

• 短篇及病例报道 • doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2016.01.051

以晕厥为首发症状的 3 例肺栓塞患者误诊分析

彭宁,高奇

(贵州省贵阳市第一人民医院呼吸内科 550002)

[中图分类号] R563.5

[文献标识码] C

[文章编号] 1671-8348(2016)01-0142-02

肺血栓栓塞症(以下简称肺栓塞)是来自静脉系统或右心的血栓阻塞肺动脉或其分支所致疾病,以肺循环和呼吸功能障碍为其主要临床和生理特征。临床症状典型表现为“咯血、胸痛、呼吸困难”三联征,但临床较少见,多以呼吸困难为主要症状,回顾本院 2013 年 1 月至 2015 年 1 月内科明确诊断肺栓塞患者 21 例,其中 3 例以晕厥为首发症状及主要表现,探讨 3 例患者的起病、治疗及诊断过程,进行误诊原因分析及归纳,并复习文献,以加强临床对肺栓塞不典型症状的认识及减少对肺栓塞的误诊。

1 临床资料

病例 1:女,73 岁,因晕厥 1 d 入院。患者入院前 1 d,于行走过程中突发晕厥 1 次,伴少量出汗,清醒后感乏力、心悸、气促、头昏、眼花。起病 2 周以来感觉食欲减退,伴劳力性气促,双下肢轻度浮肿,体力无明显受限,未进一步治疗。既往有高血压及糖尿病史,给予药物治疗。入院查体:血压 130/70 mm Hg,血氧饱和度 92%(未吸氧),双肺呼吸音清,未闻及干湿性啰音,心率 85 次/min,肌钙蛋白 0.534 ng/mL(正常值 0~0.06 ng/mL),头颅 CT 示腔隙性脑梗死,心电图示窦性心律 82 次/min,多导联 T 波改变,胸片示双下肺肺炎,心脏 B 超示二尖瓣、三尖瓣少量反流。考虑晕厥原因为:心源性晕厥及后循环缺血。行冠状动脉 CT 示“左冠状动脉前降支斑块形成,双肺动脉充盈缺损,肺栓塞?”。呼吸内科会诊后行胸部增强 CT 及肺动脉成像明确为双侧肺动脉栓塞,血浆 D-二聚体 1.08 ng/L(正常值小于 0.1 ng/L),血气分析示 pH 7.44,氧分压(PO_2) 58 mm Hg,二氧化碳分压(PCO_2) 22 mm Hg。后予抗凝等治疗,患者症状好转,未再出现晕厥,2 个月后复查未见肺栓塞征象。

病例 2:女,37 岁,因“反复晕厥 1 个月,再发 8 h”入院。1 个月来患者小便时由蹲位变为站位后反复出现晕厥,共 4 次,伴双眼凝视,发作前有头昏,伴活动后胸闷、气促,无明显活动受限,无胸痛、四肢抽搐及口吐白沫,入院前 8 h 再次出现晕厥入院。10 年前诊断为精神分裂症,长期口服利培酮、舍曲林、阿立哌唑、氯氮平治疗。入院查体:血压 89/68 mm Hg,心肺腹无特殊症状。入院查心电图示窦性心律 87 次/min,心电图 PV1 呈正负双相,多导联 T 波改变,心肌酶学示肌酸激酶同工酶(CK-MB) 26.75 U/L,乳酸脱氢酶 283.37 U/L,肌钙蛋白 0.119 μ g/L,考虑晕厥原因“低血压?”。心脏 B 超示右心增大、肺动脉干增宽。请呼吸科会诊后行胸部增强 CT、肺动脉成像明确为双侧肺栓塞。血气分析示 pH 7.45, PO_2 81 mm Hg, PCO_2 24 mm Hg,血浆 D-二聚体 8.21 ng/L,予抗凝治疗后未再出现晕厥症状。

病例 3:男,68 岁,因咳嗽、咯痰、胸闷、气促 6 d 入院。6 d 前患者受凉后出现咳嗽、咯痰,咯少许白色泡沫痰,伴胸闷、气促,活动后明显,口服药物无效入院。查体:血氧饱和度 89%(未吸氧),血压 120/75 mm Hg,胸廓对称呈桶状,双肺叩即清

音,双肺呼吸音低,未闻及干湿性啰音。心率 120 次/min,双下肢不肿。胸片示支气管炎,肺功能示支气管扩张实验阳性, FEV1/FVC 60.65%,心电图示窦性心动过速 130 次/min,心电图轴 +105°,房性早搏,多导联 ST-T 改变。血气分析示 pH 7.53, PO_2 45 mm Hg, PCO_2 27 mm Hg。胸部 CT 示慢性支气管炎、肺气肿、双肺散在小结节影,心脏 B 超示右心室增大,肺动脉高压、三尖瓣中量反流,血浆 D-二聚体 1.08 ng/L,入院考虑慢性阻塞性肺疾病急性加重期。入院当晚患者突发晕厥,伴牙关紧闭、肢体抽搐,伴小便失禁,持续 1 min 后症状缓解。第 2 天查头部 CT 未见异常,行胸部增强 CT 明确双侧肺栓塞。

