

<<GAP-CCBC精彩病例荟萃>>

图书基本信息

书名：<<GAP-CCBC精彩病例荟萃>>

13位ISBN编号：9787509161968

10位ISBN编号：7509161967

出版时间：2012-11

出版单位：人民军医出版社

作者：杨跃进

页数：381

字数：600000

版权说明：本站所提供下载的PDF图书仅提供预览和简介，请支持正版图书。

更多资源请访问：<http://www.tushu007.com>

前言

当前，循证医学已取得了很大的进展，但对目前临床上许多问题尚没有重要的循证医学方面的证据，在临床实践中仍不能离开临床经验，特别是在我国更是如此。

由于指南往往针对某一项疾病或一项技术，并不是针对患者，在处理复杂的临床情况时考虑的是对指南综合的掌握。

由于临床情况复杂，现在的指南的建议越来越多，指南变得越来越长。

冗长的文件影响了指南的推行力度。

另外，由于我们自己的循证医学证据不多，我国制定的许多疾病治疗指南都是以国外的指南为依据，但对于人种差异、国情等情况的不同，是不是都适用于我国的现实情况，是值得讨论的重要问题。

另外一个重要问题是，没有来自患者正确的第一手信息就可能导致错误诊断。

因此，循证医学不但不能取代个人专长，而且要求临床医师必须经过更严格的基础训练，善于观察患者，临床基本功过硬。

各种医学影像的阅片经验也不能用循证医学形式表达。

所以，临床应用指南，需要临床医师根据自己的实践经验做出决策。

临床医师不能被理论以及诊疗技术束缚，循证医学不应当成为菜谱医学，更不应照本宣科，并且绝不能成为束缚临床医师的合法工具，临床医师应以精湛的专业技能和经验为诊疗基础。

目前全国及各地的区域性会议比较多，但很多会议谈理论多、谈实践少，对于临床危重急救和疑难病例的分析不足。

虽然规范是学术推广的重要目的，但单纯讲授，没有针对具体病例，不结合互动和讨论的形式往往收效不明显。

海医会的交流还要针对内地与港台地区的特点，我国港台地区虽然人口和面积无法与内地相比，医师的数量也相对较少，但他们与国际接轨较早，诊疗较规范；内地则病例资源丰富。

因此，内地与港台医疗资源互补性很强，如果相关专家能坐在一起，各自拿出自己在临床上遇到的疑难、危重或有教育意义的病例来分享，这将是一件非常有意义的事。

由于来自五湖四海的专家有不同的培训背景，能够结合自己的临床经验，对病例进行点评或提供相关病例，也很有趣，有的放矢的讨论效果也是最好的。

一年前，在第一届海峡两岸医药卫生交流协会心血管专业委员会年会上，我们提出了学会的宗旨：加强两岸学术交流，促进学术交叉融合，缩小指南与实践的差距，共同提高临床水平。

打造“三个平台”：海峡两岸交流互补平台；老中青三代专家指导培训平台；三级、二级、一级医院普及提高平台。

贯彻“12字方针”：交流互补，指导培训，普及提高。

这一提议得到了各位专家和广大与会听众非常积极的反馈，一致建议，对很多有教育意义的病例应当结集出版，部分病例也记录了病例讨论现场的点评，以期为广大的心血管医务工作者提供新的视角和新的思路，对临床实践起到更好的帮助作用。

<<GAP-CCBC精彩病例荟萃>>

内容概要

本书精选了心血管内科具有典型临床意义和实用价值的病例。每一个病例在详细介绍病例资料和诊治过程的基础上，着重分析了疾病的诊断思路、治疗原则、方法和经验的总结。本书实用性强，有助于心血管内科医师从中获益、积累经验、开阔思路，快速提高临床诊疗水平。

