

桥一侧,不跨越中线,病灶可出现不规则强化。而此病例在头颅 CT 片上显示脑桥中央特征性蝙蝠或蝴蝶翅样病灶。

2.3 教训与经验 (1)通过对本例临床资料进行回顾性分析,我们认为临床医生应对 CPM 有足够的认识,对于用基础疾病不能解释的四肢瘫痪、缄默或闭锁综合征,应警惕 CPM 的可能;(2)临床医生在填写影像学检查申请单时尽量提供详细的临床资料,因为 CT 或 MRI 医生除分析影像学改变特点外,还要结合病史、临床表现及化验检查等对 CPM 诊断具有至关重要价值的资料来作出判断;(3)当患者出现低钠低氯血症时,补充氯化钠的速度必须严格控制,避免因渗透压负荷变化过快、避免矫枉过正而

出现脑桥髓鞘脱失;(4)对于一些慢性消耗性疾病或各种原因导致电解质紊乱出现四肢瘫、缄默不语、吞咽困难、完全或不完全闭锁综合征者应及早头颅 CT 或 MRI 检查,以便早期诊断、早期治疗。

参考文献

- 1 Adams RD, Victor M, Mancall EL. Central pontine myelinolysis: a hitherto undescribed disease occurring in alcoholic and malnourished patients[J]. AMA Arch Neurol Psychiatry, 1959, 81(2): 154-172.
- 2 吴江, 主编. 神经病学[M]. 第2版. 北京: 人民卫生出版社, 2010: 253.
- 3 黄祺, 卜瑞芳, 程海燕, 等. 低钠血症纠正时诱发渗透性脱髓鞘综合征1例分析[J]. 中国神经精神疾病杂志, 2016, 42(2): 126-128.

[收稿日期 2017-03-27][本文编辑 蓝斯琪]

胃出血致 Tako-Tsubo 综合征一例

• 病例报告 •

孙阿林, 庞军涛, 高文峰, 王健

作者单位: 261041 山东, 潍坊市人民医院重症医学科(孙阿林, 庞军涛), 心内科(王健); 261011 山东, 潍坊市荣复军人医院(高文峰)

作者简介: 孙阿林(1988-), 男, 医学硕士, 住院医师, 研究方向: 心血管危重症疾病的诊治。E-mail: 18369668560@163.com

通讯作者: 王健(1969-), 男, 医学博士, 主任医师, 硕士研究生导师, 研究方向: 心血管内科疾病的诊治。E-mail: 13953670058@163.com

[关键词] Tako-Tsubo 综合征; 应激性心肌病; 急性冠脉综合征; 胃出血

[中图分类号] R 542.2 **[文章编号]** 1674-3806(2017)07-0686-03

doi: 10.3969/j.issn.1674-3806.2017.07.29

1 病例介绍

患者, 女, 51 岁, 因“严重胸痛伴呼吸困难 2 h”入住我院心内科。既往有慢性糜烂性胃炎病史, 且近 1 周来发现黑便。冠脉危险因素有高血压病史 3 年。体格检查: 患者神情紧张, 呼吸急促。血压 80/52 mmHg, 心率 122 次/min。颈静脉无怒张, 肺部听诊呼吸音清, 心脏听诊心律齐, 各瓣膜听诊区未闻及明显杂音。无水肿。腹部听诊肠鸣音活跃。急查心电图示窦性心动过速、胸前导联 V3-V6 ST 段抬高(见图 1), 符合急性前壁心肌梗死心电图改变。胸片示肺影清晰, 心界正常。生化结果示 cTnI 0.04 ng/ml, 血红蛋白 97 g/L。首诊医生考虑患者冠脉前降支(LAD)为梗死相关血管(IRA), 初步诊断为“急性冠脉综合征, 急性前壁心肌梗死, 高血压病(3 级 极高危), 慢性糜烂性胃炎”。给予患者负荷量阿司匹林、氯吡格雷顿服及低分子肝素皮下注射后, 在我院心内科

