

慎用电凝,遇到管道应谨记胆道解剖变异可能,勿轻易离断解剖来源未明之管道;本组发生并发症4例,1例胆漏,开腹探查见夹闭胆囊管之钛夹脱落,经缝扎胆囊管,冲洗引流,痊愈;3例术后胆囊床渗血(50~100 ml/d),经保守治疗痊愈,无术后大出血、内脏损伤、胆道损伤等严重并发症及死亡病例发生。本组病例术后3~10 d均痊愈出院。

3.3 术后严密观察与及时处理 腹腔镜复杂胆囊切除术,术中腹腔内往往炎症粘连严重,分离创面较大,而且这种情况下局部解剖结构往往有不同程度的改变等,手术难度大,手术容易损伤相邻组织结构。术后需加强监护,密切观察患者生命体征、腹部情况及腹腔引流液的变化情况等,及时发现异常情况并给予恰当处理,避免严重后果的发生。

总之,由于基层医院的技术水平参差不齐,对于腹腔镜复杂胆囊切除术而言手术难度大,把握度难以掌控,术者须经专业系统培训,遇到困难更需精心及耐心,避免盲目、粗暴操作,保持清醒的头脑,时刻把手术安全性放在第一位,适时把握术中、术后中转开

腹手术的时机,最大限度地降低并发症的发生率,确保患者的生命安全,使该技术在基层医院顺利开展。

参考文献

- 1 苏 域,胡少华.腹腔镜胆囊切除术并发症的防治体会[J].中国医药,2006,1(8):483-484.
 - 2 Kwon AH, Inui H. Preoperative diagnosis and efficacy of laparoscopic procedures in the treatment of Mirizzi syndrome[J]. J Am Coll Surg, 2007, 204(3):409-415.
 - 3 陈彦波,吴 雄.腹腔镜胆囊大部分切除术临床应用探讨[J].中国普通外科杂志,2007,16(2):195-196.
 - 4 Tuveri M, Calb PG, Medas F, et al. Limits and advantages of fundus-first laparoscopic cholecystectomy: lessons learned. [J]. J Laparoendosc Adv Surg Tech A, 2008, 18(1):69-75.
 - 5 黄建彪,郑小峰.腹腔镜胆囊大部分切除术在困难胆囊切除中的应用[J].中国内镜杂志,2007,13(6):643-645.
 - 6 吴品飞,陈汝岱,顾勇劲.腹腔镜胆囊切除术5000例临床分析[J].实用医学杂志,2008,24(20):3544-3546.
 - 7 江文枢,卢榜裕,刘组军.腹腔镜胆囊切除术561例临床探讨[J].中国临床新医学,2009,2(6):596.
- [收稿日期 2013-12-06][本文编辑 黄晓红 吕文娟]

脑出血误诊急性冠脉综合征一例

· 病例报告 ·

王云兵

作者单位:400704 重庆,重庆市天府矿务局职工总医院内科

作者简介:王云兵(1980-),女,大学本科,医学学士,主治医师,研究方向:脑出血疾病的诊治。E-mail:wybin33@sina.com

[关键词] 脑出血; 急性冠脉综合征; 病例分析

[中图分类号] R 743 [文章编号] 1674-3806(2014)07-0648-02

doi:10.3969/j.issn.1674-3806.2014.07.23

1 病例介绍

患者,男性,64岁,退休工人,因“神志不清,呼之不应2 h”入院。患者有高血压病史4年,长期服用依那普利片5 mg/次,2次/d,硝苯地平缓释片10 mg/次,2次/d控制血压,血压控制在140/80 mmHg左右。1年前患者因突发左侧肢体活动受限,于当地卫生院就诊检查,诊断“左侧基底节区脑梗死”,经治疗后患者遗留左侧肢体活动减退,但生活能自理,可借助拐杖行走。入院2 h前患者曾因“左侧肢体活动受限1年,突发头痛、心悸4 h”于当地卫生院就诊,接诊医生查体:血压160/100 mmHg,考虑患者左侧

肢体活动受限为脑梗死后遗症,头痛因血压增高所致,因无明显神经缺失加重表现,未考虑脑血管疾病,故予行心电图检查示窦性心律;心率76次/min;电轴不偏,多导联T波倒置, $V_3 \sim V_6$ 深倒置伴ST段压低0.05~0.1 mV,立即行心肌酶谱及肌钙蛋白检查:心肌酶谱增高,肌钙蛋白弱阳性。诊断考虑“急性冠脉综合征:非ST段抬高型心肌梗死”。遂立即给予“阿司匹林300 mg嚼服;氯吡格雷300 mg口服,低分子肝素钙皮下肌注2次/d,5 000 IU/次,硝酸甘油5 mg+5%葡萄糖液30滴/min持续静滴。于3 h后(来我院2 h前)患者突发神志不清,呼之不应,患

