

改善患者认知功能和情感症状。阿立哌唑是第一个被称为“多巴胺系统稳定剂”的药物。它是一种喹诺酮类衍生物,具有较强的多巴胺 D_2 受体亲和力和中等程度的 D_3 受体亲和力。其药理特性表现为部分性突触前 D_2 激动和突触后 D_2 拮抗作用,并有轻度 5-HT_{1A} 受体结合而具有部分 5-HT_{1A} 激动和 5-HT_{2A} 拮抗作用^[9]。

3.2 阿立哌唑对 D_2 受体的作用在精神分裂症动物模型的研究显示对 DA 功能亢进的模型中表现出拮抗作用,能抑制阿扑吗啡所致刻板 and 水平运动障碍,因而预期它能抑制精神分裂症患者中脑边缘叶 DA 通路 DA 亢进,有效控制阳性症状;相反,在 DA 功能低下的模型中,阿立哌唑却表现出对 D_2 受体的激动作用^[9]。体外研究发现阿立哌唑对 5-HT_{1A} 受体具有部分激动作用,这一特点与阴性症状、认知症状、抑郁和焦虑症状的改善有关。国外的研究已证实^[10]阿立哌唑对精神分裂症的阳性和阴性症状以及抑郁、焦虑、认知功能等都有明显的疗效。本研究治疗 8 周后阿立哌唑组 PANSS 总分、阳性症状评分、阴性症状评分较治疗前均有明显下降。阿立哌唑还能通过中枢 5-HT 通路的调节作用进一步改善精神分裂症的疗效,它的 5-HT_{2A} 受体拮抗作用可使锥体外系反应减少和改善阴性症状^[9]。在不良反应方面,本研究中锥体外系反应对照组 11 例,实验组 8 例,两组比较差异无统计学意义,考虑可能与本研究样本量较少及研究时间较短有关。

综上所述,阿立哌唑是一种与利培酮疗效相当的抗精神病药物,对阳性症状与阴性症状均有改善作用,不良反应发生率低,是一种能改善生活质量的新型抗精神病药物。

参考文献

- 1 席红霞,张冬红,霍素芬.精神分裂症患者父母教养方式调查[J].实用儿科临床杂志,2010,25(21):1685-1686.
- 2 张疆莉,范文艳,穆俊林.精神分裂症患者事件相关电位关联性负变的特征[J].实用儿科临床杂志,2011,26(9):689-690.
- 3 张朝辉,穆俊林,郭素琴,等.精神分裂症患者探究性眼动和事件相关电位[J].实用儿科临床杂志,2009,24(17):1349-1350.
- 4 李雪荣,苏林雁,罗学荣,等.中国精神疾病分类与诊断标准第三版(CCMD-3)儿童青少年部分的修订与现场测试[J].中国心理卫生杂志,2002,16(4):230-233.
- 5 黄卓玮,龚传鹏.利培酮口服液治疗首发精神分裂症急性期对照观察[J].临床精神医学杂志,2011,21(1):36-39.
- 6 叶飞.阿立哌唑与利培酮治疗精神分裂症的疗效及安全性对照研究[J].中国民康医学,2009,21(8):799-800,900.
- 7 王刚平,颜瑞,裴根祥,等.齐拉西酮与利培酮治疗精神分裂症对照研究[J].临床精神医学杂志,2008,18(1):55-56.
- 8 任志斌,童振华,金卫东,等.齐拉西酮与利培酮治疗精神分裂症对照研究的 Meta 分析[J].精神医学杂志,2008,21(5):350-352.
- 9 江开达.精神药理学[M].第2版.北京人民卫生出版社,2007:377-379.
- 10 Kern RS, Green MF, Cornblatt BA, et al. The neurocognitive effects of aripiprazole: an open-label comparison with olanzapine[J]. Psychopharmacology (Berl), 2006, 187(3): 312-320.

