

急性胆囊炎致心电图 ST 段抬高 1 例

南京医科大学附属无锡市人民医院 鲍小京 赵晓溪 陆卫红 薄小萍*, 无锡 214023

关键词 急性胆囊炎; 心电图; ST 段抬高

中图分类号 R575.6⁺1

文献标识码 D

DOI 10.11768/nkjwzzzz20180628

患者男, 54 岁, 2012 年 5 月 15 日因“突发上腹部胀痛不适 4h”至外院就诊, 当时查心电图提示 V1 ~ V4 ST 段抬高, 诊断“急性前壁心肌梗死”, 予以阿替普酶 100 mg 溶栓治疗, 患者上腹部闷痛症状渐缓解, 但之后多次复查心肌酶谱均正常, 超声心动图未见异常, 心电图提示 ST 段回落至基线。7 d 后行冠脉造影冠脉未见明显狭窄, 见图 1、图 2。此后患者仍按冠心病二级预防药物治疗。2012 年 12 月患者再发上腹部胀痛, 症状与前一次相仿, 至南京医科大学附属无锡市人民医院急诊就诊, 查心电图后仍考虑急性前壁心肌梗死, 再次予以药物溶栓治疗, 溶栓后患者症状缓解, 第 2 天患者签字离院回家 (此次就诊资料丢失)。2013 年 12 月 5 日患者再次出现上腹部胀痛不适, 发病 2 h 至我院急诊就诊, 查心电图: V1 ~ V4 ST 段抬高, 见图 3。血常规: WBC $5.1 \times 10^9/L$, N 68.9%, Hb 140 g/L, PLT $119 \times 10^9/L$, CRP 5 mg/L; 肝功能: 总胆红素 $4.1 \mu\text{mol/L}$, 总蛋白 63.5 g/L, 白蛋白 38.4 g/L, ALT 36 IU/L, AST 34 IU/L; 腹部 B 超示胆囊结石、胆囊炎。查体: BP 100/70 mmHg, 神志清楚, 呼吸平稳, 颈静脉无怒张, 两肺呼吸音粗, 未及啰音, HR 70 次/min, 律齐, 未闻及病理性杂音, 腹软, 剑突下轻压痛, 无反跳痛, 双下肢无浮肿。详细询问前两次就诊过程后未再采取再灌注治疗, 考虑慢性胆囊炎急性发作可能性大, 予以抗感染、解痉等治疗, 患者上腹痛症状于此 3 d 左右缓解, 入院后监测心肌酶谱 CK-MB、肌钙蛋白 I 均为阴性, 肝功能: 总胆红素 $36.6 \mu\text{mol/L}$, 直接胆红素 $16 \mu\text{mol/L}$, ALT 825 IU/L, AST 1069 IU/L, 予以抗感染、保肝治疗后逐渐下降, 之后复查心电图提示 V1 ~ V4 ST 段渐回落, 至第 7 天回落至基线, 见图 4。胃镜示十二指肠球炎, 慢性浅表性胃炎伴糜烂; 磁共振胰胆管造影 (magnetic resonance cholangiopancreatography, MRCP) 示胆囊结石、胆囊炎, 肝脏小囊肿、右肾小囊肿。转至肝胆外科行腹腔镜下胆囊切除术, 术后患

