维普资讯 http://www.cqvip.com

文章编号:0253－3626(2003)05－0664－01

急性心肌梗死左前降支支架植入术后亚急性心包积血伴下壁 ST 段抬高 1 例

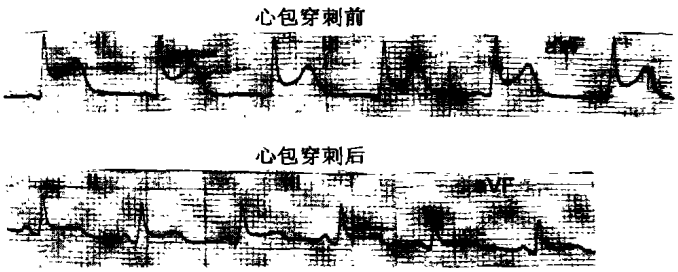
罗素新，覃　数，马康华，刘　剑，何　泉

(重庆医科大学临床学院心内科，重庆　400016)

【中国图书分类法分类号】R542.2⁺2　　【文献标识码】B　　【收稿日期】2002－05－30

1　临床资料

患者，男，47 岁，司机，因"反复胸闷、气紧 1 周，加重 2h"急诊入院。入院诊断为急性广泛前壁、高侧壁心肌梗死。既往吸烟 20 年，1 包/日，无高血压、糖尿病和高脂血症。查体无阳性体征，BP 130/80mmHg，HR 70 次/min。立即予尿激酶 150 万单位静脉内溶栓，90min 后 ECG 无改变，症状亦无改善。4h 后患者同意行冠脉介入治疗。造影发现左前降支近段几乎完全闭塞，中远段有一轻度狭窄病变。左主干、回旋支及右冠状动脉无狭窄病变。于左前降支近段行 PTCA 及支架植入术，术后 TIMI 血流 3 级，ECG 示 Ⅰ、aVL、V_{1-6}导联抬高的 ST 段较前下降 0.1－1.0mV，Ⅱ、Ⅲ、aVF 导联压低的 ST 段较前减轻。回病房 BP 140/100mmHg，HR76 次/min。术后 4h 拔管，肝素 600U/h 静脉泵入。术后发作 2 次胸闷、气紧，ECG 无改变，予硝基甘油加量后缓解。术后 19h BP(108/84mmHg)开始突然下降，低至 78/57mmHg，患者无任何不适，予多巴胺后 BP 回升。术后 34h 患者突然剧烈干咳，继之大汗淋漓，晕厥 10s 后恢复，诉心悸、气促、乏力明显，无胸闷、胸痛。心电监护示 BP 为 0/0mmHg，HR 从 103 次/min 锐减为 73 次/min，患者面色苍白，大汗，大动脉搏动未扪及，颈静脉怒张，双肺呼吸音对称无　音，心音无低钝，无杂音。ECG 示原 ST 段抬高的导联(Ⅰ、aVL V_{1-6})加重，Ⅱ、Ⅲ、aVF 导联压低的 ST 段转为明显抬高 0.2～0.3mV(见图)，立即予多巴胺加量至 20μg/kg/min，多巴酚丁胺 5μg/kg/min 静脉泵入，30min 后 BP 回升至 115/78mmHg。急诊床旁 B 超提示少至中量心包积液，行心包穿刺抽出血性不凝液体 175ml，整个过程不到 1h，后置管 4h 再引流出 260ml 心包积血，再次 B 超见少许积液，以后未再引流出积液。抽液后患者症状明显好转，BP 120～130/75～87mmHg，HR100－110 次/min，颈静脉怒张消失，ECG 示Ⅱ、Ⅲ、aVF 导联 ST 段抬高较前减轻，抬高 0.05～0.15mv(见图)，停多巴酚丁胺，多巴胺减至 10ug/kg/min，5h 后停用。同时停低分子肝素和肠溶阿司匹林。



2　讨　论

该患者诊断急性广泛前壁、高侧壁心肌梗死明确。早期患者因经费原因未行直接 PTCA，溶栓失败后方同意行补救性 PTCA。术后出现亚急性心包积血，及时发现处理后病情好转，住院 9 天出院。

