身湿冷、呼吸浅快,脉细数 132 次/min。血压为 70/45 mmHg,反复多次测血压均低于正常。心律齐,心音低钝。询问病史,无明确药物过敏史,此次治疗亦未用易过敏药物。考虑为注射用骨肽致过敏性休克,迅速去除注射用骨肽滴注并建立静脉通道,使患者平卧,吸氧,给予心电、血压及血氧监测,立即给予肾上腺素 1 mg 皮下注射,40 mg 多巴胺注射液加入 0.9% 氯化钠 250 ml 静脉滴注,5 min 后测血压为 61/34 mmHg,给予地塞米松 10 mg 和多巴胺 40 mg 继续静脉滴注,10 min 后复测血压无明显变化,给予调高多巴胺滴速,并给予低分子右旋糖酐扩充血容量处理,加用 100 mg 多巴胺注射液加入 0.9% 氯化钠 500 ml 继续升压处理。30 min 后血压渐恢复,继续观察治疗 2 h 后生命体征完全恢复正常。

2 讨论

注射用骨肽其主要成分为多肽类骨代谢因子、有机钙、无机盐、微量元素及氨基酸等,具有调节骨代谢,刺激成骨细胞增殖,调节钙、磷代谢,增加骨钙沉积,用于治疗增生性骨关节疾病及风湿、类风湿关节炎等疾病。但静脉滴注注射用骨肽致过敏性休克病例临床较为罕见,之所以出现过敏现象,可能与药物提纯及个体差异有关。其抢救的重点是早发现,及时处理。肾上腺素可激动 α 和 β 受体,具有兴奋心脏、增强心肌收缩,降低毛细血管通透性、解除支气管痉挛等作用,能迅速缓解因过敏性休克而导致的心跳微弱、血压下降、呼吸困难等危急症状,可作为首选抢救药,同时辅以激素治疗,可提高患者应激能力,提高抢救成功率[1]。如果血压回升时间长,应迅速建立静脉输液通道,快速补充血容量的同时使用用血管活性药物如多巴胺等[2]。结合本病例抢救经验,我们认为,对于需要静脉使用注射用骨肽的患者,临床医师应高度警惕,详细询问有否过敏史。如果发生过敏性休克,应就地迅速处置。

参考文献

1 王振杰,石建华,方先业. 实用急诊医学[M]. 第 2 版. 北京:人民军医出版社,2009:299.
2 赵永春,张永利. 院前急救医师必修教材[M]. 北京:人民军医出版社,2007:115 - 116.

[收稿日期 2012 - 07 - 13][本文编辑 黄晓红 韦所苏]

24 h 动态心电图诊断变异型心绞痛 1 例

· 病例报告 ·

利冬梅

作者单位:535000 广西,钦州市第二人民医院心电图室
作者简介:利冬梅(1974 -),女,大学本科,医学学士,主治医师,研究方向:心电生理学。E-mail:Liuninehua@126.com

[关键词] 动态心电图; 变异型心绞痛
[中图分类号] R 444 [文章编号] 1674 - 3806(2012)10 - 0967 - 02
doi:10.3969/j.issn.1674 - 3806.2012.10.27

1 病例介绍

患者,男性,45 岁,反复胸痛 1 个月余,多于夜间或清晨发作,伴紧缩感,持续 3 ~ 4 min 自行缓解,来我院就诊。门诊予护胃、制酸治疗未见明显好转,遂拟“冠心病”收入院。入院查体:T 36.3 ℃,P 76 次/min,R 16 次/min,BP 150/100 mmHg;否认高血压病史。两肺叩清音,呼吸音清,未闻啰音。心前区无隆起,心尖搏动于左第 5 肋间锁骨中线内 0.5 cm,心界不大,心率 76 次/min,律齐,各瓣膜听诊区未闻及病理性杂音。常规心电图检查为窦性心律,正常范围心电图(图 1);胸片、超声心电图未见异常;肌红蛋白、肌钙蛋白均正常。24 h 12 导联同步动态心电图显示窦性心律。胸痛发作时心电图显示 Ⅰ、aVL、V_2 ~ V_4 导联 ST 段弓背向上抬高 0.4 ~ 0.8 mV,Ⅱ、Ⅲ、aVF ST 段压低 0.4 ~ 0.8 mV,并见频发室性早搏,短阵性室性心动过速(部分呈尖端扭转型室性心动过速)(图 2)。行冠状动脉造影,结果显示前降支近端偏心性狭窄,约 60%,前向血流 TIMI 3 级;回旋支及右冠动脉未见明显狭窄。临床诊断:冠心病、变异型心绞痛(VAP)。给予抗凝、抗血小板聚集、减少心肌缺血、缺氧、改善循环等对症支持治疗后病情好转稳定,无胸痛再发,给予出院。