[收稿日期 2013-02-01][本文编辑 刘京虹 吕文娟]

急性心肌梗死发生心脏破裂心包填塞 1 例 · 病例报告 ·

许书英, 覃绍明, 韦开福

作者单位: 530021 南宁,广西壮族自治区人民医院心血管内科

作者简介: 许书英(1986-),女,在读硕士研究生,研究方向:心脏电生理检查。E-mail:384340061@qq.com

[关键词] 急性心肌梗死; 心脏破裂; 心包填塞

[中图分类号] R 54 [文章编号] 1674-3806(2013)10-1002-03

doi:10.3969/j.issn.1674-3806.2013.10.27

1 病例介绍

患者,男,54岁,因“胸闷痛 12 d”于 2013-03-14 入院。患者入院前 12 d 无明显诱因出现胸闷和胸骨后压榨性疼痛,伴气促、大汗淋漓,持续不能缓解,

无放射性疼痛,伴有头晕、头痛、恶心、呕吐等。即到当地中医院就诊,诊断为“急性下壁心肌梗死”,予以溶栓、抗血小板聚集(具体药物不详)等治疗后,胸痛症状缓解出院。为进一步诊治来我院就诊,以“急

性下壁、后壁心肌梗死(恢复期)”收住院。既往体健。入院查体:生命体征正常,心、肺、腹无明显异常,双下肢无水肿。血常规:血红蛋白 89 g/L。心肌酶谱:高敏肌钙蛋白 0.19 ng/ml,肌红蛋白 21.0 ng/ml,余无特殊。心电图:(1)窦性心率。(2)电轴左偏。(3)Ⅱ、Ⅲ、aVF 可见病理性 Q 波,V₇₋₉可见异常 Q 波。心脏彩超:左室增大,下壁、后壁回声增强,变薄,运动低,收缩期增厚率近于零,室间隔、房间隔连续性良好。提示:(1)符合冠心病改变、陈旧性心肌梗死改变。(2)心包少量积液。(3)左心收缩功能减低(EF 42%)。胸片:(1)心影增大。(2)考虑左侧胸膜炎。予以抗血小板聚集、调脂、扩管、抑制心室重构、利尿等治疗后,症状明显缓解。发病后第 18 天,活动后突然出现胸痛,伴大汗淋漓、恶心、呕吐,呕吐为胃内容物。查体:血压测不到,神清,急性痛苦面容,面色苍白,口唇轻度紫绀,肢端湿冷,呼吸频率 14 次/min,双肺闻及少量干湿啰音,心率 75 次/min,心音低钝。立即予以吸氧、心电监测,口服硝酸甘油,静脉使用多巴胺、阿拉明等升压治疗后,症状仍无明显好转,心电监测血压波动在 50~60/30~40 mmHg,心率波动在 110~120 次/min,指脉氧波动在 80%~87%。急查心功能示高敏肌钙蛋白 0.36 ng/ml,肌红蛋白 21.0 ng/ml,肌酸激酶同工酶 0.37 ng/ml。床边 18 导联心电图示窦性心动过速,Ⅱ、Ⅲ、aVF 可见病理性 Q 波,V₇₋₉可见异常 Q 波,ST 段较前无明显动态变化;床边心超提示心包大量积液,考虑心脏破裂(CR)引起心包填塞。立即予以心包穿刺,置引流管,共引流出约 350 ml 暗红色血性积液,不凝固,血压立即回升,心电监护示血压波动在 110~120/70~80 mmHg,心率波动在 75~85 次/min,指脉氧波动在 90%~100%。症状明显好转,抢救成功。此后多次复查血常规未见 Hb 明显下降,心肌酶谱前后比较无明显波动,心脏彩超及心包定位提示心包少-中量积液,心电图 ST 段未见明显动态演变。2013-04-01 冠状动脉 CT 血管成像(CTA)提示:(1)左冠回旋支中远段血管栓塞。(2)左室壁破裂出血,心包填塞。转心胸外科进一步治疗 CR。

2 讨论

2.1 CR 是急性心肌梗死(AMI)的严重并发症之一,多发生在心肌梗死后 2 周内,50%发生于心肌梗死前 3 d^[1]。目前多项研究证实^[2-4],发生 CR 的高危因素包括年龄>60 岁、女性、高血压病史、糖尿病史、吸烟史、初发 AMI、侧支循环未形成、梗死面积大,特别是广泛前壁梗死^[5]。研究还表明^[6],诱发

