文章编号:1000-5404(2009)23-2165-01

经验交流

急性肺栓塞 30 例诊治分析

叶小群,况九龙,齐协飞,颜春松,段凤英　　(南昌大学第二附属医院呼吸科,南昌 330006)

国内对肺栓塞(pulmonary thromboembolism,PTE)的认识及诊疗技术虽不断提高,但仍存在误诊率和漏诊率较高、诊断和治疗不够规范等问题。现将我院 2002 年 1 月至 2008 年 10 月间确诊的 30 例该类病例诊治分析报道如下。

1　资料与方法

30 例患者中,男性 17 例,女性 l3 例,年龄 20 ~ 87 岁,平均 59 岁。26 例患者诊断过程基本符合中华医学会呼吸分会公布的《肺血栓栓塞症的诊断与治疗指南(草案)》[1]要求。对疑诊患者进行常规心电图、X 线胸片(或胸部 CT)、动脉血气分析、D-二聚体检测,结合超声检查、CT 肺动脉造影(CTPA)或核磁共振成像(MRI)确诊。4 例经尸解确诊。

患者确诊后给予尿激酶溶栓加抗凝治疗 6 例,抗凝治疗 17 例[1],7 例因当时条件限制、对肺栓塞认识不足,未用溶栓或抗凝治疗,仅予以氧疗、降低肺动脉压力、防治感染、镇静、止痛等对症治疗。其中 13 例低血压予以抗休克治疗,下肢静脉滤器植入 3 例。所有病例短期 2 个月随访。

除外新发生的心律失常、低血容量或感染中毒症等其他原因所致的血压下降,将病例分为大面积 PTE 组、非大面积 PTE 组。采用 SPSS 13.0 统计学软件,行 χ^2 检验。

2　结果

2.1　急性肺栓塞科室分布及相关危险因素

30 例急性肺栓塞患者分布 7 个科室,其中呼吸科 10 例(33.3%),心血管科 7 例(23.3%),泌尿外科和血管外科各 4 例,矫外科和神经内科各 2 例,消化内科 1 例。患者相关危险因素调查:近期手术或创伤 6 例(20%),下肢深静脉血栓 6 例(20%),慢性肺心病 5 例,长期卧床 4 例,冠心病 3 例,高血压病 2 例,吸毒2 例,肺癌和胃癌各 1 例,脑卒中 2 例,无明显原因 6 例,其中 6 例有 2 个或 2 个以上危险因素。

2.2　临床表现

胸闷、呼吸困难 30 例(100%),咳嗽、咳痰 12 例(40%),咳血 9 例(30%),胸痛、发热、心悸各 4 例,烦躁不安、濒死感 4 例,晕厥 3 例,有典型胸痛、呼吸困难、咯血三联症者仅 4 例。体征亦表现多样:呼吸增快、急促 30 例(100%),心室率 > 100 次/min 25 例(83.3%),肺内干湿啰音 17 例(56.7%),紫绀 16 例,颈静脉怒张 12 例,肺动脉瓣第二心音亢进 10 例, 休克 13 例,发热 4 例。

2.3　实验室和辅助检查

30 例患者中 22 例 D-二聚体升高(>500 μg/L);25 例存在低氧血症(PaO_2 < 80 mmHg);心电图检查 4 例典型 $S_I Q_{III} T_{III}$ 波型表现,23 例存在胸导联 T 波倒置、肺型 P 波、房性或室性心律失常、右束支传导阻滞等,大致正常 3 例;15 例行彩超示:直接发现肺动脉主干内血栓者 3 例,9 例三尖瓣返流、肺动脉高压等异常,下肢静脉血栓 6 例;胸片检查 16 例,显示浸润影 8 例,楔形影 3 例,右肺下动脉干增宽 9 例,肺血管纹理纤细稀疏 5 例;CTPA 检查 20 例,15 例发现有肺动脉内充盈缺损、肺动脉主干栓塞,肺动脉分支低密度充盈缺损; MRI 检查 10 例,肺动脉内充盈缺损 8 例。

2.4　大面积 PTE 组与非大面积 PTE 组疗效及误诊率比较

非大面积 PTE 组 17 例患者死亡率为 41.2%,低于大面积 PTE 组 13 例患者死亡率(69.2%,P < 0.05)。2 组误诊率无明显差异(47% *vs* 46.1%)。

3　讨论

本研究结果提示:本院该类病例主要见于呼吸科和心血管内科,还分布于泌尿外科、血管外科、矫形外科等各科室,因此,有必要在各科临床医师中推广介绍肺栓塞诊治规范和临床经验。肺栓塞高危因素包括深静脉血栓、手术创伤、高龄、长期制动、心肺疾患、肿瘤等,本研究结果也表明该病与以上多种因素密切相关,尤其是手术和下肢静脉血栓因素,须提高警惕。此外,部分患者没有明显的危险因素,除应注意隐匿的常见危险因素(如肿瘤)外,还应考虑到遗传变异引起的包括 V 因子突变、蛋白 C 缺乏、蛋白 S 缺乏和抗凝血酶缺乏等原发性危险因素。

PTE 症状主要取决于栓子因素和患者基础状况。本组资料中呼吸困难为最常见症状,其次为咳嗽、咳血、胸痛、晕厥等,仅有 4 例出现典型胸痛、呼吸困难、咯血三联症,稍高于国内报道 4.7%[2]。因此过分强调"三联征"容易导致误诊、漏诊。病例中有 2 例术后患者临出院前突然呼吸困难、猝死,尸解发现肺动脉干栓塞。提示临床医师应考虑血栓形成的各种高危因素,还要根据患者的具体情况权衡抗凝治疗的风险,加强预防,可降低医疗隐患和纠纷。本组 30 病例确诊检查为 CTPA 15 例,MRI 8 例,心脏彩超 3 例,尸解 4 例。CTPA 检出肺栓塞敏感性与特异性可达 95%,完全可以作为临床一线筛查方法。

对大面积 PTE,若无禁忌证可考虑溶栓治疗,对非大面积 PTE 是否溶栓还存争议。Wood[3] 发现约 10% ~59% 的患者出现循环性虚脱表现,预示存在大面积栓塞或次大面积栓塞患者病死率可增加 3 ~7 倍,这是导致 PTE 发生后 1 ~2 h 内高病死率的主要原因。本组数据显示大面积 PTE 组和非大面积 PTE 组死亡率存在统计学差异,提示一旦患者出现循环稳定的失衡,病情常急转直下,预后往往不佳,须尽早行溶栓治疗。

关键词:急性肺栓塞;诊断;治疗;危险因素
中图法分类号:R563.5　　**文献标识码**:B

参考文献:

[1] 中华医学会呼吸病学分会. 肺血栓栓塞症的诊断与治疗指南(草案)[J]. 中华结核和呼吸杂志, 2001, 24(5):259 -264.
[2] 吴晓丹,李善群,白春学,等. 43 例肺栓塞临床诊断与疗效分析[J]. 复旦学报:医学版, 2007, 34(3):452 -454.
[3] Wood K E. Major pulmonary embolism: review of a pathophysiologic approach to the golden hour of hemodynamically significant pulmonary embolism[J]. Chest, 2002, 121(3):877 -905.

(编辑　邓强庭)

作者简介:叶小群,男,江西省吉水县人,副主任医师,主要从事呼吸疾病诊治方面的研究。E-mail:yxq-li@ tom. com
通信作者:况九龙,E-mail:kuangjl2004@ yahoo. com. cn
收稿日期:2008-12-23;**修回日期**:2009-06-26