

(上接第22版)

肺栓塞的发病率仅次于冠心病及高血压，死亡率居第三位，仅次于肿瘤及心肌梗死。但长期以来，由于对该病的防治缺乏足够的重视以及疾病本身的复杂性，经常漏诊、误诊，尤其是基层医院。本期刊发两则肺栓塞典型病例，以资借鉴。

年轻男性反复肺栓塞 炎性指标高让罪魁现原形

▲中日医院呼吸与危重症医学科 王颜蕾 谢万木 翟振国

病例

患者男性，29岁，主诉“间断胸痛、咯血4年，气短4月，加重3d”。4年前出现右胸及肩胛区闷痛，伴干咳，少量痰中带血丝，外院行心脏超声未见明显异常，CT肺动脉造影(CTPA)发现“右下肺动脉栓塞”，予低分子肝素和华法林序贯抗凝治疗，规律治疗半年，症状消失，复查CTPA后未见血栓，停药。1年前患者再次出现气短、心悸，活动耐力逐渐下降。再次行CTPA后诊断为“左上肺动脉栓塞”，心脏超声估测肺动脉收缩压70 mmHg，规律抗凝治疗，症状缓解不明显。

既往乙肝史，个人史和家族史均无特殊。

体格检查 P 79次/min，R 16次/min，BP 115/65 mmHg，双侧血压无差异。口唇无发绀，颈静脉无怒张。双肺呼吸音清，未闻及干湿啰音，双侧肩胛间区及背部可闻及血管杂音。心律齐，P2亢进。双下肢无水肿。

辅助检查 入院后血、尿、便常规、肝功、肾功无明显异常。快速CRP 39 mg/L，ESR 25 mm/h。NT-proBNP、D二聚体、肌钙蛋白均未见异常。抗核抗体谱、ANCA抗体谱阴性，甲功无明显异常。

心脏超声 三尖瓣反流(轻度)、肺动脉

增宽、估测肺动脉收缩压(77 mmHg)、右心功能尚正常。超声右心

声学造影提示肺循环极少量右向左分流(5个心动周期后)。

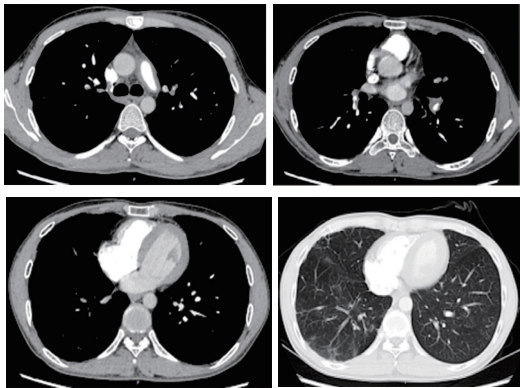


图1 提示有肺血管狭窄和血管壁的增厚、毛糙

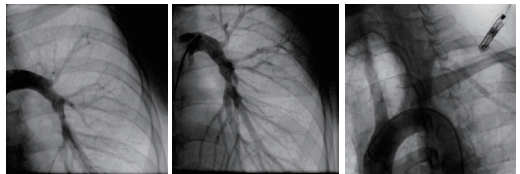


图2 肺动脉造影显示，左肺动脉上叶支、下叶支多发狭窄，右肺动脉各支管腔缩小，血管迂曲，多发狭窄

思考

该患者诊断什么？青年男性为何反复发生肺栓塞？

完善检查：HLA-B51阳性。右心导管+肺动脉+大动脉主要分支造影：左肺动脉上叶支、下叶支多发狭窄，右肺动脉各支管腔缩小，血管迂曲，多发狭窄。平均肺动脉动脉压30 mmHg。

综合分析，年轻男性，

反复胸痛、咯血，逐渐出现呼吸困难，肺部听诊闻及血管杂音，CRP、ESR等炎性指标升高，HLA中B51阳性，CTPA提示有肺血管狭窄和血管壁的增厚、毛糙(图1)，肺动脉造影提示多处的肺动脉狭窄、迂曲(图2)，均支持大动脉炎，考虑大动脉炎肺血管型。

经验分享

第一，该患者CTPA提示患者血管充盈缺损外，可见肺动脉管壁增厚，局部管腔狭窄，对于此种情况，需考虑是否存在肺血管本身的病变致肺动脉充盈缺损。

第二，年轻男性，反复发生肺栓塞，入院查体胸部血管杂音，ESR、CRP升高，HLA-B51阳性，CTPA提示血管壁增厚，肺动脉造影提示肺血管弥漫的迂曲和狭窄，均支持大动脉炎。

第三，大动脉炎的肺动

脉高压主要是由于肺动脉及其大的分支动脉的狭窄引起，血栓形成并非主要原因。但肺血管狭窄可造成血流瘀滞，从而引发原位血栓形成，加重肺动脉高压。

第四，目前大动脉炎公认的诊断金标准是血管造影，疾病早期血管壁增厚尚未出现狭窄时，血管造影不能及时发现。而CTPA在疾病早期阶段可发现血管壁增厚，反映血管的炎性活动，有助于提示诊断。

