

• 经验交流 •

老年人肺心病合并冠心病的临床分析

丁红飞 刘威 晓莹

慢性肺心病合并冠心病是老年人常见病,其诊断较为困难,至今尚无统一的诊断标准。临床上两病并存时病情重、病死率高且容易误诊和漏诊。现将作者近10年来收治的62例老年肺心病合并冠心病患者进行临床分析如下。

1 临床资料

1.1 一般情况 本组共62例,其中男41例,女21例。年龄最大82岁,最小62岁,平均年龄68岁。均符合1980年全国第三次肺心病专业会议修订的慢性肺心病诊断标准^[1]。有吸烟史者52例,除肺心病的症状和体征外同时合并以下症状和体征者诊断为肺心病合并冠心病:高血压史;典型或不典型心绞痛症状;心脏听诊 $A_2 > P_2$;X线或超声心动图提示左室增大;心电图电轴重度左偏或左室肥厚或有完全性左束支传导阻滞和双束支传导阻滞,在电轴右偏或右室肥厚的同时左室导联I、aVL、V₅有缺血性S-T改变,并有严重左心功能损害者。

1.2 临床表现 62例肺心病合并冠心病与肺心病的病程关系为8~10年。10年以上43例。除肺心病的症状和体征外同时合并其它症状体征有:典型或不典型心绞痛30例,夜间阵发性呼吸困难11例,心界向左或左下扩大41例,心音 $A_2 > P_2$ 17例,持续性房颤16例,伴有高血压13例。

1.3 辅助检查 全部病人都做X线胸片、心电图及超声心动图检查。全部病例均有不同程度的右室流出道增宽及右心室内径增大,同时伴左室扩大者42例,主动脉迂曲延长或钙化24例,心电图检查电轴左偏26例,左束支传导阻滞或左前分支阻滞11例,房室传导阻滞者8例,持续性房颤12例,阵发性房颤4例,室性心律失常13例。

2 讨论

2.1 肺心病与冠心病均是危害老年人健康的常见病,两病并存并不少见 本组病例有吸烟史者占83%,说明吸烟不仅是慢性阻塞性肺病的重要原因之一,也与冠心病的发生密切相关。随着肺心病的病程延长,两病并存患病率增高。这与老年肺心病患者长期缺氧,红细胞继发性增多,血液黏滞度增高,从而影响冠状动脉血流有关。

2.2 本组62例患者初诊时误诊或漏诊26例,占41% 分析其原因主要是因为两病并存症状互相掩盖使病情更加复杂,医生惯于沿用单纯的肺心病诊断标准,故增加了漏诊、误诊率。如将不典型心绞痛误诊为心肺功能不全,急性肺水肿误诊为肺心病心衰并呼衰,早期左心功能不全与慢支合并感染相混淆,陈旧性心梗Q波未详细寻问病史认为Q波是肺心病本身所致等。

2.3 肺心病合并冠心病患者由于长期缺氧,使心肌对缺氧不敏感^[2] 本组典型心绞痛6例,不典型心绞痛24例,陈旧性下壁心梗3例,急性下壁心梗1例,出现心绞痛的疼痛部位以上腹部为多,而以上患者心电图都出现相应的图形改变,可见有典型心绞痛症状者不多。这与老年人对疼痛敏感性下降,加之长期低氧血症,心肌对缺氧的耐受性增加有关。诊断时不能过分强调症状,应结合临床全面分析。对高龄肺心病患者突然出现胸闷、心律失常、休克、猝死等均应考虑冠心病的可能,需密切观察对硝酸甘油的反应并做其他相关检查。

2.4 急性上呼吸道感染是肺心病合并冠心病患者心肺功能衰竭的主要原因之一^[3] 肺心病时由于肺动脉高压,早期心衰主要表现为右心衰。故当患者出现咳嗽、气促在平卧位或夜间加重,白天或坐位减轻,夜间阵发性呼吸困难,咳白色泡沫,痰量增多并两肺底湿啰音突然出现或明显增多,血压较平时增高并以舒张压增高明显,脉压减小,心率增快时考虑左心功能不全,再结合X线、心电图及超声心动图检查明确有无冠心病。此外还可从患者对强心药、利尿剂、硝酸酯类药物的治疗反应中得出有利于冠心病的诊断。

2.5 左心室增大 对高龄肺心病患者若X线示心影呈普大型或超声心动图检查示双侧心室增大,以左心室增大为主,排除高血压及心肌病所致,结合有动脉硬化的其它表现,应诊断合并冠心病。

2.6 心律失常 肺心病和冠心病均可出现各种类型的心律失常。但当肺心病患者出现左束支或双束支传导阻滞、II°~III°房室传导阻滞及持续性缓慢型房颤或窦性心动过缓时,除外其它原因应考虑合并冠心病。

2.7 治疗 肺心病合并冠心病者病情加重、病情变化快、病死率高,合理及时的治疗十分重要。除按肺心病给予抗感染、改善通气功能、纠正缺氧及水电解质紊乱等综合治疗措施外,还应给予抗凝、改善心肌缺血、强心、利尿等治疗。钙拮抗剂和硝酸酯类药物在治疗心绞痛的同时可以降低肺动脉压、减轻心脏前负荷,还有轻度扩张支气管作用,非常适用

