维普资讯 http://www.cqvip.com



血的危险因素，如外伤、碰撞、剧烈运动等。24 h后撤除绷带查看伤口，无异常逐渐增加活动量。

2.3.6 预防感染 因介入心脏操作，加之病人卧床休息减少活动，易发生细菌性心内膜炎或肺部感染。预防措施：术中严格无菌操作，术后静滴抗生素3～5 d。加强营养提高肌体免疫力。术后3 d体温升高常为手术反应，若体温过高或术后4～6 d体温仍高，应警惕有感染的可能，加强抗感染的措施。本组无一例发生感染。

[参考文献]

[1] Sievert H, Krumsdorf U. Transcatheter closure of intracardiac shunts[J]. Z Kardiol, 2002,91 (Suppl 3): 77－83.

[2] Fischer G,Stieh J, Uebing A, et al. Experience with transcatheter closure of secundum atrial septal defects using the Amplatzer septal occluder: a single centre study in 236 consecutive patients[J]. Heart ,2003,89(2): 199－204.

[3] Roos-Hesselink JW, Meijboom FJ, Spitaels SE, et al. Excellent survival and low incidence of arrhythmias, stroke and heart failure long-term after surgical ASD closure at young age. A prospective follow-up study of 21-33 years[J]. Eur Heart J, 2003,24(2): 190－197.

[4] Brandt RR, Neumann T, Neuzner J, et al. Transcatheter closure of atrial septal defect and patent foramen ovale in adult patients using the Amplatzer occlusion device: no evidence for thrombus deposition with antiplatelet agents[J]. J Am Soc Echocardiogr, 2002,15(10 Pt 1): 1094－1098.

(编辑：张集建)

# 急性肺栓塞22例临床分析

## Clinical analysis of 22 patients with acute pulmonary embolism

李桂芳
(衡水市第四人民医院内科，河北 衡水 053000)

[关键词] 肺栓塞；诊断；治疗
[中图分类号] R563.5 [文献标识码] B [文章编号] 1672－5042(2004)01－0039－02

急性肺栓塞是急性肺部疾患主要的致死原因之一。近年来，其发病率呈上升趋势，据统计，美国每年有症状的肺栓塞有70万人以上，占心肌梗死的一半，是脑血管病发病人数的3倍，死亡人数20万人，占临床死因的第三位[1]。而该病误诊率、死亡率高，国外生前确诊率为10%～30%，国内约为7.8%。能及时诊断治疗的患者死亡率为7%，而没被诊断者死亡率达60%[2]，故早期、正确诊断肺栓塞是临床上极为关注的问题。本文收集我院自1992年至2002年间诊断明确的22例急性肺栓塞病人进行临床分析，以期提高对本病的早期诊断率和抢救成功率。

## 1 临床资料

### 1.1 一般资料

本组男15例，女7例，年龄6～85岁，平均44岁。其中7例有两种基础疾病，下肢深静脉血栓形成10例次，长期卧床7例次，肾病综合征2例次，心脏病(先天性心脏病、风湿性心脏病、感染性心内膜炎等)8例次，分娩2例次。

[收稿日期] 2003－09－12 [修回日期] 2003－12－29

### 1.2 诊断依据

主要通过以下临床表现作出诊断：①有引起肺栓塞的基础疾病存在；②突发胸痛、呼吸困难、咯血、发热、心悸等；③病变相应区有胸膜摩擦音、呼吸音减弱等；④X线胸片有楔形、锥形和片状阴影；⑤心电图有肺动脉高压和右心房、右心室负荷过重等变化；⑥治疗后转归情况。

### 1.3 临床表现

临床表现见表1。

表1 22例肺栓塞临床表现

| 项目 | 例(%) | 项目 | 例(%) | 项目 | 例(%) |
|---|---|---|---|---|---|
| 呼吸困难 | (19/86) | 咳嗽 | 8(36) | 下肢浮肿 | 10(45) |
| 胸痛 | 13(60) | 焦虑 | 7(32) | 发热 | 7(32) |
| 咯血 | 14(64) | 发绀 | 12(55) | 呼吸音减弱 | 7(32) |
| 心悸 | 14(64) | 湿罗音 | 10(45) | 休克 | 6(27) |
| 出汗 | 9(41) | 胸膜摩擦音 | 8(36) | 胸腔积液 | 6(27) |
| 昏厥 | 5(23) | 心吕失常 | 6(27) | 充血性心衰 | 5(23) |

### 1.4 辅助检查

1.4.1 实验室检查 白细胞升高17例，占77%；血沉增快

维普资讯 http://www.cqvip.com



13例，占60%；酶学改变14例，占64%；血气异常20例，占91%。

1.4.2 X线胸片检查 片状模糊阴影6例，占27%；团块状或片状实变影5例，占23%；楔形影或截断的圆锥体影5例，占23%；肺动脉高压征13例，占60%；膈肌固定及抬高4例，占18%；驼峰征2例，占9%。

1.4.3 心电图检查 8例有心电图变化，表现为肺动脉高压和急性右心室扩张，显示电轴右偏、极度顺钟向转位、右束支传导阻滞等。

## 2 结果

采用肝素治疗10例，用法为肝素100～200 mg加入500 ml液体中静脉点滴，治愈5例；用尿激酶治疗5例（大剂量冲剂治疗2例，小剂量持续静脉点滴24 h 3例），治愈4例；其余仅用华法林、新抗凝片、阿司匹林、丹参等治疗，治愈1例。死亡病例均为梗塞范围大，病情急重，或未及时行抗凝或溶栓治疗者。本组治愈10例，死亡11例，病重自动出院1例。