<<GAP-CCBC精彩病例荟萃>>

书籍目录

1. 介入治疗后严重血小板减少
2. 高血压、反复头晕10年的中年顽固性高血压
3. 风湿性心脏病患者出现腹胀、腹泻
4. 肝硬化、活动后气短、低氧血症
5. 发生干咳的冠心病患者和呼吸衰竭
6. 危重肺心病治疗好转突发精神症状
7. 冠状动脉支架术后房室传导阻滞和晕厥
8. 应用IABP后血小板明显下降的心源性休克患者
9. 腹泻伴阵发性心悸
10. 晕厥
11. 突发意识不清
12. 胸痛伴ST段抬高并动态改变
13. 青年女性胸痛
14. 单纯主肺动脉侧支形成的诊治
15. 结节性多动脉炎致双侧肾动脉闭塞
16. 冠状动脉起源异常并支架内血栓形成
17. 扩张的冠脉，扩张的心肌
18. 双室致密化不全并肺动脉发育不全
19. 罕见心肌炎
20. 心肌占位
21. 麻烦的头晕
22. 心肌梗死合并心房颤动的抗栓治疗
23. 先天性右冠脉缺如合并LAD心肌桥
24. 先天性二叶式主动脉瓣感染伴穿孔
25. 急性心肌梗死并发心房颤动和脑梗死
26. 预激综合征合并房间隔缺损及动脉导管未闭
27. PCI术后剑突下疼痛伴腹胀
28. 大剂量美托洛尔治疗主动脉夹层
29. 矫正型大动脉转位合并室速置入ICD治疗
30. 短期内消失的室壁瘤
31. 宽QRS波心动过速
32. 胸痛伴晕厥
33. 成功介入治疗大动脉水平双向分流
34. PCI术后的急性脑梗死
35. 右心衰竭
36. 心肌梗死PCI术后反复4次急性支架内血栓形成
37. 发热后Brugada样心电图改变
38. 侵袭性甲状腺炎致反复血管迷走神经反射发作
39. 主动脉夹层
40. 心肌致密化不全
41. 圆锥支痉挛及闭塞产生 型Brugada综合征
42. 弥漫性肺泡出血伴严重心肌损害
43. 氯吡格雷相关性皮下出血
44. 过敏性休克后胸闷伴ST-T改变
45. Guideliner导管冲出导致左主动脉干夹层

<<GAP-CCBC精彩病例荟萃>>

46. PCI术后反复肺动脉栓塞
47. 经皮球囊扩张术治疗Angioseal血管闭合器所致右下肢动脉急性血栓性闭塞
48. 一氧化碳中毒合并急性心肌梗死
49. 脊髓缺血伴进行性肾功能损害
50. 肺栓塞并尼亚加拉瀑布T波
51. 急性广泛前壁心肌梗死后顽固性电风暴
52. 华法林导致失血性休克的抢救
53. 桥血管病变介入治疗
54. 反复心力衰竭患者灵活应用 受体阻滞药
55. 经桡动脉径路肾动脉支架术
56. 血液超滤治疗难治性右心衰竭合并双下肢高度水肿
57. 肥厚型心肌病演变为扩张型心肌病
58. 营养不良性心肌病
59. 化疗药物相关心脏损害
60. 先天性心脏病换瓣术后瓣膜反流和瓣周漏
61. 抗栓药导致急性血小板减少
62. PCI术后颅内出血
63. 以肺栓塞为首发表现的肾病综合征
64. 急性广泛前壁心肌梗死、心源性休克急诊PCI治疗
65. 心脏亚急性破裂、心脏压塞的诊治及控制性心包引流
66. 高位股动脉穿刺致腹膜后血肿
67. 胸痛伴心电图ST段改变的肺栓塞
68. 急性广泛前壁心肌梗死后顽固性心力衰竭
69. 肱动脉入路介入治疗主髂动脉闭塞合并双侧肾动脉狭窄
70. 发作性胸痛合并的精神心理问题
71. 急性心肌梗死后电风暴的启示
72. 呼吸困难患者诊疗的启示
73. 右心起搏器电极致感染性心内膜炎及肺栓塞
74. 胸闷、晕厥
75. 急性心肌损害合并急性肾衰竭
76. 多血管床病变介入治疗
77. PCI支架术后心绞痛
78. 侧支循环良好的慢性完全闭塞病变不一定是罪犯病变
79. 冠心病介入术后再发劳力性胸痛与平板运动试验阴性
80. 冠状动脉介入术后晚期冠状动脉夹层形成
81. 血管型贝赫切特综合征与多发性复发性血管瘤
82. 酷似室性心动过速的缺血性J波综合征
83. 房性心动过速伴肌酸激酶升高
84. 青年男性甲状腺功能亢进患者出现肢体活动障碍
85. 大量心包积液误诊为ST段抬高型心肌梗死
86. 不可忽视的药物相互作用
87. 不明原因胸痛
88. 不同寻常的急性心肌梗死
89. 反复晕厥
90. 心脏介入术后急性肺栓塞抢救成功2例
91. 口服“阿托伐他汀钙片”致阴茎紧缩感
92. 高血压合并心力衰竭、左心室血栓

<<GAP-CCBC精彩病例荟萃>>

93. 忽视伴随症状和体征致“一叶障目”
94. 逆向导丝技术成功治疗前降支CTO病变
95. 中年男性反复胸痛伴意识丧失
96. 甲状旁腺功能减退性心肌病
97. 巨大主动脉窦瘤1例
98. AMI心电图改变对术者的提示
99. 真菌性心内膜炎的诊治
100. 急性心肌梗死患者急性期行心脏移植治疗1例
101. 遗传性椭圆形红细胞增多症合并甲状腺功能亢进