者家属故要求转来我院。入院后立即行头颅 CT 平扫:左侧基底节区脑出血,局部见软化灶,考虑既往脑梗死,查体:血压 200/110 mmHg,双侧瞳孔对光反射迟钝,双眼向左侧凝视,双侧肢体肌力 0 级,肌张力正常,即予甘露醇 125 ml,每 8 h 1 次,控制颅内压,稳定血压,血凝酶 20 mg + 5% 葡萄糖液 100 ml 静滴、止血芳酸 400 mg 静滴,1 次/d 止血及预防感染、保护胃黏膜、营养等支持治疗,同时留置导尿管,心电监护,完善肝肾功能,查电解质未见异常。凝血五项:凝血时间较正常延长,余四项正常范围。心电图示窦性心律, I、II、III、aVF、V₃ ~ V₆ 导联 T 波 > 1 mV;伴切迹, V₃ ~ V₆ 导联 ST 段弓背向上压低 0.02 ~ 0.05 mV。入院第 2 天患者清醒,反应迟钝、左侧上下肢肌力 I 级,肌张力正常,复查肌钙蛋白(-),心肌酶谱较前下降,心电图:窦性心律,继续给予治疗,患者病情逐渐好转,15 d 后患者能在他人搀扶下缓慢行走,住院 20 d 后患者病情稳定出院,出院后患者继续预防性用药治疗,随访半年患者目前生活能部分自理,病情平稳。

2 讨论

2.1 生理机制 急性脑血管意外对心脏的影响,一般认为主要与植物神经功能障碍有关。脑出血导致脑水肿,促进和加重急性脑血液循环障碍。有学者认为,颅内压增高时,患者脑部缺血缺氧加重,植物神经中枢紧张性改变,交感神经与副交感神经活动不平衡,交感神经活性增高,迷走神经活性减低,导致心血管调节紊乱^[1],可引起冠状动脉痉挛^[2]。儿茶酚胺分泌增强,释放大量的儿茶酚胺,对心肌产生毒害作用而使心脏复极异常最终导致心电图出现异常 T 波以及心肌酶谱增高^[3]、肌钙蛋白异常。而另一方面,中枢神经系统对心脏有直接调控作用,当脑部发生病变时,对心脏的控制和调节发生紊乱^[4],但这种损害会随脑血管病情的转归而缓解,一般不会造成持续性损害。

2.2 药理作用 本例患者在院外就诊时,接诊医生因未发现患者脑血管疾病加重的神经缺失等定位体

征,虽有肢体功能受限,考虑其为既往脑梗死后遗症,故未完善颅脑疾病的排查,在完善心脏情况检查后考虑“急性冠脉综合征;非 ST 段抬高型心肌梗死”,遂给予氯吡格雷、阿司匹林、低分子肝素钙抗血小板、抗凝等治疗。而氯吡格雷对血小板的抑制较阿司匹林强大,但在引起颅内出血风险较阿司匹林小,两者合用增加出血风险,而阿司匹林对血小板的抑制作用是持久的、不可逆的,一次用药后其抑制作用可持续近 7 d,直到骨髓巨核细胞产生新的血小板才能重合成血栓烷(TXA₂),但更新 10% 的血小板可使血小板功能低下状态恢复^[5]。低分子肝素钙通过激活抗凝血酶 III(AT-III)而发挥抗凝作用。它对凝血过程的三个阶段均有影响,在体内外均有抗凝作用,可延长凝血时间、凝血酶原时间和凝血酶时间。患者用药后出现神志改变等脑血管疾病体征,后经头颅 CT 平扫证实脑出血。

综上所述,急性脑血管意外可引起心肌损害,一些患者的心电图极易误诊为急性心肌梗死以致不恰当的治疗。提示我们,在发现有心电异常、心肌损害的可能时,需要全面地了解病情及体征,明确心肌损害的诱因,在需要抗血小板聚集、抗凝用药治疗前,更要注意除外脑血管等出血疾病,而对急性脑血管意外患者也需常规检查心电图,必要时可检测心肌酶谱。特别是老年患者原有心脏病病史,更需加以注意,以免导致漏诊、误诊、误治。

参考文献

- 1 田强,王宏伟. 110 例急性脑血管病心电图变化分析[J]. 中华综合医学,2002,3(9):799-800.
- 2 陈巍,森田大. 脑卒中时心电图改变与冠状动脉造影的对比研究[J]. 江苏医药杂志,2000,26(4):318.
- 3 黄岚,宋凌鲲. 心电图临床解读[M]. 北京:化学工业出版社,2009:173-175.
- 4 梁瑞卿,崔宝菊. 脑卒中急性期心电图变化探讨[J]. 脑与神经疾病杂志,2010,18(1):41-43.
- 5 杨跃进,华伟. 阜外心血管内科手册[M]. 北京:人民卫生出版社,2006:113.

[收稿日期 2014-03-03][本文编辑 韦所苏]