许多患者不能满足此要求而改用压迫止血。由于位置高增加了穿刺并发症的可能性，尤其是腹膜后血肿的发生；特别是穿破血管后壁时，不能再使用 Angioseal 缝合器止血，而应改为传统的压迫止血法。针对这些情况我们体会如下：①应熟练掌握血管穿刺要领，严格按要求穿刺，准确定位，血管内口距离腹股沟韧带下缘应在 1 cm 以上，以保证改用传统压迫止血法时安全止血。②血管穿刺时，只穿透前壁，进针角度适当，避免误穿血管后壁时进入腹腔，引起腹膜后血肿。③如果病人过于消瘦，皮下组织过薄，血管表浅，也不适合使用 Angioseal 血管缝合器。最近，Shaw 等[6]报道 1 例患者在使用 Angioseal 缝合器止血时，由于线被拉断，锚脱落引起下肢血管闭塞，导致间歇性跛行发生，应引起临床重视。

关键词：Angioseal 缝合止血器；压迫止血；脑血管造影；成形术
中图法分类号：R619.1 文献标识码：B

参考文献：

[1] KORENY M, RIEDMULLER E, NIKFARDJAM M, *et al*. Arterial puncture closing devices compared with standard manual compression after cardiac catheterization: systematic review and meta-analysis[J]. JAMA, 2004, 291(3): 350-357.

[2] EGGREBRECHT H, von-BIRGELEN C, NABER C, *et al*. Impact of gender on femoral access complications secondary to application of a collagen-based vascular closure device[J]. J Invasive Cardiol, 2004, 16(5): 247-250.

[3] SHAMMAS N W, RAJENDRAN V R, ALLDREDGE S G, *et al*. Randomized comparison of Vasoseal and Angioseal closure devices in patients undergoing coronary angiography and angioplasty[J]. Catheter Cardiovasc Interv, 2002, 55(4): 421-425.

[4] 靳立军，李毓仁，乌汉东，等. 冠状动脉造影和介入治疗术后 Perclose 血管缝合与常规压迫止血的对比研究[J]. 中华心血管病杂志，2002, 30(7): 434-435.

[5] APPLEGAT R J, GRABARCZYK M A, LITTLE W C, *et al*. Vascular closure devices in patients treated with anticoagulation and IIb/IIIa receptors inhibitors during percutaneous revascularization[J]. J Am Coll Cardiol, 2002, 40(1): 78-83.

[6] SHAW J A, GRAVEREAUX E C, WINTERS G L, *et al*. An unusual cause of Claudication[J]. Catheter Cardiovasc Interv, 2003, 60(4): 562-565.