者恢复良好, 随访至今, 未再发作类似症状。

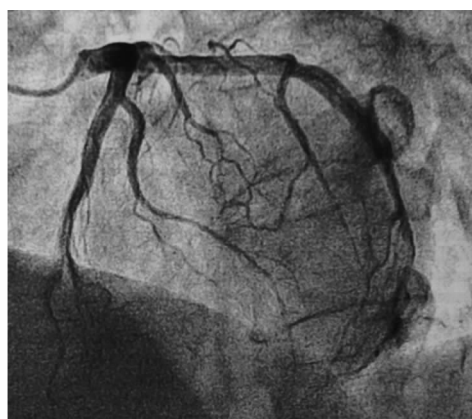


图 1 左冠状动脉



图 2 右冠状动脉

讨论

胆心综合征是指由于胆道疾患所引起的冠状动脉供血不足, 心脏活动失调以及心电图异常的临床综合征^[1]。胆心综合征的发生机制: ①胆道高压及神经反射; ②感染中毒与电解质乱; ③高胆红素、高胆酸血症兴奋迷走神经, 引起迷走反射; ④胆盐的刺激可直接作用于心脏传导系统, 产生各种心律失常。在诊断治疗方面: 胆系疾病急性发作时常伴有心绞痛、心律失常以及心电图改变, 这是胆心综合征的临床特点, 容易误诊为冠心病。曾有报道急性胆囊炎

