

• 临床病例(病理)讨论 •

腹痛伴心慌、憋气

崔永军 夏平 李晓川 邹作君 万美燕

【关键词】腹痛；心慌；憋气

现对 1 例腹痛伴心慌、憋气患者的救治过程介绍如下。

1 病历简介

患者男性，80 岁，因腹痛 1 d，伴胸闷、憋气 2 h 入本院急诊科就诊。患者 1 d 前无明显诱因出现腹痛，以上腹部为主，伴恶心、呕吐（胃内容物），无腹泻、畏寒、发热，症状无缓解，至某院就诊。患者既往体健。入院时查体：体温 37.4℃，脉搏 72 次/min，呼吸频率 14 次/min，血压 120/80 mm Hg（1 mm Hg = 0.133 kPa），意识清楚，双肺呼吸音清，未闻及干、湿啰音，心率 72 次/min，律齐，腹平，未见胃肠型及蠕动波，腹肌紧张，全腹部有压痛，反跳痛不明显，肠鸣音正常。心电图示窦性心律；血常规示白细胞计数（WBC） $4.3 \times 10^9/L$ ，血小板计数（PLT） $145 \times 10^9/L$ ，血红蛋白（Hb）180 g/L。考虑为急性胃肠炎。静脉滴注（静滴）生理盐水 250 ml + 左氧氟沙星 0.3 g、5% 葡萄糖溶液 250 ml + 西咪替丁 0.8 g + 山莨菪碱 10 mg。2 h 前患者在外院输液过程中突然感觉心慌、憋气，复查心电图示窦性心动过速，心率 142 次/min，停止输液，给予吸氧、心电监护，静脉注射（静注）生理盐水 20 ml + 10% 葡萄糖酸钙 10 ml，静滴 5% 葡萄糖溶液 500 ml + 维生素 C 3.0 g + 地塞米松 5 mg，患者心慌、憋气无明显缓解而转入本院治疗。

入本院急诊科查体：体温 38.4℃，脉搏 120 次/min，呼吸频率 32 次/min，血压 80/50 mm Hg，心率 120 次/min，意识清楚，表情淡漠，能正确回答问题，双肺呼吸音清，未闻及干、湿啰音，律齐，腹平，未见胃肠型及蠕动波，腹肌紧张，无明显压痛及反跳痛，肠鸣音 4 次/min。

DOI:10.3760/cma.j.issn.1003-0603.2011.06.023

作者单位：266011 山东，青岛市市立医院肾内科（崔永军、夏平、邹作君、万美燕），普外科（李晓川）

通信作者：万美燕，Email: wanmeiyan07@163.com

2 分析与讨论

住院医师：该患者有以下特点：①以腹痛就诊，查体有腹肌紧张，虽然目前无压痛，但应请外科医师会诊，除外急腹症。②患者静脉输液过程中出现心慌、憋气，首先应考虑是否为药物过敏，其次是否为输液反应。从医嘱看，心慌等症状是在静滴山莨菪碱约 10 mg 后出现，是否为应用山莨菪碱不恰当导致？急查心肌酶，注意除外急性心肌梗死。患者的胸闷、憋气是否为自发性气胸或同时合并肺部感染所致，应查 X 线胸片或肺 CT 以排除。③在治疗上，由于患者已经应用抗过敏药物，目前应积极补液，并应用多巴胺等维持血压，同时注意患者的生命体征变化。

外科医师：该患者腹痛有以下特点：①起病急，腹痛为持续性，阵发性加重，伴呕吐，呕吐物为胃内容物。②转移性腹痛，起初为上腹部，逐渐转为全腹。③腹痛查体：外院首诊时，查体有腹肌紧张，全腹压痛，目前腹肌紧张仍存在，但压痛及反跳痛不明显，移动性浊音阴性。④病情进行性加重，首诊时血压正常，目前处于休克状态，且体温逐渐增高。下一步应紧急查淀粉酶，以除外重症胰腺炎；复查血常规，排除失血性休克；查全腹 CT 以明确腹部情况。目前应给予积极的抗休克治疗。

