

■技术·思维

介入手术刚开始 患者血压为何下降

□张殿红

临床治疗

患者术前用药:拜阿司匹灵 100毫克,每天一次,口服;波立维 75毫克,每天一次,口服;立普妥 20毫克,每晚一次,口服;依诺肝素 4000单位,每 12 小时一次;胺碘酮片 0.2克,每天一次,口服;贝那普利 5 毫克,每天一次,口服;特拉唑嗪 2毫克,每天一次,口服;倍他乐克缓释片 23.75 毫克,每天一次,口服;螺内酯 20 毫克,每天一次,口服;呋塞米 20 毫克,每天一次,口服。

患者做冠状动脉造影检查,结果显示 3 支血管(右冠状动脉、左前降支、左回旋支)病变,左室后支闭塞。

外科专家会诊后决定为患者进行 PCI(经皮冠状动脉介入术),并征得患者及家属同意。

2 天后,我们为 患者进行右冠状动脉 PCI。

双侧导管到位后,在我们将 Sion Blue 导丝(导丝的一种)送至后降支的过程中,患者出现明显胸闷、胸痛症状;右冠状动脉造影检查结果显示造影剂滞留;患者血压下降,收缩压由 120 毫米汞柱降至 70 毫米汞柱,伴心率减慢(45 次/分)。

我们立即撤出左冠状动脉造影导管及右侧指引导管,为患者静脉注射肾上腺素针 0.3 毫克,患者的血压、心率缓慢上升至正常范围。

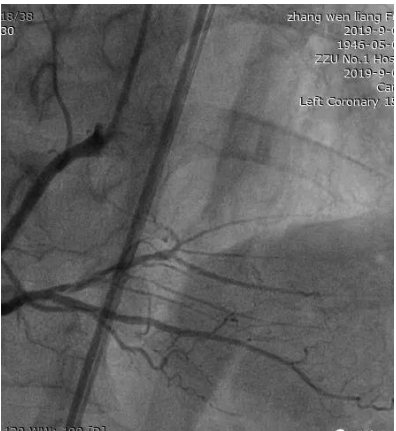
为患者进行 IABP(主动脉内球囊反搏)后,我们继续进行右冠状动脉 PCI,在后降支送入 Sion Blue 导丝进行保护;在微导管的支撑下,在左

室后支依次选用 Fielder-XT-A 导丝(导丝的一种)、Miracle 4.5 导丝(导丝的一种),这两种导丝均未能通过闭塞段,遂换用 Pilot 200 导丝(导丝的一种),顺利通过后送至左室后支远端,但微导管跟进困难,依次用 1.2 毫米及 1.25 毫米球囊预扩张。

考虑左室后支为闭塞血管,我们用球囊预扩张后,在左室后支选用 2.5 毫米×30 毫米药物球囊扩张 50 秒,在后降支至右冠状动脉近端依次植入药物洗脱支架。

在右冠状动脉远端用药物球囊扩张后可见夹层,未进行特殊处理,5 天后为患者进行左冠状动脉 PCI。

患者术后做了左冠状动脉、右冠状动脉造影检查。



患者的冠状动脉造影检查图

临床讨论

针对患者的情况,我们进行了讨论,总结出以下几点。

患者的心绞痛症状日益严重,造影检查结果显示 3 支血管均严重病变,虽然可以考虑对患者进行搭桥,但是需要注意两个方面:第一个方面是患者年龄偏大,围手术期风险较高;第二个方面是结合患者的造影检查结果,可以发现左回旋支较小,远

端血管床供血差,不适合搭桥,右冠状动脉弥漫性病变,左室后支闭塞,后降支开口病变,搭桥效果欠佳。

患者的造影检查结果显示左冠状动脉弥漫性病变,并且左主干开口狭窄,进行右冠状动脉 PCI 的时候,逆向造影导管可能出现嵌顿或部分阻断血流,从而引起严重的心肌缺血,甚至灾难性的后果。患者手术开

始不久,出现血压低、心率慢,我们考虑与放置左冠状动脉造影导管有关,而并非右冠状动脉近中段狭窄导致。后来,我们处理右冠状动脉时未再放置左侧造影导管。

处理右冠状动脉 5 天后,我们为 患者进行左冠状动脉 PCI,手术顺利。患者术后无明显不适,3 天后出院。

临床病例

患者张某,男,72 岁。
主诉:间断性胸闷、胸痛 10 余年,加重 6 天。

10 余年前,患者活动后出现胸闷、胸痛、心悸等症状,发作时伴呼吸困难、头晕、乏力,持续 1 分钟~5 分钟,做心电图检查后被诊断为冠心病,进行药物治疗后症状有所缓解。患者曾进行冠状动脉 CTA(CT 血管造影)检查,结果显示冠状动脉中度狭窄(具体情况不详)。6 天前,患者诉说症状加重,就诊于某医院,被诊断为冠心病、急性冠状动脉综合征、心力衰竭、胸腔积液、心房纤颤。医生给予利尿、强心、抗凝等治疗,患者的症状有所减轻。为了寻求进一步治疗,患者来到郑州大学第一附属医院,我们以“冠心病、不稳定型心绞痛”将其收治入院。

