

讨论:木村病是一种罕见的慢性、良性浸润性疾病,病因尚未明确,可能与免疫紊乱、过敏反应、非特异性感染等有关^[1],其多见于唾液腺,呈良性病程,复发率较高。实验室检查表现为嗜酸性粒细胞计数增高,血清 IgE 水平增高^[2]。本例病变位于双侧颌下腺,超声表现为双侧颌下腺内低回声病灶,其内见多发小片状低回声区夹杂“网格状”高回声,其内探及丰富血流信号;腺体内及周围淋巴结皮质分界不清,淋巴结内探及“门型”血流信号。既往文献^[3]报道涎腺内木村病病灶内部未见此“网格状”高回声征象。郭芸蕾等^[1]报道木村病累及淋巴结时,淋巴结内部可见线样高回声形成细小均匀的“网格状”改变,而本例淋巴结内部无此特点。分析本例病灶及淋巴结超声表现与上述文献不同的原因可能与嗜酸性粒细胞浸润程度相关^[4]。

临床需注意与 IgG4 相关性颌下腺炎、慢性颌下腺炎、软组织内血管瘤等相鉴别。最终确诊仍依赖病理检查。

参考文献

- [1] 郭芸蕾,李宁,尹益民,等.木村病的超声特征分析[J].临床超声医学杂志,2020,22(1):73-75.
- [2] 林楠,高宁,蔡菁华,等.木村病 17 例临床病理分析[J].实用口腔医学杂志,2020,36(3):497-550.
- [3] 陈红艳,谢洪霞,罗燕,等.颌面部木村病的超声特征分析[J].临床超声医学杂志,2019,21(9):715-716.
- [4] 林晓,应莉,谢作流,等.木村病的超声诊断价值[J].中国超声医学杂志,2016,32(6):569-572.

(收稿日期:2021-08-23)

·病例报道·

Bedside lung ultrasound assisted diagnosis of acute pulmonary embolism : a case report

床旁肺部超声辅助诊断急性肺栓塞 1 例

赵运海 刘心甜

[中图法分类号]R445.1;R563.5

[文献标识码]B

患者男,48岁,因突发喘气2d入院。自诉2d前出现活动时喘气,病情逐渐加重,入院时静息状态下极度呼吸困难,无咯血、晕厥。既往体健,无特殊病史。体格检查:体温36.6℃,呼吸51次/min,血压87/67 mm Hg(1 mm Hg=0.133 kPa),指脉氧饱和度61%(吸氧10 L/min)。神清,急性病容,呼吸急促,话不成句,紫绀,颈静脉充盈;双肺呼吸音低,无啰音;心率114次/min,律齐,心脏无杂音;双下肢静脉显露,四肢湿冷,余无特殊。实验室检查:D-二聚体480.9 μg/L,超敏肌钙蛋白I 0.07 μg/L,N末端B型钠尿肽原13 070 ng/L,血肌酐194 μmol/L,肾小球滤过率34 ml/min;谷丙转氨酶549.0 U/L,谷草转氨酶660.8 U/L,总胆红素40.0 μmol/L;血常规、凝血因子、蛋白C、蛋白S、抗磷脂综合征、易栓症、肿瘤标志物筛查阴性。血气分析提示:酸碱度7.11,氧分压40 mm Hg,二氧化碳分压51 mm Hg,乳酸11.5 mmol/L,剩余碱-13.6 mmol/L。心电图检查:窦性心动过速,115次/min,QRS时限>0.11 s,V1呈qR型,余导终末传导延迟,提示不完全性右束支阻滞波形,S₁Q_{III}T_{III},ST段V1~V2呈弓背型改变,Ⅲ、V1~V3导联T波双向或倒置。入院初步诊断:急性肺栓塞?休克,多脏器衰竭。入院立即给予高流量吸氧并严格卧床休息,行床旁超声心动图检查:肺动脉增宽(3.03 cm),右室扩大(右房内径4.9 cm,右室内径5.3 cm),左室缩小(内径3.3 cm),三尖瓣

