

· 病例报告 ·

肺栓塞 2 例分析

杨照宇 赵玉镯

静脉血栓栓塞症包括深静脉血栓和肺栓塞。急性肺栓塞(APE)是一个世界性的难题,每年仅在美国就可导致 10 万~30 万人死亡,通常直到患者死亡仍不能确诊甚至疑诊^[1]。随着医疗水平的提高、医疗手段的增加,肺栓塞诊断率越来越高。近年来,本院发现 2 例肺动脉栓塞患者,其中 1 例发生猝死,另 1 例得到了及时救治,报告如下。

1 案例资料

1.1 病例 1:患者男性,30 岁,因胸外伤致肋骨骨折到院住院治疗。入院时呼吸困难,治疗 7 d 后病情平稳出院;出院后仍咳嗽、咳痰,呼吸困难,伴发热,体温达 39 °C;再次来本院,查体:双肺呼吸音粗,可闻及湿啰音,胸部 CT 提示:两肺下叶及左肺上叶渗出性改变。考虑:创伤后肺部感染,给予抗菌药物治疗,病情一度好转,住院第 8 天患者下床大便后突然出现咳嗽加重、呼吸困难,心慌、胸痛,濒死感,烦躁。查体:血氧饱和度 0.88~0.92,心率 117 次/min, D-二聚体提示:阴性;心电图示:窦性心律, I 导联 S 波加深, III 导联 Q 波、T 波倒置。病情持续加重,出现血压降低,治疗不见好转,转上级医院,确诊为肺栓塞,给予溶栓后好转。

1.2 病例 2:患者男性,52 岁,因双侧大隐静脉曲张到院住院治疗。术前双下肢血管彩超未见异常,术后 7 d 出院,术后 10 d 患者下床后突然出现呼吸困难、渐进性加重,急来本院。来院后口唇紫绀,呼吸急促,意识不清,经积极抢救无效死亡。尸解发现右腓静脉检出长约 4 cm 的血栓。病理检查右腓静脉血栓形成,左右肺动脉血栓栓塞,余无异常。

2 讨论

肺栓塞是由内源性或外源性栓子阻塞肺动脉引起肺循环障碍的临床综合征,包括肺血栓栓塞症、脂肪栓塞症、羊水栓塞症、肿瘤栓塞症等,其中血栓栓塞症最常见^[2]。未诊治的肺栓塞患者病死率高达 20%~30%,而经及时诊治的肺栓塞患者,病死率可降至 2%~8%^[3],栓塞面积大者可出现猝死。

肺栓塞的危险因素有:①原发性因素,如 V 因子、蛋白 C、蛋白 S、抗凝血酶缺乏。②继发性因素,如骨折、创伤、手术、恶性肿瘤和口服避孕药等^[4-5]。

肺栓塞的临床常见症状为:①不明原因的呼吸困难、气促,以活动后明显。②胸痛,似心绞痛样疼痛。③心慌、惊恐、濒死感。④晕厥,以体位变动时明显。⑤咯血。临床同时具有胸痛、呼吸困难及咯血三联征的 APE 患者只占 10.0%^[6]。大面积肺栓塞则以休克、低血压为主要表现。

肺栓塞的辅助检查:X 线胸片检查示肺纹理减少,有时

可见尖端指向肺门的楔形阴影。心电图常提示:I 导联 S 波加深, III 导联 Q 波、T 波倒置。确诊手段:螺旋 CT、放射性核素肺通气/血流灌注扫描、磁共振成像(MRI)、肺动脉造影。心电图可以初步诊断,肺动脉造影具有较高的特异性和敏感性。心电图对 APE 的诊断和判断严重程度及预后虽然作用有限,但结合病情和肺动脉造影,全面分析综合判断,则诊断价值较大^[7]。D-二聚体可作为急诊科区分急性心肌梗死(AMI)和 APE/急性主动脉夹层(AAD)的较好指标,从而指导临床医生选择进一步的检查和治疗,以提高诊断治疗效率^[8]。

3 分析

接诊肺栓塞患者时应详细询问病史及可能的危险因素,尤其是手术、外伤、长期卧床史等;仔细检查是否有紫绀、下肢静脉异常体征;认真阅读心电图、X 线片,完善下肢血管超声检查;最后利用排他法排除肺炎、AMI、AAD 等。D-二聚体阴性不能完全除外肺栓塞^[2],若高度怀疑,应尽快转入可行放射性核素肺通气/血流灌注扫描或肺动脉造影检查的上级医院以明确诊断^[9];转诊前应立即给予抗凝药物,如肠溶阿司匹林 300 mg 嚼服,低分子肝素钙 5 000 U 皮下注射,基本生命支持治疗,以便为早期溶栓争取宝贵时间,降低病死率。

