

以颈痛为主诉的心源性猝死 1 例

Neck pain as chief complaint of sudden cardiac death in 1 case

李双勇¹ 张蕾² 林金秤³ 肖学文⁴ 黄文¹

[关键词] 颈痛;心源性猝死;心肌梗死

[Key words] neck pain;sudden cardiac death;myocardial infarction

[中图分类号] R767 [文献标志码] B [文章编号] 1001-1781(2013)17-0961-02

颈痛为耳鼻咽喉头颈外科常见症状,临床上以颈部软组织炎症、颈部恶性肿瘤、颈椎病变、甲状腺炎等为常见原因,经查阅相关文献,尚未发现以颈痛为主诉并出现心源性猝死(sudden cardiac death,SCD)的相关报道。本例患者因颈痛来我科就诊,性质不详,除颈部轻压痛外无其他阳性体征,入院后尚未进行任何检查和治疗便出现猝死,通过尸检,明确死亡原因为冠状动脉粥样硬化性心脏病导致的 SCD。现将此病例报告如下并复习文献,以提高耳鼻咽喉头颈外科医师对 SCD 及不典型急性心肌梗死(acute myocardial infarction,AMI)相关知识的认识,减少误诊、漏诊。

1 病例报告

患者,女,70 岁。因右侧颈痛半天于 2012 年 6 月 15 日入院。患者 2012 年 6 月 14 日晚无明显诱因出现右侧颈痛,程度重,性质不详,伴后颈部僵硬,吞咽正常,无发热、声嘶及呼吸困难,无胸闷、胸痛、心悸,无头痛、头昏。2012 年 6 月 15 日清晨于当地诊所静脉滴注“青霉素”治疗(诊断及剂量不详),症状无好转,遂来我院门诊就医。门诊体检:血压 120/80 mm Hg(1 mm Hg=0.133 kPa),神志清,精神疲软,右侧甲状腺下气管旁轻压痛,未扪及明显肿块及异常搏动;咽喉未见异常;心肺听诊正常。既往有高血压病史 12 年,平时不规律服用尼群地平片治疗,血压控制情况不详。有颈椎病及颈椎间盘突出病史。门诊初步考虑右侧颈痛原因待查:甲状腺炎?行血分析、血沉、甲状腺彩超检查结果示:①血分析正常;②血沉:52 mm/1 h;③双侧甲状腺彩超未见明显异常。综合症状、体征及辅助检查,考虑急性甲状腺炎可能性小,因患者颈部疼痛程度与体征不符,血沉异常且病因未明,故拟“右侧颈痛原因待查?”收入院行进一步诊治。

患者于 2012 年 6 月 15 日 11:30 入院,体检同前,拟行进一步检查。患者于 12:10 突然出现意识丧失,呼吸停止,大动脉搏动消失,考虑心脏骤停,立即予心肺复苏及电除颤,急抽血查心肌酶谱、电解质、血糖、肾功能,行气管插管,虽经积极抢救,于 12:50 宣告抢救无效,患者死亡。患者心肌酶谱结果示,AST:130 U/L,CK:1 824 U/L,CK-MB:171 U/L,LDH:720 U/L,HBDH:411 U/L;GLU:8.08 mmol/L;肾功能及电解质正常。由于病因未明,经家属同意后行尸检,最终明确死因为:冠状动脉粥样硬化性心脏病导致 SCD(图 1)。

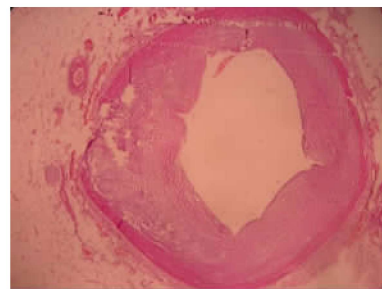


图 1 左冠状动脉血管壁偏心性肥厚,纤维帽下可见泡沫细胞

2 讨论

SCD 是指由于心脏原因引起的出乎意料的、自然发生的突然死亡。WHO 建议:凡症状出现后 24 h 内死亡均称为猝死,法医学界采用这一标准。2008 年美国心脏协会、美国心脏病协会和欧洲心脏病学会共同修订了 SCD 的定义,即发生在医院外、急诊室或送往医院的途中,任何心脏疾病导致的症状发作 1 h 内的死亡。SCD 最常见的病因是冠心病和肥厚型心肌病,前者多见于老年人,而后者最常发生于 35 岁以下运动员中。临床上,因冠心病导致的猝死存活率低,而非冠心病原因导致的猝死存活率相对较高。对 SCD 患者进行处理的原则主要是尽早进行有效的心肺复苏,稳定血流动力学;治疗原发疾病;纠正危险因素;预防复发^[2]。

(下转第 963 页)

¹赣南医学院第二附属医院耳鼻咽喉头颈外科(江西赣州,341600)

