

清楚,双上肢肌力 5 级,双下肢肌力 0 级,双下肢腱反射消失,右侧胸 2 平面以下深浅感觉消失,左侧胸 4 平面以下深浅感觉消失,未引出病理反射。入院诊断:脊髓压迫症,硬膜外腔积气。入院后患者短时间内相继出现上肢肌力减退,血压下降,高热,意识障碍,予以气管切开、呼吸机辅助呼吸、抗感染、脱水、营养神经等对症支持治疗。治疗期间,患者血生化检查基本正常,但意识障碍未能恢复,血压依靠血管活性药物维持,入院第 6 天,患者终因呼吸、循环衰竭抢救无效死亡。



图 2 腰部 MRI 检查结果

2 讨论

硬膜外阻滞可用于除头部之外身体其他任何部位的手术。临床上常用硬膜外针穿破黄韧带时有落空感,注气、注液无阻力,回抽无脑脊液流出,表示针尖已到达硬膜外间隙^[1],其中注气试验是一种重要的鉴别手段。有文献报道硬膜外麻醉后穿刺点附近的硬膜囊内积气可致脊髓受压而发生截瘫^[2-3]。硬膜外腔内容物包括血管和神经,但主要是脂肪组织,其腔隙呈节段性分布,各个亚腔之间可以相互自由交通^[4]。本例患者术后腰部 CT/MRI 均可见被气体填充、散在腔隙,这种特殊结构导致硬膜外腔穿刺抽吸减压基本无效,目前主要通过对症支持治疗,待椎管内气体被机体吸收,也很少出现不良预后。本例患

• 短篇及病例报道 • doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2015.02.055

者因病情进展迅速,入院后虽未再次行脊髓的影像学复查,但结合病史及体征,考虑患者脊髓损伤平面的逐步上移,为硬膜外腔积气由腰段(L2、3 间隙)扩散到颈部,压迫脊髓,造成高位截瘫,最终导致呼吸循环衰竭,抢救无效死亡。

本例患者硬膜外腔积气向颈、胸部扩散的原因可能是:硬膜外腔组织解剖结构独特,其纵向通透性较好;多次反复行空气注射,导致大量气体进入硬膜外腔(除阻力实验外,硬膜外镇痛泵故障和连接错误也不能排除);妊娠导致椎管内静脉丛怒张,硬膜外间隙变窄^[5],加上 L4、L5 椎间盘突出,导致注气、注液均易向头端扩散。大量气体在局部麻醉、镇痛药液的推动下不断前行,其带来的硬膜外腔高压不能被机体的自行吸收所缓解,导致高位脊髓直接受压,出现外周性呼吸衰竭、脊髓缺血(脊髓前动脉综合征)、脊髓休克,最终抢救无效死亡。

综上所述,临床上应尽量采用注射生理盐水或含有小气泡生理盐水(气泡压缩试验)来判断是否针尖进入硬膜外腔,切忌单纯反复大量注射空气,防止出现硬膜腔高压而导致脊髓受压,甚至死亡。

参考文献:

- [1] 吴在德,吴肇汉. 外科学[M]. 7 版,北京:人民卫生出版社,2010:95.
- [2] 陈海涛. 硬膜外麻醉空气压迫硬膜囊致截瘫 1 例[J]. 临床麻醉学杂志,2000,20(12):589.
- [3] 左春梅. 硬膜外麻醉后气肿引起截瘫 1 例[J]. 中华麻醉学杂志,2001,21(8):486.
- [4] 薛富善. 临床局部麻醉技术[M]. 北京:人民军医出版社,2005:290.
- [5] 庄心良,曾因明,陈伯銮. 现代麻醉学[M]. 3 版,北京:人民卫生出版社,2003:1314.

(收稿日期:2014-08-25 修回日期:2014-10-25)

主动脉球囊反搏联合心脏临时起搏成功救治极似急性前壁心肌梗死的重症心肌炎 1 例

隋明亮,吴长江,黄超发,朱团结,黎宁君

(上海交通大学医学院苏州九龙医院重症医学科,江苏苏州 215000)

中图分类号:R459.7

文献标识码:C

文章编号:1671-8348(2015)02-0286-02

急性重症心肌炎,起病急,病情重,病死率高。部分患者由于其心肌酶学、心电图改变,以及临床表现等与急性心肌梗死患者非常相似,常导致临床医师误诊。在发病早期给予恰当的支持治疗,可明显改善预后。本文报道了 1 例经主动脉球囊反搏和心脏临时起搏成功抢救的似急性前壁心肌梗死的重症心肌炎病例。