(下转第274页)

收稿日期:2006-06-19

作者单位:518029 深圳市,深圳武警广东公安边防医院(丁红飞、刘威);
010000 呼和浩特市,武警内蒙古总队医院(晓莹)作者简介:丁红飞,女,1957年10月生,内蒙呼和浩特市人,医学本科,
主任医师,心内科主任。Tel:0755-82699501

• 经验交流 •

慢性阻塞性肺病患者外周血淋巴细胞激活诱导凋亡的检测

曹贵文 陈桂芝 谷苗

激活诱导细胞死亡(activation induced cell death, AICD)也称细胞凋亡,外周血淋巴细胞(peripheral blood lymphocytes, PBL)在抗原、丝裂原等刺激下可引起 AICD。为了探讨慢性阻塞性肺病(chronic obstructive pulmonary disease, COPD)患者 PBL 的 AICD 水平,作者采用丝裂原 PHA-P 分别与正常人及 COPD 患者 PBL 体外培养,通过流式细胞仪检测 PBL 凋亡率,了解 COPD 患者 PBL 凋亡变化,探讨 COPD 患者的免疫损伤机制。

1 资料与方法

选择吉林大学第四医院呼吸科住院 COPD 患者共 39 例,男 22 例,女 17 例,年龄 60~80 岁,均符合中华医学会呼吸病学分会慢性阻塞性肺疾病学组制定的诊断标准^[1]。正常对照组 19 例系体检人员及本院工作人员,男 12 例,女 7 例,年龄 60~78 岁。COPD 组和正常对照组分别空腹采血分离 PBL,调细胞数 $1 \times 10^9/L$, 10%小牛血清 RPMI1640 培养液,37℃,5%CO₂ 培养 48 h。收集培养后的细胞, PBS 洗 2 次,70%乙醇固定 4 h 以上,再用 PBS 洗细胞 1 次,加碘化丙啶染液 0.5 ml,37℃孵育 30 min,流式细胞仪检测细胞凋亡率,每次计数 10 000 个细胞。数据以 $\bar{x} \pm s$ 表示,采用 *t* 检验分析。

收稿日期:2006-07-18

作者单位:130011 长春市,吉林大学第四医院呼吸科

作者简介:曹贵文,男,1963年6月生,吉林省农安县人,医学硕士,主任医师,教授。Tel:0431-85909911, E-mail: caoguiwen@yahoo.com.cn

2 结果

COPD 组患者新鲜血 PBL 凋亡率(1.17 ± 1.02)%很低,与正常对照组(1.08 ± 0.96)%基本相同,差异无显著性意义($P > 0.05$);培养 48 h 后 COPD 组 PBL 凋亡率(18.16 ± 10.56)%明显高于正常对照组(11.28 ± 5.22)%($P < 0.01$)。

3 讨论

COPD 是严重影响人们健康的呼吸系统慢性疾病,炎症反应是近年 COPD 研究的热点。淋巴细胞是重要的炎症反应细胞,但是 COPD 研究主要在中性粒细胞^[2]。本实验结果发现 COPD 患者新鲜血 PBL 凋亡率很低,与正常对照组基本相同,可能是死亡细胞在体内被及时清除;但是经 PHA-P 刺激 48 h 后, COPD 患者外周血单个核细胞凋亡率明显高于正常对照组,显示 COPD 患者淋巴细胞被异常激活,并发生凋亡。COPD 患者淋巴细胞反复激活、凋亡,势必造成免疫细胞减少,免疫功能受损, COPD 反复发作就会导致免疫功能下降。适当应用免疫调节剂治疗 COPD 具有一定价值。

参考文献

- [1] 中华医学会呼吸病学分会慢性阻塞性肺疾病学组. 慢性阻塞性肺疾病诊治指南. 中华结核和呼吸杂志, 2002, 25: 453-460.
- [2] 曹贵文, 崔俊彪, 杜简秋, 等. 慢性阻塞性肺病合并多器官功能障碍综合征 PMN 凋亡和 IL-8 水平检测. 中华老年多器官疾病杂志, 2004, 3: 56.

(上接第 273 页)

于老年肺心病合并冠心病患者的治疗。中药丹参、葛根素可不同程度降低血液粘稠度、扩张冠状动脉、降低肺血管阻力、改善心肌缺血、改善心功能,而无明显的负性肌力作用和副作用,在肺心病合并冠心病的治疗中有较好的疗效。此外,肺心病合并冠心病的患者易出现心律失常,本组心律失常 20 例,占 62.5%,故临床治疗中应特别注意水、电解质的平衡,防止低血钾,及时纠正恶性心律失常,以预防心源性猝死。

参考文献

- [1] 陈国伟, 郑宗铎, 主编. 现代心脏内科学. 长沙: 湖南科学技术出版社, 1997. 1013.
- [2] 杨英珍. 肺原性心脏病. 见: 陈灏珠, 主编. 实用内科学. 第 10 版. 北京: 人民卫生出版社, 2000. 1225-1250.
- [3] 刘占春, 王克滨, 李艳芹, 等. 肺心病合并冠心病 19 例临床分析. 中国实用内科杂志, 1994, 14: 595.