

夹层的特征性表现。90%以上的急性主动脉夹层患者在急诊就诊时主诉严重疼痛,而仅有小部分患者有轻微疼痛甚至根本无疼痛^[4]。然而,国内外少量报道仅仅有脊髓的症状而没有疼痛的病例^[5-7]。本组患者中均存在胸背部疼痛,但轻重不一,且大多没有固定的疼痛点,疼痛的范围较弥散,同时因疼痛不适而出现烦躁不安。所有患者均有肢体功能障碍的症状,表现为肌力下降,肢体麻木无力。感觉异常往往先于运动障碍,部分出现截瘫的现象。这可能与脊髓的血供的解剖特点有关。一般情况下,脊髓前动脉提供 75% 的血流供应脊髓前 2/3,而脊髓后动脉供血不超过 25%。因此,脊髓的背侧供血较薄弱。当发生主动脉夹层时,血流动力学发生改变后脊髓出现低灌注,进而影响到供血较薄弱的部位。同时由于主动脉夹层分离,引起肋间动脉、腰动脉、根动脉供血不足导致脊髓缺血性梗死。当患者出现脊髓缺血性梗死时,就可能出现截瘫的症状,或出现脊髓半切综合征的症状。

本组患者中均有明确的感觉平面,其中胸腹水平较多,其中 25 例表现为胸腹部的感觉异常,经彩超或 CT 检查发现胸主动脉及腹主动脉出现夹层动脉瘤。胸主动脉及腹主动脉出现夹层动脉瘤比例高,这与脊髓的血供十分复杂性相一致。脊髓的供血动脉包括起自椎动脉的脊髓前动脉、脊髓后动脉及来源于胸腹主动脉侧支的根动脉,脊髓前动脉是脊髓灌注的最主要来源,它在下行中接受来自主动脉的肋间动脉、腰动脉的支持。因此,在接受来自主动脉血供时存在着血液供应的薄弱点,而这些薄弱点就出现在其供血的分水岭区。在发生主动脉夹层时这些供血分水岭区的血供减少甚至发生梗死,就可能出现脊髓的神经症状。

影像学检查是主动脉夹层的重要诊断手段。周海红等^[8]认为 DSA 及逆行性主动脉造影则是最可靠的检查。本组患者进行了 CT/CTA 或彩超的检查均发现了夹层动脉瘤。同时,CT/CTA 检查可显示主动脉真假腔形成,并可显示破口位置。彩超作为一种检查方法,可以在条件不允许的情况下对夹层动脉瘤进行初诊,但明确诊断应以 CT 检查结果及临床表现为准。CT 检查为早期确诊主动脉夹层及尽快地进行干预提供

• 短篇及病例报道 •

风心病术后别嘌醇过敏综合征 1 例

马兴杰,董岸莺,杨丽霞

(解放军第 273 医院心肾呼吸科,新疆库尔勒 841000)

doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2011.11.050

文献标识码:C

文章编号:1671-8348(2011)11-1143-02

1 病例资料

患者,男,63 岁,因“体检发现蛋白尿 1 个月”入院。既往风心病病史 16 年,6 年前行二尖瓣置换术,术后长期口服华法令 2.5 mg,每日 1 次,监测 INR 2~3,无明显出血并发症。入院查体:血压 130/80 mm Hg,心率 76 次/分,双肺呼吸音清晰,心界向左扩大,双下肢轻度浮肿。尿常规:比重 1.015,蛋白质(+);血(+)。血肌酐 173.10 μmol/L;尿素 10.12 mmol/L;尿酸 632 μmol/L。心脏超声:人工二尖瓣置换术后,左房增大,左室稍大;人工二尖瓣功能正常;主动脉瓣中度狭窄并钙化,局限性反流;二尖瓣、肺动脉瓣局限性反流;心包积液。双肾二维超声及彩色多普勒超声未见异常。诊断:“慢性肾脏

了有效的手段。蔡振林^[9]研究认为,主动脉夹层患者确诊的时间与死亡有相关性,大于 6 h 确诊的患者死亡率极高。

本组病例中 9 例出现截瘫的症状:双下肢麻木无力及排尿困难。起初曾拟诊为脊髓炎,但作者在体格检查时发现了下肢动脉搏动减弱或消失,同时患者有明显的血压升高。根据这些特征及时进行彩超和 CT 检查,明确了主动脉夹层,从而得到了及时的治疗。

参考文献:

- [1] 楼小琳,张苗,张菁. 主动脉夹层动脉瘤的神经系统表现[J]. 中华老年心脑血管病杂志,2000,2(1):26-28.
- [2] 于健,李向东. 20 例主动脉夹层动脉瘤的临床诊治体会[J]. 中国医师杂志,2003,5(2):180-181.
- [3] 孟庆义. 急性主动脉夹层的急诊救治[J]. 中国临床医生杂志,2008,36(1):11-12.
- [4] DeSanctis RW, Doroghazi RM, Austin WG, et al. Aortic dissection[J]. New Eng J Med,1987,317(8):1060-1066.
- [5] 庄晓荣,林晓芳,郑维红,等. 急性无痛性主动脉夹层导致的截瘫[J]. 脑与神经疾病杂志,2006,14(5):357-359.
- [6] Inamasu J. Paraplegia caused by painless acute aortic dissection[J]. Spinal Cord,2000,38(6):702-704.
- [7] 杨静,韩新生,何蕴,等. 以截瘫为主要临床表现的主动脉夹层动脉瘤 2 例临床分析[J]. 临床荟萃,2005,20(3):400-401.
- [8] 周海红,赵斌,李君,等. 合并神经系统损害的主动脉夹层 30 例临床分析[J]. 神经疾病与精神卫生,2004,4(4):269-271.
- [9] 蔡振林,徐瑞芳,郑挺,等. 以急性脊髓损害为表现的主动脉夹层分离破裂的临床研究[J]. 中国临床神经科学,2006,14(3):274-280.

(收稿日期:2010-11-15 修回日期:2011-01-25)

病Ⅲ期;高尿酸血症;风心病(人工瓣膜置换术后);心功能 2 级”。入院后给予缬沙坦 80 mg 口服,每日 1 次;别嘌醇 100 mg 口服,每日 1 次;碳酸氢钠 1 g 口服,每日 3 次;华法令 2.5 mg 口服,每日 1 次;血塞通 0.8 g 静滴,每日 1 次。治疗 2 d 后出现全身红色丘疹,伴瘙痒,考虑静脉输注中成药所致,停用中成药后给予口服氯苯那敏及氯雷他定抗过敏治疗,皮疹好转不明显,入院 1 周后复查肾功血肌酐 264 μmol/L;尿素 8.38 mmol/L;尿酸 348 μmol/L。考虑别嘌醇过敏,停用别嘌醇及缬沙坦;雷公藤多甙 10 mg 口服,每日 2 次。1 周后复查肾功血肌酐 190 μmol/L;尿素 6.57 mmol/L;尿酸 279 μmol/L;尿蛋白(-)。

2 讨 论

别嘌醇过敏综合征 (allopurinol hypersensitivity syndrome, AHS) 是指应用别嘌醇 1~4 周 (或 2~5 周) 后出现皮肤、肝、肾、眼、血液、胃肠道等全身过敏反应^[1]。临床表现最常见为皮疹, 包括斑丘疹、剥脱性皮炎、严重多形性红斑和中毒性表皮坏死松解型等; 约 40%~45% 的患者分别出现肝脏和肾脏损害; 血液系统出现白细胞和嗜酸细胞增多, 主要并发症有广泛的皮肤葡萄球菌感染、胃肠道出血、弥漫性血管内凝血及成人呼吸窘迫综合征等^[2]。住院患者发生率为 1%, 死亡率为 25%^[3]。AHS 发生机制尚不清楚, 可能与别嘌醇的代谢产物别嘌醇二醇 (oxypurinol) 致变态反应有关。AHS 作为别嘌醇较为严重的不良反应值得注意, 为避免 AHS 的发生, 临床工作中应注意: (1) 肾功能不全时别嘌醇二醇半衰期延长^[4], 发生过敏反应概率增高, 针对老年和慢性肾功能不全患者应根据肾功能调整并谨慎用药。(2) 用药适应症: 对无症状的高尿酸血症患者首选促尿酸排泄药物, 别嘌醇只用于一般治疗措施无效的有症状患者, 或长期存在高尿酸血症 (尿酸大于或等于 594.84 μmol/L) 的患者^[5]。(3) 服药期间多饮水, 并使尿液呈中性或碱性, 以利尿酸排泄。(4) 药物之间的相互作用: ACEI/ARB 具有降压、减少蛋白尿、延缓肾功能恶化; 改善心衰时血流动力学, 抑制心肌及小血管重塑的作用。但 ACEI 与别嘌醇联合使用时别嘌醇过敏发生率增加数倍。文献报道依那普利加别嘌醇引起急性过敏反应伴严重冠脉痉挛, 最终导致心肌梗死^[6]。目前尚无 ARB 加重别嘌醇过敏的文献报道。因此, 对于那些类似于本例, 同时存在心功能不全、慢性肾炎蛋白尿等有 ACEI/ARB 使用指征、又同时需使用别嘌醇治疗高尿酸血症的患者, 应避免 ACEI 与别嘌醇伍用, 选择 ARB; 对于已经

