

肺栓塞合并脾梗死 1 例

周 琳 曾金美 宋浩明

doi:10.3969/j.issn.1673-6583.2014.06.021

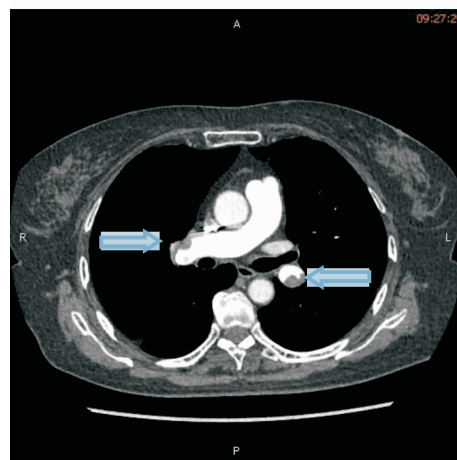
1 病例简介

29 岁男性患者,因“左上腹痛 2 个月,突发气促、胸闷 1 个月”入院。患者入院前 2 个月无明显诱因下出现左上腹针刺样痛,伴气促,外院诊断为“肝硬化、脾肿大”,拟行脾切除术。术前患者发热持续 20 d,体温最高 38℃,于白天升高,夜间恢复正常,伴咳嗽、咳白痰,痰中带血、量较少,外院予以抗感染治疗,并行胸腔镜下滑石粉胸膜固定术。体温下降 3 d 后,患者下床活动时突发呼吸困难,指末氧饱和度降至 71%,心电图提示窦性心动过速(心率 110 次/分)。肺动脉 CTA 提示右下叶前、外基底段、左下叶基底段动脉栓塞,左下舌段动脉及左下肺动脉栓塞,予抗凝、抗炎等治疗后仍有活动后气急,遂转至我院。患者既往有乙型病毒性肝炎病史 15 年,目前口服恩替卡韦抗病毒治疗中。

入院后查体:脾脏于肋下 4 cm 可触及,无其他阳性体征。

辅助检查:D-二聚体 5.32 mg/L。血气分析示氧饱和度 86.0%;氧分压 52 mmHg。双下肢血管超声未见明显异常。肺动脉 CTA 示肺动脉左、右主干近分叉处及其主要分支多发性栓塞,见图 1。肺通气-灌注扫描提示右肺内侧段及外基底段肺栓塞高度可能。肝纤维化、风湿免疫及肿瘤指标均无异常。上腹部增强 CT 提示脾梗死。B 超(腹部、门脉系统)示门静脉、肝静脉血流流速加快,门脉及胰腺内静脉迂曲、扩张,脾肿大、脾内低回声,腹腔积液。上消化道钡剂造影显示食管下段、胃底及小弯处黏膜皱襞紊乱,考虑静脉曲张。我院诊断:肺栓塞(低危)、乙型病毒性肝炎后肝硬化(失代偿期)、食管-胃底静脉曲张、脾肿大、脾梗死。给予抗凝、抗感

染治疗(未行脾切除术)后患者好转出院。



注:箭头示肺动脉血栓

图 1 肺动脉 CTA 横断位

2 讨论

多系统血栓多发生于器官移植后或合并人免疫缺陷病毒(HIV)感染的免疫抑制患者。本例患者肝硬化后同时并发了动、静脉系统血栓栓塞,脾梗死与肺栓塞并存,较为罕见。

肝硬化患者处于高凝状态,体内的凝血-抗凝系统失衡,血清组织因子途径抑制物(TFPI)降低^[1],同时凝血因子Ⅷ(促凝因子)升高而蛋白 C(抗凝因子)降低^[2],有利于血栓形成。本例患者在肝硬化所致的免疫功能紊乱的基础上并发感染,是导致肺栓塞发病的重要诱因。肝硬化多合并免疫功能紊乱,半数以上患者 T 淋巴细胞降低,多表现为 CD3、CD4 和 CD8 细胞均降低;血清 IgG、IgA、IgM 水平升高;非特异性自身抗体(如抗核抗体、抗平滑肌抗体、抗线粒体抗体等)呈阳性。既往研究表明,炎症反应和免疫功能紊乱可引起获得性静脉血栓栓塞症(VTE)^[3-4]。Schmidt 等^[5]回顾性研究了 1.5 万例 VTE 患者,发现并发感染的患者 VTE 风险增加 2 倍。本例患者持续卧床 20 d,这也是肺栓塞的重要诱因。肝硬化、高凝状态、免疫功能紊乱及感染

基金项目:上海市卫生局课题(2010108);上海市科委重点项目课题(11411951400);上海市卫生局青年课题(2009Y071)