2 讨论

晕厥是突然发生短暂性意识丧失,伴全身肌肉无力,姿势张力丧失,但是,无任何医疗干预可自行完全恢复,通常认为是短暂性意识丧失的一种,发生晕厥的潜在机制是一过性全脑低灌注^[1]。晕厥原因较多,晕厥的原因大致分为以下四类:血管舒缩障碍、心源性晕厥、脑源性晕厥、血液成分异常。其中血管舒缩障碍占晕厥的 70.0%,心源性晕厥约占晕厥的 14.7%^[2]。心源性晕厥原因多见于严重心律失常、心脏排血受阻、心肌缺血及心力衰竭等,肺栓塞晕厥可归于心源性晕厥之内,但临床上患者较少见,是容易引起误诊的主要原因。

肺栓塞临床最常见的症状为呼吸困难,伴或不伴紫绀,发生率约为 80%~90%^[3],晕厥可以是肺栓塞唯一首发症状,发生率约为 11%~20%。肺栓塞合并晕厥往往提示有大的肺栓塞存在,肺栓塞症状轻重虽然与栓子大小、栓塞范围有关,但不一定成正比,往往与原有心肺疾病的代偿能力有密切关系^[4]。本文 3 例患者肺动脉成像均见 2 个肺段以上肺血管栓塞,其中包括肺动脉主干栓塞,但除男性患者有明显活动受限外,其余 2 例女性患者仅有轻微活动受限,无口唇发绀等表现,患者症状不典型也为临床误诊因素之一。

肺栓塞后肺血管床立即减少,肺血管阻力和肺动脉压力增加,也使肺毛细血管血流阻力增加,进而引起急性右心衰竭,心率加快,心搏量骤然降低、血压下降等。有文献考虑肺栓塞引起晕厥的 3 种主要机制^[5]:(1)肺动脉巨大血栓阻塞可引起血流动力学紊乱,伴急性右心室衰竭,每搏量下降,心排出量减少,系统性低血压;(2)晕厥伴缓慢心律失常者多由反射性神经介导,非巨大肺栓塞引起的晕厥可能是此机制导致;(3)代谢因素:如过度通气引起的低钙、低氧。肺栓塞常是静脉血栓形成的并发症,栓子通常来源于静脉系统,通过循环进入肺动脉引起栓塞。血液凝滞、血液凝固性增高和静脉内皮损伤是血栓形成的促进因素^[6]。老年人随着年龄的增长,动脉粥样硬化、血脂代谢异常、血糖代谢异常导致患者增加,长期卧床的患者增加,肿瘤的发生率亦增加,血栓形成的概率增加^[2]。分析本文 3 例患者,均无双下肢静脉血栓病史(双下肢 B 超正常),亦无长期卧床、手术等常见诱因。病例 2 年轻患者考虑为长期服用抗精神病药(利培酮可致肺栓塞),而另外 2 例患者考虑为高

龄、慢性基础疾病、长期吸烟等综合因素所致。辅助检查方面,3 例患者血浆 D-二聚体均增高,病例 2、3 出现 I 型呼吸衰竭并低碳酸血症,病例 2 年轻患者仅合并低碳酸血症,考虑与其基础肺功能有关。病例 1、3 患者心脏 B 超均有右心室增大、肺动脉高压、三尖瓣反流等表现,符合大面积栓塞后发生急性右心衰竭表现。

总结 3 例患者临床误诊原因主要为:(1)肺栓塞临床症状、体征无特异性,以晕厥为首发症状较少见,易误诊为心脏病或神经系统疾病;(2)临床医师忽视患者胸闷、气促症状,或考虑患者胸闷、气促症状为原有疾病所致;(3)3 例肺栓塞患者无长期卧床、骨折、手术、双下肢静脉血栓等常见危险因素,患者的危险因素较隐匿,易将肺栓塞排除^[7]。肺栓塞所致晕厥多合并呼吸困难、胸痛、咯血、下肢静脉血栓等表现;神经系统所致晕厥多与体位变化有关,可合并恶心、呕吐;心源性晕厥多合并心律失常、心功能不全等表现,故有文献考虑由此可与神经系统和心源性系统所致晕厥相鉴别^[8]。结合本文考虑晕厥患者合并以下几点需警惕肺栓塞的存在:(1)合并呼吸困难,且不能用左心功能不全解释;(2)合并低氧血症和(或)低碳酸血症;(3)血浆 D-二聚体增高,或动态监测持续增高,部分患者肌钙蛋白增高^[9];(4)心脏 B 超提示右心室增大或肺动脉高压等改变;影像学表现右心室增大,右下肺动脉增宽,用原发病无法解释;(5)使用改善心肌供血、脑供血药物后仍反复出现晕厥;(6)原有心脏或肺部疾患症状加重,但无相应体征支持,需警惕肺栓塞的可能性。

