

# 常规与动态心电图在心肌缺血诊断中的比较

欧阳漪凡(湖北省汉川市人民医院心功能室 431600)

**【关键词】** 动态心电图; 心肌缺血; 心律失常

**DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2013.08.087** 文献标志码:B 文章编号:1672-9455(2013)08-1054-01

动态心电图是连续长时间记录动态变化的心电图,因其易于捕捉到常规心电图难以记录的一过性、间歇性心律失常和心肌缺血,可提高心律失常的检出率,已被广泛用于心律失常、心肌缺血的检测、诊断和对治疗的评价。

## 1 资料与方法

**1.1 一般资料** 2010~2012 年本院门诊 224 例因急性冠状动脉综合征患者,其中男 164 例,女 60 例,年龄 58~72 岁,排除了以前有 ST 段变化的因素,心脏起搏器术后。

**1.2 方法** 用 12 导航动态心电图和常规 12 导联心电图同时检测有冠心病危险因素但无胸痛主诉的就诊 224 例患者,对这两种系统比较,评价和记录心肌缺血的一致性和阳性检出率。

## 2 结果

监测结果发现,165 例(74%)患者中可以发现最大 ST 段偏高导航,25 例(11%)可以发现无 ST 可抬高的 Q 波心肌梗死。在 12 导航 ST 监测中,224 例患者中 62 例(28%)发生缺血事件(共 463 项),其中 80% 都无症状。在检测有最大 ST 段偏高导航的 224 项事件中,94 项(42%)在该导航中未被发现(敏感性 58%)。而在常规心电图检查中 ST 改变阳性率只有 10%,因而认为对于不稳定的冠心病患者,要检测是否发生心肌缺血,采用 12 导航 24 h 动态心电图监测是必要的。

## 3 讨论

12 导航动态心电图和常规 12 导心电图同时检测了 224 例急性冠脉综合征患者,80% 发生在日常生活中的无症状缺血

事件不能被诊断,应用动态心电图监测心肌缺血可以识别高危患者,在检测有最大 ST 段偏高导航的 169 项事件中,70 项(42%)在常规 12 导航心电图图中未被发现(敏感性 58%)。如果不用动态心电图进行评估,80% 发生在日常生活中的无症状的缺血事件不能被诊断,应用动态心电图监测心肌缺血可以识别高危患者。而对稳定的冠心病患者动态心电图监测心肌缺血事件与将来冠状动脉事件和心脏猝死的发生率高度相关<sup>[1-2]</sup>。

综上所述,12 导航动态心电图可准确地诊断心律失常,同时可对心肌缺血进行定性和定位分析,避免了后者易受干扰的缺陷<sup>[3]</sup>。与传统 12 导航心电图相比,12 导航动态心电图在心肌缺血诊断中具有更高的准确性和有效性,更易为临床所接受。

## 参考文献

- [1] 郭继鸿. 缺血性 J 波[J]. 临床心电学杂志, 2007, 16(4): 298-305.
- [2] 李中健, 井艳, 李世锋, 等. 心电图波形特征分析[J]. 临床心血管病杂志, 2008, 24(3): 195-197.
- [3] 王海峰, 戴瑶凤, 何奔. 巨 R 波型 ST 段抬高的急性心肌梗死 1 例[J]. 临床心血管病杂志, 2009, 25(8): 635-636.

(收稿日期:2012-11-21 修回日期:2013-01-28)

# 补骨脂酊联合他克莫司治疗面颈部白癜风临床观察

祁长美(湖北省汉川市人民医院皮肤科 431600)

**【关键词】** 补骨脂酊; 他克莫司; 白癜风; 面颈部

**DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2013.08.088** 文献标志码:B 文章编号:1672-9455(2013)08-1054-02

白癜风为皮肤科常见病之一,表现为色素减退、色素脱失,发病率在 0.38%~0.50%,对患者美观和心理造成很大影响<sup>[1]</sup>。目前,白癜风的外用制剂有糖皮质激素、他克莫司、补骨脂酊及其他中药制剂等。作者采用外用他克莫司、补骨脂酊联合治疗面颈部白癜风,取得了满意的疗效,现报道如下。