* 通信作者: 薄小萍, E-mail: bxp@wuxiph.com

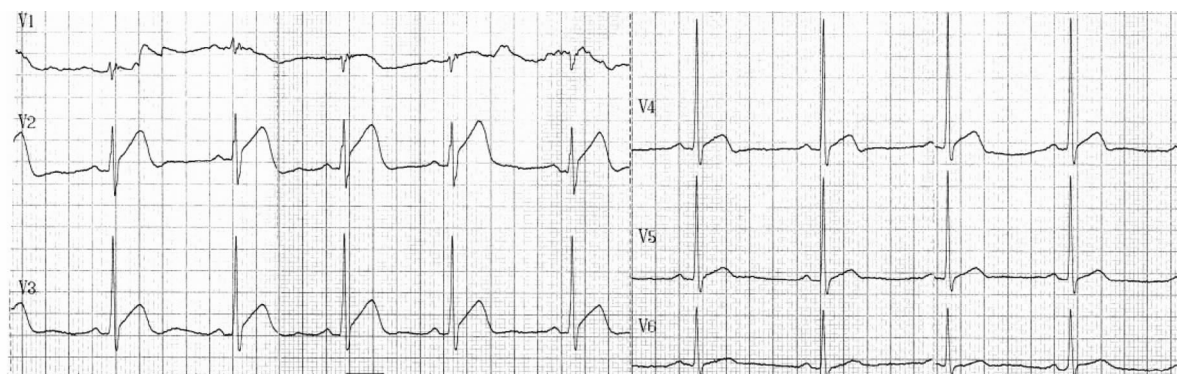


图3 发作时心电图

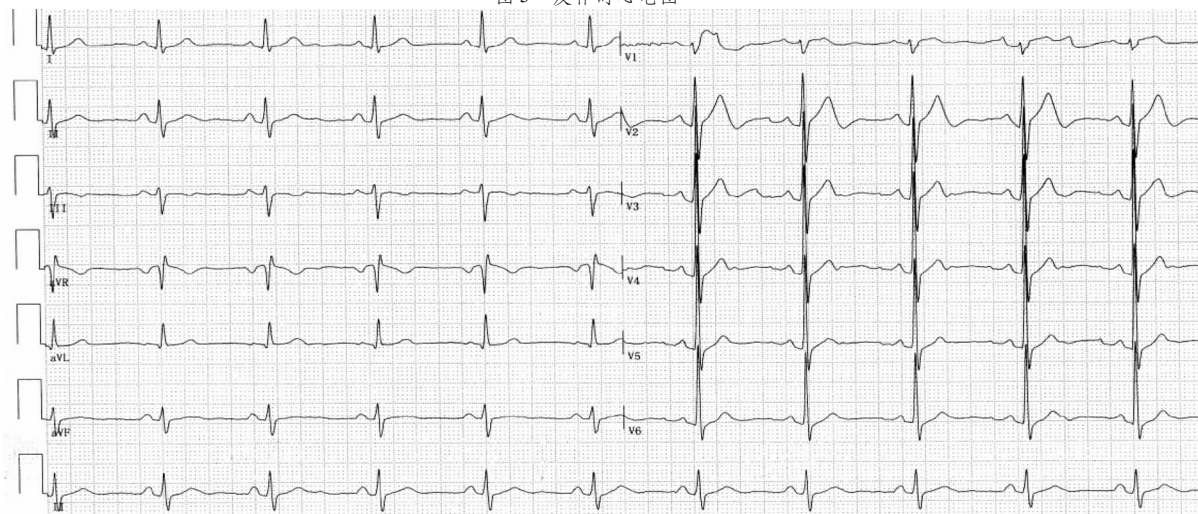


图4 治疗7d后心电图

可出现急性心肌梗死,但均为心肌酶谱升高,心肌存在损害。与胆囊炎发作时交感神经系统兴奋增强,儿茶酚胺分泌增多,心率加快导致心肌相对缺血、缺氧,胆道梗阻及感染时,反流的胆汁、病原菌、内毒素等直接及间接作用导致心肌损伤等因素相关^[2~5]。Sethi 等^[6]报道急性胰腺炎、急性胆囊炎可以引起下壁导联 ST 段抬高,但本例患者出现前壁导联 ST 段抬高,确实较为罕见,而随着胆道情况的好转,ST 段也回落至基线,这与之之前相关报道一致。分析其发生原因可能为胆囊炎引起剧烈疼痛,反射性引起冠状动脉痉挛、收缩至心肌严重缺血缺氧,心电图出现类似急性心肌损伤的表现。在之前的动物实验中证实胆囊扩张可以减少冠状动脉血流,增加心率和血压^[7,8]。但引起心电图 ST 段抬高的确切机制仍然不是很清楚^[9]。

胆囊结石合并肝损害在临床上较为常见,其发生率为 5.2%~97.0%。由于胆囊炎症侵犯肝脏引起的应激反应导致肝功能异常。胆囊炎症的不断发作,也会导致肝床和其周边肝组织细胞的损伤,都可表现为肝酶学增高、胆红素增高。正常情况下的胆

汁是没有细菌的,但是对胆囊结石患者的胆汁检测中则发现细菌生长达到 90%,由此可见胆囊炎症的发生可累及邻近的肝细胞,并使其受到损害。炎症会沿着胆囊管扩散并影响胆总管,而引起胆总管不同程度的扩张,炎症累及胆囊周围组织。再加上胆囊扩张引起肝总管和胆总管受压等都可造成肝功能损害。本例患者在胆囊结石、胆囊炎发作期间出现肝酶的升高也并不罕见,也从另一方面证实该患者上腹部闷痛的症状与急性胆囊炎发作有关。该患者在多次就诊过程中,接诊医生只注意到心电图 ST 段抬高,而没有注意患者的腹部体征,也没有仔细观察心电图的动态演变过程,造成多次的误诊误治。因此,在临床工作中,对于心电图 ST 段抬高的胸腹部疼痛的患者,应仔细加以鉴别。建议注意以下几点:①仔细询问患者胸闷痛症状的部位,有无上腹痛压痛、反跳痛等体征;②仔细观察心电图的动态演变;③诊断不明确时,做超声心动图观察有无室壁收缩活动异常;④实验室检查:胆道系统疾病往往会引起 ALT、AST 及胆红素的升高,而肌钙蛋白的检测有助于急性心肌梗死的鉴别;⑤仍怀疑急性心肌梗死时,

可以行急诊冠状动脉造影明确诊断。最后,希望通过对此病例的剖析,能够让大家遇到类似病例时仔细应对,减少误诊误治。

参考文献

- 1 谢仕刚,钱敏,田清明,等.胆心综合征与胆心反射[J].中国实用外科杂志,2000,20(2):96.
- 2 吴小平.胆心综合征[J].中国实用内科杂志,2007,27(8):574-575.
- 3 张志荣.胆心综合征 36 例临床分析[J].内科急危重症杂志,2006,12(4):182.
- 4 朱淑金,刘淮阳,杜月英.胆心综合征误诊下壁急性心肌梗死 1 例[J].实用心电图学杂志,2010,19(2):137.

