

drugs[J]. J Cardiovasc Pharmacol, 1988, 12(5):520-525.

[9] Elhasid R, Sahar D, Merling A, et al. Mitochondrial pro-apoptotic ARTS protein is lost in the majority of acute lymphoblas-

tic leukemia patients[J]. Oncogene, 2004, 23(32):5468-5475.

(收稿日期:2007-12-19 修回日期:2008-05-09)

(本文编辑:李银平)

• 经验交流 •

急性肺栓塞的诊断和治疗——附 12 例报告

黎成金 王烈 涂小煌 王瑜 宋京翔 陈少全

【关键词】肺栓塞, 急性; 诊断; 治疗

急性肺栓塞(APE)来势凶猛, 病死率高。回顾性分析我院收治 12 例 APE 患者的临床资料, 探讨其抢救措施。

1 临床资料

1.1 一般资料:12 例患者中男 8 例, 女 4 例; 年龄 35~72 岁, 平均(51.17±11.14)岁。临床表现:突发气短、呼吸困难, 伴发绀, 心率 100~150 次/min, 血压 95~150/60~100 mm Hg(1 mm Hg=0.133 kPa), 脉搏血氧饱和度(SpO₂) 0.65~0.88, 心电图正常, 发病时均能清楚主诉, 但随病情进展, 如病情未能控制, 约 30 min 出现意识不清。8 例行气管插管, 全部使用呼吸机辅助通气。

1.2 诊断依据:所有患者根据临床表现作出诊断, 3 例患者有 X 线胸片和 CT 血管造影(CTA)检查结果, 其余患者未获得任何影像学证据。

1.3 抢救经过:立即行心电监护、卧床、保持安静、吸氧、呼吸机辅助通气; 8 例经初步处理病情未控制者急行气管插管。3 例患者未行溶栓治疗, 30 min 内出现意识丧失、瞳孔散大、呼吸停止、死亡。9 例行溶栓治疗, 30 min 内给予尿激酶 0.5 kU, 每小时重复 1 次, 其中 4 例病情未能控制, 于发病后 3 h 内死亡, 另 5 例病情得到控制后, 用 400 kU/d 尿激酶维持 7 d, 均治愈。治愈患者中有 1 例于 APE 发作后病情得到控制, 第 6 日再次发生, 重复上述方案, 尿激酶总量用至 8 800 kU, 未发生不良反应。

2 讨论

2.1 APE 的诊断: APE 的症状及体征

基金项目:福建省自然科学基金资助项目(C0410045)

作者单位:350025 福建福州, 福州总医院南京军区普通外科研究所

通讯作者:王烈, 教授, 主任医师

作者简介:黎成金(1964-), 男(汉族), 广西壮族自治区人, 副主任医师。

常为非特异性, 与其他心血管疾病难以区别, 胸痛、呼吸困难、咯血典型三联征临床较少见, 常见表现有呼吸困难、胸痛、咯血、精神状态改变、心动过速、近期发热、啰音、呼吸急促、腿肿痛、静脉压增高、休克、P₂增强、发绀、胸膜摩擦音。本组 12 例均以呼吸困难为主诉。可溶性纤维蛋白复合物(SFC)阳性提示有凝血酶产生, 纤维蛋白原降解产物(FDP)在肺栓塞(PE)中阳性率为 55%~75%, 二者均阳性有助 PE 的诊断, 动脉血气分析及肺功能测定有助于指导诊断, D-二聚体正常有助于除外 PE^[1-2]。仅靠 X 线胸片临床很难获得典型征象; 肺动脉造影是诊断 PE 的金标准, 但费用高、有危险, 要先测肺动脉压后再进行, 应慎重选择; 超声心动图有助于中央型 PE 的诊断; CTA 为筛查 PE 的首选方法。

日本学者根据相关临床指标^[3], 提出了 PE 的评分诊断标准, 22 分以上可确诊, 20~22 分非常可疑, 17~19 分可疑, 15~16 分要做相关检查。

2.2 APE 治疗:治疗目的是抢救生命、稳定疾病、防止进展为慢性 PE。治疗原则:急性期抗凝、溶栓治疗, 纠正右心功能不全、低血压、低氧血症, 止痛和抗心律失常。药物治疗效果差时, 应选择介入治疗或外科治疗。严重低氧血症时可行气管插管机械通气。抗凝治疗可防止血栓扩大、抑制神经体液分泌、阻止静脉血栓进展、促进血栓再通、促进梗死肺组织的纤维蛋白溶解, 但起效慢, 主要作用是防止疾病进展, 宜在溶栓后治疗, 常用肝素和华法林。溶栓治疗为治疗 PE 的首选方法。一旦确诊, 应立即溶栓治疗, 常用药物有链激酶、尿激酶、重组组织型纤维蛋白溶酶原激活剂(rt-PA)和葡激酶。

介入治疗一般用于急危重患者, 介入治疗实施愈早, 生存率愈高。适用于急性大面积 PE 伴进展性低血压者; 急性

心源性休克者; 静脉溶栓后即刻效果不佳的急性肺心病者; 严重呼吸困难、晕厥、心搏骤停者; 心搏骤停经心肺复苏成功后有治疗价值者; 术后发生 PE 且病情危重者; 有溶栓禁忌证者; 开胸禁忌证和(或)伴有极易脱落的下腔静脉及下肢静脉血栓者^[4]。手术治疗方法有肺动脉栓子切除术、选择性肺动脉血栓内膜剥脱术、下腔静脉干预手术及肺移植术, 而对 APE 患者手术的病死率高达 93%。

我们体会, APE 病情凶险, 一旦发生, 如无好的预案, 将会错过抢救时机。根据经验, 结合国内文献, 提出如下抢救预案以供参考:急救车内应常备尿激酶 2 000 kU、多巴酚丁胺 10 支、罂粟碱 90 mg。抢救方案包括:吸氧; 卧床, 及时建立静脉通道及有效通气; 心电监护; 尿激酶 20 kU/kg+生理盐水 250 ml 静脉滴注 2 h; 罂粟碱 30 mg 静脉注射(静注); 山莨菪碱 10~30 mg 静注; 度冷丁 100~250 mg 肌肉注射; 氨茶碱 0.25 g 静注; 多巴酚丁胺 5~25 μg/kg 静注; 观察颈静脉充盈情况; 急查血细胞、生化 24 项、血气分析、凝血 4 项、D-二聚体。

参考文献

- [1] 张葵, 张海澄. 实验室检查在肺栓塞鉴别诊断中的研究[J]. 中国急救医学, 2007, 27(6):481-484.
- [2] Rahimtoola A, Bergin J D. Acute pulmonary embolism: an update on diagnosis and management [J]. Curr Probl Cardiol, 2005, 30(2):61-114.
- [3] 蒋龙元, 杨正飞, 周天恩, 等. 肺血栓栓塞症的危险度分层和预后评价[J]. 中国危重病急救医学, 2007, 19(12):742-744.
- [4] Uflacker R. Interventional therapy for pulmonary embolism[J]. J Vasc Interv Radiol, 2001, 12(2):147-164.

(收稿日期:2008-05-13)

(本文编辑:李银平)