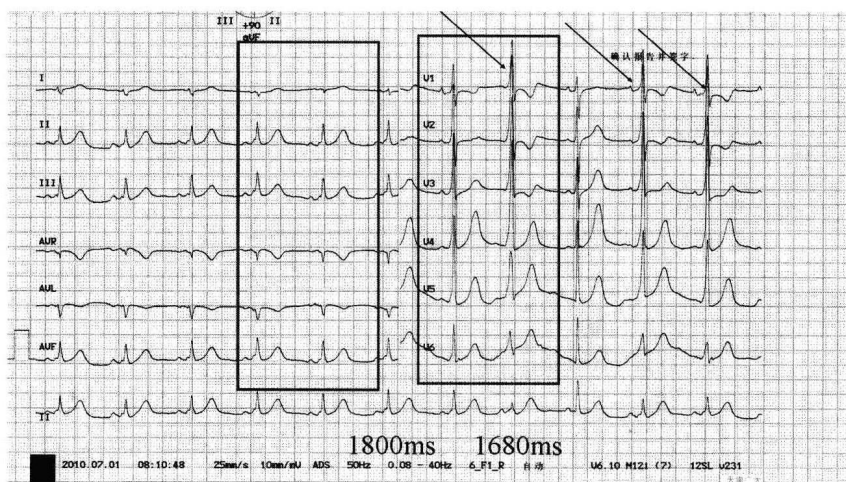


图 2-2 100J 电复律后(间歇旁路前传)

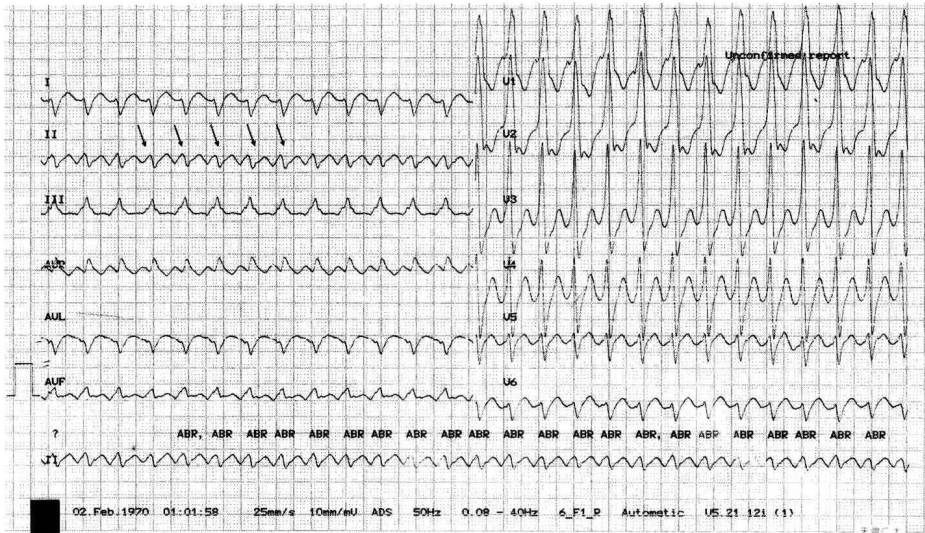


图 2-3 电复律后窦律不能维持(心房扑动 2 : 1 旁路下传)

