



病例报告

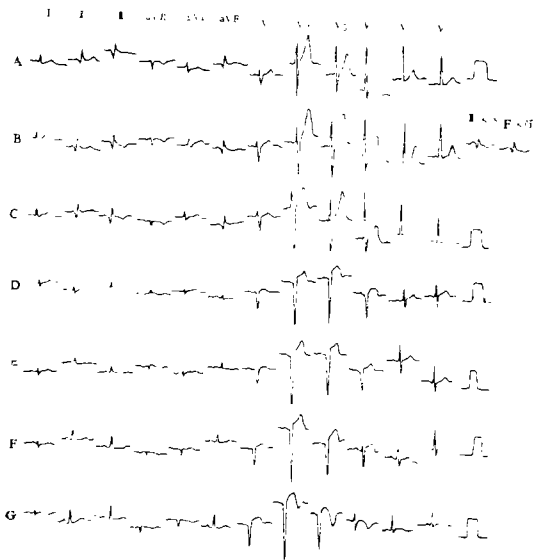
急性心肌梗塞使原梗塞性

Q波消失1例报告

暨南大学医学院附属华侨医院内科 张碧宁

本文报告1例急性前壁的心肌梗塞(MI)使原下壁MI异常Q波消失的心电图(ECG)改变。

病例报告 男,35岁。因突发胸前闷痛伴大汗1小时急诊入院。近2年有间断胸前区隐痛、心悸等症状。入院体查:血压14/10kPa,心率90次/分,心律齐,各瓣膜区未闻及病理性杂音。实验室检查:总胆固醇5.89mmol/L,甘油三酯1.82mmol/L(酶速率法)。肌酸磷酸激酶41IU/L,乳酸脱氢酶153IU/L,谷草转氨酶31IU/L(酶法)。图A为本次发病前ECG。I、II、aVF呈QR型。图B~G为急性前壁MI后的ECG改变。入院首次ECG(图B)录到症状发作1小时后的超急性期改变,V₂至V₆T波振幅增高,其中V₂至V₄T波明显高尖对称,ST段上斜形升高。其后,胸前导联(V₁~V₄)QRS-ST-T呈现一系列的动态衍变。衍变过程中有近似正常的伪改善图形(图C)。于症状发作4小时后出现病理性QS波(图D~G)。与此同时,下壁导联(I、II、aVF)原有病理Q波渐缩小至消失,T波由直立渐变低平或倒置。入院20天作冠状动脉造影,报告:①左前降支近端狭窄70%~80%,中段不规则及轻度狭窄;②右冠状动脉主干普遍不规则,远端完全阻塞(相当于房室结动脉段长达3cm)。可见到侧支与远端相连,边缘动脉代偿增粗。



附图说明见正文

讨论 复发性MI可出现ECG的多种变化:若梗塞部位相邻,新旧梗塞可同时显示出来。若梗塞部位相对,范围和部位又相同,则新旧梗塞的初始向量可中和抵消,出现貌似正常的图形。如果梗塞部位相对,范围深度不同,而原陈旧性梗塞的范围较大,则新梗塞部位图形可被掩盖,ECG没有新的改变。反之,当新的梗塞范围较大,原有的梗塞部位病理Q波可被中和抵消,表现为新梗塞侧的波形。MI的部位及范围与闭塞的冠状动脉解剖相关,不同部位的梗塞可反应在ECG相应的导联上。国人下壁供血多数来自右冠状动脉,本例冠状动脉造影显示此支完全阻塞,ECG下壁导联(I、II、aVF)有异常Q波,未见急性衍变的ST-T改变,结合患者2年前有类似发作史,提示此部位梗塞属陈旧性。前壁供血来自左前降支,本例造影见左前降支狭窄70%~80%(无完全阻塞,可能与冠脉内血栓自溶再通有关)。ECG出现急性透壁性梗塞图形,由于急性前壁MI的出现,使对应下壁导联(II、III、aVF)原有病理Q波被“中和”而致消失,T波亦变低平或倒置。