导管室接受机械辅助通气并植入主动脉球囊反搏装置(IABP), 静脉应用多巴胺维持血压, 行冠状动脉造影结果显示冠脉未见明显有意义狭窄, 继续行左室造影示左室收缩功能严重不全, 左室射血分数 26% 及“心尖部气球样改变”(见图 2), Tako-tsubo 综合征(TTC)诊断成立。术后患者被转入我院 ICU 病房, 复查血红蛋白 56 g/L, 考虑 TTC 由慢性胃炎所致上消化道出血为应激源引起, 而 TTC 加重与应激反应及术前应用抗血栓药物加重上消化道出血有关。行胃镜检查示胃窦出血, 并于内镜下压迫止血, 注射肾上腺素, 同时给予输血处理, 停用抗凝、抗血小板等药物。查 cTnI 峰值 1.07 ng/ml, NT-proBNP 峰值 963 pg/ml。3 d 后行超声心动图检查示左室收缩功能不全, 左室流出道梗阻, 射血分数 32%, 左室内血栓形成(见图 3)。在控制患者不再发生上消化道出血的情况下, 小剂量开始应用肝素和华法林治疗。1

周后患者病情改善,逐渐停用多巴胺,撤除 IABP,复查超声心动图示左室收缩功能较前改善,射血分数上升至 37%,未见左室流出道梗阻,左室内存在血栓。复查心电图示胸前导联 T 波深倒置,QT 间期延长。血压心率维持可,开始应用小剂量长效美托洛尔 23.75 mg,1 次/d,依那普利 2.5 mg,2 次/d,患者病情逐渐好转后出院。院外继续服用美托洛尔、依那普利、华法林等药物治疗,1 个月后门门诊复查心电图表现为持续的 T 波倒置。超声心动图示左室收缩功能明显好转,射血分数 56%,左室内血栓消失。给予停用华法林、美托洛尔、依那普利,随访半年患者恢复良好,无不适症状。



