

2 讨论

流行性乙型脑炎是一种人畜共患的自然疫源性疾​​病，多在每年 7 月至 9 月之间流行。乙脑病毒是一种嗜神经病毒，约 50% 的患者 CT 检查可见丘脑、基底节、脑桥、中脑等部位呈低密度，MRI 更敏感，病变绝大多数为双侧对称分布，目前认为双侧丘脑对称性损害是本病的特征性表现^[1]。

乙脑患者的脑脊液常呈无色透明，压力增高，白细胞以淋巴细胞增多为主，蛋白质轻度升高，糖及氯化物正常。本例患者脑脊液蛋白质明显升高，需与结核性脑膜炎相鉴别，但结核性脑膜炎以累及脑膜为主，一般不累及脑实质，常伴糖及氯化物降低，考虑到本例病灶部位特殊，予乙脑特异性抗体检测，最后确诊为乙脑，因此蛋白质升高并非诊断结核性脑膜炎的唯一指标。此外，不同于其他病毒感染，大部分乙脑患者外周血象可见白细胞升高，本例亦可见这一现象。

乙脑没有特异性治疗^[2,4]，主要是支持对症治疗，包括控制癫痫及颅内压，护理、物理治疗及营养支持。本例患者病情重，早期出现呼吸、心脏功能衰竭，同时合并晚期妊娠，从而使疾病的治疗更为棘手。晚期妊娠本身对心肺功能影响较大，患者入院时呼吸、血压不稳定，即刻终止

妊娠风险大，与家属沟通后，家属要求优先抢救大人，遂予监测胎心，定期复查胎儿 B 超。患者胎膜破裂后予剖宫取胎术，综合增强免疫、抗炎、亚低温、营养支持等治疗后患者病情好转。近几十年来乙脑疫苗的使用，使乙脑的发病明显减少，但因其重症病例的高致残、致死性，乙脑的治疗仍有待进一步探讨。

参考文献

- [1] Kumar S, Misra UK, Kalita J, et al. MRI in Japanese encephalitis [J]. *Neuroradiology*, 1997, 39 (3): 180-184.
- [2] Dutta K, Nazmi A, Basu A. Chemotherapy in Japanese encephalitis: are we there yet? [J]. *Infect Disord Drug Targets*, 2011, 11 (3): 300-314.
- [3] Solomon T, Dung NM, Wills B, et al. Interferon alfa-2a in Japanese encephalitis: a randomised double-blind placebo-controlled trial [J]. *Lancet*, 2003, 361 (9360): 821-826.
- [4] Kumar R, Tripathi P, Baranwal M, et al. Randomized, controlled trial of oral ribavirin for Japanese encephalitis in children in Uttar Pradesh, India [J]. *Clin Infect Dis*, 2009, 48 (4): 400-406.

(收稿日期: 2015-02-12)

(本文编辑: 郑辛甜)

急性心梗伴心源性休克急诊 PCI 成功治疗一例

常学锋 廖旭东 王洪涛 卢延生 刘国辉

急性心肌梗死伴左主干病变及心源性休克是一种严重的致命的心脏急症，发病率和病死率分别为 0.46% 和 55%~80%^[1]。单纯的内科保守治疗由于不能及时有效充分地进行血运重建，因此疗效往往不佳。血运重建可以及时有效地开通梗死相关冠状动脉，理论上疗效较好。然而，由于涉及无保护左主干病变，PCI 治疗面临巨大的风险；从时间上来看，CABG 治疗未必能够及时达到效果。因此，需要探索最佳的治疗方案，本病例是一个成功的尝试，现报道如下。

1 资料与方法

患者，男，68 岁，3 年前无明显诱因出现阵发性烧灼样胸骨后疼痛，10~15 min/次，伴有胸闷，气短、大汗，

本院诊断为“不稳定性心绞痛”，应用硝酸甘油后症状缓解。此后规律口服阿司匹林、消心痛，上述症状未再发作。入院前 3 h 无明显诱因出现上述症状，伴有烦躁不安、面色苍白，频繁恶心、呕吐，上腹胀痛，含服硝酸甘油上述症状未缓解。查体：P 54 次/min，BP 64/47 mmHg (1 mmHg = 0.133 kPa)。面色苍白、皮肤湿冷。神志清，反应迟钝。双肺呼吸音清，未闻及干湿啰音。心率：54 次/min，律齐。心电图 (图 1A)：ST 段 aVL 导联上抬 0.1 mV，I、II、III、aVF、V4-V6 导联下移 0.1~0.3 mV，aVR 导联上移 0.2 mV。肌钙蛋白 I 27.16 ng/mL。诊断：急性心肌梗死，考虑左主干病变，心源性休克。治疗：常规用药包括：肝素抗凝、可定调脂、多巴胺升压。抗血小板治疗：阿司匹林首剂量 300 mg，维持量 100 mg/d 口服，波立维首剂量 600 mg/d，维持量 75 mg/d 口服；术后常规应用替罗非班静点 36 h。急诊冠状动脉造影：左主干末端至左前降支近段 95% 狭窄，见血栓影，血流 TIMI 1 级，左回旋支近段 100% 闭塞，考虑为慢性闭塞，血流 TIMI 0 级，右冠状动脉弥漫性病变，最窄处 50% 狭窄，可见侧枝循环

DOI: 10.3760/cma.j.issn.1671-0282.2015.05.030

作者单位：132011 吉林，吉林大学附属医院心内 4 科 (常学锋 廖旭东 王洪涛 卢延生)；吉林大学第一医院急诊科 (刘国辉)