CR 因素有梗死后反复心绞痛发作、劳累、情绪激动、用力大小便等,因为这些因素能增加心脏负荷,使梗死的心肌容易发生破裂。另外,文献^[7]研究表明,AMI 患者溶栓与不溶栓,对 CR 无影响,但延迟溶栓者破裂发生率高于早期溶栓者,再灌注较晚者(梗死>6 h)易发生 CR,其原因是引起的再灌注损伤可使长时间缺血所致的心肌内小血管损伤和坏死进一步加重,从而使血液通过受损的小血管进入心肌内而致心肌广泛出血^[8],增加 CR 的危险性。

2.2 本例为男性患者,初发 AMI,有溶栓治疗病史,在发病第 18 天活动后出现 CR。分析原因可能为初发 AMI,侧支循环未形成,容易形成透壁性心肌坏死,当周围心肌收缩时,对坏死心肌起着牵拉、切割作用,从而造成 CR;还可能与病人发病后休息欠佳,及纤溶活性亢进等因素有关。该患者发生 CR、心包填塞,行心包穿刺引流,留置引流管,但后来出血停止。可能原因:第一,有小血块堵住破口而导致出血停止;第二,心室壁微小破裂口周围血栓形成,短时间内破裂口被封堵,使血性心包积液未进行性增多。破裂口封闭后,心脏超声不一定能探查破裂口的位置。此时患者不宜行冠脉造影术,可行冠脉 CTA 协助诊断。本例冠脉 CTA 初步诊断为左冠回旋支闭塞引起急性下壁、后壁心肌梗死。AMI 合并 CR 可表现为三种形式:心脏游离壁破裂、室间隔穿孔和乳头肌腱索断裂,前者多见,常见于广泛前壁心肌梗死。而急性下壁、后壁心肌梗死引起的 CR 临床上较少见,医生常认识不足,易导致诊治的延误。CR 造成心包积血,心包填塞一旦发生,抢救非常困难,患者通常在破裂后很短时间内死亡,救活的几率很小。本例患者经过及时心包穿刺引流等抢救后能幸存,可能原因:(1)患者起病虽急,但病情发展较缓,给临床抢救提供了充裕的时间。(2)破裂口有血块或栓子堵塞,使 CR 的出血停止。(3)发现早,给予了正确的抢救措施。(4)临床工作者经验丰富等。故 CR 早期诊断、积极防治尤为重要。因此,当怀疑 CR 致心包填塞时,须立即行心包穿刺术,留置穿刺引流管,以防再次发生心包填塞。随着心胸血管外科的发展,对急性破裂者,应争取急诊修补的机会。

参考文献

- 1 刘大勇,赵 南. 急性高侧壁、正后壁心肌梗塞、亚急性心脏破裂致急性心包填塞 1 例[J]. 实用医学杂志, 2001, 17(9): 869.
- 2 刘亚林,付 华,马景涛,等. 急性下壁心肌梗死并发下壁心脏破裂 1 例[J]. 临床荟萃, 2007, 22(11): 818-819.
- 3 Reddy SG, Roberts WC. Frequency of rupture of the left ventricular free wall or ventricular septum among necropsy cases of fatal acute

- myocardial infarction since introduction of coronary care units[J]. Am J Cardiol, 1989, 63(13): 906-911.
- 4 Kitzman DW, Scholz DG, Hagen PT, et al. Age-related changes in normal human hearts during the first 10 decades of life. Part II (maturity): a quantitative anatomic study of 765 specimens from subjects 20 to 99 years old[J]. Mayo Clin Proc, 1988, 63(2): 1372-146.
- 5 Wehrens XH, Doevendans PA. Cardiac rupture complicating myocardial infarction[J]. Int Cardiol, 2004, 95(2-3): 285-292.
- 6 段国富, 校卫东. 急性心肌梗死并发心脏破裂 6 例分析[J]. 中国误诊学杂志, 2009, 9(15): 3750-3751.
- 7 吴小滢, 周玉杰, 李艳芳, 等. 急性心肌梗死并发心脏破裂 30 例临床分析[J]. 心肺血管病杂志, 2011, 30(4): 277-279.
- 8 Massel DR. How sound is the evidence that thrombolysis increases the risk of cardiac rupture[J]. Br Heart J, 1993, 69(4): 284-287.
- [收稿日期 2013-05-06][本文编辑 宋卓孙 蓝斯琪]