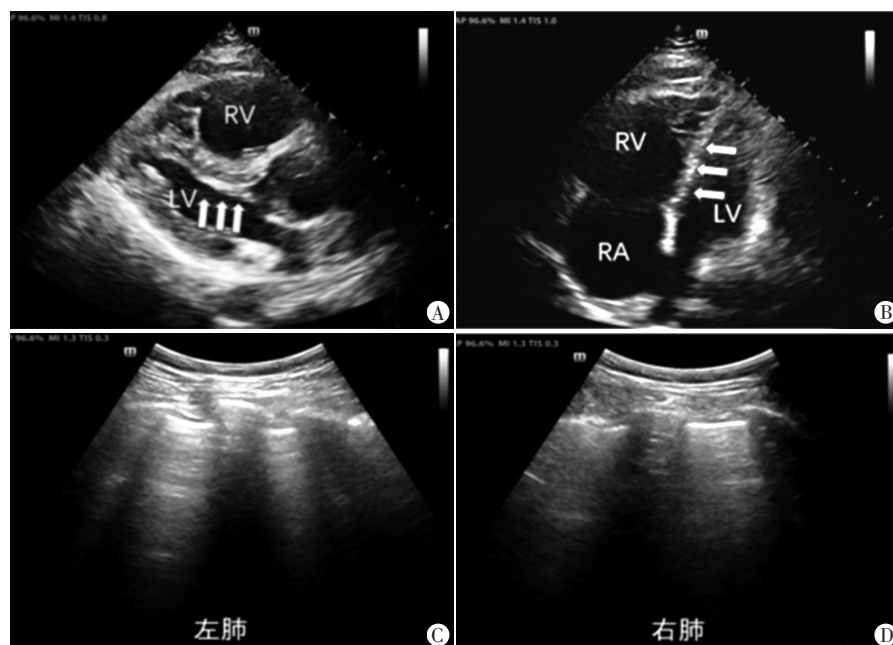
重度反流,肺动脉高压,室间隔偏移,下腔静脉增宽(图1A、B)。床旁肺部超声检查:胸壁多个区域探查见A线增多,肺滑动征明显,B线未见明显增多(图1C、D)。结合血气分析、心电图检查,支持高危急性肺栓塞诊断,排除溶栓禁忌症,立即予溶栓治疗,患者呼吸困难改善,呼吸30次/min,说话成句。复查心电图提示:窦性心律正常,V1导联R波幅度降低约0.2 mV,束支阻滞图形消失;复查血气分析提示:酸碱度7.44,氧分压55 mm Hg,二氧化碳分压40 mm Hg,乳酸1.7 mmol/L,剩余碱2.8 mmol/L。病情稳定后行肺CT血管造影检查:双侧、急性、大面积肺栓塞,肺栓塞指数45%,右肺尖小片状实变,考虑肺梗死(图2)。双下肢静脉血管超声检查:右侧腓静脉及双侧肌间静脉可见少许均匀低回声血栓影,血流信号减少。据此明确诊断:急性肺栓塞(高危),梗阻性休克;多脏器功能衰竭,双下肢静脉血栓。予静脉普通肝素抗凝1周后改为口服利伐沙班15 mg,2次/d,患者病情好转出院,门诊调整抗凝药物方案。后续随访,CT血管造影检查示肺动脉血栓消失,下肢血管血栓消失。

讨论:肺栓塞的发生率为0.5%~5.0%^[1],其中高危急性肺栓塞发病占比约5%。高危肺栓塞病死率极高,30 d内病死率约30%^[2],主要治疗方法为溶解血栓,使肺部组织恢复并进行灌注。肺栓塞确诊依据肺血管检查,但对于病情不稳定的高危肺

基金项目:武汉中青年医学骨干人才培养工程(武卫生计生通[2018]116号)

作者单位:430022 武汉市,武汉亚洲心脏病医院内科

通讯作者:刘心甜,Email:41012295@qq.com



A: 超声心动图胸骨旁长轴切面示右室明显增大, 室间隔严重偏向左室(箭头示), 左室受压缩小;
B: 超声心动图心尖四腔切面示右心明显增大, 室间隔偏向左室(箭头示); C、D: 肺部超声示双肺 A 线增多, 肺滑动征明显, B 线未见明显增多