既往史:房颤 5 年,间断口服胺碘酮片治疗;有高血压病史 10 年,最高血压 150/90 毫米汞柱(1 毫米汞柱=133.322 帕),口服贝那普利片进行血压控制,效果尚可;有糖尿病史 10 多年,口服达美康,血糖控制效果欠佳。

入院血压:141/71 毫米汞柱。查体无特殊异常。

BNP(脑利钠肽,诊断心力衰竭和评判心功能的主要指标):1495 皮克/毫升(外院查 BNP 为 6039 皮克/毫升);糖化:7.05%。ALT(谷丙转氨酶):91 单位/升;AST(天冬氨酸氨基转移酶):46 单位/升;空腹血糖:8.01 毫摩尔/升;肌酐:63 微摩尔/升。

结合心脏超声检查结果,我们诊断患者为冠心病、急性冠状动脉综合征、心力衰竭、心功能Ⅱ级、胸腔积液、心律失常、阵发性房颤、短阵室速、糖尿病、高血压病。

■临床笔记

近日,平顶山市第一人民医院感染性疾病科接诊了一个 17 岁的发热男孩。患者不明原因发热 3 周,体温最高 38.7 摄氏度,伴随头痛、恶心、右耳周边淋巴结肿大,右眼充血,眼有异物感,流泪。

在发热门诊,我对患者进行查体:全身皮肤无皮疹,颈软,右眼睑结膜充血;右耳周边可触及肿大淋巴结 3 枚,质硬,有轻触痛,大者直径约 3 厘米;胸骨无压痛;腹软,无压痛、反跳痛,肝脏肋缘下 2 厘米处可触及肿大,脾脏肋缘下 3 厘米处可触及肿大;病理反射未引出。

我询问后得知,患者既往体健,无新冠肺炎流行病学史,无肝炎、结核病史,4 周前有被自家养的幼猫抓伤右手背病史,当时未消毒,自行包扎,次日接种狂犬病疫苗,3 周前右手背被抓伤的部位曾出现一过性细小的红色

斑丘疹。遵从发热门诊防疫规定,在为患者进行新冠病毒核酸检测的同时,我马上想到猫抓病,遂对患者进行血清汉赛巴尔通体抗体检查。检查结果显示,患者新冠病毒核酸检测结果阴性,血清汉赛巴尔通体抗体阳性。结合患者的临床表现与病原学检查结果,猫抓病诊断明确。随后,按照流程,我将患者转至平顶山市第一人民医院感染性疾病科普通门诊进行抗感染治疗。经过治疗,患者发热和伴随症状消失,痊愈。

猫抓病是什么?猫抓病又称良性淋巴网状内皮细胞增生症,

患者发病前通常有被猫抓伤或与猫密切接触史,也可经犬、鼠、猴等传播给人;主要临床表现为被感染的局部皮肤出现斑丘疹或脓包,附近淋巴结肿大,伴发热、厌食、肌痛、脾肿大等,有自限性。本病多见于 18 岁以下者,男性略多于女性。本病的传染源主要是携带汉赛巴尔通体的猫、狗等动物。本病的主要传播途径是猫、狗等带菌动物的抓、咬、舔,与猫、狗密切接触,被猫、狗身上的跳蚤、虱子叮咬等。汉赛巴尔通体是猫抓病的病原体,革兰氏染色阴性,形态为微曲杆状的需氧微生物,培养时营养条件苛刻,在培

养基中生长缓慢。汉赛巴尔通体经常存在于猫的口腔咽部,跳蚤是猫群的传播媒介。

如何判断是否中招?爱猫人士在沉浸式撸猫时,被抓伤、咬伤、舔舐后 3 天~10 天,如果伤口附近皮肤出现发红、肿胀,形成斑丘疹,相应区域的淋巴结会肿大、化脓,甚至形成窦道或瘘管,还有可能出现发热、头痛、乏力、腹痛、食欲下降等表现;少数情况下会出现肌痛、关节痛、癫痫发作、意识障碍、结膜炎、视力异常等症状,提示有可能中招。

