

瓣环运动幅度和收缩速度的减低,可能由于凭冠状动脉造影和心电图检查难以对两组患者做到严格绝对的区分,两组间可能存在一定的重叠、交叉关系。

心肌组织速度成像技术能反映下壁合并右室心肌梗死后引起的右室舒缩功能减低,提高受损心肌检出率,较M型超声心动更敏感,可作为评价急性下壁合并右室心肌梗死患者右室收缩和舒张功能的一项新指标。QTVI技术右室游离壁三尖瓣环处的心肌组织多普勒速度曲线易获得、测量简便、重复性好,有助于指导治疗和随访观察。

参考文献

1 Gulati VK, Katz WE, Follansbee WP, et al. Mitral annular

descent velocity by tissue Doppler echocardiography as an index of global left ventricular function. Am J Cardiol, 1996, 77: 979-984.

2 Meluzin J, Spinarova L, Bakala J, et al. Pulsed Doppler tissue imaging of the velocity of tricuspid annular systolic motion, a new rapid, and non-invasive method of evaluating right ventricular systolic function. Eur Heart J, 2001, 22: 340-348.
3 Goldstein JA, Barzilai B, Rosamond TL, et al. Determinants of hemodynamic compromise with severe right ventricular infarction. Circulation, 1990, 82: 359-368.
4 Yoshino H, Udagawa H, Shimizu H, et al. Inferior myocardial infarction. Am Heart J, 1998, 135: 689-695.

• 病例报告 •

鼻疽病感染误诊 1 例

鲁立新 赵承胤 孙庆文

患者,男,67岁,黑龙江省大庆市人,无业。既往健康,曾于切割自购的马肉时误伤左手背。2 d后刀割处组织肿胀、疼痛,继而化脓并发热。7 d后化脓处愈合、结痂,但左腋下淋巴结逐渐肿大达鸡卵大,局部疼痛,伴全身不适,体温达40℃。30 d后住某院,经抗炎、抗结核治疗,左腋下淋巴结疼痛减轻,体温正常。45 d切除左腋下肿大淋巴结,病理报告:淋巴结慢性炎症。术后7 d刀口I期愈合出院。此后间断发冷、发热,口服先锋霉素后病情稍有好转,90 d后又出现高热、寒战及右肘与左踝关节周围肿痛。第95天以“发热待查、风湿热”收入我院。

查体:体温39℃,脉搏100次/min,血压160/90 mmHg,神清语明,营养一般,无皮疹及皮肤黏膜黄染,表浅淋巴结无肿大。心肺(-),肝脾(-)。右肘关节桡侧及左外踝处软组织肿胀,微热不红,未扪及皮下结节。

辅助检查:血红蛋白9.4 g/L,红细胞 3.06×10^{12} /L,白细胞 5.4×10^9 /L,中性0.69,淋巴0.27,单核0.04,尿蛋白(+),白细胞4~8个/H。肝功正常,HBsAg(-),ESR 52 mm/h,抗O 500 U/ml,LE细胞(-),类风湿因子(-)。骨髓穿刺:反应性增生骨髓象。心电图:窦性心律,左前分支传导阻滞。肝脾B超(-),胸片(-),双肘、双踝正侧位片未见异常。

住院经过:前14 d先后口服布洛芬,肌注青霉素、链霉

素,静滴氨基苄青霉素、先锋霉素、妥布拉霉素、地塞米松等药物,体温36~41℃,左踝、右肘部剧痛,肿胀明显。右踝关节亦肿胀。心电图曾一度出现心房纤颤及短阵室性心动过速。入院12 d左踝外侧穿刺抽出黄色混浊脓汁3 ml,镜检白细胞满视野,脓细胞15~20个/H,局部切开排脓3 ml,见组织坏死达跟距关节,但骨膜完整。14 d双侧下眼睑疼痛、肿胀,致睑裂闭合、不能睁眼,皮肤坏死呈黑褐色,有数个小脓泡,切开见有脓栓及坏死组织。以后数日内,类似病变陆续发生在右手中指、左手背、下颌及右小腿部。16 d血培养及脓汁培养均为“粪产碱杆菌生长”。21 d右前额出现一直径2 cm、高出皮肤1 cm之皮下硬结,剧痛。18 d胸闷、气短。胸片示:右侧气胸,肺组织被压缩30%,双肺可见散在大小不等的边缘模糊阴影。一周后胸片肺部病变消失。患者经大量、多种抗生素及支持疗法,病情虽曾一度好转,但终因脓毒败血症不能控制、全身衰竭,于入院第33天死亡。

患者生前未确诊,死亡后,培养菌株送黑龙江省卫生防疫站鉴定,明确致病菌为马鼻疽杆菌。

误诊原因:(1)采集病史时,未能问出切割马肉时误伤左手背及感染史。鼻疽虽为人畜共患病,但在非疫区罕见。因对本病缺少认识,又未全面了解病史,导致本例患者早期曾被误诊为“淋巴结结核”而行切除术,以后又疑诊为风湿热、结缔组织病、结核病、败血症、炭疽等。(2)血培养及脓汁培养报告为“粪产碱杆菌”,给临床以误导。粪产碱杆菌与鼻疽杆菌在形态上有相似之处,但生化反应前者不分解任何糖类,后者分解葡萄糖。

收稿日期:2004-03-25

作者单位:163453 大庆市,黑龙江省大庆市龙南医院

作者简介:鲁立新,女,1965年11月生,黑龙江省大庆市人,医学学士,主治医师。Tel:0459-5910214