(修回日期:1994年10月6日)

外伤性膀胱-会阴瘘1例报告

广西桂林市第四人民医院肛肠科

秦兵芬 林次钧

病例报告 女,28岁。因肛旁肿痛、流脓10月余于1993年12月3日入院。诉10个月前不慎从2m高处坠下,肛旁被锄头把击伤致疼痛、流血,自敷草药(名不详),次日在当地县医院仅作“清创缝合”处理,此后肛旁反复肿痛、流脓。体检:体温37.2℃,脉搏82次/分,呼吸19次/分,血压13/9kPa,心肺及腹部检查无异常。肛检:截石位3点距肛缘1.5cm处可见一瘘口,肉芽增生,周围质硬范围约3cm×3cm,探针可入16cm,瘘管走行与肛管直肠平行。直肠指检、镜检均无异常。尿常规:脓细胞(卅)。瘘管亚甲蓝试验:从膀胱导出尿液呈蓝色。瘘管碘水造影:瘘管上段膨大呈脓腔,并与膀胱相通。膀胱镜检:膀胱颈左侧可见一玉米粒大的肉芽组织。术前诊断:外伤性膀胱-会阴瘘。

治疗经过:在硬外麻下行手术治疗,手术所见:左输尿管膀胱开口左外侧1.5cm处肉芽组织增生、呈乳头状漂浮,亚甲蓝试验该处有亚甲蓝喷出,证实为内瘘口。清除病灶时发现以提肛肌为界,上有2条瘘管(其中一条通向膀胱),下有1条瘘管,该瘘管在穿过提肛肌处形成狭窄区,并在直肠左侧分成3个叉道于肛管以下汇合成一总管通向肛旁外口,提肛肌上下3条瘘

管在提肛肌上方形成 $3\text{cm}\times 3\text{cm}\times 3\text{cm}$ 脓腔,从脓腔内清出 $4\text{cm}\times 4\text{cm}$ 呈方形及 $4\text{cm}\times 12\text{cm}$ 呈“L”形的确凉布各1块(布块上有缝补车线及裤缝接处标志)。手术采取膀胱修补、病灶清除缝合、外口开放引流。术后诊断:外伤性膀胱-会阴瘘。术后经抗炎、膀胱造瘘冲洗、外口引流换药等处理,治疗42天痊愈出院。

讨论 本例从高处坠下时由于重力加速度作用,锄头把冲击肛旁的力量较大,以致损伤肛旁组织并将裤子布块穿入体内。布块质软,清创中未被发现,造成异物残留并感染。瘘管在穿过提肛肌处形成狭窄区,同时由于的确凉布不易腐烂、吸收,从而阻碍引流,使脓腔保持高压状态,脓液向周围组织穿通,形成数条瘘管。此外,膀胱内瘘口较小,又有肉芽组织增生、漂浮,有如瓣膜样作用,尿液不易由此处漏入瘘管从外口排出,因此极易漏诊。由于手术在修补膀胱、清除缝合病灶的同时,注意了外口引流,所以患者得以痊愈。

(修回日期:1994年10月8日)

鼓室异物并化脓性中耳炎3例

广西钟山县平桂工人医院耳鼻喉科

何江

鼓室异物在国内外文献记载甚少。我院自1991年至今诊治3例,现报道如下。

病例报告

例1:男,5岁。因左耳流脓1年曾在当地医院及我科以“慢性化脓性中耳炎”治疗无效,于1991年9月再次到我科就诊。询问病史,1990年7月左耳有谷粒进入史。检查:耳廓无畸形,乳突无压痛,左外耳道有脓性分泌物,清洁后,见鼓膜松弛部淡红,髓骨柄外向横位,鼓膜下象限中央处有棕黑色样物,用细小耳钩取出一谷粒,长出一约 1.5cm 弯曲谷芽,鼓室有少许脓性分泌物。予以抗生素治疗。1周后复诊,流脓停止,外耳道、鼓室较干洁,鼓膜穿孔存在。

