

· 病例报告 ·

冠心病合并肺栓塞 2 例临床分析

江明宏*, 王祥贺, 张龙飞, 周 潇, 黄 雄, 曹雪滨

(解放军第 252 医院心血管中心, 保定 071000)

【关键词】 肺栓塞; 冠心病; 老年人

【中图分类号】 R563.5; R592; R541

【文献标识码】 B

【DOI】 10.11915/j.issn.1671-5403.2017.04.069

冠心病和肺血栓栓塞症均属于血栓性疾病^[1]。目前,冠心病合并急性肺栓塞(acute pulmonary embolism, APE)的患者并不少见,但临床上漏诊及误诊率仍较高,原因可能是冠心病早期病变重,掩盖了肺栓塞的“胸闷、气短”等症状。本文就 2 例 APE 合并冠心病的病例进行汇报,以期临床诊治提供参考。

1 临床资料

病例 1 女性, 70 岁。主因“间断性发憋、气短 19 d, 发作性晕厥 1 次”入院。患者 19 d 前无明显诱因突然出现发憋、气短症状, 当时无胸痛, 无恶心、呕吐, 无腹痛、腹泻等不适症状, 休息 10 min 后缓解。随即到当地社区医院就诊, 期间患者症状突然加重, 遂到保定市第二医院就诊, 按“冠心病, 不稳定型心绞痛”给予输液治疗(具体药物不详)。期间因患者不能耐受心脏冠脉成像及肺动脉成像检查, 症状控制后出院。此后上述症状未再发作, 院外规律服用阿司匹林肠溶片、阿托伐他汀钙片、酒石酸美托洛尔片等药物。5 d 前凌晨 5:00 上床时突然复发上述症状, 并伴有晕厥、小便失禁, 家属给予含服速效救心丸 20 粒, 休息 1~2 min 后好转。救护车搬置期间患者再次发作, 伴意识丧失, 接诊医师给予心肺复苏, 持续 1~2 min 后好转(具体过程不详), 急送往保定市第二医院就诊。按冠心病进行治疗, 同时建议进一步完善相关检查, 但患者拒绝, 并要求转入解放军 252 医院。入我院急诊科后检查, 心电图示窦性心律, III 导联异常 Q 波, T 波改变, V1-V3 T 波改变, 复查血常规、电解质、肾功能正常, 以“冠心病”收入心内科。患者自发病以来, 精神、睡眠差, 小便失禁, 大便正常。既往高血压病史 2 年, 最高血压为 170/90 mmHg, 平素服用硝苯地平缓释片, 自诉血压控制可。查体: 血压 106/64 mmHg, 双肺呼吸音清晰, 心率 90 次/min, 律齐, 各瓣膜听诊区未闻及杂音。入院诊断: (1) 冠心病, 急性冠脉综合征; (2) 高血压病 2 级(极高危)。入院后查 D-二聚体 4.03 mg/L, N-末端脑钠肽 3019.0 pg/ml。血气分析: pH 7.45, 动脉血氧分压(arterial partial pressure of oxygen, PaO₂) 67 mmHg, 血氧饱和度(arterial oxygen saturation,

SaO₂) 94.1%。给予抗凝、改善心肌缺血、改善微循环等对症治疗, 期间心脏彩超示主动脉瓣钙化, 冠脉成像示前降支中段管腔重度狭窄 80%~90%, 肺动脉成像示两肺动脉广泛栓塞(左右肺动脉主干、两肺叶动脉和大部分肺段动脉腔内), 双肺磨玻璃样改变, 左肺上叶及两肺下叶局限性炎性渗出。鉴于患者体征稳定, 给予华法林钠、阿司匹林肠溶片和硫酸氯吡格雷片三联用药治疗 17 d, 监测血凝 4 项, 使国际标准化比值在 1.8~3.0 之间。出院时复查血气分析: pH 7.42, PaO₂ 83 mmHg, SaO₂ 96.5%。建议 3 个月后择期来院处理前降支病变。目前随访 1 月余, 患者未诉明显不适。