瘫痪男士突发胸闷黑朦 诊治还需意识到位

▲内蒙古民族大学附属医院呼吸内科 银龙

病例

患者男，49岁，因高处坠落后T12椎体骨折，双下肢瘫痪5h入院，入院后给予手术治疗。术后症状有所好转。术后10d，患者突发出现心悸、胸闷气短、心前区不适、黑朦、出冷汗症状。

体格检查 T 36℃，P 92次/min，R 20次/min，BP 105/60 mmHg，SpO₂ 90% (鼻导管吸氧3 L/min)。口唇紫绀，颈静脉怒张，右肺呼吸音减弱，闻及湿啰音。心脏听诊P₂>A₂，双下肢肌力1级，膝关节以下感觉消失。双下肢略水肿。

辅助检查 急查床旁心脏彩超示：右心大，三尖瓣反流(轻度)，肺动脉高压(轻度)。

双下肢血管彩超：

未见异常。

肺血管CT造影：双肺动脉及其分支多发栓塞，右肺下叶炎症，右侧胸腔积液(图3)。

诊断 (1)急性大面积肺栓塞；(2)右侧胸腔积液；(3)T12椎体粉碎性骨折术后伴双下肢截瘫。

治疗过程 基础抗凝、对症治疗同时急诊溶栓治疗。

分析 患者术后10d，溶栓治疗后出血风险较大，并且下肢瘫痪患者，溶栓治疗后再次肺栓塞概率高。此患者溶栓过程中病情较稳定，主要出现的并发症为皮下血肿，考虑为患病前1d，采动脉血气时针眼出血可能，及时给予加压处理后好转。无其他不良反应。

阿替普酶50 mg 50 ml注射用水，2h静脉输液。溶栓治疗后根据APTT结果，继续给予低分子肝素足量抗凝后加华法林2.5~3.75 mg，

根据INR结果调整剂量抗凝治疗后复查相关检查。经1个月的抗凝治疗后症状明显好转，复查CTPA(图4)，心脏彩超，均恢复正常。

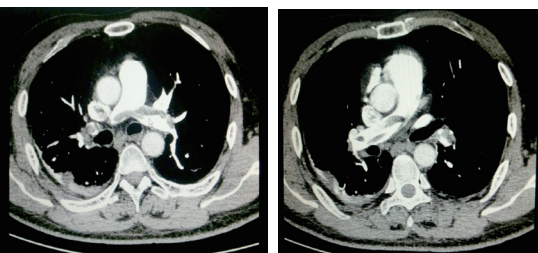


图3 溶栓前CTPA

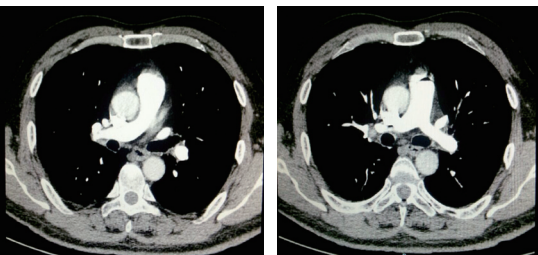


图4 溶栓并基础抗凝治疗1月后CTPA

经验分享

肺栓塞是临床常见病长期以来由于对肺栓塞的防治缺乏足够的重视，尤其是基层医院，经常漏诊、误诊，因此对临床可疑的病例需系统的、全面的进行评估及完善相关检查。

仅限于典型症状，容易漏诊 临床发现，具有胸痛、咯血、晕厥三个典型症状的肺栓塞患者很少。临床上最常见的症状为突发的呼吸困难最多，有些肺栓塞无其他特殊症状，唯独呼吸困难，且活动后明显，很容易被考虑为心脏疾病。因此对肺栓塞危险因素的搜集至关重要。

对危险因素的搜集与评估不重视 具有长期卧床史、下肢制动史、下肢静脉血栓史人群，临床医生会考虑肺栓塞风险。但对于没有下肢制动史的人群往往会忽视该疾病。还有很多的肺栓塞患者没有下肢制动病史，没有

下肢深静脉血栓。他们形成肺栓塞的原因是血液存在高凝因素。

养成良好的临床诊疗思维 患者出现突发呼吸困难，当首诊医师为呼吸科医生，则常常首先考虑慢阻肺，治疗效果不好时才会考虑到肺栓塞。心内科医生常常首先考虑到的是冠心病，也是等到治疗效果不好、病情加重，甚至做完冠脉介入治疗后病情不缓解才想到此病。

因基础疾病而被误诊、漏诊 原有心肺疾病基础上新发生肺栓塞，是最易漏诊的原因。肺栓塞误诊较高，建议所有以胸闷、气短、胸部不适为症状就诊的患者，首先行血气分析和D-二聚体检查，同时进行心脏彩超，并进行危险因素的搜集，临床症状的评估而行临床鉴别诊断，如还是不能完全排除者需行CTPA。