使用 ACEI 的患者需加用别嘌醇时, 应先将 ACEI 改为 ARB 后再加别嘌醇, 以避免 AHS 的发生。(5) 本例患者还涉及别嘌醇与华法令联合使用, 此时别嘌醇可制华法令代谢, 延长其半衰期, 抗凝作用增强, 抗凝过度出现严重肺出血^[7]。ACEI/ARB 与华法令联合使用能增强华法令的抗凝作用, 使 INR 增长至 4~5, 出血风险增高, 故本例未行肾穿刺活检。

参考文献:

- [1] 陆玮, 单剑萍, 朱汉威. 慢性肾功能衰竭患者口服别嘌醇致剥脱性皮炎 4 例分析[J]. 实用医学杂志, 2005, 21(7): 724-726.
- [2] 蔡旭镇, 黄丽娜, 郑克衍. 别嘌醇过敏综合征并肾衰竭死亡[J]. 药物不良反应杂志, 2008, 1(6): 434-436.
- [3] 汤雪萍, 邱泽武. 别嘌醇超剂量致剥脱性皮炎[J]. 药物不良反应杂志, 2002, 2(5): 319-321.
- [4] 陈晓红, 赵志刚, 魏丽荣. 别嘌醇的不良反应文献分析及探讨[J]. 实用药物与临床, 2010, 25(2): 149-151.
- [5] 张忠辉. 痛风与高尿酸血症的进展[J]. 重庆医学, 2007, 36(10): 985-987.
- [6] Ahmad S. Allopurinol, Enalapril. Drug induced anaphylactic coronary spasm and acute myocardial infarction[J]. Chest, 1995, 108(2): 386-388.
- [7] Self TH, Evans WE, Ferguson T. Letter: drug enhancement of warfarin activity[J]. Lancet, 1975, 20(4): 557-559.

(收稿日期: 2010-11-19 修回日期: 2011-01-16)

(上接第 1133 页)

- Educ, 2010, 14(2): 106-108.
- [2] 李玉艳, 王凤英, 俞炽阳. 应对妇产科临床教学难点的几点体会[J]. 重庆医学, 2007, 36(22): 2345-2345.
 - [3] Neville AJ. Problem-based learning and medical education forty years on. A review of its effects on knowledge and clinical performance[J]. Medical Principles and Practice, 2009, 18(1): 1-4.
 - [4] Vernon DT, Blake RL. Does problem-based learning work? A meta-analysis of evaluative research[J]. Acad Med, 1993, 68(5): 550-563.
 - [5] Maudsley G. Do we all mean the same thing by problem-based learning? A review of the concepts and a formulation of the ground rules[J]. Acad Med, 1999, 74(2): 178-181.
 - [6] Epstein RJ. Learning from the problems of problem-based learning[J]. BMC Med Educ, 2004, 4(1): 1-3.
 - [7] Koh GC, Khoo HE, Wong ML, et al. The effects of problem-based learning during medical school on physician competency: a medical school on physician competency: systematic review[J]. CMAJ, 2008, 178(1): 34-41.
 - [8] Watmough SD, O'Sullivan H, Taylor DC. Graduates from

a reformed undergraduate medical curriculum based on Tomorrow's Doctors evaluate the effectiveness of their curriculum 6 years after graduation through interviews [J]. BMC Med Educ, 2010, 10(1): 65-68.

- [9] Watmough S, O'Sullivan H, Taylor D. Graduates from a traditional medical curriculum evaluate the effectiveness of their medical curriculum through interviews [J]. BMC Med Educ, 2009, 9(1): 64-66.
- [10] Distlehorst LH, Dawson BK, Klamen DL. Supervisor and self-ratings of graduates from a medical school with a problem-based learning and standard curriculum track [J]. Teach Learn Med, 2009, 21(4): 291-294.
- [11] Johnston JM, Schooling CM, Leung GM. A randomised-controlled trial of two educational modes for undergraduate evidence-based medicine learning in Asia [J]. BMC Med Educ, 2009, 9(1): 63-65.
- [12] Albanese M. Problem-based learning: why curricula are likely to show little effect on knowledge and clinical skills [J]. Med Educ, 2000, 34(6): 729-732.

(收稿日期: 2011-01-07 修回日期: 2011-01-12)