1 临床资料

患者,女,45 岁,因“突发胸痛 3 d”于 2013 年 8 月 1 日 10:32 入本院心内科。患者无发热、咳嗽、咳痰、腹泻等呼吸道及胃肠道症状。近来患者一般情况可,无咳嗽、咳痰,无夜间端坐呼吸,饮食可,大小便正常。否认高血压、糖尿病、高脂血症病史。2 周前曾有一过性发热史。入院查体:神清,体温 36.7

℃,脉搏 86 次/分钟。呼吸 16 次/分钟,血压:92/60 mm Hg,口唇无发绀,颈静脉充盈,两肺呼吸音低,肺底少许湿啰音,心率 86 次/分钟,心音低钝,心界大小正常,律不齐,未及病理性杂音。双下肢无性水肿。急诊心电图:窦性心律,V1~V3 ST 段弓背抬高,V1~V6 导联 R 波递增不良,II、III、aVF 呈 QS 型。床边心脏超声:左室心尖运动欠协调,心包微量积液。左心舒张功能降低。实验室检查:白细胞计数 4.62×10^9 个/L;淋巴细胞 29.0%,中性粒细胞 60.4%,红细胞计数 3.66×10^{12} 个/L,血红蛋白 117 g/L,血小板计数 103×10^9 个/L,N 端前脑钠肽(BNP)2 920 ng/L,磷酸肌酸激酶(CK)468.16 μ /L,肌酸激酶同工酶(CK-MB)69.0 ng/mL,肌红蛋白 138 ng/mL,肌钙蛋白 I(TnI) 2.9 ng/mL,D-二聚体 0.7 mg/L。C 反应蛋白

(CRP) < 1 mg/L。初步诊断:急性心肌梗死,前壁可能,不排除有陈旧性下壁心肌梗死。8月1日12:30患者于安静状态再次胸痛发作,立刻心电图检查示:V1、V2导联ST段较前进一步抬高。约10 min胸痛缓解,仍有胸闷不适,随后出现室早二联律,血压下降至88/56 mm Hg。多巴胺4~6 $\mu\text{g} \cdot \text{kg}^{-1} \cdot \text{min}^{-1}$ 维持血压。急诊介入指征明确。与患者家属沟通签字同意行急诊介入术。冠状动脉造影:冠状动脉未见明显异常。肺动脉造影:左右肺动脉及其分支未见明显异常。左心室造影:左心室整体室壁运动减弱。排除心肌梗死、肺动脉栓塞、主动脉夹层。修正诊断为:急性重症心肌炎。造影检查术后心电图提示交替心律,心室自主心律,患者疾病进展快,泵功能衰竭。8月1日17:20转重症医学科继续治疗。给予甲强龙抑制免疫反应、营养心肌、抗病毒、大剂量维生素C、维持内环境稳定及补液支持治疗。8月1日20:30行主动脉球囊反搏辅助治疗后患者出现严重房室传导阻滞,心率28~40次/分钟,8月2日3:00急诊行临时心脏起搏治疗。8月2日TnI 12.54 ng/mL, BNP 3 852 pg/mL。心脏超声:左心室射血分数40%,左心室舒张末期内径约45 mm。室壁运动弥散性减弱。左心收缩功能明显降低。呼吸道感染病原体IgM抗体九联阴性。经治疗后患者血流动力学逐渐稳定,心律失常改善。于8月8日脱离主动脉球囊反搏,8月10日撤除心脏临时起搏器,转回心内科继续治疗。8月15日TnI < 0.01 ng/mL, CK-MB < 2.0 ng/mL, 08~20 BNP 137 pg/mL。8月20日心脏超声:左心室射血分数61%,左心室舒张末期内径约46 mm。左心收缩及舒张功能正常。复查心电图示窦性心律,轻度ST-T改变,8月21日康复出院。

2 讨 论

急性重症心肌炎约占急性心肌炎的5%,起病急,早期并发症多。可迅速出现各种恶性心律失常、泵功能衰竭,病死率可达10%~20%^[1]。急性重症心肌炎的诊断依据没有统一的国际标准,我国主要仍根据1999年制定的成人急性心肌炎的诊断参考标准,但其临床表现和多数辅助检查都缺乏特异性,部分患者的临床表现与急性心肌梗死极其类似,易造成临床误诊^[2-3]。

