

其他子宫畸形容易发现,且易与其他疾病相鉴别^[4],故容易得到医患双方的重视。在所有子宫畸形患者中,双子宫患者的生育功能是最高的。而围产儿死亡率、早产率、剖宫产率亦高于正常。对于双子宫畸形,临床一般不做子宫矫形,也不是剖宫产的指征^[5],故本例因社会因素行剖宫产的过程中未处理非孕子宫。

参考文献:

[1] 谢微波. 双子宫畸形左侧妊娠 1 例[J]. 重庆医学,2003,32(3):326.

• 短篇及病例报道 •

[2] 李维芝. 双子宫畸形人流时存在的问题[J]. 实用妇产科杂志,1998,4(2):99-101.

[3] 傅正英,陈晓. 双子宫双阴道足月妊娠剖宫分娩 1 例[J]. 武警医学,2001,12(6):380.

[4] 黄惠团,富丹萍. 体检双子宫及纵隔子宫超声的诊断分析[J]. 中国疗养医学,2011,20(3):264.

[5] 王巧如,李卓华. 生殖道畸形的妊娠结局 128 例分析[J]. 国际医药卫生导报,2005,11(18):74-75.

(收稿日期:2011-02-10 修回日期:2011-03-18)

老年先天性心脏病误诊 13 例分析

杨 燕,李平仙

(云南省第一人民医院内科,昆明 650032)

doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2011.24.050

文献标识码:C

文章编号:1671-8348(2011)24-2495-02

先天性心脏病(先心病)系指出生时就存在的心血管结构或功能异常,其发病率为活产婴儿的 0.7%~0.8%,成人发病率为 0.24%~0.28%^[1]。随着科学技术的发展,先心病的诊断率不断提高,但老年先心病缺乏特异性,误诊仍易发生。综合其原因有以下几点:(1)某些先心病畸形所致的血流动力学障碍可自我调节和代偿,患者就可存活下来以至老年,其自然寿命长短与病种、畸形复杂程度、缺损大小有关。(2)老年期心肌可发生脂褐素沉积、横纹消失、细胞纤维化,并可有淀粉样变、胶原含量增加。心肌的兴奋性、自律性、传导性和收缩性均有降低,导致老年期心脏增大^[2]。(3)老年人常伴有冠心病、高血压、肺心病、瓣膜性心脏病、心肌病等一种以上的心血管病,当出现发绀、心悸、气促、下肢浮肿或心力衰竭等临床表现时,没有典型的心脏杂音(而杂音又是先心病主要体征),所以多首先考虑常见获得性心脏病。(4)先心病的诊断除病史、体格检查外,胸片、心电图、超声心动图等无创检查较常应用。超声心动图目前是筛查及确诊先心病重要、基本的诊断方法^[3],但也受仪器条件、操作人员经验等的影响。

本院干部病房通过彩色多普勒超声心动图确诊老年先心病 13 例,分析报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 本院患者 13 例,男 7 例,女 6 例。年龄 64~84 岁,平均 76.5 岁,病程 6~30 年。临床诊断分别为肺心病 5 例,扩心病 1 例,老年瓣膜性心脏病 4 例,冠心病 1 例,高血压心脏改变 1 例,风湿性心脏病 1 例。

1.2 方法 采用 PHILIPS iE33 型彩色多普勒超声诊断仪进行检查诊断。患者左侧卧位或仰卧位,取胸骨旁左室长轴、胸骨旁四腔心、大动脉短轴、右室流出道长轴、心尖四腔、心尖五腔及剑突下双心房等标准断面,观察心腔内部结构,测量心脏内部参数及血流动力学各项参数。