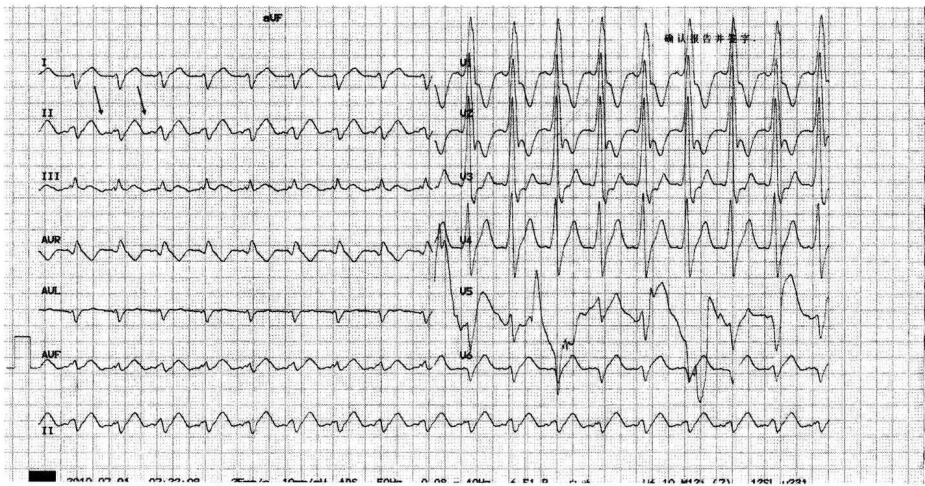


图 2-4 静脉推注胺碘酮 150mg 后(心房扑动 3 : 1 旁路下传)

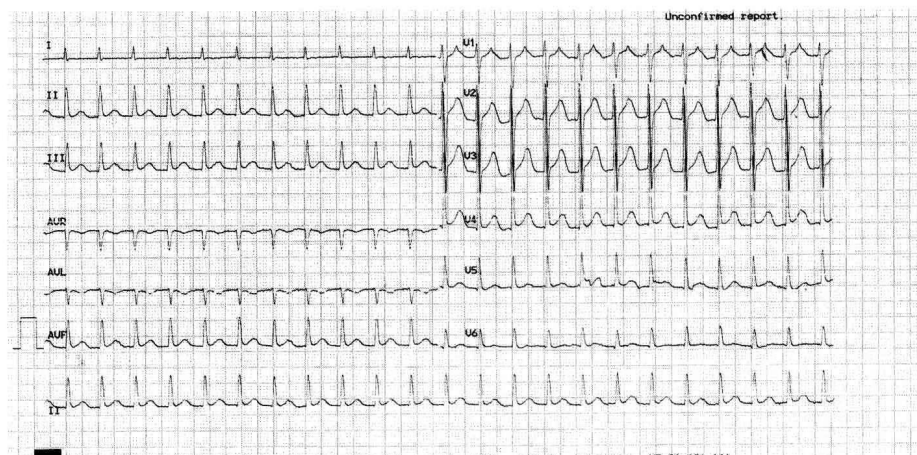


图 2-5 静脉滴注胺碘酮 1mg/min 过程中,窄 QRS 心动过速发作(顺向房室折返性心动过速)

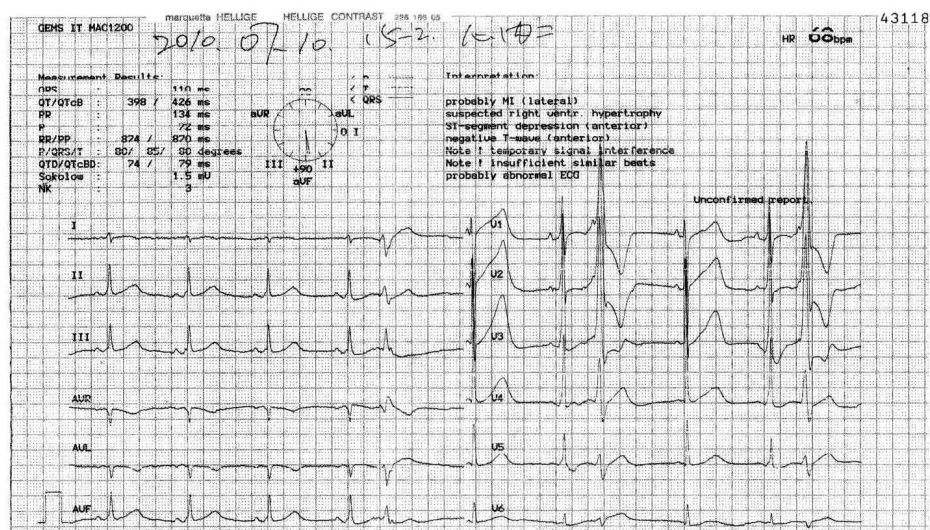


图 2-6 静脉滴注胺碘酮 1mg/min 过程中,转复窦律(房性期前收缩伴旁路前传)