## 1 资料与方法

**1.1 一般资料** 本院皮肤科 45 例门诊患者,男 16 例,女 29 例,年龄 14~56 岁,病程 1 个月至 15 年。局限性 11 例,散在性 21 例,节段型 13 例。进展期 24 例,稳定期 21 例。随机分成 3 组,15 例患者采用他克莫司与补骨脂酊联合治疗,15 例采用他克莫司治疗,15 例采用补骨脂酊治疗。病例入选标准:临床诊断为白癜风,根据全国色素病学组指定的标准分型、分期;年龄大于 60 岁,男女不限;皮损局限于面颈部,不伴有其他系统性疾病,近 2 个月未接受过药物治疗。入选病例均签署知情同意书。

**1.2 治疗方法** 补骨脂酊治疗组给予补骨脂酊[以 30 g 补骨脂加乙醇含量 52%(v/v)白酒 100 mL 泡制而成]外搽患处,2 次/天;他克莫司治疗组给予他克莫司外用,2 次/天;联合用药组,每天上、下午各抹补骨脂酊 1 次,睡前抹他克莫司 1 次。治疗 3 个月后判定临床疗效。

**1.3 疗效标准** 痊愈:白斑全部消失、恢复正常肤色;显效:白斑部分缩小,恢复正常肤色的面积大于或等于 50%;有效:白斑消退小部分消失;无效:白斑无变化或范围扩大。

**1.4 统计学处理** 采用 SPSS11.0 软件包进行统计分析,采用  $\chi^2$  检验,  $P < 0.05$  为差异有统计学意义。

## 2 结果

联合外用他克莫司和补骨脂酊临床治愈率、总有效率均高于单用他克莫司和补骨脂酊( $P < 0.05$ ),单用他克莫司和补骨脂酊临床治愈率、总有效率相当,差异无统计学意义( $P > 0.05$ )。结果见表 1。

表 1 他克莫司和补骨脂酊疗效比较

组别	n	痊愈	显效	有效	无效	总有效率(%)
他克莫司组	15	3	5	4	3	80.00
补骨脂酊组	15	4	3	5	3	80.00
二者联合组	15	7	4	3	1	93.33

### 3 讨 论

目前普遍认为白癜风是一种自身免疫性疾病。外用他克莫司(FK506)进入细胞后,先与其受体蛋白 FKBP 结合为 FK506-FKBP 复合物,后者与钙调神经磷酸酶高亲和性结合并抑制其活性,从而抑制其诱导的活性 T 细胞核因子(NF-AT)去磷酸化,抑制各种 T 细胞炎症因子的表达,这是他克莫司治疗白癜风的免疫学机制<sup>[2]</sup>。有研究表明,中波紫外线能诱导角质形成细胞产生多种细胞因子,这些细胞因子作用于表皮中与受损细胞邻近尚未完全破坏或正常的黑素细胞,刺激这些细胞的功能,刺激酪氨酸酶的活性,催化黑素的合成,促进黑素细胞的分裂及移动,使黑色素合成增加,白斑颜色逐渐恢复<sup>[3]</sup>。补骨脂酊可以增加皮肤对紫外线的敏感性,通过光化学作用促进黑素细胞合成。

本临床观察发现,联合外用他克莫司和补骨脂酊临床治愈率、总有效率均高于单用他克莫司和补骨脂酊( $P < 0.05$ ),单

用他克莫司和补骨脂酊临床治愈率、总有效率相当,差异无统计学意义( $P > 0.05$ )。其机制可能在于联合外用他克莫司和补骨脂酊既能抑制皮损局部的免疫反应,又能刺激黑色素细胞合成。此次临床观察更进一步证实了白癜风的自身免疫发病机制。

总之,他克莫司、补骨脂酊都是目前为数不多的白癜风外用药物治疗的选择,二者的联合应用优于单独应用,联合外用他克莫司和补骨脂酊是白癜风治疗更好的选择。

### 参考文献

[1] Taher ZA, Lauzon G, Maguiness S, et al. Analysis of interleukin-10 levels in lesions of vitiligo following treatment with topical tacrolimus[J]. Br J Dermatol, 2009, 161(3): 654-659.  
 [2] Marsland AM, Griffiths CE. The macrolide immunosuppressants in dermatology: mechanisms of action[J]. Eur J Dermatol, 2002, 12(6): 618-622.  
 [3] 赵辨. 临床皮肤病学[M]. 2 版. 南京:江苏科学技术出版社, 1988:938.