心包积血导致心包填塞是冠脉介入治疗的严重并发症，原因即是冠脉穿孔。其发生率在 PTCA 约 0.1%，处理不及时可危及生命。冠脉穿孔若发生在大血管或分支血管，术中可发现造影剂直接漏入心包或渗漏在局部。若系未梢血管穿孔，可为不易察觉的小渗漏。其原因在 PTCA 多数是钢丝(特别是亲水涂层和中硬以上钢丝)直接损伤或球囊过大或在病变的假腔或桥状侧枝内扩张所致。本例患者术中未见造影剂渗漏，心包积血表现为亚急性过程，推测可能是术中 Choice PT 钢丝直接损伤末梢血管所致，溶栓剂、抗凝剂以及剧烈咳嗽则可能是心包积血的加重因素。

本例更重要的是：患者剧烈干咳后晕厥，心率骤降，BP 为 0/0mmHg，ECG 发现Ⅱ、(下转第 666 页)

作者介绍：罗素新(1969－　)，女，主治医师。
主要研究方向：心血管内科疾病。

维普资讯 http://www.cqvip.com

文章编号:0253－3626(2003)05－0666－01

裂头蚴病腹壁感染 1 例

张潞渝

(重庆医科大学基础医学院寄生虫学教研室,重庆 400016)

【中国图书分类法分类号】R532.31 【文献标识码】B 【收稿日期】2003－01－24

患者,女,32 岁,重庆铜梁县人。2000 年 10 月发现右下腹有一指头大小包块,伴瘙痒。2002 年,包块有所增大,瘙痒加重。2002 年 5 月 7 日到县医院就诊,PE:右下腹扪及皮下包块 3cm×2cm×2cm,质中等硬,边界不清,活动,皮肤色泽正常。B 超:皮下结节。患者体温:36.9℃,心肺正常,无畏寒、发热。肝、脾肋下未触及。血常规:WBC9.0×10^9/L,GRAN58.9%,RBC4.8×10^{12}/L,HGB141g/L,PLT177.0×10^9/L。临床诊断为右下腹脂肪瘤。行包块切除术,发现有寄生虫样东西溢出。疑是寄生虫感染,送我室鉴定。肉眼观察,虫体乳白色,条带状。大小:20mm×3mm,虫体前端稍大,中央有一凹沟。头节与曼氏迭宫绦虫成虫相似,体不分节,但具有横形皱褶。病理检查:虫体组织切片可见石灰小体,虫体周围组织中有大量嗜酸性粒细胞侵润。根据以上特征,以及临床症状,可诊断为曼氏迭宫绦虫裂头蚴病。

讨 论

人虽然不是曼氏迭宫绦虫成虫的正常宿主,但裂头蚴可寄生在人体的眼、脑、皮下、口腔等部位,有很强的活动力和存活能力,引起裂头蚴病。感染途径有两种:裂头蚴或原尾蚴经皮肤或粘膜侵入;误食裂头蚴或原尾蚴[1]。该患者 1998～2000 年,在广东一建筑工地打工期间常吃青蛙,可能食用了未煮熟的青蛙肉感染裂头蚴病。此外可能用切生蛙肉的砧或菜刀,没有经过清洗消毒又用来切熟食品,而导致裂头蚴病感染。因此,应加强饮食卫生的管理和宣传,克服不良饮食卫生习惯,才能有效的预防和避免食源性寄生虫病的感染和传播。

参 考 文 献

[1]赵慰先,主编.人体寄生虫学[M].第 1 版.北京:人民卫生出版社,1983;541－551.

(上接第 664 页)Ⅲ、aVF 导联压低的 ST 段转为明显抬高,容易误诊为右冠状动脉病变所致急性下壁心肌梗死,处理方法与心包积血有较大差异,若行溶栓反而会加重心包积血。仔细分析可以除外:1.冠脉造影已证实右冠状动脉内壁光滑、无狭窄病变;2.发作时无胸闷、胸痛等症状;3.阅读前日 ECG 可见Ⅱ导联 ST 段已抬高 0.1mV,Ⅲ、aVF 导联压低的 ST 段已恢复至等电线,发作时 ECG 则示原 ST 段抬高的导联加重,Ⅱ、Ⅲ、aVF 导联 ST 段为弓背向下型抬高;4.急诊 B 超亦证实上述 ECG 改变为心包积血所致,心包穿刺抽液后 ST 段明显回落。

本例患者大面积心肌梗死,尚需除外心室游离壁破裂,临床少见,常在起病 1 周内出现,来势凶猛,造成心包积血引起急性心脏压塞而猝死,也可为亚急性,需外科紧急处理。该患者超声未见心脏破裂,经前述处理后病情迅速好转,心包积血消失,因此不考虑心脏破裂。