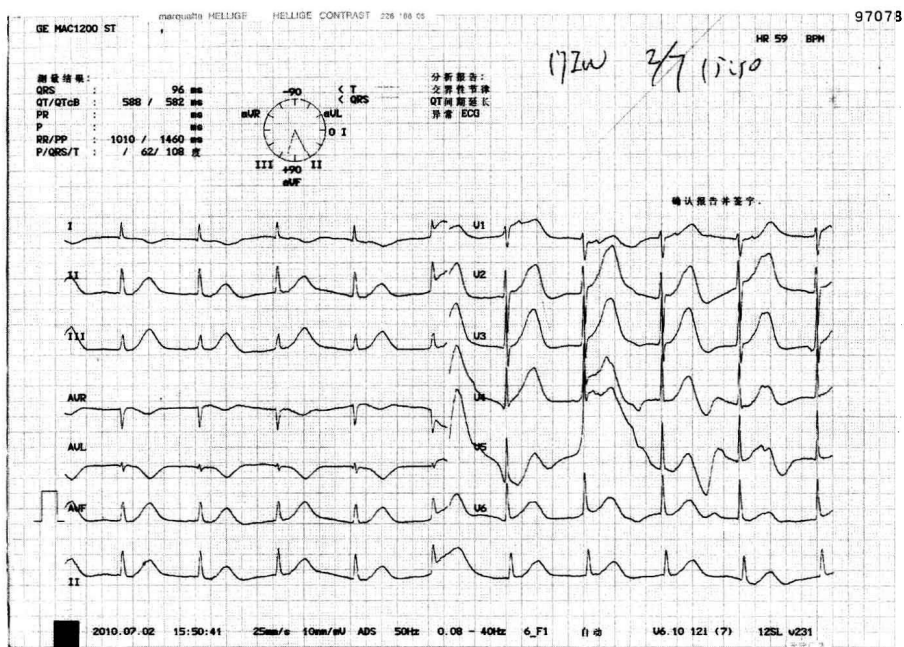


图 2-7 胺碘酮累计用量 3g, Q-T 间期 582ms

juan, fengzhi
1010-7-13 10:14:07 (速度: 100 mm/s)
1594761

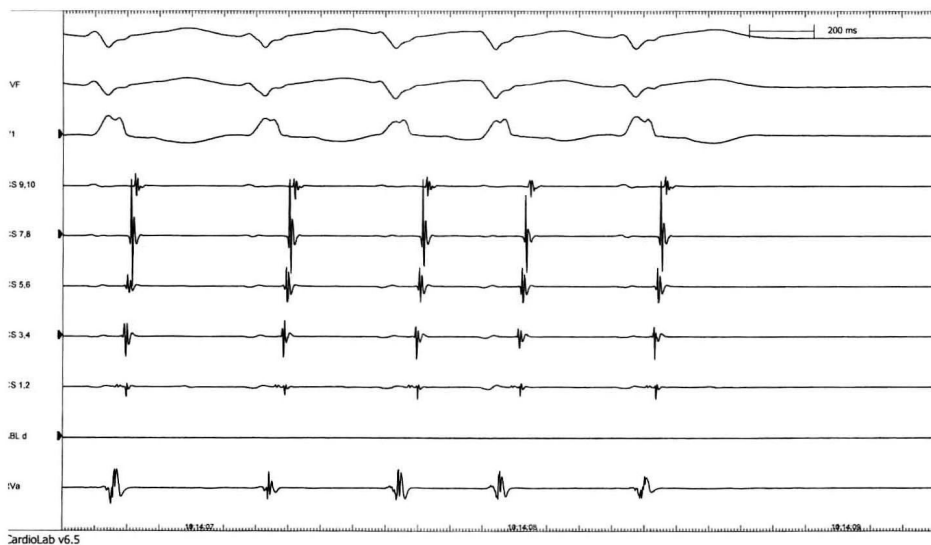


图 2-8 心内电生理检查示左前侧壁旁路, 给予旁路消融