本例患者,2周前有一过性发热病史,本次以胸痛为主要表现入院。心电图有胸前导联定位趋向的ST段抬高,CK、CK-MB和TnI升高,首先考虑诊断为急诊前壁心肌梗死。但患者平时无胸痛、胸闷发作,无高血压、高血脂、糖尿病、肥胖等冠心病危险因素。遇到这种情况应尽早行冠状动脉造影以明确诊断,减少误诊。目前急性重症心肌炎尚无特效治疗。在急性期,对于难治性心力衰竭及血流动力学不稳定者,应给予积极的机械辅助支持治疗。主动脉球囊反搏是目前首选的机械性辅助循环的方法之一,它主要应用于各种原因引起的心泵衰

• 短篇及病例报道 • doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2015.02.056

竭。其工作原理是心脏收缩前一瞬间(主动脉瓣开放时),球囊放气,降低主动脉内舒张末压,减少左心室做功,降低后负荷,减少心肌耗氧。心脏舒张前一瞬间(主动脉瓣关闭时),球囊充气,增加舒张期冠状动脉灌注压力,增加心肌供氧。多项研究证实,在急性重症心肌炎发病早期适时使用主动脉球囊反搏支持治疗,可显著改善患者预后^[4-6]。急性重症心肌炎可引起恶性心律失常,如窦性停搏、II度或III度房室传导阻滞、室内传导阻滞、室性心动过速等。急性重症心肌炎合并恶性心律失常后果极其严重,如果不能及时有效防范,一旦发生,可导致患者死亡。大量临床研究证明,缓慢性心律失常应及时行心脏临时起搏治疗^[7-8]。

极似急性心肌梗死的急性重症心肌炎临床易造成误诊,延误治疗。临床医生必须引起重视,认真询问患者病史,进行全面的体格检查。仔细分析患者心电图变化和心脏超声结果,及时行冠状动脉造影等检查,以尽早明确诊断,减少临床误诊。对急性重症心肌炎合并严重泵功能衰竭和缓慢性心律失常患者,及时、快速地给予主动脉球囊反搏和心脏临时起搏治疗,可使患者安全度过危险期,改善预后。

参考文献:

- [1] 马敏,惠杰.重症暴发性心肌炎的治疗进展[J].临床心血管病杂志,2010,26(2):83-86.
- [2] 何秉贤.急性冠状动脉综合征心肌标志物检测的现状[J].中华心血管病杂志,2003,31(1):70-71.
- [3] 王琼涛,金秀,杨海珍.急性重症心肌炎误诊为急性心肌梗死37例分析[J].中华全科医学,2012,10(7):95-96.
- [4] 何汉康,陈剑,石磊,等.主动脉内球囊反搏在急性重症心肌炎心衰治疗中的应用[J].山东医药,2011,51(21):81-82.
- [5] 尹桂芝,张大东,胡伟,等.主动脉内球囊反搏成功救治酷似急性广泛前壁心肌梗死的重症心肌炎1例报道[J].上海交通大学学报:医学版,2010,30(1):116-117.
- [6] D'ambrosio A, Patti G, Manzoli A, et al. The fate of acute myocarditis between spontaneous improvement and evolution to dilated cardiomyopathy: a review[J]. Heart, 2001, 85(5):499-504.
- [7] 卢翔,尹秋林,李林锋,等.急性病毒性心肌炎伴恶性心律失常28例临床分析[J].中国当代医药,2009,16(4):125-126.
- [8] 张莉莉,王效增.心脏起搏抢救酷似心肌梗死的重症心肌炎1例[J].疑难病杂志,2008,7(11):689.

(收稿日期:2014-08-26 修回日期:2014-10-19)

误诊为腰椎间盘突出症的女性强直性脊柱炎 1 例报道并文献复习

林海丹¹,文光旭²,白定群^{1△}

(重庆医科大学附属第一医院:1.康复医学科;2.胃肠外科 400016)

中图分类号:R593.2

文献标识码:C

文章编号:1671-8348(2015)02-0287-02

强直性脊柱炎(ankylosing spondylitis, AS)是一种发病隐匿、早期症状不典型的全身性疾病,发病初期易误诊为其他疾

病,明确诊断时间长^[1]。既往报道AS好发于男性,但近年研究发现AS男女发病率基本相同^[2]。现就1例误诊为腰椎间