教训:APE 是一种潜在的致命性疾病,临床医生应该意识到潜在的危险因素。抗凝治疗对于 APE 病情稳定的患者是常规治疗^[10]。对于存在手术、外伤、长期卧床等危险因素的 APE 患者,出血控制后,早期应用低分子肝素钙抗凝非常重要^[11]。低分子肝素不会引起出血风险,可使血栓复发率明显降低^[12]。应真正认识到详细询问病史的重要性,积累多学科知识、仔细查体,观察心电图变化,明确通过哪些化验、检查可以确诊 APE。嘱手术、外伤后患者早期下床活动。存在血流动力学不稳定者应当进行溶栓治疗。当存在抗凝禁忌时,应放置下腔静脉过滤器^[10]。APE 的治疗目的是抢救生命、稳定疾病、防止进展为慢性肺栓塞。因此,早期确诊和及时有效治疗是提高 APE 治愈率、降低病死率的关键^[13]。作为县级基层医院,早期识别肺栓塞更是重中之重。

参考文献

- [1] Kearon C, Kahn SR, Agnelli G, et al. Antithrombotic therapy for venous thromboembolic disease: American College of Chest Physicians Evidence-Based Clinical Practice Guidelines (8th Edition)[J]. Chest, 2008, 133(6 Suppl):454S-545S.
- [2] 李强, 李仙龙. 肺栓塞的诊治进展 [J]. 临床肺科杂志, 2012, 17(1):122-123.
- [3] 刘艳梅, 翟振国, 王辰. 肺血栓栓塞症——深静脉血栓形成的临床流行病学 [J]. 国外医学呼吸系统分册, 2004, 24(5):326-328.
- [4] Turpie AG, Chin BS, Lip GY. Venous thromboembolism: pathophysiology, clinical features, and prevention [J]. BMJ, 2002, 325(7369):887-890.

- [5] 胡云建,陶凤荣,王厚东,等. D-二聚体测定在肺栓塞诊断中的应用价值[J]. 中华检验医学杂志, 2002, 25(2):95-97.
- [6] 王琼康,黄晓莲,张云强,等. 50 例急性肺栓塞临床分析[J]. 中国危重病急救医学, 2011, 23(1):46-47.
- [7] 王永刚. 急性肺栓塞的心电图诊断及其临床意义[J]. 临床合理用药杂志, 2013, 6(5):13.
- [8] 郭志国,马青变,郑亚安,等. D-二聚体在致命性胸痛病因诊断中的作用:附 438 例病例分析[J]. 中华危重病急救医学, 2013, 25(11):655-659.
- [9] 陈志凡. 127 例肺栓塞患者 CT 血管造影表现分析 [J]. 实用医院临床杂志, 2013, 10(1):113-116.
- [10] 许欣,杜军. 急性肺栓塞症的诊治进展[J]. 临床荟萃, 2013, 28(6):699-702.
- [11] 张淑杰. 50 例肺栓塞诊治的临床分析 [J]. 中国医药指南, 2013, 11(2):104-105.
- [12] 夏锡仪,谭玉林,孙亚伟,等. 低分子肝素预防外科术后患者的肺栓塞[J]. 中国危重病急救医学, 2011, 23(11):661-664.
- [13] 李雪松,刘雅丽,刘慧林. 153 例急性肺栓塞溶栓与单纯抗凝疗效评价[J]. 中国危重病急救医学, 2012, 24(10):632-633.

(收稿日期:2014-04-16)

(本文编辑:李银平)