病例 2 男性, 66 岁, 主因“间断胸闷、气短 5 年, 加重 4 d”入院。患者 5 年前无明显诱因突然出现胸闷、气短, 当时无胸痛, 无恶心、呕吐, 无腹痛、腹泻等不适症状, 休息 5~10 min 后缓解, 未予重视, 也未进一步诊治。此后上述症状间断发作, 每次发作与活动无关, 但每次发作后经深吸 1 口气后休息 5~10 min 后缓解, 自行能忍受, 未到正规医院诊治。8 个月前上述症状明显加重, 持续时间及症状同前, 仍与活动无关, 遂到上级医院诊治。考虑“冠心病”给予诊治, 给予丹参舒心胶囊、阿司匹林肠溶片等药物治疗, 自诉症状得到缓解。半个月前, 自行停用药物, 未感不适。4 d 前, 患者活动后上述症状明显加重, 无胸痛, 每次发作后经深吸 1 口气持续 5~10 min 后缓解, 但发作次数明显增加(2~3 次/d), 为进一步诊治, 到我院就诊。心脏冠脉成像示前降支冠状动脉近中段中重度狭窄伴节段性非钙化斑块(80%~90%), 考虑双下肺动脉栓塞。急查纤溶 3 项: D-二聚体 4.35 mg/dl。初步诊断: (1) 肺栓塞; (2) 冠心病, 不稳定型心绞痛。血气分析: pH 7.45, PaO₂ 71 mmHg, SaO₂ 95%。给予肝素钠 3000 U 静脉推注, 750 U 持续泵入。次日复查: 肺动脉成像示左右肺动脉主干、两肺叶动脉可见多发肺栓塞; 心脏彩超示心脏房室内径正常; 双下肢动静脉超声示左下肢股总静脉返流(中度)。给予华法林、硫酸氯吡格雷片, 监测血凝 4 项, 使国际标准化比值在 1.8~3.0 之间。出院时复查血气分析: pH 7.38, PaO₂ 79 mmHg, SaO₂ 97%。建议 3 个月后择期来院处理前降支病变, 目前随访 1 月余, 患者未诉明显不适。

收稿日期: 2016-12-17; 修回日期: 2017-01-22

通信作者: 江明宏, E-mail: jiangmh007@sina.cn

2 讨论

冠心病是冠状动脉血管发生动脉粥样硬化病变而引起血管腔狭窄或阻塞,可造成心肌缺血、缺氧或坏死,如不及时治疗,可发展为急性心肌梗死,具有致死率高、病死率高的特点。冠心病并发症较多,常见的就有肺栓塞,而 APE 是常见致死性心血管疾病,其致死率超过心肌梗死。老年人群属于高危人群,临床表现缺乏特异性,且往往伴有慢性阻塞性肺疾病、冠心病、脑血管疾病等基础疾病,漏诊率、误诊率和病死率均较高^[2]。

研究显示^[3],肺栓塞的发生与心血管事件(包括心肌梗死)相关,肥胖、吸烟、合并高血压和代谢综合征可增加肺栓塞发生的危险性。本文报道的2例患者,均以冠心病诊断入院,心电图及临床症状也均符合冠心病临床诊断。但病例1以发作性晕厥为主要症状入院,心电图示前壁导联T波改变,首先应考虑冠状动脉粥样硬化性心脏病。冠脉病变可出现发作性晕厥症状(如右冠状动脉、前降支近端、左主干),但血气分析提示低氧血症,不排除肺栓塞。最终心脏冠脉成像示前降支重度狭窄及肺栓塞。病例2以胸闷、气短为首发症状,且按冠心病治疗有效。患者无心血管危险因素,否认吸烟饮酒史,心电图示窦性心律,为大致正常心电图。在复查心脏冠脉成像时发现肺栓塞。通过复查血气分析和纤溶3项符合诊断。