2 结 果

13 例老年先心病患者中,房间隔缺损 4 例:房间隔连续性

中断,回声脱失 0.5~1.1 cm,右房室均明显扩大,主、肺动脉增宽,CDFI 显示房水平左向右分流 3 例,左右双向分流 1 例。干下型室缺 1 例:左室轻度扩大,大动脉短轴收缩期可见距肺动脉瓣下 0.5 cm 处 0.3~0.4 cm 左向右分流,连续多普勒测得血流速 3.5 m/s。先天性主动脉瓣病变 3 例(无冠瓣发育不良 1 例、左冠瓣发育不良 1 例、二叶瓣 1 例),二维均显示为二叶瓣增厚钙化,瓣膜联合处融合,瓣口轻度关闭不全及轻度狭窄,左室扩大,室壁肥厚,瓣口血流速为 2.0~2.4 m/s,大动脉短轴舒张期主动脉瓣口为“一”字形而非“Y”字形结构,3 例均经三维显示:2 例为三叶瓣,其中 1 例无冠瓣 0.2×0.4 cm²、1 例左冠瓣 0.2×0.3 cm²,另 1 例为二叶瓣。动脉导管未闭(PDA) 2 例,其中单纯 PDA 1 例:左肺动脉起始部与降主动脉的管型沟通,宽约 0.5 cm,CDFI 示左向右分流,分流速度为 2.2 m/s,左房室扩大,肺动脉压 35 mmHg。其中 1 例 PDA 合并房缺,表现为房间隔中部两处连续性中断,宽分别为 0.8、0.5 cm,两孔间距为 2.3 cm,房水平双向分流,同时可见降主动脉峡部与肺动脉分叉偏左沟通呈瘤样扩张,两侧宽分别为 1.5、1.7 cm,CDFI 示右向左分流,肺动脉压 85 mmHg,右房室明显扩大、左房扩大。膜周部室间隔缺损 1 例:室间隔膜周部连续中断,宽约 0.8 cm,三尖瓣隔瓣与室缺口前下缘粘连,并部分遮挡室缺口,CDFI 示双向分流,肺动脉压 80 mmHg,全心扩大。三尖瓣下移畸形 1 例,表现为三尖瓣后叶和隔叶附着点向心尖部移位,分别下移 2.8、2.9 cm,瓣叶形态异常,部分右室房化,大小约 2.5 cm×3.0 cm²,右房室明显增大,三尖瓣中至大量反流,肺动脉压 61 mmHg。右室双腔心 1 例:右心房室增大,右室壁增厚,于右室内探及异常肌束,将右室分隔为近三尖瓣侧的流入腔(高压腔)和近肺动脉瓣侧的流出腔(低压腔),两者交通口直径约 1.8 cm,流入腔与流出腔间探及高速血流 2.98 m/s,峰值压差约 25 mmHg。

3 讨 论

(1)本组房缺 4 例,房缺为小儿常见先心病,如缺损口小或

忽略,极易漏诊而带入老年。有资料显示,60 岁以上先心病占年龄组构成比为 3.2%,其中房缺占首位^[2]。肺心病为老年常见心脏病,多由慢阻肺发展而来。老年先心病房缺如出现心衰和呼吸道感染也可表现为咳嗽、咳痰,后期同样出现发绀和浮肿。两种疾病心电图和胸片都可提示右房室扩大,所以误诊为肺心病的较多。(2)室缺是小儿最常见先心病,缺损口大的多在幼年时发病。本组室缺 2 例,1 例位于膜周部,属于中型缺损,但由于三尖瓣隔瓣遮挡部分室缺口,缺口相对变小直至老年才发病,因为全心扩大被长期误诊为扩心病。如发现全心扩大同时心脏杂音明显的老年人做超声心动图时须仔细观察室间隔的连续性及有无异常血流。干下型室缺相对少见,本组 1 例女性患者曾多次晕厥,同时血压低,多次诊断为低血压性晕厥,实则为左向右分流后缺血所致。对于有晕厥史、左室扩大的老年患者不能忽视本病存在。(3)先天性主动脉瓣畸形以二叶式和四叶式主动脉瓣多见,本组有 2 例为正常三叶,但瓣叶发育不良,实属少见。老年人由于钙质沉积于瓣膜基底的固定线上而使瓣膜活动受限所致瓣膜关闭不全和(或)狭窄引起心脏扩大、心肌肥厚甚至心衰称为老年瓣膜性心脏病,之前本组 3 例先天性主动脉瓣畸形均诊断为老年瓣膜性心脏病。但交界处粘连以及无典型的“Y”字型闭合应引起重视,必要时用三维甄别。(4)本组 2 例 PDA 均因导管小而漏诊或误诊。本组 1 例同时有房缺和 PDA,既往多次心脏超声检查仅有房缺诊断,但两个缺损口宽加起来并不大,难以解释巨型扩大的右房室和明显增宽的肺动脉以及重度肺动脉高压。所以,当患者的心脏改变不能用单一的先心病解释时,又排出了其他老年合并症,须警惕两种先心病的同时存在。(5)三尖瓣下移畸形