图1 急性肺栓塞床旁超声心动图和肺部超声图(RV: 右室; LV: 左室; RA: 右房)



A、B: 分别示静脉溶栓治疗后左、右肺动脉残留的血栓(箭头示)

图2 溶栓治疗后肺CT血管造影图

栓塞患者, 推荐血气分析、心电图、床旁超声心动图进行辅助诊断。本例报道中床旁肺部超声为肺栓塞的诊断起到重要的辅助作用。本例患者急性呼吸困难起病, 入院时主要表现为极度呼吸困难和休克, 需鉴别心源性及肺源性呼吸困难, 结合床旁超声心动图及心电图检查可基本排除心包填塞、急性瓣膜功能障碍、左室功能障碍、急性严重心肌梗死、主动脉夹层等心源性呼吸困难。本例患者病情特点为: ①床旁超声心动图提示右室射血受阻、右室负荷重; ②血气分析提示严重缺氧; ③D-二聚体明显升高; ④心电图提示窦性心动过速, 新发完全性右束支, $S_1Q_3T_3$ 改变, 基于以上4点, 诊断急性肺栓塞高度可疑。由于本例患者病情不稳定, 肺血管影像学检查受限, 但引起呼吸困难的肺部疾病需进一步排除。肺部超声对胸腔积液、肺炎、肺水肿、气胸具有极高的敏感性及特异性, 在肺部疾病的鉴别诊断中具有一定价值。床旁肺部超声检查方案是一种诊断呼吸

困难病因的系统检查方法, 病因诊断准确率为90.5%^[3]。研究^[4]报道, 重症肺炎、液体过度正平衡、左心功能不全、脓毒症、肺挫伤、急性呼吸窘迫综合征、高钙素原均可能形成B线; 气胸、肺栓塞则主要表现为A线增多, 二者最大区别在于肺栓塞肺滑动征明显。本例患者床旁肺部超声示胸壁多个区域探查见A线增多, 肺滑动征明显, B线未见明显增多, 无液性无回声区、无实变、无肺部不张等异常征象, 排除了胸腔积液、肺部实质性病变、肺水肿、气胸可能; A线增多提示肺部气体增多, 肺血减少。床旁肺部超声为急性肺栓塞与其他肺部疾病的鉴别诊断提供了重要依据。Bekgoz等^[5]报道床旁肺部超声检查方案对辅助诊断肺栓塞的特异性高达100%。本例采用床旁肺部超声检查方案结合心电图、血气分析、超声心动图检查等快速做出鉴别诊断, 最终诊断为急性肺栓塞。

结合本例资料, 病情不稳定的高危急性肺栓塞患者情况紧急, 若诊断及救治不及时, 一旦病情进展至进行器械辅助或心肺复苏, 可能丧失溶栓救治机会, 甚至造成严重后果。总之, 床旁肺部超声检查可以作为肺栓塞鉴别诊断的重要辅助手段, 结合病史、体征、血气分析、心电图及超声心动图检查等可完成高危肺栓塞的快速诊断, 提高诊断准确性。

参考文献

- [1] Hobohm L, Lankeit M. Pulmonary embolism [J]. Dtsch Med Wochenschr, 2019, 144(18): 1286-1300.
- [2] Giri J, Sista AK, Weinberg I, et al. Interventional therapies for acute pulmonary embolism: current status and principles for the development of novel evidence: a scientific statement from the American Heart Association [J]. Circulation, 2019, 140(20): 774-801.
- [3] Zanobetti M, Poggioni C, Pini R. Can chest ultrasonography replace standard chest radiography for evaluation of acute dyspnea in the ED? [J]. Chest, 2011, 139(5): 1140-1147.
- [4] Fei Q, Lin Y, Yuan TM. Lung ultrasound, a better choice for neonatal pneumothorax: a systematic review and Meta-analysis [J]. Ultrasound Med Biol, 2021, 47(3): 359-369.
- [5] Bekgoz B, Kilicaslan I, Bildik F, et al. BLUE protocol ultrasonography in emergency department patients presenting with acute dyspnea [J]. Am J Emerg Med, 2019, 37(11): 2020-2027.

(收稿日期: 2021-04-12)