- 5 李海峰,刘宝华,陈满秋,等.胆道疾病合并急性心肌梗死 2 例临床分析[J].中国危重病急救医学,2011,23(10):640.
- 6 Sethi P, Murtaza G, Sharma A, et al. ST segment elevation with normal coronaries[J]. Case Rep Med, 2016, 3:132654.
- 7 Ordway GA, Longhurst JC. Cardiovascular reflexes arising from the gallbladder of the cat. Effects of capsaicin, bradykinin, and distension[J]. Circ Res, 1983, 52(1):26-35.
- 8 Vacca G, Battaglia A, Grossini E, et al. Reflex coronary vasoconstriction caused by gallbladder distension in anesthetized pigs[J]. Circulation, 1996, 94(9):2201-2209.
- 9 Durning SJ, Nasir JM, Sweet JM, et al. Chest pain and ST segment elevation attributable to cholecystitis: a case report and review of the literature[J]. Mil Med, 2006, 171(12):1255-1258.

(2017-05-25 收稿 2018-08-28 修回)

(上接第 518 页)

较困难。病理学诊断上,纵隔镜和 EBUS-TBNA 作为临床上应用最为广泛的两种有创的病理学诊断技术,均具有较高的敏感性和特异性。对于无法鉴别是良性的结核、结节病还是恶性肿瘤所致纵隔淋巴结肿大的患者,可先采用经济安全的 EBUS-TBNA 淋巴结病理学检查,若仍无法明确诊断,可进一步选择纵隔镜确诊。

参考文献

- 1 Gambhir S, Ravina M, Rangan K, et al. Imaging in extrapulmonary tuberculosis[J]. Int J Infect Dis, 2017, 56:237-247.
- 2 吴友根,刘红兵,杨兴萍,等.结核蛋白芯片对肺结核及肺外结核的诊断价值[J].实验与检验医学,2014,32(5):503-504.
- 3 中国防痨协会临床专业委员会.结核临床诊治进展年度报告(2014 年)(第一部分结核病临床诊断)[J].中国防痨杂志,2015,37(6):549-582.
- 4 Dhooria S, Gupta N, Bal A, et al. Role of Xpert MTB/RIF in differentiating tuberculosis from sarcoidosis in patients with mediastinal lymphadenopathy undergoing EBUS-TBNA: a study of 147 patients[J]. Sarcoidosis Vasc Diffuse Lung Dis, 2016, 33(3):258-266.
- 5 Yang DH, Jung SH, Ahn JS, et al. Predictive efficacy of interim positron emission tomography/computed tomography (PET/CT) for the

treatment of aggressive lymphoma[J]. Chonnam Med J, 2015, 51(3):109-114.

- 6 Yeh CL, Chen LK, Chen SW, et al. Abnormal FDG PET imaging in tuberculosis appearing like mesothelioma: anatomic delineation by CT can aid in differential diagnosis[J]. Clin Nucl Med, 2009, 34(11):815-817.
- 7 Rayamajhi SJ, Mittal BR, Maturu VN, et al. (18)F-FDG and (18)F-FLT PET/CT imaging in the characterization of mediastinal lymph nodes[J]. Ann Nucl Med, 2016, 30(3):207-216.
- 8 Liu W, Li X, Yin J, et al. Diagnostic value of (18)F-FDG PET/CT in extrapulmonary tuberculosis[J]. Nan Fang Yi Ke Da Xue Xue Bao, 2013, 33(7):1083-1086.
- 9 Mlika M, Farah F, Jarboui S, et al. A benign cystic mass of the pancreas mimicking a malignant lesion[J]. Pathologica, 2009, 101(6):261-262.
- 10 He HY, Huang M, Zhu J, et al. Endobronchial ultrasound elastography for diagnosing mediastinal and Hilar lymph nodes[J]. Chin Med J, 2015, 128(20):2720-2725.
- 11 Ozgöl MA, Cetinkaya E, Tutar N, et al. Endobronchial ultrasound-guided transbronchial needle aspiration for the diagnosis of intrathoracic lymphadenopathy in patients with extrathoracic malignancy: A study in a tuberculosis-endemic country[J]. Cancer Res Ther, 2013, 9(3):416-421.

(2017-05-04 收稿 2018-07-18 修回)