为少见先心病,本组 1 例为老年女性,因为心脏杂音和瓣膜反流而长期被误诊为风心病,所以应详细询问病史及仔细观察瓣膜的位置和结构以免误诊。(6)右室双腔心也是少见先心病,本组 1 例为老年女性,因发绀、浮肿多次被误诊为肺心病,需重视病史及尽早行彩色多普勒超声心动图检查。

超声心动图对简单先心病诊断符合率可大于 90%,对复杂先心病诊断正确率达 95%~98%^[3]。如不能确诊,可行介入性心脏导管检查术,此为先心病诊断的金标准。由于老年人透声差,疾病多而复杂,更应详细询问病史,认真体检,尽量做超声心动图,仔细观察每一个切面以防漏诊、误诊^[4-5]。

参考文献:

[1] 陈国伟,郑宗锬. 现代心脏内科学[M]. 长沙:湖南科学技术出版社,1995:1021.
[2] 陈芬,徐云云. 老年先心病的误诊分析[J]. 海南医学, 2008,19(8):165-167.
[3] 郑洁兵,侯权康. 彩色多普勒超声心动图对中老年先心病的诊断价值[J]. 中国超声诊断杂志,2005,6(12):897-898.
[4] 钮红音,邹毓斌. 老年先天性心脏病的特点[J]. 实用老年医学,2000,14(2):91-92.
[5] 汪钢. 先天性心脏病的诊断进展[J]. 现代医学,2002,30(5):281-283.

(收稿日期:2011-04-10 修回日期:2011-05-25)

(上接第 2486 页)

(2)SimMan 模拟人给学生提供操作机会。有超过 2 500 种心电图,可作心脏监护、除颤和体外起搏;静脉注射手臂可作静脉注射练习;可放置男性和女性生殖器进行导尿练习等。但也有学生表示,虽然 SimMan 模拟人拥有诸多优点,但它对提问的无关问题不能准确回答,不如 SP 灵活。鉴于此,考虑由授课教师在主控室对麦克风直接回答问题。

4 结 语

在 SimMan 综合模拟人和 SSP 两种不同 SP 场景下,临床护理学实践教学应用网络化 OSCE 教学模式的效果比较,期末考试成绩无差异,SimMan 全程充当 SP,能表现出逼真的阳性体征,大大节约了培训 SP 耗费的人力、物力、财力;SimMan 模拟人可提供多种操作,减少了 OSCE 各考站占用的空间,使学生消除转换地点带来的不适感。建议积极开发嵌入到网络化 OSCE 模式中的 SimMan 综合模拟人病例程序,使该病例随着病情演变渗透护理人才培养目标所要求的技能操作项目,同时设定参数,异常反应出现,需得到有效及时处理,若处理措施无效,甚至会有时死亡结局,以此加深学生理论知识掌握操作技术的迫切感。

参考文献:

[1] Harden RM, Stevenson M, Downie WW, et al. Assess-

ment of clinical competence using objective structured examination[J]. Br Med J,1975,22(1):447-451.
[2] 景汇泉,于晓松,孙宝志. OSCE 在医学教育中的应用[J]. 国外医学医学教育分册,2002,23(2):29-33.
[3] 王莉英,陈智杰,钟春玖. 网络化 OSCE 初探[J]. 中国高等医学教育,2006(4):20-21.
[4] 刘涛,张会君,梁春光,等. 护理程序在健康评估实践教学中的应用研究[J]. 护理研究,2009,23(7B):1856-1857.
[5] 邹继华,王晓晶,周郁秋. 护理专业课程综合考评模式的研究与应用[J]. 护理研究,2006,20(5B):1302-1303.
[6] 沈婷,邹扬,缪青,等. 标准化患者 SP 的培训[J]. 中国高等医学教育,2006(9):87-90.
[7] Sadeghi M, Taghva A, Mirsepassi G. How do examiners and examinees think about role-playing of standardized patients in a OSCE setting[J]. Acad Psychiatry,2007,31(5):358-361.
[8] Stillman PL, Wang Y, Ouyang Q, et al. Teaching and assessing clinical skills: a competence-based programme in China[J]. Med Educ,1997,31(1):33-40.

(收稿日期:2011-03-07 修回日期:2011-05-20)