章节摘录

版权页：插图：甲功三项：正常。

血脂：CH0 5.33mmol / L , HDL—C 0.98mmol / L , LDL—C 4.08mmol / L。

凝血全套：大致正常。

诊断：过敏性休克；过敏性心肌炎可能；高胆固醇血症。

【诊治经过】入院后予多巴胺维持血压，拜阿司匹林0.1 / d、氯吡格雷75mg / d抗血小板聚集，磺达肝葵钠2.5mg / d抗凝，阿托伐他汀每晚20mg调脂，稳定斑块，潘托洛克保胃等治疗，患者入院1h后症状消失，血压平稳，逐渐停用多巴胺，于2012年2月27日行冠状动脉造影示冠脉右优势型，左主干大致正常，前降支大致正常，回旋支大致正常，右冠状动脉大致正常，未发现明显斑块、狭窄，血流正常，继续予抗血小板聚集、调脂、改善循环等处理，患者无再头晕、黑朦，胸痛，病情好转，住院14d出院。

【讨论】本例患者为中年男性，在急诊科表现为低血压休克状态，结合心电图的动态改变及心肌酶（cTnl、CK—MB）的增高，故人院时初步考虑诊断为急性心肌梗死、心源性休克。

心肌梗死是在冠状动脉病变的基础上，发生冠状动脉血供急剧减少或中断，使相应的心肌严重而持久地急性缺血所致的部分心肌急性坏死。

临床表现为胸痛、急性循环功能障碍，反映心肌急性缺血、损伤和坏死一系列特征性心电图演变以及血清心肌酶及心肌肌钙蛋白的变化。

但细细回顾本患者的各种临床表现，仍有诸多不符合心肌梗死的地方。

第一，该患者发病前有明确的用药史（局麻药），随即出现胸闷、呼吸困难、面色苍白等症状。

这与常见的心肌梗死诱因如劳累、激动等并不相同。

第二，本患者发病4h的心电图表现为高侧壁（I、aVL）及V2导联ST损伤性改变（ST抬高），其余多数导联T波低平或双向，但16h后即全部恢复正常，至发病46h仅遗留有V2导联T波改变，其动态改变不典型。

第三，冠脉造影检查并未发现明确的罪犯血管。

故我们认为本患者上述临床表现可能是由于严重的过敏性弥漫性心肌炎伴局（小）灶性心肌坏死引起的。

过敏性心肌炎以外周血嗜酸细胞增多及心肌周围嗜酸细胞、淋巴细胞和组织细胞浸润为特征，有时偶见心肌坏死。

多种药物可直接损伤心肌导致过敏性心肌炎。

Burke等报道一组经心肌活检诊断的过敏性心肌炎69例中，可疑的过敏药物为甲基多巴、氢氯噻嗪、氨苄西林、呋塞米、地高辛、氨茶碱、苯妥英钠等；其他药物如保泰松、对乙酰氨基酚、吲哚美辛、头孢菌素、氯霉素、链霉素、利福平、卡马西平、阿米替林等亦见报道。

过敏性心肌炎的临床症状为心悸、呼吸困难、胸痛、类似心肌梗死的疼痛、低血压、晕厥。

体检可发现心动过速、发热、皮疹、低血压、心律失常、心力衰竭。

可因心律失常或不明原因猝死。

此外较轻病例可无明显症状。

当患者出现黄疸或其他肝炎临床表现时亦应高度警惕此病。

鉴于本病具有潜在严重不良后果且很少被临床识别，故临床医生对此应保持高度警惕。

此外，本病还应与应激性心肌病（Takotsubo综合征）相鉴别。

应激性心肌病多见于老年女性，发病前均有明显的精神或躯体疾病，主要特征为一过性心尖部呈气球样急性扩展，它的心室扩大及异常室壁运动具有可逆性，预后良好。

对过敏性心肌炎的治疗，首先应避免再次使用可疑药物（如本例的局部麻醉药），应使用糖皮质激素和（或）免疫抑制药治疗。

当出现过敏性休克时，应立即抗过敏、升压，给氧，积极补液，尽快恢复有效循环血量，保证冠状动脉血流，改善心肌供血，预防心肌梗死的发生。

编辑推荐

心血管内科医师从中获益、积累经验、开阔思路，快速提高临床诊疗水平。

<<GAP-CCBC精彩病例荟萃>>

名人推荐

科学研究告诉我们可以做什么，指南告诉我们该做什么，注册研究告诉我们实际做的怎么样，而GAP—CCBC就是告诉医生怎样才能做到最好！

——杨跃进

版权说明

本站所提供下载的PDF图书仅提供预览和简介，请支持正版图书。

更多资源请访问:<http://www.tushu007.com>