万方数据

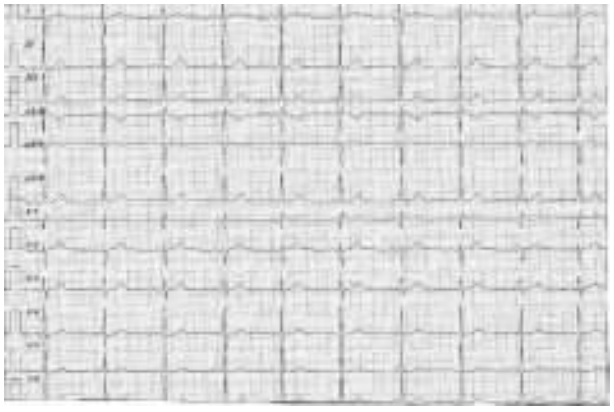

图 1　常规心电图正常

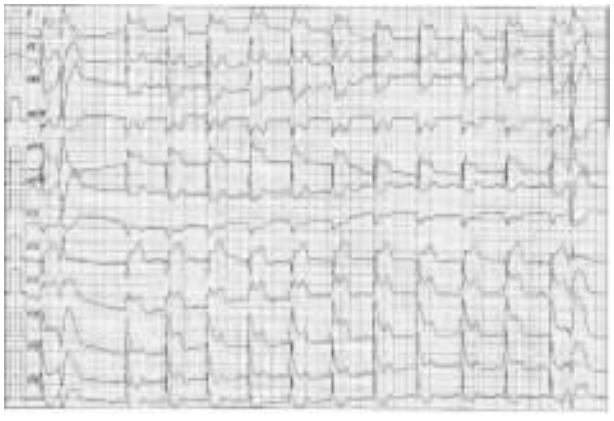

图 2　动态心电图示变异型心绞痛发作

2　讨论

VAP 为不稳定型心绞痛的一种，它是正常或已有病变的冠状动脉主干痉挛引起。一般发作时呈典型的临床表现，即心前区、胸骨后疼痛，多于夜间或清晨。其有 4 个主要特征：(1) 于休息或一般活动时发作，多有明显周期性，每日定时发作；(2) 疼痛程度较重，持续时间较长；(3) 发作时 ST 段抬高达数 mV 且有对应导联压低，抬高的导联通常与冠状动脉主干的分布相对应，且常能预见将要发生心肌梗死的部位；(4) 发作时常伴室性心律失常。由于 VAP 多发生于夜间休息或正常活动，后半夜或清晨起床后的各种活动易诱发，且呈一过性。因此，常规心电图很难记录到本病发作的时间以及心电图动态演变过程，动态心电图可以记录到 24 h 12 导联同步动态心电图的变化，对 VAP 的及时诊断和治疗有非常重要的临床意义[1]。24 h 12 导联同步动态心电图可以对患者 24 h 内的心律变化作全面了解，包括心率高限、低限、平均心率及每小时心率，能准确地记录心律失常的种类、发生时间、持续时间以及发作次数，如室上性或室性早搏及心动过速的次数，有无传导阻滞及心脏停搏等情况。通过 ST-T 改变可知患者有无心肌缺血以及缺血发生的时间。24 h 12 导联同步动态心电图连续监测 12 导联的心电图，对心肌缺血的检出率高，还可进行定位诊断，尤其症状不典型的心肌缺血。24 h 12 导联同步动态心电图可以获得 10 万个心动周期心电信息[2]。故 24 h 12 导联同步动态心电图对 VAP 的诊断优于常规体表心电图。此外，24 h 12 导联同步动态心电图还能检出心肌缺血时伴随的心律失常类型及频率，以及预测发生心源性猝死的可能性，便于及早采取防治措施。本病临床症状与十二指肠溃疡引起的疼痛难以鉴别。一般人多优先考虑以溃疡治疗，往往会延误病情发展，甚而引发急性冠脉综合征等不良心脏事件。常规心电图往往难以对本病进行诊断，所以对自诉夜间反复胸骨后疼痛的患者，在考虑胃肠道疾病同时应高度怀疑 VAP 发作，而常规心电图由于对本病诊断的阳性率较低，因此，24 h 12 导联同步动态心电图的检查显得尤为重要。笔者建议，此类患者均应该进行 24 h 12 导联同步动态心电图检查，避免误诊、漏诊。

参考文献

1　黄　宛. 临床心电图学[M]. 北京：人民卫生出版社，1956：95 - 97.
2　卢喜烈. 12 导联同步动态心电图的临床应用[J]. 心电学杂志，2009，28(4)：270 - 271.

[收稿日期　2012 - 05 - 24][本文编辑　刘京虹　吕文娟]

参考文献中英文作者名的著录方法

医学期刊的论文中，引用英文文献的比例很高，但有不少作者将英、美人的姓名搞错，以至用光盘核对时出现错姓、错名或姓名全错。英、美人姓名的习惯写法是："名"可以有 1 个、2 个或 3 个，但"姓"只有一个。姓是不可以简写的；"名"可以缩写，第一个字母大写，不用缩写点。

例如：John Quincy Public 写为 Public JQ

万方数据

· 本刊编辑部 ·