

• 病例报告 •

慢性阻塞性肺疾病合并自发性气胸及心肌梗死 3 例救治体会

薛青 方桂桔 邓新宇 焦维克

【关键词】肺疾病,阻塞性,慢性; 气胸,自发性; 心肌梗死

慢性阻塞性肺疾病(COPD)同时合并自发性气胸和心肌梗死属呼吸内科少见而又致命的危急重症,若不能及时救治病死率很高。现就本科收治的 3 例患者报告如下。

例 1. 患者男性,76 岁,以“反复咳嗽、咯痰、气喘 10 年,加剧 9 h”急诊入院。患者 8 年前确诊 COPD,多次住本院治疗,入院前 9 h 无诱因突感胸闷,咯白色黏痰,气喘逐渐加重,不能平卧,大汗,口唇发绀。入院查体:体温(T)36.1℃,脉搏(P)118 次/min,呼吸频率(RR)35 次/min,血压(BP)136/85 mm Hg (1 mm Hg=0.133 kPa),意识清,大汗,前倾端坐位,口唇发绀,言语不清,鼻翼扇动,可见吸气三凹征,桶状胸,双肺呼吸音低,双肺闻及广泛干啰音,双下肺闻及少许湿啰音,余无异常。血常规:白细胞计数(WBC)10.11×10⁹/L,中性粒细胞(N)0.86,血红蛋白(Hb)136 g/L,血小板计数(PLT)222×10⁹/L;血气分析:pH 值 7.352,血二氧化碳分压(PCO₂)45.7 mm Hg,血氧分压(PO₂)54.3 mm Hg;心肌酶谱:天冬氨酸转氨酶(AST)29 U/L,丙氨酸转氨酶(ALT)19 U/L,肌酸激酶(CK)249 U/L,肌酸激酶同工酶(CK-MB)19 U/L。入院后立即给予抗感染,甲泼尼龙、多索茶碱静脉注射,雾化平喘药及利尿、吸氧等治疗;但患者脉搏血氧饱和度(SpO₂)波动在 0.75~0.85,意识逐渐恍惚,尿失禁,并出现呼吸无力、浅弱,改用高频喷射通气给氧后 SpO₂ 逐渐升至 0.93,意识改善。入院后约 50 min 患者因饮水呛咳后再次气喘加剧,床旁 X 线胸片示右肺压缩 35%;继续高频喷射通气维持 SpO₂ 在 0.90 以上,立即患侧胸腔抽气并行胸腔闭式引流术,气喘症状随即减轻,意识恢复,能半卧位休息;间断使用高频喷射通

气给氧维持 SpO₂ 在 0.95 左右,心率(HR)92 次/min,RR 26 次/min,BP 120/75 mm Hg,双肺呼吸音低,干啰音明显减少,双下肺少许湿啰音;血气分析:pH 值 7.342,PO₂ 69.3 mm Hg,PCO₂ 43.1 mm Hg;心电图示急性前间壁心肌梗死。予抗心肌梗死常规治疗,5 h 后 ALT 44 U/L,AST 81 U/L,CK 1 105 U/L,CK-MB 58 U/L;3 d 后 AST 47 U/L,ALT 27 U/L,CK 373 U/L,CK-MB 18 U/L;脑钠素(BNP)最高 6 166 ng/L,心肌肌钙蛋白 T(cTnT)最高 0.59 μg/L;10 d 后肺 CT 检查示双上肺陈旧性肺结核,慢性支气管炎-肺气肿改变,双肺肺大泡,胸膜粘连、钙化,心脏超声示左心室舒张功能减退,射血分数(EF)0.659,心包积液(少量),主动脉瓣关闭不全。经综合治疗后患者病情没有进一步恶化,3 d 后病情逐渐平稳,住院 22 d 后病情稳定出院。