²赣南医学院第一附属医院消化内科

³赣南医学院第二附属医院 ICU

⁴赣南医学院第二附属医院病理科

通信作者:张蕾,E-mail:leilaile@yahoo.cn

而无呼吸困难的产生,但却造成了吞咽困难,进而求诊。口内的神经鞘瘤可能起源于舌神经、舌下神经及舌咽神经。本例以解剖位置判断起源于舌神经终末分支可能性大。

意识到神经鞘瘤的可能性对帮助临床做出正确诊断很重要。对于鉴别口腔内生长缓慢的软组织新生物范围很广泛,除了神经鞘瘤外,还有神经纤维瘤、黏液囊肿、潴留囊肿、纤维上皮息肉、纤维瘤、脂肪瘤、平滑肌瘤、横纹肌瘤、血管瘤、腺细胞瘤、化脓性肉芽肿、异位甲状腺、良性唾腺肿瘤、舌根扁桃体增生等^[4]。其中要提出的是神经鞘瘤和神经纤维瘤,神经纤维瘤是肿物的整体且为了切除肿瘤则必须牺牲神经,而神经鞘瘤是由纤维包裹和神经纤维分开,所以对大多数患者可以在不伤及神经的情况下将肿物完整剥离下来。本例经口径路支撑喉镜显微镜下辅助切除瘤体,以此径路检视瘤体,发现其蒂部与周围神经无明显连接,进而沿蒂部完整切除瘤体。大多数患者经口径路可暴露瘤体,并在适当的手术视野中检视与周围神经有无关联,进而进行瘤体切除,此为首选径路。若术中不能有很好的视野,无法检视瘤体与周围的关联,仍须喉外径路,如经舌骨或舌帽瓣径路^[5]的下颌骨下径路、经颈侧进路、舌骨上咽侧进路^[6-7]等。术者主

要依据瘤体的大小及位置来决定手术径路。由于口咽部神经鞘瘤罕见,常导致在鉴别口咽肿物时被忽略,手术切除是主要的治疗手段,靠免疫组织化学结果(S-100 阳性)确诊。

参考文献

- [1] 李玉晓,何晓光,王卫红.舌根部神经鞘瘤 1 例[J].临床耳鼻咽喉科杂志,2005,19(9):427-427.
- [2] 古庆家,李祥奎,何刚.头颈部神经鞘瘤的诊断和治疗(附 34 例报告)[J].临床耳鼻咽喉头颈外科杂志,2010,24(18):856-858.
- [3] COHEN M, WANG M B. Schwannoma of the tongue; two case reports and review of the literature[J]. Eur Arch Otorhinolaryngol,2009,266:1823-1829.
- [4] PFEIFLE R. Schwannoma of the tongue; report of 2 cases[J]. J Oral Maxillofac Surg,2001,59:802-804.
- [5] MEVIO E, GORINI E, LENZI A, et al. Schwannoma of the tongue; one case report[J]. Rev Laryngol Otol Rhinol (Bord), 2002, 123:259-261.
- [6] YING Y L, ZIMMER L A, MYERS E N. Base of tongue schwannoma; a case report [J]. Laryngoscope,2006,116:1284-1287.
- [7] 黄志翔,胡永杰.舌骨上咽侧进路切除舌根部肿瘤的临床应用[J].口腔颌面外科杂志,2008,70(1):50-53.

(收稿日期:2012-11-29)

(上接第 961 页)

AMI 是最常见的心血管急症,病情凶险,病死率高,其典型症状是持续性胸骨后压榨样疼痛或心前区疼痛。临床上曾偶见以牙痛、咽痛、咽部梗阻感、腹痛等不典型症状为主诉的 AMI 患者。分析其原因,是由于心肌缺血、缺氧时产生酸性代谢产物刺激心脏交感神经传入纤维,经颈、胸脊髓交感神经传至丘脑植物神经中枢及大脑,产生痛觉,再沿传出神经放射到颈 5-胸 10 脊髓分布的任何部位^[2]:放射至咽部、鼻部、下颌等,引起咽痛、鼻痛、牙痛、下颌痛;放射至上腹部、手指、腰部等引起相应部位的疼痛;放射至颈肩背部,引起颈部、肩背部疼痛。这些症状不典型的 AMI 患者大多不是首诊于心内科,应该引起首诊科室的足够重视和警惕。

回顾此病例,早期识别 AMI 及 SCD 的主要线索有:①临床症状与体征不符:患者主诉颈部疼痛程度重,急性起病,但体检未发现有明显压痛,也无急性面容,应考虑到 AMI 的可能。临床上对于老年人突发比较剧烈的疼痛,不论疼痛出现在哪个部位,尤其当疼痛找不到具体病变或病因时,就应想到 AMI 的可能,尤其伴有吸烟、肥胖、高血脂、高血压、冠心病、糖尿病者更要高度警惕。②有 SCD 的前驱表现:患者有后颈部僵硬不适,精神疲软,不能误认为是颈椎病或颈椎间盘突出导致,SCD 患者可有颈部僵硬不适、全身极度疲乏、头晕眼花、出冷汗

和失神等前驱表现。SCD 最主要的原因是室性心律失常,而室性心律失常最重要的症状是心悸、晕厥前兆和晕厥,其中晕厥前兆(头昏、头晕、乏力或虚脱、黑蒙)和晕厥是血流动力学不稳定的表现,如不及时治疗很可能导致心脏骤停^[3]。③有发生 SCD 的高危因素:患者为 70 岁老年女性,有高血压病史 12 年,未进行规范化诊疗。老年人 SCD 的主要危险因素有:年龄、冠心病、高血压、急性心功能不全、心律失常、抑郁等^[4]。

本例患者以颈痛为首发表现,伴后颈部僵硬、全身疲软,症状极不典型,临床医生应考虑到 AMI 及 SCD 的可能,一定要及时行心电图及心肌酶谱检查,必要时进行动态观察,以免误诊、漏诊,延误治疗时机,甚至导致患者死亡,引起医疗纠纷。

参考文献

- [1] 王志坚,丁文惠.心源性猝死的防治[J].中国医刊,2004,39(1):14-17.
- [2] 付学菊.不典型心肌梗死误诊 40 例分析[J].中国误诊学杂志,2002,2(9):1378-1379.
- [3] 张新超,王珺.2006 室性心律失常的治疗和心脏性猝死的预防-ACC/AHA/ESC 指南解读[J].世界危重病医学杂志,2007,4(20):1817-1822.
- [4] 李艳芳.老年人心源性猝死[J].中华老年心脑血管病杂志,2009,11(12):932-933.

(收稿日期:2013-01-25)