副主任医师：该患者的病情发展可分为两个阶段：其一，患者首诊时的腹痛是由于一直有明显的腹肌紧张，且体温逐渐升高，虽然压痛、反跳痛目前不明显，但是从病程看，先腹痛后发热，仍然考虑存在外科急腹症，应在病情允许的情况下，尽快明确腹部情况。其二，患者首诊治疗期间突然出现的心慌、憋气，可以从下列几个方面考虑：①仔细询问当时的情况，患者输液大约 20 min 后，下床小便时突然出现心慌、憋气等症状，此时应用山莨菪碱已 10 min 余，因此，心慌的发生基本排除与山莨菪碱有关；另外，I 型过敏反应及输液反应大多在输液 10 min 内发生，该患者的发病时间似

乎并不符合。②从一元论的角度来看，患者腹痛伴憋气是否为急腹症，包括胃肠道穿孔及消化道出血等突然加重。③由于患者为老年人，且合并休克，应注意是否有源性休克，需检查心电图、心肌酶，并注意动态监测。④自发性气胸往往有一侧的呼吸音明显减弱或消失，但该患者的查体结果并不支持有自发性气胸存在，肺部感染导致憋气，一般是进行性加重，而该患者表现为突然憋气，肺部查体无阳性体征，因此也不支持肺部感染的诊断。⑤老年患者突然发生心慌、憋气伴休克，改变体位不能使憋气缓解，心、肺检查除了心率增快外，并无阳性体征，Hb 180 g/L，提示存在高度血液浓缩，在血液浓缩的情况下，血液黏稠度也会增加，因此，要警惕患者是否有血栓形成，进而导致肺栓塞，应急查血气分析和 D-二聚体。

入院后给予患者吸氧，心电以及血压监护，5% 葡萄糖-生理盐水 500 ml + 多巴胺 60 mg 静滴，多次复查血常规示 WBC $3.2 \times 10^9/L$ ，Hb 184 g/L，PLT $142 \times 10^9/L$ ，电解质和肾功能检查：尿素氮（BUN）8.6 mmol/L，肌酐（Cr）132 μmol/L，心肌酶及其同工酶正常，淀粉酶正常；血气分析：pH 值 7.34，动脉血二氧化碳分压（PaCO₂）36 mm Hg，动脉血氧分压（PaO₂）71 mm Hg，D-二聚体 1.4 mg/L；心电图示窦性心动过速；腹部 CT 示双侧膈下少量气体密度影，少量腹水，腹膜渗出，食管裂孔疝，双侧胸腔少量积液。

副主任医师：血气分析示患者 PaO₂ 及 PaCO₂ 均降低，D-二聚体明显升高，结合患者同时合并休克，高度提示存在肺栓塞^[1]，应动态监测 D-二聚体变化，并在病情允许情况下，尽快行 CT 肺动脉造影（CTPA）和下肢血管彩色多普勒血流显像检查。

外科医师：患者腹部 CT 证实，存在胃肠道穿孔，通过复查血常规，可排除出血性疾病；目前来看，该患者休克原因以

肺栓塞的可能性大,暂不具备手术条件,应禁饮食、积极补液、抗休克、抗感染等保守治疗为主,同时应针对肺栓塞给予相应治疗。

继续治疗 2 h,血压 110/80 mm Hg,心率 96 次/min;WBC $5.5 \times 10^9/L$,Hb 189 g/L,PLT $132 \times 10^9/L$,凝血酶原时间(PT)13 s,活化部分凝血活酶时间(APTT)43.7 s;血气分析:pH 值 7.4,PaCO₂ 23 mm Hg,PaO₂ 80 mm Hg,D-二聚体 4.4 mg/L;下肢血管彩色多普勒血流显像检查示左下肢腘静脉血栓形成可能;CTPA 示肺动脉多发充盈缺损,肺动脉多发栓塞可能。

副主任医师:根据检查结果并结合患者病情,推测患者发病过程如下:1 d 前,患者由于胃肠道病变造成穿孔,消化液进入腹腔,造成化学性及细菌性腹膜炎,

导致频繁恶心、呕吐,不能进食,体液丢失,以致血液浓缩,黏稠度增高。该患者为高龄老年人,发病后卧床不起,下肢静脉血液淤滞,逐渐形成血栓。3 h 前,患者在外院就诊输液治疗后,症状有所缓解,但在下床时,由于下肢肌肉挤压的作用,下肢静脉内血栓脱落,随血液流入右心,并进入肺动脉形成栓塞,致使左心回心血量减少,心排血量下降,最终导致患者出现低氧血症及休克。至此明确诊断为:胃肠道穿孔;肺栓塞;左下肢静脉血栓形成。若最初以临床上常采用的一元论来考虑其诊断,极易误诊。但从病理生理过程来分析,显然两类疾病的发生紧密相联,存在因果关系。该患者下一步的治疗比较棘手,一方面由于存在胃肠道穿孔,不排除病情加重后手术治疗的可能,最好避免溶栓,以免造成出血倾向