超声心动图诊断 Berry 综合征合并 房间隔缺损 1 例

· 病例报告 ·

陈嫦娥

作者单位: 445800 湖北,恩施自治州鹤峰县中心医院功能科

作者简介: 陈嫦娥(1964-),女,大学本科,医学学士,副主任医师,研究方向:超声诊断。E-mail:chenchange2005tj@aliyun.com

[关键词] 超声心动图; 先天性心脏病; Berry 综合征; 房间隔缺损

[中图分类号] R 445.1 [文章编号] 1674-3806(2013)10-1004-03

doi:10.3969/j.issn.1674-3806.2013.10.28

1 病例介绍

患者,女婴,38 d,哭闹时口唇发绀,发现心脏杂音,为明确诊断来院检查。患儿一般情况可,口唇无发绀,无杵状指。查体:心率 126 次/min,律齐,心前区可触及震颤,胸骨左缘 2、3 肋间可闻及 3~6 级收缩期或双期杂音。X 线检查可见心影稍大,肺动脉增粗、肺门充血,主动脉弓不增宽。超声心动图检查:内脏及心房正位,升主动脉、右肺动脉增宽,主肺动脉间隔可见直径 11 mm 连续中断,左、右肺动脉开口远离,分别于同一水平起自于主肺动脉主侧和升主动脉后壁,起始段内径分别为 6 mm、10 mm,肺动脉分叉部与降主动脉之间见一内径 5 mm 的管状回声,主动脉弓发育不良(内径 6 mm),主动脉弓发出头臂干(内径 5 mm)、左颈总动脉(内径 3 mm)、左锁骨下动脉(内径 3 mm)三支分支向头侧直行,其开口之间的距离明显缩短,主动脉弓于左锁骨下动脉开口的远端呈一盲端,未与降主动脉相连。左心增大,右心不大;二尖瓣、三尖瓣形态正常,开放可,闭合欠佳;其余瓣膜形态、活动正常。室间隔不厚,与左室后壁呈逆向运动;未见节段性室壁运动异常;房间隔中部组织薄弱膨向右房侧,其中部似见 2 mm 连续中断;室间隔未见连续中断。彩色多普勒

超声心动图显示主-肺动脉间隔缺损处的双期双向低速分流,动脉导管内右向左为主的双期双向低速分流及降主动脉内舒张期逆流,三尖瓣口右房侧见收缩期少量反流血流信号,峰值流速 3.2 m/s,压差 41 mmHg,房间隔中部见左向右的细束分流信号。射血分数 66%。超声心动图诊断为先天性心脏病: Berry 综合征(B 型)并继发孔型房间隔缺损。随后到武汉协和医院进一步检查得以证实,住院行术前准备完善后,于 2011-04-02 在全麻体外循环下,行胸骨正中切口,心外探索以证实诊断,行主肺动脉间隔缺损内隧道补片术,升主动脉前壁作纵行切口,取相应大小涤纶补片连续缝合修补缺损。将补片自动脉导管与左肺动脉开口间嵴连续缝合。由于血管弹性及移动性较佳,直接切断右肺动脉与主肺动脉做端侧吻合。将升主动脉经动脉导管与降主动脉相连,而主肺动脉只与左、右肺动脉相通。合并的房间隔缺损也同期用补片连续缝合修补。术后呼吸机辅助呼吸,持续静脉点滴多巴酚丁胺、酚妥拉明及支持对症治疗,肺动脉压下降满意,术后行超声心动图检查,提示主肺动脉窗修补术后未见残余分流,主动脉及肺动脉无狭窄,主动脉弓离断术后降主动脉起始段(内径 4 mm)血流稍快(峰速 3.6 m/s,脉压差:53 mmHg),