本文报道的2例患者,是什么原因使两者既诊断为冠状动脉粥样硬化心脏病,同时又诊断为肺栓塞?分析其原因,通过查询文献^[4]及临床经验得出结论,对于心血管事件和肺栓塞来说,较高水平的血管炎症和血液高凝性是栓塞事件发生的基础,而一些能引起两者发生的共同危险因素,例如吸烟、肥胖、高血压、高脂血症等,均可上调血管炎症水平,同时使血液中促凝和抗凝因素失衡,从而增加血液黏稠度,促进栓塞事件发生。>65岁、情绪激动、手术等创伤性操作、冠心病、高血压等是心肌梗死合并肺栓塞的危险因素^[5]。因为老年人本身存在基础疾病多,血管壁增厚明显,脆性增高,弹性降低,常伴有不同程度的心血管疾病,凝血因子伴随着血管壁周围聚集的栓子,可随着血液循环进入肺脏中引起栓塞。所以,临床上要积极治疗原发疾病并密切观察病情。

冠心病合并肺栓塞的临床症状包括胸闷、胸痛、气短、憋气、心悸、发作性晕厥等,且均伴有不同程度的呼吸困难和与胸膜有关的胸膜炎性胸痛及心绞痛,少数合并咯血。冠心病合并肺栓塞的临床特点一般为SaO₂降低,即以低氧血症为首发症状。本2例患者结合检查结果,均属于大面积肺栓塞,考虑血流动力学稳定,给予三联治疗,监测血凝4项和国际标准化比值。对于本2例患者,假如先考虑冠脉造影术,则会对患者行支架植入术,反而会忽略肺栓塞。

总之,冠心病合并肺栓塞患者易漏诊和误诊,临床医师平时应提高对冠心病合并肺栓塞的警觉,尽量做到早诊断、早治疗,避免不良后果的发生。

【参考文献】

- [1] 徐燕,宋雷,陈立新.急性冠脉综合征合并急性肺栓塞37例临床分析[J].临床荟萃,2010,25(1):37-39.
Xu Y, Song L, Chen LX. Clinical analysis of 37 cases of acute coronary syndrome with acute pulmonary embolism [J]. Clin Focus, 2010, 25(1): 37-39.
- [2] Geerts WH, Bergqvist D, Pineo GF, et al. Prevention of venous thromboembolism: American College of Chest Physicians evidence-based clinical practice guidelines [J]. Chest, 2008, 133(6 Suppl): S381-S453. DOI: 10.1378/chest.08-0656.
- [3] 王辉,李东旺,李成学,等.冠心病合并肺栓塞4例临床分析.现代诊断与治疗[J].2012,23(5):507-508. DOI: 10.3969/j.issn.1001-8174.2012.05.091.
Wang H, Li DW, Li CX, et al. Clinical analysis of 4 cases of coronary heart disease complicated with pulmonary embolism [J]. Mod Diagn Treat, 2012, 23(5): 507-508. DOI: 10.3969/j.issn.1001-8174.2012.05.091.
- [4] 张向峰,朱光发,刘双.肺血栓栓塞症合并冠心病患者疾病特点及临床干预的初步研究[J].中国全科医学,2011,14(11A):3577-3579. DOI: 10.3969/j.issn.1007-9572.2011.31.013.
Zhang XF, Zhu GF, Liu S. Clinical characteristics and intervention of pulmonary thromboembolism patients with coronary atherosclerotic heart disease [J]. Chin Gen Pract, 2011, 14(11A): 3577-3579. DOI: 10.3969/j.issn.1007-9572.2011.31.013.
- [5] 黄艳,李月芳,汪玲.心肌梗死合并肺栓塞的临床分析[J].医学综述,2014,20(23):4362-4364. DOI: 10.3969/j.issn.1006-2084.2014.23.054.
Huang Y, Li YF, Wang L. Clinical analysis of myocardial infarction complicated with pulmonary embolism [J]. Med Recapitulate, 2014, 20(23): 4362-4364. DOI: 10.3969/j.issn.1006-2084.2014.23.054.
- [6] 邹慕蔚.2例心肌梗死后合并肺栓塞病人的观察和护理[J].中国医药导报,2007,4(35):86-88. DOI: 10.3969/j.issn.1673-7210.2007.35.061.
Zou MW. Observation and nursing care of 2 patients with pulmonary embolism after myocardial infarction [J]. China Med Her, 2007, 4(35): 86-88. DOI: 10.3969/j.issn.1673-7210.2007.35.061.

(编辑:吕青远)