·病例报告·

应用右美托咪定辅助镇静救治哮喘持续状态患者 1 例

田笑 李海峰 及志勇 赵士兴 孙明莉

哮喘持续状态在临床较为常见,严重时可导致患者死亡,及时抢救对挽救患者生命至关重要。本院急救医学科应用右美托咪定辅助镇静救治哮喘持续状态 1 例,报告如下。

1 病例介绍

患者男性,80 岁,因慢性咳嗽、咳痰伴喘息 40 余年,加重 7 d 入院,既往支气管哮喘、心脏病病史 20 余年。查体:血压 130/80 mmHg(1 mmHg=0.133 kPa),桶状胸,双肺叩诊过清音,听诊可闻及喘鸣音,心率 95 次/min。入院后给予解痉、化痰、平喘、抗感染、对症支持治疗后,喘息缓解,活动自如。入院 11 d 夜间因雾霾天气突发喘息,给予抗感染、雾化吸入、激素平喘、对症治疗,喘息持续不缓解;入院 13 d 喘息加重,出现大汗淋漓,口唇青紫,听诊双肺喘鸣音明显,哮喘持续状态诊断明确,同时心电图检查提示 I、II、avL、avF 导联 ST 段下移 0.05~0.40 mV,心肌损伤标志物肌钙蛋白 T(TnT) 0.736 μg/L,肌酸激酶同工酶(CK-MB)22.13 U/L,诊断合并急性心肌梗死(AMI)。给予抗凝、扩张冠状动脉、对症治疗,同时静脉持续泵入 4 mg/L 右美托咪定 0.2~0.7 μg·kg⁻¹·h⁻¹,患者喘息逐渐缓解,氧合好,查体啰音减少,复查心电图 ST 段逐渐回落,此后 2 周间断应用右美托咪定镇静。入院 14 d 夜间突发呕血,为鲜红色,量约 1 000 mL,面色苍白,血压下降,尿量减少,考虑应激性溃疡导致消化道出血、失血性休克,迅速给予禁食水、抑酸、止血、适当补液、纠正休克、对症治疗,联合右美托咪定辅助镇静,稳定血流动力学,降低交感神经兴奋性。入院 16 d 已无喘息症状,入院 18 d 出血停止,继续治疗 2 周,病情好转出院。

2 讨论

本例患者为哮喘持续状态,诊断标准参照中华医学会呼吸病学分会制定的诊断标准^[1]。因雾霾天气导致哮喘急性发作,持续超过 24 h,呈重症哮喘持续状态。早期给予氧疗、广

谱抗菌药物控制感染,选用支气管扩张剂和激素、纠正电解质紊乱和酸碱平衡及对症支持治疗后,喘息无缓解。重症哮喘持续状态如果治疗后喘息不缓解,应给予气管插管机械通气治疗,以挽救生命;若初期气道压力过高哮喘无缓解时,还可配合使用镇静麻醉。该患者除哮喘持续状态外,为高龄,有糖尿病病史、并发 AMI、应激性溃疡、失血性休克,不适合气管插管、机械通气,也不适合应用传统镇静药物以免导致血压下降、加重 AMI 病情。因此应用了新型镇静药物右美托咪定小剂量持续泵入,病情得到控制、喘息缓解,治疗效果满意。

盐酸右美托咪定是一种新型高选择性 α₂ 肾上腺素受体激动剂,可通过内源性促睡眠途径发挥镇静效果,减少蓝斑核向视前核腹外侧部的投射活动,使结节乳头状核释放 γ-氨基丁酸和促生长激素神经肽增加,皮质和皮质下层的投射系统释放组胺减少,阻止组胺诱发的支气管痉挛,发挥平喘作用^[2]。对于烦躁的患者,右美托咪定在镇静的同时可保持患者能被唤醒,并可预见对血流动力学的影响,无呼吸抑制作用,降低气道高反应性,最终在未给予机械通气辅助治疗的情况下,患者喘息缓解,治疗成功。同时轻度镇静后血流动力学稳定,降低交感神经活性,保护了心肌,对 AMI 的治疗有益。右美托咪定最常见不良反应为一过性高血压、低血压和窦性心动过缓^[3-4],本例患者采用右美托咪定小剂量持续泵入,无血药浓度的骤然变化,因此未见不良反应发生。

参考文献

- [1] 中华医学会呼吸病学分会哮喘学组. 支气管哮喘防治指南(支气管哮喘的定义、诊断、治疗和管理方案)[J]. 中华哮喘杂志(电子版), 2008, 2(1):3-13.
- [2] 裴皓. 盐酸右美托咪定的药理作用与临床应用 [J]. 医药导报, 2010, 29(12):1603-1607.
- [3] 郭荣,程芮. 右美托咪定用于重症监护病房颅内动脉瘤破裂患者开颅夹闭术后镇静的效果评价 [J]. 中国危重病急救医学, 2012, 24(5):306-308.
- [4] 万林骏,黄青青,岳锦熙,等. 右美托咪啉与咪达唑仑用于外科重症监护病房术后机械通气患者镇静的比较研究 [J]. 中国危重病急救医学, 2011, 23(9):543-546.

(收稿日期:2014-06-24) (本文编辑:李银平)

DOI: 10.3760/cma. j. issn.2095-4352. 2014. 08.018

基金项目:国家临床重点专科建设项目(2012-650)

作者单位:130031 长春,吉林大学第一医院二部急救医学科

通信作者:孙明莉,Email:sunmingli_1972@163.com