图 1 TTC 发病 2 h 心电图示窦性心动过速,心率 108 次/min, V3-V6 ST 段抬高,类似前壁心肌梗图形

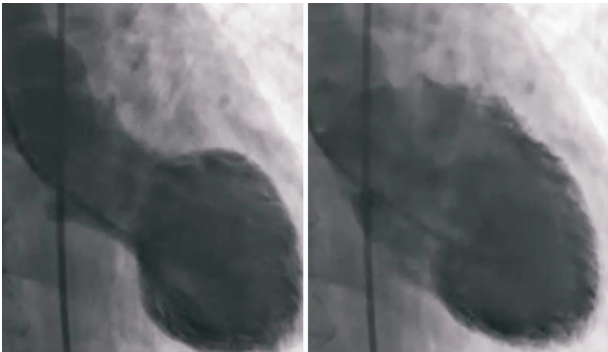


图 2 心室造影示左心室“心尖部气球样改变”,收缩功能不全

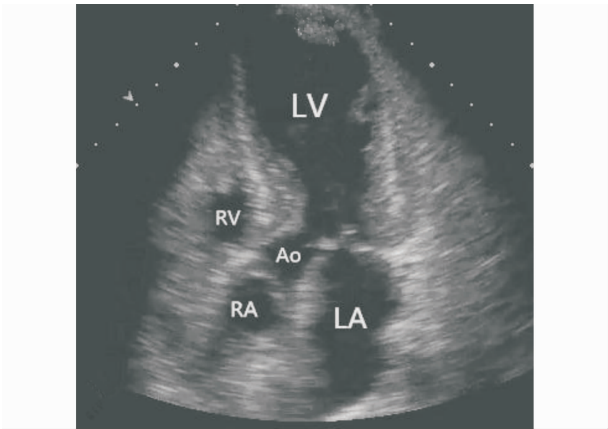


图 3 TTC 3 d 超声心动图示左室扩张“气球样改变”,收缩功能不全,左室流出道梗阻,左室内血栓形成

2 讨论

2.1 Tako-Tsubo 综合征,又称应激性心肌病(TTC),

是近几年被认识的一种急性起病的可逆性心肌病^[1],以显著的心室收缩功能障碍为主要特征,好发于中老年女性,发病前常有相应的应激源。近年来,TTC 发病越来越多并广泛地被人们所认识,然而其发病早期常常与急性冠脉综合征(ACS)^[2]、充血性心力衰竭等心血管疾病难以区分。

2.2 TTC 患者典型临床表现为突发心前区疼痛及呼吸急促,心电图可表现为 ST 段抬高(49%~90%)、T 波对称性倒置(44%~83%)、Q 波形成(27%~32%)等类似 ACS 心电图改变^[3],肌钙蛋白可轻度升高,但升高程度与显著的左室功能完全不相称,冠脉影像学检查也无明显狭窄。TTC 好发于中老年女性,50%~89% 患者发病前存在相应的应激源,包括躯体因素和精神因素^[4],但有约 10% 的患者是自发的。本病确切的病因及发病机制仍然不明确,根据目前研究可能与下列因素有关^[5,6]:(1)血中儿茶酚胺水平升高;(2)雌激素水平降低;(3)小血管痉挛和微血管功能障碍;(4)急性冠状动脉综合征早期再灌注与广泛左室顿抑。绝大多数患者预后良好,左室功能在几天或几周内可恢复正常。

2.3 本病例患者为绝经期女性,发病前慢性糜烂性胃炎病史,以胸痛及呼吸急促为主要症状,有酷似急性心肌梗死的心电图表现。初始治疗按急性心肌梗死给予抗栓治疗^[7],并行冠脉造影及左室造影后排除 ACS^[8],符合 TTC 诊断,后期出现血红蛋白下降,心脏彩超示左室扩张“气球样改变”,收缩功能不全,左室流出道梗阻,左室内血栓形成,心肌酶学检测均证实本病例为胃出血所致的 TTC,而因其发病与 ACS 难以鉴别我们当成 ACS 给予负荷量抗栓药物可能加重了原本的消化道出血,但临床上在没有明确诊断之前,当成 ACS 来处理是可以被接受的,且行急诊冠脉造影+左室造影也是排除 ACS 确诊 TTC 所必要的。

2.4 对于 TTC,目前尚无标准化的治疗方案,主要采用对症和支持的个体化治疗原则,在未能确诊之前按 ACS 进行诊治是合理的^[9]。对于合并低血压或心源性休克等血流动力学障碍时,可静脉应用收缩血管药物,并植入 IABP。此类患者在应用肾上腺素、多巴胺、去甲肾上腺素等儿茶酚胺类药物后对血压的维持效果较好,但临床疗效与理论可能相反,因 TTC 发病主要机制即为儿茶酚胺介导的心脏毒性。对于存在心室收缩功能不全或流出道梗阻的患者可给予 β 受体阻滞剂、血管紧张素转换酶抑制剂(ACEI)或血管紧张素受体拮抗剂(ARB)缓解症状,但这些

药物并不能抑制 TTC 的发生与再发。室壁运动功能减退可促使血栓形成,进而引起体循环及肺循环的栓塞,对合并有心室血栓的患者,早期静脉应用肝素及在心室功能恢复之前应用华法林是必要的。

参考文献

1 Samardhi H, Raffel OC, Savage M, et al. Takotsubo cardiomyopathy: an Australian single centre experience with medium term follow up[J]. Intern Med J,2012,42(1):35-42.

2 Parodi G, Del Pace S, Carrabba N, et al. Incidence, clinical findings, and outcome of women with left ventricular apical ballooning syndrome[J]. Am J Cardiol,2007,99(2):182-185.