作者单位:200065 上海,同济大学附属同济医院心内科

通信作者:宋浩明, Email:songhao-ming@163.com

性炎症反应等因素共同促进了动、静脉血栓形成。

目前,临床采用部分性脾栓塞作为肝硬化门脉高压合并脾功能亢进的治疗手段。由于能保存残脾的内分泌功能且降低门静脉压力,故较外科全脾切除术更具优势。本例患者经抗凝、抗感染等对症治疗后病情稳定缓解,故未行脾切除术。

参 考 文 献

- [1] Yerdel MA, Gunson B, Mirza D, et al. Portal vein thrombosis in adults undergoing liver transplantation: risk factors, screening, management, and outcome[J]. Transplantation, 2000, 69(9):1873-1881.
- [2] Kinjo N, Kawanaka H, Akahoshi T, et al. Portal vein thrombosis

in liver cirrhosis[J]. World J Hepatol, 2014, 6(2):64-71.

- [3] Song H, Wang L, Gong Z, et al. T cell-mediated immune deficiency or compromise in patients with CTEPH[J]. Am J Respir Crit Care Med, 2011, 183 (3):417-418.
- [4] Duan Q, Lv W, Wang L, et al. mRNA expression of interleukins and Th1/Th2 imbalance in patients with pulmonary embolism [J]. Mol Med Rep, 2013, 7 (1): 332-336.
- [5] Schmidt M, Horvath-Puho E, Thomsen RW, et al. Acute infections and venous thromboembolism[J]. J Intern Med, 2012, 271(6):608-618.

(收稿:2014-05-07 修回:2014-07-23)

(本文编辑:孙 雯)

急性大面积肺栓塞酷似急性下壁心肌梗死 1 例

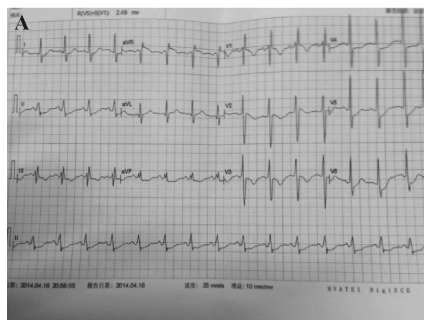
张 莉 许向东 陈 霞 李宏松

doi:10.3969/j.issn.1673-6583.2014.06.022

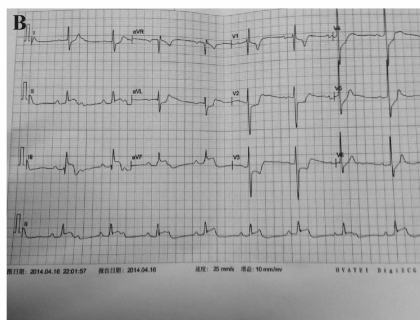
1 病例资料

71 岁男性患者,因“活动后气促 2 d,加重 4 h”赴我院急诊,查体示血压 78/42 mmHg,心肌损伤标志物轻度升高,N-末端 B 型利钠肽原(NT-proBNP) 4 144 pg/ml,D-二聚体 7.33 ng/ml,血气分析提示呼吸性酸中毒。胸片未见异常。心电图出现动态改变,见图 1,考虑急性下壁心肌梗死可能。行冠状动脉造影示前降支中段、右冠状动脉中段中端及远段远端见斑块,未见狭窄。既往有左下肢静脉曲张史,否认高血压、糖尿病、冠心病及吸烟史,偶饮酒。复查心肌损

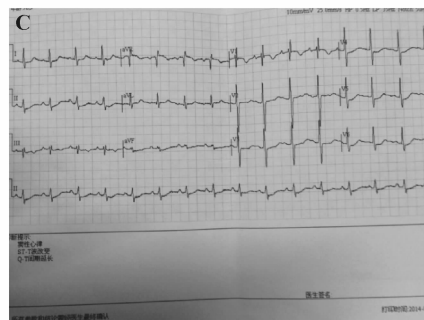
伤标志物、D-二聚体较入院前升高,床旁心脏超声提示右房增大(48 mm),左室壁稍厚,三尖瓣轻度反流(压差为 27 mmHg),左室射血分数(LVEF) 61%。肺动脉显示 CTA 左、右肺动脉主干及其大部分分支内条片状低密度充盈缺损影(见图 2),确诊为急性大面积肺动脉栓塞。予抗休克、溶栓、抗凝等治疗后复查心电图、肺动脉 CTA,并进一步检测免疫指标、肿瘤标志物以及双下肢深静脉超声,均未见明显异常。结合患者有下肢静脉曲张史、平素久坐、经溶栓治疗后病情好转,考虑下肢深静脉血栓已溶解。



A: 就诊时



B: 入院后 1 h



C: 第 2 天复查

图 1 患者入院后心电图动态改变