

· 病例报告 ·

扩张型心肌病反复肺栓塞 1 例报告

李玉忠 王德祥 陈兆平 康月珍

扩张型心肌病心力衰竭患者长期卧床易患肺栓塞。作者最近溶栓治疗扩张型心肌病反复肺栓塞 1 例,现报告如下。

1 病历介绍

患者,女,60 岁。因活动后心悸、胸闷 20 年,剧烈胸痛、呼吸困难、咯血 5d 于 2001 年 6 月 15 日入院。1 年来 2 次因心力衰竭在山东省聊城市复退军人医院内科住院治疗,当时心电图示频发室早、左前分支阻滞和不完全性右束支传导阻滞,Ⅰ导呈 qR 型,Ⅱ、Ⅲ导呈 rS 型,Ⅳ导呈 rS 型,Ⅴ₁~Ⅴ₆倒置。心脏 B 超示各房室明显增大,二尖瓣开放幅度小,左室壁变薄,运动幅度减低,二尖瓣返流,LVEF 为 0.32。心脏 X 线示心脏呈普大型,心胸比例 0.68。

入院查体:体温 36.1℃,心率 98 次/min,呼吸 30 次/min,血压 95/60mmHg(1mmHg=0.1333kPa)重度喘憋,口唇面颊紫绀,大汗淋漓,烦躁不安,面部浮肿,颈静脉怒张。右肺下野呼吸音消失,左肺哮鸣音,左肺底中小水泡音。心前区隆起,心尖部抬举样搏动。心界明显向左扩大,可达左腋前线。心音低弱,心率 88 次/min,闻及早搏,6 次/min,心尖区Ⅲ级收缩期杂音,P₂亢强。肝大于肋下 6cm,双下肢浮肿,左侧较显著。心电图:Ⅰ导呈 RS 型,Ⅲ导呈 rSr 型,T 波倒置;Ⅱ、Ⅲ导呈 rS 型,Ⅳ导呈 rS 型,Ⅴ₁~Ⅴ₆由浅倒变直立,ST_Ⅰ~Ⅴ₆上抬 0.05~0.15mV,Ⅰ°AVB,重度顺钟向转位。心脏 B 超示,肺动脉高压,右室节区性运动不良,右房大,内可探及 2 个不规则强光团并随心动周期活动,三尖瓣返流。动脉血气:PaO₂ 58mmHg, PaCO₂ 35mmHg,心肌酶谱:LDH 408U/L,AST 42U/L。诊断:扩张型心肌病并肺动脉栓塞。除纠正心力衰竭外,立即给尿激酶 1500kU 加入生理盐水 100ml 中 0.5h 静脉滴入,低分子肝素抗凝。约 5h 后,胸痛明

显减轻,3d 后咯血、胸痛消失,住院 18d 好转出院。出院后给阿司匹林 150mg/d,口服。出院后 67d,突然剧烈右胸背痛,注射哌替啶(pethidine)不能缓解。呼吸困难、紫绀、咯血。动脉血气呈低氧和低碳酸血症。X 线胸片示:右肺下楔形密度增高影,尖端指向肺门,右肋膈角度钝。LDH 480U/L,总胆红素 25mmol/L,考虑复发性肺动脉栓塞。立即给予尿激酶溶栓,肝素抗凝,症状迅速缓解,继之给予华法林(warfarin)2.5~5mg/d,国际标准化率约维持在 2.5,3 个月后随访心功能未恶化。

2 讨论

肺栓塞在美国与西欧国家是仅次于肿瘤和心肌梗死的第 3 位死亡原因^[1]。肺栓塞发病原因主要是下肢深静脉血栓和外科手术后及慢性心力衰竭。本例老年女性,患扩张型心肌病,多年有频发室性早搏和心力衰竭,常服用强心利尿剂,易致机体凝血和纤溶系统失衡,血液粘稠度增高,在下肢静脉和右房室内形成血栓。过去对肺栓塞认识不足,临床上常误诊、漏诊。据估计我国肺栓塞的误诊率一般 > 80%^[2]。扩张型心肌病喘憋较重,与肺栓塞的症状相似,诊断更加困难。基层医院常不能做肺动脉造影和肺灌注核素显像、螺旋 CT、电子束 CT 及磁共振未普及。但根据本例的典型临床症状,低氧血症和低碳酸血症,X 线胸片特征,肺栓塞的诊断似无疑问。作者及时采用溶栓和抗凝治疗,症状很快缓解,病情好转。值得注意的是第 1 次肺栓塞后给予阿司匹林 150mg/d,未充分抗凝,再次肺栓塞,应引以为训。

参考文献

- 1 李志忠,白树功,孔令军,等.肺栓塞猝死抢救成功一例.中华心血管杂志,2001,29:608.
- 2 程显声.肺栓塞防治研究的现状与展望.中华心血管杂志,2001,29:257.

(收稿日期:2002-06-14)

(本文编辑 周宇红)

作者单位:252000,聊城,山东省聊城市复退军人医院心内科

作者简介:李玉忠,男,医学本科,副主任医师,科主任

通讯作者:李玉忠,电话:0635-8344050