既往研究显示,不能被早期诊断的肺栓塞或发生较大面积的肺栓塞对患者都可能是致命性的^[10-11]。肺栓塞合并晕厥往往提示预后不良,有晕厥症状的肺栓塞病死率高达 40%,其中部分患者可猝死。但需要指出经过治疗的肺栓塞患者病死率仅 2%~8%^[12-13],且对临床疑诊患者及早使用抗凝剂,可降低患者病死率,而不经治疗的肺栓塞患者病死率高达 25%~30%。本文 3 例患者经规范抗凝治疗后,症状均好转出院,且定期随诊病情平稳。在临床工作中应加强对肺栓塞合并晕厥患者的鉴别,以减少误诊率,病死率。

参考文献

[1] Moya A, Sutton R, Ammirati F, et al. Guidelines on the prevention, diagnosis, and treatment of infective endocarditis (new version 2009): the Task Force on the Preven-

• 短篇及病例报道 • doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2016.01.052

tion, Diagnosis, and Treatment of Infective Endocarditis of the European Society of Cardiology (ESC). Endorsed by the European Society of Clinical Microbiology and Infectious Diseases (ESCMID) and the International Society of Chemotherapy (ISC) for Infection and Cancer[J]. Eur Heart J, 2009, 30(19):2631-2671.

- [2] 狄群,郭妍,老年晕厥[J/CD]. 中华临床医师杂志(电子版),2013,7(2):494-497.
- [3] 刘又宁. 实用临床呼吸病学[M]. 上海:科学技术文献出版社,2007:431.
- [4] 萧柏蓄. 呼吸内科学-高级医师案头丛书[M]. 北京:中国协和医科大学出版社,2000:5
- [5] Garcia-Cixera R. 晕厥临床案例解析[M]. 王吉云,马志敏译. 北京:人民卫生出版社,2010:310.
- [6] 张伟萍. 以晕厥为首发症状的肺栓塞 19 例临床分析[J]. 浙江实用医学 2013,5(18):331-332.
- [7] 林东恒,黄建龙,张志扬,等,以晕厥为首发症状的老年人肺栓塞漏诊分析[J]. 中国临床新医学 2014,7(3):246-247.
- [8] 邝红萍,勒建军,周安燕,等,以晕厥为首发表现得肺血栓栓塞症 16 例临床分析[J]. 郑州大学学报(医学版),2014,49(5):757-758.
- [9] 陶英,张京梅,李志忠,等. 血浆肌钙蛋白 I 对急性肺栓塞预后的评估[J]. 北京医学,2006,28(6):343-346.
- [10] Gladish GW, Choe DH, Marom EM, et al. Incidental pulmonary emboli in oncology patients: prevalence, CT evaluation, and natural history[J]. Radiology, 2006, 240(1): 246-255.
- [11] O'Connell C, Razavi P, Ghalichi M, et al. Unsuspected pulmonary emboli adversely impact survival in patients with cancer undergoing routine staging MDCT scanning [J]. J Thromb Haemost, 2011, 9(2):305-311.
- [12] 高静珍,何静春. 急性肺栓塞的临床特点与早期诊断[J]. 中国综合临床,2009,25(9):959-960.
- [13] 狄鸿胜,刘淑芹. 急性肺栓塞的临床特点与早期预防性诊断[J]. 吉林医学,2011,33(14):2999-3000.

(收稿日期:2015-09-04 修回日期:2015-09-31)

鼻腔原发性软骨肉瘤 1 例

杨玲,赵云飞,刘智,梁海桥

(遂宁市中心医院病理科,四川遂宁 629000)

[中图分类号] R739.62

[文献标识码] C

[文章编号] 1671-8348(2016)01-0143-02

软骨肉瘤是起源于软骨细胞或间叶组织的一种少见软组织恶性肿瘤,生长缓慢,多发生于长骨、骨盆及肋骨,原发于鼻腔、鼻窦的软骨肉瘤极少见,约占全身软骨肉瘤的 1%^[1],现报道 1 例鼻腔原发性软骨肉瘤如下。

1 临床资料

患者,女,72 岁,因鼻塞伴头昏 5 个月于 2013 年 12 月 24

日入院。入院前 5 个月,无明显诱因出现鼻塞,间隙性,伴有头昏,无头痛,嗅觉明显减退,偶有流脓涕,鼻涕中带血,无发热,自行院外药物治疗,效果欠佳,鼻塞症状逐渐加重。查体:外鼻无畸形,鼻腔黏膜充血水肿,鼻中隔无向右侧偏曲,双侧鼻腔见少量脓性分泌物,双侧下鼻甲不大,黏膜表面光滑,左侧鼻腔见新生物,来源不清,表面光滑,按压弹性尚可,无疼痛,无出血,