例 2. 患者男性,59 岁,以“反复咳嗽、咯痰、气喘 15 年,再次发作 7 d,意识障碍 1 h”急诊入院。患者 15 年来多次因 COPD、慢性肺源性心脏病、肺心功能不全(失代偿期)、双侧多发肺大泡住院治疗。本次发病后经抗感染,吸入舒利迭、爱全乐等治疗症状无改善。1 h 前无诱因感胸闷加重,心悸,气憋不能平卧,大汗,意识恍惚,尿失禁,无发热、咯血、水肿、四肢抽搐。既往有右侧自发性气胸病史,无高血压、冠心病病史。入院查体:T 38.1℃,P 109 次/min,RR 32 次/min,BP 110/65 mm Hg,嗜睡状,端坐半卧位,口唇发绀,鼻翼扇动,可见吸气三凹征,双肺呼吸音低,叩诊过清音,可闻及湿啰音,以右下肺为甚,余无异常。血常规:WBC 8.36×10⁹/L,N 0.94,Hb 133 g/L,PLT 72×10⁹/L;血气分析:pH 值 7.122,PCO₂ 87.9 mm Hg,PO₂ 56.0 mm Hg;ALT 135 U/L,AST 55 U/L,CK 2 975 U/L,CK-MB 98 U/L,cTnT 最高 0.77 μg/L,BNP 最高 8 711 ng/L;心电图示急性广泛前壁

心肌梗死;X 线胸片示左上肺局限性气胸,压缩约 20%。诊断:COPD 合并自发性气胸及心肌梗死,2 型呼吸衰竭,肺性脑病,心功能不全。给予抗感染、平喘、催醒、改善微循环、营养心肌、强心、利尿等治疗,并行左上肺胸腔闭式引流术。术后 SpO₂ 波动在 0.82 左右,采用无创正压通气,SpO₂ 逐渐升至 0.90 左右,PCO₂ 降至 65.2 mm Hg,患者意识转清,后因经济困难自动出院。

例 3. 患者男性,83 岁,因“反复咳嗽,活动后气喘 6 年,再发 3 d”入院。患者 6 年来曾 2 次因 COPD 住院治疗。本次发病前因低热、咯黄色黏痰、气喘加重住院,无心悸、胸痛、咯血。18 个月前曾在本院心内科诊断为冠心病,心绞痛,心内膜下心肌梗死?老年性退行性心脏瓣膜病;出院后坚持服药,病情稳定。本次入院后按 COPD 急性加重期给予抗感染等治疗后病情一度稳定,入院后 6 d 患者在洗漱时突感全胸部憋闷,气喘加重,大汗,继而感四肢无力,头晕,面色苍白。查体:P 126 次/min,RR 28 次/min,BP 110/60 mm Hg,意识清,大汗,口唇发绀,双肺呼吸音低,可闻及少许湿啰音,HR 126 次/min,心律齐,心音低钝,心前区闻及 3/6 级收缩期杂音(SM),腹部检查未见异常;心电监护显示 SpO₂ 0.75(未吸氧),心电图提示急性前壁心肌梗死可能;心肌酶:ALT 47 U/L,AST 61 U/L,CK 1 020 U/L,CK-MB 69 U/L,cTnT 最高 0.55 μg/L。立即半卧位休息,鼻导管吸氧(4.5 L/min)后 SpO₂ 逐渐升至 0.85,给予镇静、镇痛,营养心肌,扩张血管,强心、利尿等治疗,患者仍感胸闷不适,呼吸困难,有时需端坐位,采用高频喷射通气给氧,SpO₂ 仍波动在 0.87~0.91,动则气喘;X 线胸片示右肺气胸肺压缩 30%;立即给予床旁胸腔闭式引流术,术后患者呼吸困难明显减轻,能半卧位较安静休息,SpO₂ 维持在 0.94~0.95,病情逐渐稳定。

(收稿日期:2008-10-29)

(本文编辑:李银平)

DOI:10.3760/cma.j.issn.1003-0603.2009.04.024

作者单位:352100 福建医科大学教学医院 宁德市医院呼吸内科