出现猫抓病的症状,该怎么办?当爱猫人士出现上述症状

时,需要引起注意,要及时去正规医院感染性疾病科就诊,明确是否患病。若确诊患病,医生通常会开具抗生素进行治疗,一般患者预后良好。

为了避免罹患猫抓病,建议大家撸猫遛狗时,尽量避免被猫、狗咬伤、抓伤、舔舐;与猫、狗玩耍后要及时洗手;定期带猫、狗体检并法除跳蚤;不慎被咬伤或抓伤后,要立即用流动的清水和肥皂进行清洗,并用碘酊局部擦拭,可外用庆大霉素软膏、百多邦等抗生素涂抹伤口,并及时就诊。

(作者供职于平顶山市第一人民医院)

猫抓病导致患者长期发热

□庞康清

癫痫的手术治疗

□杨继学 李东明 马云富

大约 80% 的癫痫患者经过药物治疗,可使癫痫发作得到控制;但是,仍有 20% 的患者应用抗癫痫药物后效果不佳,甚至无效。手术为这类癫痫患者的治疗提供了一个新的方向。

手术治疗适用于药物难以控制的难治性癫痫和继发性癫痫,而且医生一定要掌握好手术适应证及手术技巧。对于既有癫痫发作又控制不好,并有可能进一步恶化的患儿,应在儿童时期进行手术。

部分患者经过两种以上一线抗癫痫药物治疗且药物剂量已达最大,癫痫仍会发作。患者

长期服用抗癫痫药物且效果不理想,需要承受药物及癫痫发作带来的副作用及痛苦,对身体健康、心理健康影响极大。因此,目前的趋势是对于适合进行手术治疗的患者,应尽早进行手术治疗。

进行癫痫手术治疗前,医生要对患者进行严格的手术前评估。

癫痫外科手术方式主要有哪些?

一是致痫灶切除术。进行脑叶切除和海马、杏仁核切除术,切除致痫灶。癫痫的发作是因为患者脑内存在异常的放电现象,这些异常放电的起源

区就是致痫灶。通过手术将致痫灶切除后,患者脑内的异常放电现象没有了,引发疾病的源头就会消失,癫痫就能被彻底治愈。术前评估时,能明确发现致痫灶,且切除致痫灶后不影响患者重要的神经功能。致痫灶切除术是目前有希望根治癫痫的方法。

二是应用胼胝体切开术、大脑半球离断术、软膜下横切术及皮层热灼术,阻断癫痫传导的神经通路。这类是姑息性手术,适用于下列患者:经常全面性癫痫发作,且未见明确致痫灶或有多发性致痫灶,或致痫

灶位于重要功能区而不能切除。阻断神经纤维联系的离断性手术对于患者的病情只能起到缓解或改善作用,即手术的目的是在减少发作次数或者减轻发作的严重程度,破坏癫痫传导的神经通路,并不能完全消除异常放电。

三是迷走神经刺激术。这种手术可降低患者的大脑皮质兴奋性,提高自发放电阈值;刺激迷走神经,用人工的电话改动异常放电,阻断甚至预防癫痫发作。

80% 的患者接受迷走神经刺激术后,癫痫可获得某种程度的

改善,40% 的患者可以降低 50% 发作。该手术不需要开颅,创伤小,更安全,而且是一个可逆性手术。对于已经做过开颅手术但是效果仍然不好的患者,迷走神经刺激术是一个比较好的选择。

大量治疗癫痫的资料表明,绝大多数患者接受手术是安全的,手术是治疗癫痫的一个重要方式。在临床上,在多学科综合治疗的模式下,无论药物治疗还是手术治疗,医生都会运用专业的知识及丰富的临床经验,仔细评估某种治疗方案给患者带来的获益及风险,为患者选择一个科学的治疗方案。

目前,外科手术正在为越来越多的癫痫患者带来痊愈的希望。

(作者供职于河南省妇幼保健院)

■临床提醒

1 月 5 日,一位西安网友发文称其 55 岁的父亲突发心绞痛,没有得到及时救治而不幸逝世的消息。有人可能感到疑惑:心绞痛有这么严重吗?心绞痛为什么会突然发作?心绞痛发作后如何处理,才能避免悲剧发生?

