

易见,各占 5%和 6%。(2)血小板呈大堆易见,形态未见异常。(3)成熟红细胞形态大小大致正常。

骨髓象:(1)骨髓有核细胞增生极度活跃,粒细胞比值显著增高,占 92%,以中幼粒、晚幼粒、杆状和分叶粒细胞增生为主,其形态未见明显异常。(2)嗜酸性粒细胞和嗜碱性粒细胞易见,各占 6%和 8%。(3)红系增生明显受抑,仅占 3.5%,幼红细胞及成熟红细胞形态大致正常。(4)巨核细胞明显增多,全片见到 243 个,其中产板巨 84 个,颗粒巨 143 个,其余为裸巨,血小板成大堆分布。(5)NAP 染色,积分为 0 分。根据上述检查结果本室的诊断意见为:慢性粒细胞白血病^[1-3]。

取静脉血送上级医院做流式细胞术检测,结果 CD117⁺、CD33⁺、CD34⁺、HLADR⁺;粒细胞相对比例增多,其免疫表型 CD16、CD13、CD15、CD11b、CD10 可见轻度表达紊乱。

2 讨 论

感染性休克心肌损伤误诊为急性心肌梗死 1 例

李 均,岳瑞华,肖 骏(重庆市急救医疗中心心内科 400014)

【关键词】 感染性休克; 心肌损伤; 急性心肌梗死

DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2011.19.073 文献标志码:B 文章编号:1672-9455(2011)19-2418-01

本院收治 1 例感染性休克心肌损伤患者,误诊为急性心肌梗死,现报道如下。

1 临床资料

患者,男,43 岁。因“反复咳嗽、喘息 40 余年,加重 1 周,呼吸困难 3 h”入院。有哮喘病史,无糖尿病、高血压、高脂血症病史。入院查体:体温 37℃,脉搏 120 次/分,呼吸 20 次/分,血压 70/50 mm Hg,体型偏胖,平卧双下肺可闻及散在湿啰音,未闻及哮鸣音,心界不大,各瓣膜区未闻及病理性杂音,腹部平软,肝、脾肋下未扪及,双肾区无叩痛,四肢肌力正常,病理征未引出。辅助检查:白细胞 3.96 g/L,中性粒细胞 67.7%,血红蛋白 163 g/L;K 3.29 mmol/L,肌酐(Cr)148.4 μmol/L。血气分析:pH 7.382,PCO₂ 33 mm Hg,氧分压(PO₂)64.9 mm Hg,BE-4.8 mmol/L。心肌酶学:肌酸激酶(CK)26 U/L,肌酸激酶-同工酶(CK-MB)11 U/L,肌钙蛋白 I(cTnI)0.01 μg/L,超敏 C 反应蛋白(hs-CRP)100.5 mg/L。入院时心电图提示:窦性心动过速,V4~6 导联 ST 段抬高约 0.1 mV。入院后给予积极抗感染、解痉、平喘、补液、抗休克等治疗,3 h 后心肌酶学:CK 193 U/L,CK-MB 35 U/L,cTnI 1.83 μg/L,hs-CRP 173.74 mg/L。心电图提示:窦性心动过速,AVFⅢ导联呈 QS 型,AVFⅡ、Ⅲ导联 ST 段弓背抬高约 0.1 mV。血常规:白细胞 6.7 g/L,中性粒细胞 90%,血红蛋白 124 g/L。考虑急性心肌梗死,立即入导管室行选择性冠状动脉造影,结果显示冠脉正常。冠脉造影术后行肺部 CT 提示右侧肺部重症感染。遂立即送入重症监护病房,经积极抗感染、解痉、平喘、抗休克等治疗 2 周后呼吸困难症状、肺部啰音消失,复查心电图恢复正常,肺部 CT 示右侧肺部感染完全吸收,痊愈出院。

2 讨 论

该患者因呼吸困难、休克入院,心电图示 ST 段抬高,心肌

慢性粒细胞白血病最突出的体征为脾大,巨脾也常见,临床上常因其他疾病就诊时发现脾大始被诊断。而本例的脾脏大小形态完全正常,较为罕见。

参考文献

- [1] 陶元璽. 血液学及血液学检验[M]. 北京:人民卫生出版社,1997:62.
- [2] 陈方平. 血液学检验[M]. 北京:人民卫生出版社,2008:174.
- [3] 袁毓贤,李文成. 实用血液学细胞学图谱[J]. 北京:人民卫生出版社,1998:109.

(收稿日期:2011-05-22)

酶学升高且呈明显动态演变,该患者虽无胸痛症状,但少数心肌梗死患者可无胸痛,一开始即表现为休克或急性心力衰竭^[1],入院即考虑急性心肌梗死,心源性休克。故立即行冠脉造影,结果提示冠脉正常,排除了急性心肌梗死的可能。由于该患者有哮喘病史,故考虑肺部重症感染,感染性休克致心肌损害,随后肺部 CT 证实这一诊断。临床常见危重病合并的心肌损伤常表现为心肌酶学异常,并伴有心电图的动态演变^[2],这往往和急性心肌梗死较难相鉴别。据文献报道,感染性疾病引起的心肌酶升高是普遍的,可能是病原体感染产生的毒素及疾病造成的组织缺氧引起^[3]。休克患者心电图也可引起急性心肌梗死样心电图改变,休克的特性是由各种原因导致的微循环障碍,同时由于微循环障碍的结果也可导致冠状动脉供血不足,致使远端心肌因急性缺血而引起电静止活动,故心电图上有梗死样图形改变。值得提出的是此种坏死样心肌并未进入不可逆阶段,一旦休克被纠正,梗死样图形在短期内均可消失。作者对本病例进行讨论,以期提高医务人员对疾病的认知水平,避免过度注重本科疾病诊断,导致思维狭隘。

参考文献

- [1] 叶任高,陆再英. 内科学[M]. 7 版. 北京:人民卫生出版社,2006:285-286.
- [2] 石岩,刘大为. 应激性心肌病 1 例分析[J]. 中国急救医学,2007,27(9):796-798.
- [3] 李永春. 重症肺炎患者心肌酶的改变及临床意义[J]. 中国基层医药,2011,18(3):315-316.

(收稿日期:2011-09-07)