（编辑 龙 亮）

文章编号：1000-5404(2006)02-0175-01

个案与短篇

系统性红斑狼疮并发肺动脉高压误诊1例

刘旭东，宋治远，景 涛 （第三军医大学西南医院心血管内科，重庆 400038）

患者，女性，34岁，因间断双下肢及颜面水肿，伴腹胀，手指麻木，双腿无力，食欲下降，体质量下降约 10 kg，在外院诊断为“慢性胃炎、肾炎”，相应治疗效果不佳。后出现活动后气促，夜间平卧时呼吸困难、体重短期内明显增加。急诊入我院后查体：端坐位，表情痛苦，贫血貌，血压 144/88 mmHg。口唇、十指紫绀，甲床苍白，颈静脉怒张，肝颈静脉回流征阳性，双肺可闻及干鸣音。心界不大，心率 94 次/min，律齐，心音有力，$A_2 < P_2$，P_2分裂，心尖区可闻及 2～3/6 级收缩期杂音，三尖瓣区可闻及 4/6 级收缩期吹风样杂音，无心包摩擦音。腹部膨隆，肝剑突下 12 cm，质硬，轻微压痛，脾未触及，肾区无叩痛，移动性浊音阳性，双下肢轻度水肿。床旁心电图示：ST-T 改变。急查血气分析示：Ⅱ型呼吸衰竭。血常规：WBC 2.7×10^9/L；RBC 3.39×10^{12}/L；Hb 106 g/L；PLT 57×10^9/L。肾脏功能：肌酐、尿素氮正常，血钾 3.38 mmol/L；血氯 111.8 mmol/L；血总二氧化碳 18.7 mmol/L。胸片示：肺动脉段凸出，右房、右室增大。心脏超声示：①右房、右室增大明显；②肺动脉增宽，左右肺动脉内径增宽，肺动脉收缩压增高；③三尖瓣重度返流；④主动脉瓣、肺动脉瓣下局限性返流；⑤心包积液。肺动脉高压诊断明确，立即予吸氧、硝普钠静滴等治疗，患者紫绀明显减轻，仍诉腹胀，平卧时呼吸困难。在查房时观察到患者前额皮肤有破损，腹部也有一处相同的皮损，追诉病史，患者有皮肤搔痒症状，且抓破后延迟不愈，四肢十分怕冷，需要用热水袋取暖。因此考虑患者病因不应单独局限于心血管系统。次日查尿常规：RBC 52.2/μl；WBC 14.5/μl；尿蛋白 ++。ESR 正常，ASO 阴性，RF 阳性，D-二聚体阳性，骨髓细胞检查：成熟巨核细胞及血小板减少。根据上述检查结果，考虑患者为多系统损害，首先应需排除免疫系统疾病。进一步查：$T_3 < 0.50$ μg/L；T_4 36 μg/L；TSH 8.89 μIU/ml；$FT_3 < 1.05$ pmol/L；FT_4 2.54 pmol/L。ANA 阳性，ds-DNA 阴性，ENA 中 SSA 抗体阳性、SSB 抗体阳性，IgG 39.7 g/L；IgA 4.40 g/L；IgM 1.15 g/L；补体 C_3 0.197 g/L。24 h 尿蛋白定量为 3 292 mg。参照美国风湿病协会 1982 年制定的 1997 修订的 SLE 分类标准[1]，明确“系统性红斑狼疮”诊断。确诊后转入皮肤科继续治疗。

系统性红斑狼疮（systemic lupus erythematosus，SLE）可并

（下转 182 页）

作者简介：刘旭东（1975-），女，黑龙江省齐齐哈尔市人，医师，主要从事冠心病的发生机制方面的研究。电话：(023) 68765172，E-mail：JessicaLXD.hotmail.com

收稿日期：2005-05-31；修回日期：2005-09-14

发展和市民对生命质量及健康意识的增强，院前急救服务需求显著增加。由于城市人口老龄化趋势，我院院前急救患者中60岁以上老年人比例已上升到急救总病例数的55.34%，成为院前急救服务的主要群体。中老年患者比例增高的主要原因与位于疾病谱构成前几位的心、脑血管病、呼吸系统疾病和猝死等均以中老年发病居多有关，因此加强对中、老年常见危重症的院前急救，对降低死亡率、延长寿命具有重要意义。

本院院前急救疾病谱前10位与东北地区[2]（消化系统24.14%、呼吸系统18.32%、神经系统18.08%、心血管系统）和上海地区[3]（创伤、急性脑血管病、呼吸道急症、肿瘤、昏迷、心脏病、车祸、高血压、急性腹痛及中毒）的急诊疾病谱构成排列间存在着差异，其原因是可能与地区间多种因素差别有关。这表明，各地区的疾病谱统计必须按当地的具体情况分析，不能盲目照搬。同时急诊疾病谱构成也与医院等级和诊疗水平有关，不同层次医院所面临的患者群和就诊病种会有所不同[4]。总体而言，大型医院的院前急救疾病谱前5位以创伤、循环系统、神经系统、呼吸系统和消化系统疾病为多，尤其创伤和循环系统疾病已分别成为目前内、外科院前急救的首要救治病种。

本研究数据显示：近年来，内科疾病中心血管、脑血管疾病的比例明显上升，心、脑血管疾病的预防和治疗需求日显突出，而消化道出血、慢性支气管炎、肺气肿以及急腹症等传统常见病和多发病却呈现稳定趋势。外科急诊中，多发伤和骨折等创伤性疾病比例近年也显著增高，创伤已成为院前急救的主要救治病种之一[3,5,6]。其致伤因素多由交通和工业事故所致，具有突发性和偶然性的特点。