今天,我讲一讲有关心绞痛的基本常识,希望引起大家对该病的重视。

什么是心绞痛

心绞痛是冠状动脉(给心脏供应血液的血管)供血不足、心肌缺血缺氧所产生的一组症状,主要表现为发作性胸痛或胸部不适,常发生于中上胸部或左前胸,有时候疼痛可能放射至患者左肩部或左上肢。有的人可能会有突然发生的压榨性疼痛、憋闷感、紧缩样感或烧灼感,偶尔会有窒息感或濒死感,有的人可能仅表现为胸闷。心绞痛发作时,如果患者不能及时得到正确的判断和处理,病情会进一步加重,导致心肌梗死,甚至猝死。因此,了解心绞痛的特点,正确识别心绞痛,是非常重要的。

心绞痛突发的原因

心绞痛常见于 40 岁以上的男性或绝经期以后的女性,特别是常年有高血压、高血糖、高血脂的人,以及吸烟的人。心绞痛常发生于患者劳累过度或情绪激动的时候,也可发生在饱食、用力排便、受寒、吹冷风、阴雨天气、吸烟等情况下。因此,心绞痛患者在日常生活中要注意劳逸结合,避免过度劳累;保持心态平和,切忌大喜大悲;学会健康饮食,避免暴饮暴食;多吃蔬菜水果,不要用力排便;出门注意保暖,避免受凉吹风;积极戒烟戒酒,养成健康的生活习惯。

心绞痛为什么会突然发生呢?究其原因,一是忽视轻微的日常症状。心绞痛发作前大多是有预兆的,但是很多人自以为身体好,加之缺乏对心脏病的防范意识,不会把心脏病和自己联系起来。其实,很多人平时不止一次有过轻微症状。二是误认为自己属于亚健康状态。亚健康状态和心脏病的某些表现比较类似,所以一些有轻微心脏病症状的患者误以为自己只是长时间疲劳引起的不适,放松了警惕。三是自行购药服用。这部分患者不在少数。当第一次轻微症状出现时,有些人预感到自己可能是心脏有点儿问题,但是为了不耽误工作或其他原因,不去医院就诊,而是自行买药服用。当症状改善或消失后,又误认为自己没事了,再出现不适时,就再次买药服用或自行增加药量,一次次用药可能暂时减轻了症状,但也让患者失去了最佳治疗时机,直到某天突然再次发病,来不及处理,造成终生遗憾。

心绞痛突发,如何处理

心绞痛每次发作持续 3 分钟~5 分钟,一般不超过 15 分钟。心肌缺血所导致的胸痛超过 15 分钟,提示可能发生心肌梗死。心绞痛的发作频度因患者的病情不同而有很大差异,有人一天发作数次,也有人数月发作一次。

心绞痛发作时,患者应立即停止活动,躺下休息,保持镇静,避免精神过度紧张;舌下含服硝酸甘油或喷雾吸入硝酸甘油一片(5 毫克),若症状不缓解,5 分钟后可再含服一片,症状缓解后立即去医院就诊。若胸痛 20 分钟不缓解或严重胸痛伴恶心、呕吐、呼吸困难、晕厥,患者应警惕心肌梗死发生,要立即拨打 120 急救电话,同时保持镇静,在通风良好的地方安静休息,等待医生的到来。

需要注意的是,硝酸甘油见光易分解,应放在棕色瓶内及干燥处,避免潮解失效;同时,硝酸甘油有一定的有效期,药物过期后其疗效会显著降低,因此要经常检查硝酸甘油是否在有效期内,如果过期的话要及时更换,以免延误治疗时机。

(作者供职于河南省胸科医院)

相关链接

心绞痛和心肌梗死的区别

心肌梗死患者疼痛的持续时间要比心绞痛长,一般为数小时或者数天,疼痛程度也比心绞痛剧烈。除此之外,急性心肌梗死发作时,患者可伴有气喘或者肺水肿的症状,而心绞痛患者极少发生这些情况。

当急性心肌梗死发作时,如果患者舌下含服硝酸甘油或者静脉滴注硝酸甘油,一般症状缓解不明显,而心绞痛患者的症状往往可以得到显著缓解。心绞痛发作时,患者的血压可能出现一过性升高,或者没有什么显著变化;而急性心肌梗死患者会出现血压下降,甚至可能发生休克。另外,急性心肌梗死患者可能出现发热、白细胞增加、血沉增快,会伴有心肌坏死标志物升高,还可能存在心电图的动态演变,这些都有别于心绞痛。

征 稿

科室开展的新技术,在临床工作中积累的心得体会,在治疗方面取得的新进展,对某种疾病的治疗思路……本版设置的主要栏目有《技术·思维》《医技在线》《临床笔记》《临床提醒》《误诊误治》《医学检验》《医学影像》等,请您关注,并期待您的提供稿件。

稿件要求:言之有物,可以为同行提供借鉴,或有助于业界交流学习;文章可搭配 1 张~3 张医学影像图片,以帮助读者更直观地了解技术要点或效果。
联系人:贾领珍
电话:(0371)85967002
投稿邮箱:337852179@qq.com
邮编:450046
地址:郑州市金水东路与博学路交叉口东南角河南省卫生健康委员会 8 楼医药卫生报社编辑部