

病例讨论

高血压心脏病心衰合并甲状腺功能减退病案

钱 锐*整理

主题词 高血压/中西医结合疗法;心力衰竭,充血性/中西医结合疗法;甲状腺功能减退症/中西医结合疗法

1 病历摘要

患者杨某某,女性,65岁,住院号:72827。因呼吸困难2周伴双下肢浮肿7天,于2003年3月13日入院。

现病史:40余年前患者于2月底,因劳累后出现夜间阵发性呼吸困难,端坐呼吸,当时未予治疗。1周前因外感风寒出现双下肢浮肿,呼吸困难加重,动则喘甚,遂于3月13日到医院就诊,收入我病区。刻下症见:端坐呼吸,胸闷气短乏力,动则尤甚,面色无华,纳差,口干苦,小便短少,大便溏,双下肢明显浮肿,舌淡暗苔薄白,脉弦滑略细。

既往史:曾行“阑尾切除术”,有“结核性腹膜炎、胸膜炎”病史。患2型糖尿病病史10年,血糖控制可;类风湿性关节炎病史2年,曾服用“强的松”等激素治疗;高血压病史3年,血压最高200/100mmHg,平素自服“硝苯地平缓释片”,血压控制不理想。

查体:体温36.8℃,呼吸23次/分,脉搏90次/分,血压180/95mmHg。一般情况差,神清合作,端坐位,全身皮肤及巩膜未见黄染,全身浅表淋巴结未触及肿大,睑结膜无苍白,口唇紫绀不明显;颈软,气管居中,甲状腺不大,坐位颈静脉充盈,颈动脉搏动明显;胸廓对称,双下肢呼吸音低,中上肺可闻少许湿罗音;心尖搏动弥散,心尖向左下扩大,心率90次/分,律齐,主动脉瓣听诊区可闻3/6级吹风样收缩区全期杂音;腹膨隆,右下腹可见6cm长手术疤痕,肝、脾触诊不满意,移动性浊音(一);双下肢重度凹陷性水肿;神经系统无阳性体征。

实验室检查:血常规示:白细胞 $8.1 \times 10^9/L$,中性0.61,红细胞 $3.89 \times 10^{12}/L$,血红蛋白111g/L,血小板 $151 \times 10^9/L$ 。尿液分析(一)。大便常规(一)。血生化检查:碱性磷酸酶(ALP)122U/L,γ-谷氨酰转肽酶(GGT)149U/L,总胆固醇(TC)2.07mmol/L,葡萄糖

(GLU)7.13mmol/L,尿素氮(BUN)8.96mmol/L,碳酸氢盐(HCO_3^-)18mmol/L。血沉(ESR)36mm/h,抗“O”69U/L,类风湿因子(RF)1:32。胸部X线平片示:左侧胸腔中等量积液,右侧胸膜增厚粘连、钙化,心外形增大。超声心动图示:左房36mm,室间隔厚度12.6mm,左室后壁厚度12mm,室壁运动正常, $E/A < 1$,LVEF70.65%。腹部B超示:肝胆、胰、脾、双肾输尿管、膀胱未见异常声像。24h动态血压:全天血压负荷重度异常,昼夜节律消失。肺功能测定:重度限制性通气功能障碍。中心静脉压测定26cmH₂O。

入院诊断:中医诊断:胸痹(阳虚水泛)。西医诊断:高血压3级高危组、高血压性心脏病、心衰3度、心功能4级;2型糖尿病;肺部感染;高血压、糖尿病肾病?

诊疗经过:入院后给与硝苯地平缓释片、依那普利片、双氢克尿噻、安体舒通、丹参注射液、抗生素等进行治疗,效果不明显。3天后(3月16日)上级医师查房后认为甲状腺功能减退不排除,动员患者完善检查。随后进行相关检查,甲状腺功能测定:TSH46.68mIU/ml, T_4 37.00nmol/L, T_3 1.01nmol/L, FT_4 13.58pmol/L, FT_3 1.57pmol/L。肺部CT示:左侧胸腔积液,右肺下叶炎症表现,心包增厚并少量心包腔积液。甲状腺超声示:双侧甲状腺体积减小,血流稀少。BUN6.7mmol/L,肌酐(Cr)71μmol/L。尿蛋白定量60mg/24h。超声心动图示:LVEF45.75%。3月21日补充诊断:甲状腺功能减退,排外肾病。遂更改治疗:加优甲乐,停用硝苯地平缓释片、依那普利片、双氢克尿噻、安体舒通,改用氨氯地平片、缬沙坦、速尿注射液,继续抗感染并配合中药治疗。经治10天,症状无明显缓解,仍端坐呼吸,乏力水肿,血压控制不稳定,波动于160~180/75~90mmHg之间,中心静脉压测定16~18cmH₂O。遂于4月2日进行病例讨论。