(收稿日期:2012-10-22 修回日期:2012-11-22)

## 侵袭性自然杀伤细胞白血病伴噬血细胞综合征 1 例

周正菊, 杨章元, 雷鸿斌, 明亮, 王 锋(长江大学附属第一医院检验科, 湖北荆州 434000)

【关键词】 侵袭性; 白血病; 噬血细胞综合征

DOI: 10.3969/j.issn.1672-9455.2013.08.089 文献标志码: B 文章编号: 1672-9455(2013)08-1055-02

侵袭性自然杀伤(NK)细胞白血病较少见,现将本院收治 1 例结果报道如下。

### 1 病例资料

患者,女,31 岁,2012 年 1 月 20 日因间断发热 1 个月,呼吸困难,伴皮肤淤点、淤斑 4 d 入院。体检:体温 38.5℃,血压 85/50 mm Hg(1 mm Hg=0.133 kPa)(11.3/6.7 kPa)。神志清醒,精神差,全身皮肤可见大片淤点、淤斑,浅表淋巴结未触及肿大。右下肺可闻及湿性啰音,心率齐,心音可,未闻及杂音。腹膨隆,肝右肋下 5 cm,质中,无触痛。脾明显肿大,左肋下锁骨中线平齐,质中,无触痛。叩诊移动性浊音(+),双肾区无叩痛,双下肢轻度水肿。

血常规:血红蛋白 88.0 g/L、红细胞  $2.9 \times 10^{12}/L$ 、白细胞  $1.02 \times 10^9/L$ ,分类:晚幼粒细胞 0.01、杆核细胞 0.13、分叶核细胞 0.61、淋巴细胞 0.16、单核细胞 0.02、晚幼红细胞 3 个、血小板  $13 \times 10^9/L$ 。红细胞沉降率 6 mm/h。肝功能:总胆红素 45.0 μmol/L、直接胆红素 21.6 μmol/L、总蛋白 62.4 g/L、清蛋白 36.7 g/L、球蛋白 25.7 g/L、清蛋白/球蛋白 1.43、天门冬氨酸氨基转移酶(AST) 290 U/L(正常 9~42 U/L)、丙氨酸氨基转移酶(ALT) 75 U/L(正常 5~40 U/L)、乳酸脱氢酶(LDH) 1 539 U/L(正常 100~240 U/L),肾功能正常。血清铁蛋白 1 420 μg/L、EBV-IgG 阳性、免疫球蛋白正常、肥达反应阴性、血培养、骨髓培养均无细菌生长。凝血分析凝血酶原时间 15 s、活化部分凝血活酶时间(APTT)不凝大于 240 s、纤维蛋白原 0.38 g/L、D-二聚体 6.03 mg/L。第一次胸骨骨髓象:

骨髓增生活跃;明显活跃,分类:粒系 0.525、红系 0.24、吞噬型组织细胞 0.02,吞噬物为白细胞、成熟红细胞及血小板。片中分类不明细胞比值占 0.125,其胞体中等大小,形态不规则,核多为圆形,可见凹陷、扭曲、呈脑回状。核染色质较细且粗细不均,核仁 1~3 个,显隐不一,胞质量中等,染淡蓝色,有的胞质拖尾,边缘有毛刺。全片共见巨核细胞 31 个,血小板散在少见。胸骨骨髓细胞流式免疫分析:11.5%为异常细胞,表达 HLA-DR、CD2、CD7、CD38、CD56,不表达 CD3、CD5、CD19、CD20。诊断侵袭性 NK 细胞白血病伴噬血细胞综合征。胸部 CT 显示:双侧胸腔少量积液,肺实质未见密度异常改变,纵隔及两肺门未见肿大淋巴结。腹部 CT 显示:肝、脾脏肿大,脾内多发低回声,胆囊壁水肿,少量腹水,未见肿大淋巴结。给予多巴胺升压,亚胺培南、派拉西林/他唑巴坦抗感染,粒细胞集落刺激因子(G-CSF)升白细胞,输注新鲜冰冻血浆、冷沉淀、单采血小板悬液及 E-CHOP 方案化疗 5 d,一周后停用升压药,体温正常,凝血分析正常。复查胸骨骨髓象:骨髓增生重度减低,粒系 0.07、红系 0.02、吞噬型组织细胞 0.01,分类不明细胞 0.41,少数细胞胞质内可见细小且多少不等的紫红色颗粒,全片未找到巨核细胞,血小板不易见到。复查胸骨骨髓细胞流式免疫分析:检测标本细胞少,淋巴细胞比值增高,约占全部有核细胞的 85%,21%有核细胞表达 CD2、CD7、CD56、CD45RA,不表达 CD3、CD4、CD5、CD8、Ki-67。肝功能损害加重,肝脾进行性肿大,血压下降,2012 年 3 月 29 日因呼吸、循环衰竭死亡。

### 2 讨 论