例2:男,3岁半。因左耳误进谷子4天,于1992年8月到我科门诊。3天前在当地医院处理,未能取出异物。检查:耳廓(-),乳突(-),左外耳道有清亮脓液,清除脓液后,见鼓膜淡红,光锥反光消失,下象限中央部穿孔约 0.3cm ,鼓室积脓未发现异物,从鼓膜穿孔处清理鼓室分泌物,患儿哭闹挣扎,用细小的耳钩触探有异物感,遂取出一谷粒。予以抗生素治疗,5天后复诊除鼓膜穿孔外,流脓已止。

例3:男,2 $\frac{8}{12}$ 岁。因自要谷粒进入左耳3天,于1993年5月16日就诊。14日晚上,患儿母亲为其洗澡

时发现左外耳道有谷粒自用火柴杆挖取失败,次日送当地卫生院处理仍未能取出异物。检查:耳廓(-),乳突(-),外耳道深部有血痂及脓性分泌物,清洁后见鼓膜淡红,下象限穿孔。穿孔处有清亮脓液,外耳道未见异物,触探穿孔处,患儿挣扎、哭闹明显,用细小耳钩触探方向取出一黄色谷粒,鼓室仍有脓液。予以抗生素治疗,2天后复诊,鼓室外耳道脓液减少,鼓膜穿孔。失访。

讨论 耳部异物多以儿童外耳道为多见,鼓室异物在临床所见甚少。除外伤性异物外,经外耳道进入鼓室者,纯与病人家属及一些医务人员盲目取异物所致。稻谷两头尖且表面粗糙,对组织刺激性较大,处理不当,特别是进入鼓室容易导致粘膜充血水肿,短期内引起炎症反应,继发化脓性中耳炎,若不及时处理可影响患儿的听力发育。如例1漏诊1年余,很大程度与医务人员没有详细询问病史及仔细检查有关,仅以“化脓性中耳炎”处理而经久不愈。且稻谷在鼓室有生根发芽的可能。这都应引起临床医生高度重视,从中吸取教训。上述3例不用麻醉就能在门诊顺利取出异物,关键在器械选择,耳钩要细小,特别钩部较短细,一般约为 0.1cm ,根据谷子特点,在直视下取这类异物并非困难。

(编者按:若患儿不能合作,以在全麻下取出为宜)

(修回日期:1994年1月12日)

先天性喉裂2例报告

吉林松原市人民医院 高德清 王艳萍

先天性喉裂属临床罕见疾病,笔者曾收治2例,其中1例误诊死亡,另1例手术治疗痊愈。

病例报告

例1:女,2个月。因哺乳时呛咳、喉鸣、呼吸困难于1991年4月11日入院。体检:体温 37.5C ,咽(-),扁桃腺无肿大,口唇不绀,三凹症(+),双肺底可闻干、湿啰音。血常规:白细胞 $21.0\times 10^9/\text{L}$,中性 0.85 ,淋巴 0.15 ,红细胞 $4.0\times 10^{12}/\text{L}$,血红蛋白 $115\text{g}/\text{L}$ 。临床诊断:①急性喉炎合并Ⅱ度喉阻塞;②支气管炎肺炎。经抗生素、激素治疗好转。入院第3日晨起哺乳时突然窒息死亡。家属对死因有怀疑,同意做尸检。尸检报告:纵向剖开喉部,见约 3.0ml 乳汁流出,喉后壁两杓突间至气管上端有 1.2cm 纵形裂隙,中间呈膜状连结,其它脏器无异常。证实死因为:先天性喉裂导致呼吸道窒息。

例2:男,3个月。因喉鸣、哺乳时呛咳于1992