通信作者：刘国辉，Email: liugh063@sohu.com

向左回旋支供血, 血流 TIMI 3 级 (图 2A)。决定行急诊 PCI: 送 6FEBU3.5 指引导管至左冠开口, 送 Runthrough 导丝通过病变处到达前降支远端, 再送 2.0 mm × 15 mm 迪马克球囊至前降支至左主干病变处, 以 12 atm × 5"由远至近进行扩张 3 次, 造影示左主干至前降支病变处残余狭窄 80%, 血流 TIMI 2~3 级, 送乐普 3.5 mm × 36 mm 支架不能通过病变处, 送 BMW 导丝通过病变处, 再送乐普 3.5 mm × 36 mm 支架至左主干至前降支病变处, 以 16 atm × 5"进行扩张, 释放支架, 造影示支架释放满意, 无夹层及残余狭窄, 血流 TIMI 3 级 (图 2B)。左回旋支病变暂不处理。结果: 术后患者胸痛缓解, 血压、心率恢复正常。心电图: 6 h 内 aVL 导联 ST 段回降, V3-6 导联 ST 段回到基线 (图 1B)。

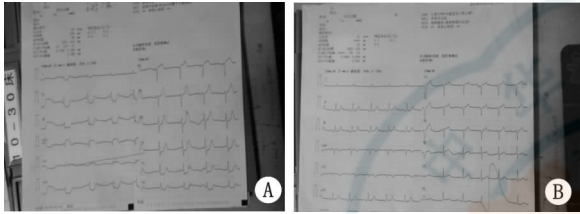


图 1 患者发病时的心电图 (A) 和 PCI 术后 6 h 心电图 (B)

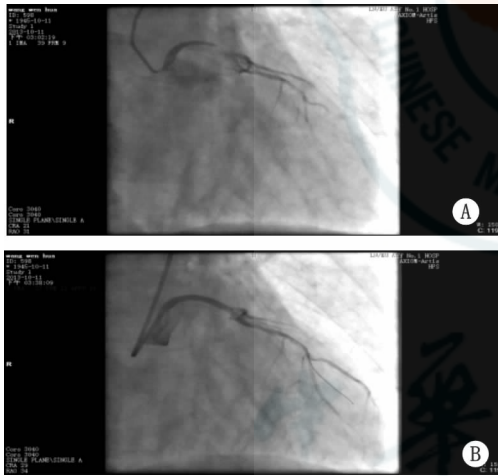


图 2 患者发病时急诊冠状动脉造影结果 (A) 及左主干放置支架后造影结果 (B)

2 讨论

急性心肌梗死伴左主干病变及心源性休克的治疗策略: 本例患者左主干末端至左前降支近段 95% 狭窄, 左回旋支近段 100% 闭塞, 相当于左主干病变, 应按照左主干病变处理。血运重建可充分解除狭窄, 应作为首选。那么, 选择 CABG 还是 PCI? 根据 2014 版欧洲心肌血运重建指南^[2], 合并心源性休克的左主干显著狭窄, 左前降支和左回旋支近端狭窄患者, 推荐 CABG (I C); 在解剖位置合适、存在存活心肌且不支持外科手术的情况下可考虑 PCI (II B)。即 CABG 的适用范围较 PCI 更广泛。

但就急性心肌梗死伴左主干病变及心源性休克患者而

言, 血运重建的及时性极为重要, CABG 手术持续时间较长, 从麻醉开始至手术全部结束, 平均 4~5 h, 即使仅仅是左前降支搭桥, 也至少需要 1~1.5 h, 远远超过 PCI 的平均时间 (30~40 min)。而且, 无论中国还是外国, 均应以患者的安全为首要考虑因素, 首选 CABG 还是 PCI 主要看哪个技术更成熟。中国 PCI 比 CABG 相对起步早、普及快, 技术水平在全国相对较为均衡。因此, 就急性心肌梗死伴左主干病变及心源性休克患者而言, 在中国, 无论是从技术的成熟程度还是血运重建的及时性来说, 在无 PCI 禁忌证的情况下, 国内有条件的医院应首选行 PCI, 本例 PCI 的成功证明了这一点, 国外亦有报道, Kossaiy 等^[3]曾报道一例吻合口狭窄闭塞病变, 导致广泛前壁心肌梗死和心源性休克, 对左主干和左前降支、左回旋支进行 PCI 后, 患者血流动力学改善。

但是, 毕竟不是所有医院都有条件实施急诊 PCI 或 CABG。溶栓治疗最大的优点是可以避免手术带来的风险, 且在没有条件行 PCI 和 CABG 的医院亦可做到, 其最大的缺点是对动脉粥样硬化斑块造成的残余狭窄无效, 单纯的内科保守治疗不是首选。笔者这里推荐“促进式”PCI, 即以 PCI 为最终的治疗手段, 利用术前准备的时间先行药物治疗如溶栓, 结果开通或部分开通梗死相关血管, 改善心肌存活, 减少心源性休克等并发症, 并且为 PCI 争取了时间, 提高了手术成功率。

总之, PCI、CABG 和静脉溶栓再灌注等手段各有利弊, 而且并不是互不相容的。应该根据患者和医疗单位的条件作出最恰当的决策。

参 考 文 献

- [1] Que B, Cheng YT, Gao H, et al. A successful team treatment for left main shock syndrome [J]. Geriatr Cardiol, 2013, 10 (3): 302-304.
- [2] Muramatsu T, Ozaki Y. European Society of Cardiology (ESC) congress report from Barcelona 2014 [J]. Circ J, 2014, 78 (11): 2610-2618.
- [3] Kossaiy A, Grollier G. A case of left main coronary artery disease in an octogenarian treated surgically and complicated by myocardial infarction; decisions, techniques, rescue and final outcome [J]. Clin Med Insights Case Rep, 2013, 10 (6): 61-65.

(收稿日期: 2014-11-10)

(本文编辑: 邵菊芳)