3 Duran-Cambra A, Sutil-Vega M, Fiol M, et al. Systematic review of the electrocardiographic changes in the takotsubo syndrome[J]. Ann Noninvasive Electrocardiol,2015,20(1):1-6.

4 Sharkey SW, Windenburg DC, Lesser JR, et al. Natural history and expansive clinical profile of stress(tako-tsubo) cardiomyopathy[J]. J Am Coll Cardiol,2010,55(4):333-341.

5 伍松柏,吕爱莲. 应激性心肌病病理生理机制研究进展[J]. 临床与病理杂志,2015,35(2):267-271.

6 黄元铸. 应激性心肌病研究进展[J]. 临床心电图学杂志,2015,24(2):138-144.

7 陈春晓,李佩侃. 急性心肌梗死静脉溶栓治疗的疗效分析[J]. 中国临床新医学,2011,4(6):532-534.

8 Castillo Rivera AM, Ruiz-Bailén M, Rucabado Aguilar L. Takotsubo cardiomyopathy-a clinical review[J]. Med Sci Monit,2011,17(6):RA135-RA147.

9 胡昌兴,徐广马. 急性冠脉综合征的治疗进展[J]. 中国临床新医学,2009,2(11):1221-1223.

[收稿日期 2017-04-28][本文编辑 黄晓红]

护理研讨

同伴教育在医院护生艾滋病反歧视教育中的应用

陆秀萍, 韦敏顿, 韦靖, 杨红叶

基金项目: 广西医疗卫生适宜技术与开发课题(编号:S201314-05)

作者单位: 530021 南宁,广西壮族自治区人民医院护理部

作者简介: 陆秀萍(1962-),女,大学本科,学士学位,副主任护师,研究方向:护理管理。E-mail:1716738103@qq.com

通讯作者: 杨红叶(1959-),女,大学本科,学士学位,主任护师,研究方向:护理管理。E-mail:yhy0523@163.com

【摘要】 目的 探讨同伴教育在医院护生艾滋病反歧视教育中的应用效果,为实习护生开展艾滋病相关知识培训的教育模式提供参考。**方法** 采用随机抽样的方法,选取广西某医院 2013-01~2014-01 实习护生 240 名为研究对象,按照随机数字表将实习护生以小组为单位分为观察组和对照组。对照组接受常规教育,观察组接受常规教育和同伴教育。干预前后对护生的相关知识、相关态度及护理意愿方面进行调查。**结果** 干预后,观察组与对照组护生在相关知识、护理意愿方面的得分显著提高,相关态度得分显著下降,差异有统计学意义($P<0.05$);观察组比对照组改变更明显,差异有统计学意义($P<0.05$)。**结论** 同伴教育在对医院实习护生进行艾滋病反歧视教育中的效果明显,可作为针对实习护生进行艾滋病相关知识培训的常规教育模式。

【关键词】 实习护生; 艾滋病; 同伴教育; 歧视

【中图分类号】 R 47 **【文献标识码】** B **【文章编号】** 1674-3806(2017)07-0688-03

doi:10.3969/j.issn.1674-3806.2017.07.30

自 1981 年美国报道了第一例艾滋病病人以来,艾滋病的相关歧视对艾滋病人和感染者(person living with HIV/AIDS, PLWHA)自愿咨询与检测、接受治疗等方面造成了某些消极影响^[1]。实习护生作为日后参与护理工作的主体,有必要端正她们对 PLWHA 的态度,减少社会群体对 PLWHA 的歧视。本研究自 2013-01~2014-01 对在广西某医院实习的 240 名护生开展了反艾滋病歧视的同伴教育,收到

了较好效果,现报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2013-01~2014-01 在广西某医院实习的 240 名护生为研究对象,按照随机数字表法将实习护生以小组为单位随机分为观察组(120 名)和对照组(120 名)。两组一般资料比较差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。见表 1。