院前急救疾病谱也显示了急救工作的两个重要特点。首先，院前急救既不是单纯的内科疾病诊治，也不是单一的外科处理，而是一门独立的临床专科[5,7]；同时，院前急救的医疗和护理人员也不同于普通的内、外科专科医生和护士。因此，应参考各地区的疾病谱统计结果：①制定各种危重症尤其是常见危重症的抢救、诊治和护理预案，达到急诊诊疗的标准化，对急诊医护人员进行针对性的强化培训和复训，以全面提高院前急救的诊断、抢救和护理能力[6]；②以疾病谱为依据，对急救设备的配备进行调整及加强，做到有备无患，全面提高应急能力；③针对目前院前急救的常见病、多发病及迫切需要解决的难点问题如严重多发伤、心肺复苏等设立科研课题，促进急诊医学和急救护理的发展，提高院前急救的诊断准确率及抢救成功率；④根据疾病谱构成及季节变化规律制定培训计划，不断提高院前急救人员的理论及诊治水平。此外，院前急救疾病谱的分析也为单位及上级主管部门制定各项政策、合理配备人员提供科学依据。

关键词：院前急救；流行病学；疾病谱

中图法分类号：R195.4　　**文献标识码**：B

参考文献：

[1] 中国人民解放军总后勤部卫生部. 临床疾病诊断依据治愈好转标准[M]. 第2版. 北京：人民军医出版社，1998.

[2] 李继光，李　红，黄建群，等. 东北地区急诊疾病谱的研究[J]. 急诊医学，1997，6(5)：282－284.

[3] 徐惠荣. 上海市1991－1995年院前急救病种分析[J]. 急诊医学，1997，6(3)：181－183.

[4] 朱大磊. 洞口县120急救疾病谱的调查分析[J]. 中华中西医杂志，2003，4(20)：2934－2935.

[5] 王丽娜，王秀洁，王　峰，等. 急诊就诊病谱规律分析[J]. 中国急救医学，2003，23(7)：487－488.

[6] 郁园林，何　琨，林庆楠，等. 院前时间对交通事故伤救治的影响[J]. 郑州大学学报：医学版，2002，27(6)：843－845.

[7] BENSBERG M，KENNEDY M. A framework for health promoting emergency departments[J]. Health Promot Int，2002，17(2)：179－188.

（编辑　薛国文）

（上接175页）

发肺动脉高压（pulmonary arterial hypertension，PAH），进展快，死亡率高，治疗效果多不理想。由于其临床表现非特异，且易误诊，因此早期正确诊断十分重要。误诊原因分析：①SLE是一种病因不明的自身免疫性疾病，累及全身多个系统，临床表现错综复杂，尤其是起病初期往往仅有有单一器官受累。当临床医师经验不足，思路不广时往往导致误诊。如本例患者起病初以水肿、腹胀为主要表现，后期有心衰症状，故被误诊。②询问病史不详细，如该病人有皮肤骚痒，破损难愈，四肢怕冷等与诊断有关的病史未查询到。③本例误诊可能与一些基层医院缺乏相应的免疫学检查条件有关，制约了本病的早期诊断。④对临床上对可疑病人应行全面的免疫学检查，并行追踪观察，排除其他疾病的干扰。⑤有6%的患者仅表现为肾损伤，初诊时仅表现血、尿常规异常，尤其对青年女性应及时、多次做ANA、抗ds-DNA、ENA谱等有关SLE的检查，以便及早诊断，防治并发症。⑥雷诺现象常见于SLE、系统性硬化症等，表现为发作性血管痉挛导致的肢体末端皮肤颜色改变及感觉异常，故对于一些疑难疾病的确诊，有较大的临床意义。⑦SLE时肺动脉高压的发生率为5%～14%，心包受累在SLE亦最为常见[2]，因此对伴SLE患者应注意心肺状态，以便早期诊断和早期治疗，从而改善预后。

关键词：系统性红斑狼疮；肺动脉高压

中图法分类号：R593.241　　**文献标识码**：B

参考文献：

[1] 布朗沃德. 哈里森内科学(下)[M]. 王德炳，译. 北京：人民卫生出版社，2003：2361－2369.

[2] 亚历山大. 赫斯特心脏病学[M]. 郭继鸿，译. 南昌：江西科学技术出版社，2002：392－393.

（编辑　张大春）