

于创伤的打击,患者就诊时多合并有不同程度的肠道功能障碍、腹压增大从而导致膈肌上抬;如同时合并有患者解剖变异及术者经验不足等时,行胸腔闭式引流发生膈肌损伤的几率更大。

本例患者于左侧腋中线 6、7 肋间行闭式引流术,在患者腹压增大导致左侧膈肌上抬的情况下,由于插管位置相对较低导致紧贴胸壁的膈肌破裂;并且术者未把握好进管深度,导致引流管进一步进入腹腔而致脾脏上极破裂。同时,由于引流管中有血性液体引流出,加之术者忽略了患者呼吸节律与闭式引流管中液面波动的关系,以上多种原因导致引流管误伤腹腔脏器而不能准确判断。为避免发生此类错误,术者首先应全面评估患者病情,根据术前胸部 X 线片准确判断创伤后的膈肌位置,在不伤及膈肌的前提下根据个体情况选择适当穿刺位点。一般胸腔积气引流选择锁骨中线第 2 肋间,胸腔积液引流选择腋中、后线第 6~8 肋间隙^[2-3]。同时,应严格遵守胸腔闭式引流术操作规范,切忌暴力操作。另外应注意的是胸腔引流管不应放置过深,以进入胸腔 2.5 cm 并通畅引流为宜^[4]。术后有条件者应复查肺部 X 线片确定胸管位置,并密

切观察引流及液面波动情况。如患者术后胸管引流不畅,液面波动情况与呼吸节律脱节,呼吸困难、腹痛症状加重,血压下降等,应考虑胸管伤及膈肌或腹腔脏器可能。此时应积极完善检查,确诊胸管是否位于腹腔。由于胸腔的腹压吸引,膈肌破裂难以自行愈合^[5],即使未伤及其他脏器,一经诊断应积极手术治疗,在修补膈肌的同时应仔细探查是否有其他器官损伤,及时发现并处理。

参考文献

- [1] 邓宏军,曾慰,曾和平. 胸腔引流术严重并发症 4 例报告及文献复习[J]. 中国医师进修杂志:外科版,2008,31(9):40-42.
- [2] 亢锴,赵印印,丁敏,等. 气胸微创胸腔闭式引流术置管部位的临床研究[J]. 临床肺科杂志,2007,12(10):1121-1122.
- [3] 姜波,于炳强. 胸腔引流管放置不当致膈疝及胸壁疝一例[J]. 中华全科医师杂志,2011,10(8):603-603.
- [4] 陈建. 胸腔闭式引流不当致外伤性膈疝、外伤性胃破裂 1 例[J]. 西南军医,2006,8(5):64-65.
- [5] 高伟,白祥军,宋先舟,等. 58 例创伤性膈肌破裂的临床分析[J]. 临床急诊杂志,2011,12(4):223-225.

(收稿日期:2012-08-31)

以晕厥为首诊的肺栓塞 2 例分析

王春红¹ 李春林¹

[关键词] 肺栓塞;晕厥

[中图分类号] R563.5 [文献标志码] D [文章编号] 1009-5918(2013)03-0136-02

Syncope as a premonitory sign of pulmonary embolism: two case reports

Summary Syncope may be an atypical symptom of pulmonary embolism. In our two cases, PE was proved to be the cause of syncope. Recognizing the risk factors associated with a DVT and PE is essential for diagnosis and treatment.

Key words pulmonary embolism; syncope

患者 1,男,37 岁,入院前 2 h,排队时突然出现意识丧失,数秒后意识恢复,不伴抽搐、大小便失禁。近半个月感胸闷、气短,活动后症状加重,自觉活动耐力下降。既往无心脑血管病病史。有吸烟史 15 年。体检:体温 36.5℃,脉搏 80 次/min,呼吸 18 次/min,血压 130/80 mmHg(1 mmHg=0.133 kPa)。心肺腹无异常,双下肢无水肿。辅助检查:血常规、血生化、血电解质、心梗三项正常,头颅 CT

未见异常,心电图正常,颈部血管 B 超正常,心电监护示氧饱和度 100%,肺功能检测无异常。患者诉 1 个月前曾有右下肢水肿,后自行缓解。据此不排除肺栓塞,到 301 医院进一步检查。301 医院肺血管螺旋 CT 检查示双侧多发肺动脉栓塞,行介入治疗,术后治愈出院。

患者 2,男,79 岁,因发作性晕厥 1 次入院,入院当日,下公交车时突然意识丧失,伴尿失禁,数秒后清醒。既往有高血脂病史,无心脑血管病病史。无吸烟史。体检:体温 36.5℃,脉搏 107 次/min,呼

