

多房性气胸误诊为心绞痛临床分析

The multi-chambers pneumothorax misdiagnosed as angina pectoris

钟杭莉

ZHONG Hang-li

(安徽省淮南矿业集团职业病防治院, 安徽 淮南 232033)

摘要: 报道了2例气胸所致非心源性心绞痛病例, 分析了其误诊原因, 指出仔细观察患者临床表现, 及时摄X线胸片为明确诊断的关键。

关键词: 气胸; 非心源性心绞痛

中图分类号: R561.4 **文献标识码:** B

文章编号: 1002-221X(2000)06-0345-01

气胸是呼吸系统疾病中的常见急重症, 一般诊断并不困难, 但是在气胸引流管存在的情况下同侧再发局限性气胸, 往往不易被想到, 造成误诊误治。现将所遇病例报道如下。

【例1】男, 70岁, 因“呼吸困难加剧伴嗜睡半天”收入院。原有慢性阻塞性肺疾病、肺心病、III期矽肺病史。结合各项检查诊断为“气胸、呼吸衰竭、肺性脑病、呼吸性酸中毒”。予左锁骨中线第2肋间行胸腔闭式引流术。术后经抗感染、纠正酸碱平衡紊乱、吸氧、改善微循环等综合治疗4天, 患者精神好, 无明显胸闷、气喘症状, 食欲佳, 引流管仍有气体逸出。吸氧0.5L/min, 动脉血气分析结果在正常范围。次日午饭后, 患者自觉心前区疼痛、胸闷, 引流管通畅, 气体逸出无增加。ECG示窦性心动过速(HR110次/分)ST_{V2-6}降低 $\geq 0.1\text{mV}$, ST_{II、III、aVF}降低 $\geq 0.05\text{mV}$ 。考虑有心绞痛可能。给予消心痛, 心痛定舌下含化后症状稍有缓解。约30分钟后又诉心前区闷痛难忍, 考虑为不稳定性心绞痛, 转入监护室。患者呼吸26次/分, 脉搏110次/分, 血压17/10kPa, 两侧胸廓对称, 左胸廓下肋间隙稍饱满。两肺呼吸音普遍减弱, 尤以左下肺为著。ECG监护仪显示, ST段减低 $> 0.1\text{mV}$, 血氧饱和度监测 $\text{SaO}_2 85\% \sim 88\%$ (2L/min吸氧), 床旁胸片(只能拍前后位), 未见气胸线, 左膈面可见“幕状”改变, 继续扩冠治疗效果仍差。予左腋前线第6肋间试穿, 有气体逸出。置闭式引流管后, 患者闷痛症状解除, 心电图监护仪显示ST段恢复正常。

【例2】男, 65岁。因“呼吸困难加剧2天”收入院。有III期矽肺、慢性阻塞性肺疾病病史10余年。2天前活动后突然出现双侧胸痛伴呼吸困难, 渐渐疼痛消失, 呼吸困难渐加剧。无结核中毒症, 否认外伤史。查体体温 36.5°C , 脉搏100次/分, 呼吸38次/分, 血压15/8kPa, 呼吸急促, 唇轻度发绀, 气管居中, 桶状胸, 右肺呼吸音消失, 左肺肩胛下区呼吸音减弱, 叩右下肺浊音, 余为过清音。X线胸片示右肺少量

胸腔积液, 肺尖部肺纹理消失, 可见气胸线, 左肺肋膈角消失, 可见边缘狭窄透亮区。两肺均可见条状密度增高影及多处透亮区(为尘肺改变)。诊断为双侧液气胸。予两侧闭式引流呼吸, 困难缓解。左肺引流管留置1周拔管。右侧20天夹管观察, 当晚患者出现胸闷加剧, 以胸骨后及右胸上部为甚。右夹管放开无气体逸出, 试管通畅, 床旁胸片前后位未见异常, 心电图监护仪显示T波低平。ECG示II、III、aVF、ST段减低 $\geq 0.1\text{mV}$, T波低平, V_{4-5} T波低平, V_6 倒置。拟心绞痛予硝酸甘油、心痛定多次应用无效。仔细观察胸廓, 发现右胸上部渐渐略显饱满, 试穿为张力性气胸。引流后胸闷症状消除, ECG恢复正常。

2 讨论

2.1 气胸引起ECG ST-T变化的可能原因。非心源性心绞痛误诊为心绞痛者, 近年来陆续有报道, 如胆心综合征、椎神经综合征、食道裂孔疝等。产生机理都是刺激了与支配冠状血管有共同交通通路的神经, 引起冠脉血管收缩及相应神经分布区域疼痛^[1]。但气胸引起的ECG ST-T变化报道少见。分析其产生机理仍为呼吸系统神经支配与心脏神经支配有交感和副交感神经纤维的交通支^[2]。

2.2 误诊原因: (1) 慢性阻塞性肺疾病、尘肺病人由于肺部不同程度的纤维化、肺气肿、肺大泡等, 并发气胸时症状常与基础疾病类似, 不容易被发现。(2) 病人常有反复肺部感染, 并有少量胸腔积液, 易形成胸膜“房膈化”, 气胸时常发生局限性气胸, 以致引流管引流的只是一处气体, 不易再想到同侧又发生气胸。(3) 气胸时缺乏典型的气胸特征。如气管移位, 胸部隆起, 明显的呼吸音减弱或消失, 叩诊鼓音, X线呈特征改变等。(4) 老年病人常并发心血管疾病。

2.3 避免误诊的措施: 慢性阻塞性肺疾病特别是合并有胸膜粘连的患者肺功能本身就很差, 当合并气胸时, 往往气胸范围很小, 临床症状却很重, 如不及时处理, 死亡率很高。引流的情况下又出现胸痛、胸闷等症状时, 应仔细查体和观察分析病情, 注意些微小变化和各種治疗后的反应。若病情允许的话, 应及时摄正侧位胸片, 对X线胸片不能诊断的可行CT进一步检查。CT对局限性气胸的诊断价值大于X线胸片。

参考文献:

- [1] 刘貽德. 就神经病观点谈心绞痛的误诊[J]. 临床误诊误治, 1999, 12(2): 81-82.
- [2] 薛全福. 肺受体和神经调节[A]. 罗慰慈. 现代呼吸病学[M]. 北京: 人民军医出版社, 1997. 43-46.

收稿日期: 1999-07-22; 修回日期: 1999-09-20

作者简介: 钟杭莉(1962—), 女, 重庆人, 多年来一直从事呼吸、循环内科工作, 主要研究重症呼吸监护。