或消化道出血;另一方面,由于存在肺栓塞,若不溶栓,随时可能导致呼吸、循环衰竭,即使手术,风险也太大。目前患者病情危重,随时有生命危险,应向家属交代清楚,治疗上征求家属意见,若采取保守治疗,可给予低分子肝素^[2]。

经上述抢救无效,最终患者家属放弃手术及溶栓治疗,故给予 12 h 1 次皮下注射低分子肝素 5 kU 维持。2 d 后患者因呼吸、循环衰竭而死亡。

参考文献

- [1] 李欣,廖晓星,关开洋,等.急性肺栓塞的诊断现状分析及诊断策略研究.中国危重病急救医学,2004,16,484-486.
- [2] 程芳洲,黄俊,余细球,等.肺栓塞 23 例分析.中国危重病急救医学,2004,16,491-492.

(收稿日期:2011-01-05)

(本文编辑:李银平)

• 书讯 •

《临床肝移植》(第 2 版)已出版

由沈中阳教授主编的《临床肝移植》(第 2 版)于 2011 年 1 月在科学出版社出版发行。该书是在继承前人科研成果和临床经验的基础上,重点总结武警总医院和天津市第一中心医院临床工作中正反两方面的经验,结合不断涌现的新理论、新技术,择其要点和相对成熟点编撰成章,汇集丛书,立足于临床,解决临床问题,理论联系实际。全书竭力体现:以肝移植为主,兼顾有关基础和临床学科,力求反映肝移植近年来的新观点、新认识和新经验;以肝移植临床技能、操作、围手术期处理为基础和目的,既反映肝移植学科在理论和技术操作方面的前沿性动向,又不回避作者团队的负面经验;以肝移植围手术期处理、免疫抑制理论与实践、原发病复发的预防和处置为重点,也重视原发病在等待肝移植期间的诊断和治疗,关注肝移植的机遇和挑战、伦理与法律;以文字描述为主,深入浅出、图文并茂,力求内容翔实可读。本书是临床肝移植医师及相关科室人员,更是医学生、研究生和对肝移植专业感兴趣人员的参考书。

当当网、卓越网、各地新华书店和医学专业店有售,定价 198 元。邮购电话:010-64034601,64019031;地址:100717 北京市东黄城根北街 16 号 科学出版社 温晓萍(请在汇款附言注明您购书的书名、册数、联系电话、发票名称等)。

(中国科学院 科学出版社 医学出版中心)

《协和急诊医学》已出版

由北京协和医院于学忠教授主编的《协和急诊医学》于 2011 年 1 月在科学出版社出版发行,国内 100 多位专家参与编写,本书旨在提高急诊医学基础理论水平和诊疗技术,完善急诊医学运行体系,推动急诊医学科学技术研究。与以往的急诊医学专著不同,本书更加强调急诊医学理论体系的构建,增加了急诊运行模式、国际急诊医学、急诊医学临床决策、急诊医学信息系统等方面的内容;篇和章的布局与最新的急诊医学理念更加契合,全书分 10 篇 172 章,包括总论、重症篇、急症篇、创伤篇、中毒篇、急性理化损伤篇、急病篇、五官科急症篇、特殊人群急症篇、急救技术篇等,共计 250 余万字。本书参阅了大量的最新急诊医学文献,阐述了最新的急诊医学理念,基础理论与临床实践相结合,科学性与实践性并重,可作为急诊医学系学生和急诊医学专科医师的案头参考书。

当当网、卓越网、各地新华书店及医学专业店有售,定价 380 元。邮购电话:010-64034601,64015165;地址:100717 北京市东黄城根北街 16 号 科学出版社 温晓萍(请在汇款附言注明您购书的书名、册数、联系电话、发票名称等)。

(中国科学院 科学出版社 医学出版中心)