¹北京市解放军 316 医院内二科(北京,100093)
通信作者:王春红,E-mail:wangch316@sina.com

吸 18 次/min, 血压 105/77 mmHg。心肺腹无异常, 双下肢无水肿。辅助检查: 血常规正常, 血钾钠氯正常, D-二聚体 1 564.0 ug/ml, 肌钙蛋白 10.06 ng/ml, BNP 1 863.34 pg/ml, 头颅 CT 未见异常, 心电图 $S_I Q_{III} T_{III}$, 心脏 B 超显示右心扩大(右房横径 4.8 cm, 右室横径 4.3 cm), 肺动脉高压, 左侧股浅静脉及腘静脉、胫前、后静脉栓塞。据上述情况, 高度怀疑患者有肺栓塞, 到 301 医院做进一步检查。301 医院肺血管螺旋 CT 检查结果(图 1): 双侧多发肺动脉栓塞。急诊行肺血管介入治疗, 术后恢复好。

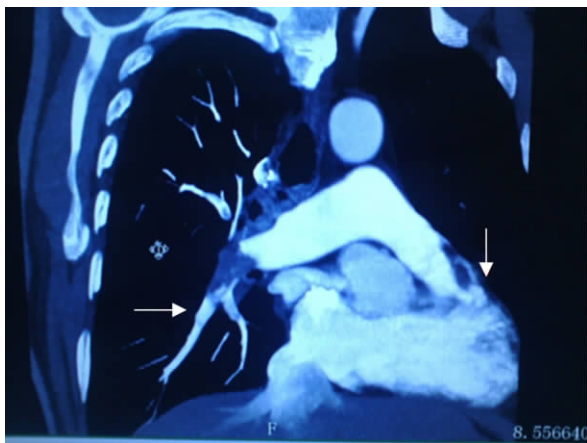


图 1 肺血管螺旋 CT 检查结果

讨论 肺栓塞(pulmonary embolism, PE)是指栓塞物经静脉嵌塞在肺动脉或其分支, 阻碍组织血液供应所引起的疾病^[1]。素有“老年卧床综合征”、“经济舱综合征”、“麻将桌综合征”等称谓, 临床发现的肺栓塞仅是“冰山一角”。典型临床表现为咳嗽、咯血、胸痛及呼吸困难等, 但临床症状或体征常呈非特异性及多样性, 故临床误诊率较高。结合这 2 例以晕厥为首发症状的肺栓塞患者, 体会如下:

①注意主要的症状, 并认真分析产生的原因。晕厥分为反射性、心源性、脑源性晕厥等。在心源性晕厥的病因中, PE 极易被忽视。晕厥又伴有呼吸困难特别是既往无呼吸困难病史时, 一定要考虑到肺栓塞的可能。以胸痛、胸闷、呼吸困难等表现为主的患者易被诊断为其他心脏疾病如冠心病、高血压病、肺源性心脏病等。本文的 2 例患者除发生

过晕厥外, 均有胸闷、气短的症状, 但入院后心电图、心脏 B 超、心梗等三项检查均未发现心肌缺血的证据。这提示我们在临床上遇到不明原因的呼吸困难、晕厥等症状者, 在诊断及鉴别诊断时要考虑到 PE。

②提高诊断意识, 注意寻找危险因素。有所谓典型 PE 征象的患者不多; 心电图和胸部 X 线改变常是一过性的。本报道中患者 2 心电图提示 $S_I Q_{III} T_{III}$, 实际临床中典型的肺栓塞心电图改变并不常见。患者通常仅有一两个提示可能有 PE 的症状, 如突发“原因不明”的气短, 特别是劳力性呼吸困难, 更需考虑有 PE 的可能。另外还需要仔细 PE 易发因素, 例如: 下肢静脉炎或血栓形成、长期卧床、术后、妊娠或分娩、口服避孕药和肿瘤等。患者 1 为长期办公室工作者, 缺乏运动, 有长期吸烟史; 患者 2 有长时间乘飞机史, 均为易栓危险因素。

③治疗的选择, 溶栓还是介入? 溶栓治疗主要用于 2 周内的新鲜血栓栓塞, 愈早愈好, 2 周以上也可能有效, 但并无确切的临床证据。临床上急性大块 PE 特别是血流动力学不稳定的患者, 死亡危险最高, 单纯积极的溶栓及肝素抗凝治疗, 病死率仍高达 50%, 况且部分存在溶栓禁忌证, 或单侧肺动脉完全阻塞等溶栓效果差以及多种原因延误了溶栓时机, 血栓处于亚急性期的大块肺栓塞患者, 很难或无法从溶栓治疗中获益。经导管肺动脉取栓术具有简便、易行、比手术安全、创伤小的优势, 可以迅速恢复肺血流, 改善血流动力学状态, 增加心排出量, 对挽救患者生命至关重要。此 2 例患者在我院怀疑 PE 后均进行了抗凝治疗, 然后转往上级医院后给予了介入治疗。这 2 例患者之所以没有进行溶栓治疗主要是考虑到其初次发病到确诊肺栓塞已超过 2 周, 同时有血流动力学不稳定的潜在风险。

综上所述, 虽然肺栓塞临床表现往往不典型, 但只要加强对高危因素的认识, 结合临床症状, 及时诊断, 选择最适合患者的治疗方式, 会明显提高肺栓塞的诊断率和治愈率, 改善患者的预后。

参考文献

- [1] 陈灏珠. 实用内科学[M]. 12 版. 北京: 人民卫生出版社, 2006: 1751-1751.

(收稿日期: 2012-04-12)