## 3 讨论

急性肺栓塞病情多急重，且临床表现具有非特异性、变化大等特点，极易误诊而使病人失去最佳抢救机会，故早期正确诊断肺栓塞是临床上极为关注的问题。急性肺栓塞是许多疾病的严重并发症，栓子大多来源于下肢和盆腔的深静脉，其中来自下肢占79%，盆腔占11.5%，右心占8%，下腔静脉占5%；据临床资料，肺栓塞以血栓为最多见（占82%），其次为瘤栓（13%），脂肪栓（13%），羊水栓（1%）。

临床上有以下因素或基础疾病的患者，要警惕发生肺栓塞的可能：①高龄：90%的致命性肺栓塞发生于50岁以上的患者；②心脏病：据统计，40%的肺栓塞患者有各种性质的心脏病尤以风心病最多见，约占肺栓塞总数的20%；③深静脉血栓：据美国统计，约四分之一的深静脉血栓患者会发生急性肺栓塞；④肿瘤：100例肺栓塞中35%的患者有肿瘤史，以肺癌最多见；⑤肥胖、妊娠与分娩、长期卧床、口服避孕药等均为急性肺栓塞的易患因素。

急性肺栓塞的临床表现取决于栓塞的范围、发生的速度及基础心肺功能，其症状和体征常常是非特异性的，且变化颇大，可从无症状到猝死，较小的肺栓塞可能只有短暂的呼吸困难或原有心肺疾病的突然恶化，大块肺栓塞则可以休克和急性右心衰为突出表现，主要表现为突发剧烈呼吸困难、紫绀、心动过速、低血压或休克，以及呼吸心跳骤停。当急性肺栓塞合并肺梗死时，可有急性胸膜疼痛、呼吸困难、咯血和胸膜摩擦音。突发晕厥可为较大肺栓塞的唯一首发症状，应与中枢神经系统疾病相鉴别。另外可有发热、出汗、下肢肿胀、肺部罗音、呼吸音减低等。有上述表现的病人应及时行床旁胸片及心电图检查。肺栓塞的胸部X线表现也是多样的，故对疑似患者应连续胸部X线检查，约90%以上的患者出现某些异常改变。其常见的有：浸润影、局限性或普遍性肺血流减少、楔形或截断圆锥体形实变影（多出现于12 h至一周，发生肺梗死时）、肺动脉高压征、急性肺心病、患侧膈肌固定和升高或盘状肺不张、Hampton驼峰征和Westermark征等特异性X线表现。心电图主要为急性右心室扩张和肺动脉高压，表现为电轴显著右偏、极度顺钟向转位、右束支传导阻滞、及典型的SIQIIITIII（I导联S波深、III导联Q波显著和T波倒置）、肺型P波及心肌缺血。有上述表现的仅占26%，必要时可行肺通气及灌注（V/Q）显像，其表现有三种类型：Vn/Qn通气灌注均正常，可排外肺栓塞；Vn/Qo通气正常伴灌注缺损，结合典型的临床症状，可确诊肺栓塞；Vo/Qo部分肺的通气及灌注缺损或缺损不匹配，此时不能诊断肺栓塞，需做肺动脉造影。肺动脉造影（CPA）是目前诊断肺栓塞最正确、可靠的方法，阳性率高达85%～90%[1]，不易漏诊。

急性肺栓塞是一危重病症，死亡率较高，本文统计为50%（不含自动出院1例），对肺栓塞患者的治疗，除绝对卧床、吸氧、止痛、抗休克等一般治疗外，应及早抗凝、溶栓等治疗。对循环状态稳定的较小的栓塞，单用肝素即可达到促进血栓自溶，控制复发的目的；对伴有休克或心衰等的大块肺栓塞，只要无溶栓禁忌证，应及早溶栓治疗，如尿激酶首次25万IU（4 000～4 400 IU/kg）30 min静滴完毕，继之4 000 IU·kg$^{-1}$·h$^{-1}$，连续静注12～24 h。溶栓完毕后，继续用肝素维持7～14 d，一周后，应开始口服抗凝剂，一般6周至6个月不等，如危险因素持续存在，则需长期抗凝治疗。对溶栓治疗有禁忌，抗凝后仍有反复发作或预计有致命栓塞者，待危险期稍稳定后可进行肺动脉造影，然后采取静脉导管吸取栓子或手术取栓子。外科治疗有肺栓塞取栓术、腔静脉阻断术等[3]。

[参考文献]

[1] 俞森洋，蔡柏蔷. 呼吸内科主治医师410问[M]. 北京：北京医科大学、中国协和医科大学联合出版社，1998. 654－655.

[2] 曹肇慧，徐延敏，高玉霞. 急性肺栓塞与肺梗塞[J]. 中华结核和呼吸杂志，1992，15(6)：344－346.

[3] Bell WR, Simon TL, Baltimore M, et al. Current status of pulmonary thromboembolic disease: pathophysiology, diagnosis, prevention, and treatment[J]. Am Heart J, 1982, 103(2): 239－246.

（编辑：张集建）