2 病例讨论

住院医师:患者高血压心脏病病史明确,本次发病因于劳累导致,外感后加重。参考体征、理化检查,心衰可确定。患者临床表现符合心衰诊断,虽乏力明显但无恶寒,考虑为糖尿病和心衰所致,故没考虑其他伴随疾病。且患者经济困难,所以实验室检查不完善,这也是

* 云南省中医医院心肺科,昆明市光华街120号(650021)

收稿日期:2003-12-15

导致甲状腺功能减退未能及时发现的原因之一。

钱锐主治医师:患者按心衰治疗后疗效不佳,应考虑是否有其他影响心衰的原因没有解决。患者心衰症状相当重,但 LVEF45.75%似与之不完全相符。患者表情相对淡漠,利尿后小便增加但浮肿消退不明显,并且有乏力等表现,故甲状腺功能减退应考虑。通过检查得到证实。所以甲状腺功能测定可作为心衰患者的常规检查,以提高临床诊断正确率。优甲乐从小剂量开始使用 10 天,TSH 无明显改善,可以加量。中药治疗以温阳益气、利水消肿为治法。处方:熟附子 15g,桂枝 10g,条参 15g,茯苓 12g,车前草 15g,芦根 30g,丹参 15g,川芎 15g,猪苓 10g,枳壳 10g,甘草 6g。经治 10 余日,效果不佳,患者血压、心衰控制不理想,请上级医师指导。

梁小鹰主任医师:同意主治医师诊断意见,甲状腺功能减退临床表现复杂,极易混淆,以致误诊,其中又与心脏疾病混淆最为多见,临床每多报道。患者心血管病史多年,本次因劳累急性发病,首先考虑心功能不全,是正确的,虽然心衰能导致甲状腺功能低下,但患者既往有类风湿性关节炎、糖尿病等病史,应充分考虑自身免疫系统疾病所致原发性甲状腺功能减退。降压能减轻后负荷,血压应严格控制,可按顽固性高血压给与三联或四联联合用药。优甲乐应用 10 天后应该起效,现每日用 50 μ g,估计用量不足,但不主张加量,因其能促进机体的新陈代谢,增加心肌耗氧,并能使机体对儿茶酚胺的敏感性增加。这些方面都不利于心衰的控制,应发挥中医药特点及优势,中西医结合治疗。

罗铨主任医师:中医治疗的特点在于辨证论治,不能拘泥于一病一方一药。心衰虽多以温阳利水为法治之,然该患者虽患甲状腺功能减退并心衰、乏力、胸闷

气短、面色无华、浮肿、心悸等症俱备,独无畏寒之象,脉弦滑略细而不迟,说明正气虚损程度仅仅伤及脏腑气血而未及阴阳。如用大量温阳之品则“壮火食气”,反致气虚加重,水湿愈发不化。故目前应以味甘性平质柔之品补益气血,方切中病机。该患者四诊合参,责之本虚以气虚为甚,兼有心阴血不足,标实以水湿流注为主,兼夹瘀血。病位在心、脾。应治以益气为主,兼以养阴补血;利水为主,兼以活血祛瘀。处方:黄芪 30g,太子参 15g,北沙参 15g,玄参 15g,麦冬 15g,五味子 10g,酸枣仁 30g,车前子 15g,葶苈子 10g,丹参 15g,桂枝 6g,甘草 6g,每日 1 剂,水煎服。

3 后记

治疗方案:每日静脉注射速尿注射液 20mg,每日口服氨氯地平 5mg、缬沙坦 30mg、优甲乐 50 μ g,配合中药汤剂。用中药 7 剂后精神开始转佳,尚不能平卧,胸闷气短乏力心悸好转,仍浮肿,血压 150/70 mmHg,中心静脉压 12cmH₂O, TSH35.40mIU/ml, T₄39.18 nmol/L, T₃0.955nmol/L,小便仍少。中药仍用上方,加琥珀末 3g,益母草 30g,以加强活血祛瘀,利尿消肿之功。用药后小便明显增多,保持在 2000ml 以上,1 周后浮肿明显减退,诸症均减,能下床解大便而无胸闷气短,血压 140/70mmHg,中心静脉压 10cmH₂O, TSH 19.86mIU/ml, T₄65.91nmol/L, T₃1.41nmol/L,给氯化钾 10ml,每日口服 3 次。停用速尿,余治疗不变。中药继服 7 剂后,浮肿消失,X 线示胸腔积液吸收,能平卧,下床能行走 20 米左右,血压 135/70mmHg, TSH4.81mIU/ml, T₄69.74nmol/L, T₃1.49 nmol/L。于是准予出院,嘱其定期复查甲状腺功能,优甲乐继续服用每日 50 μ g,中药给予香砂六君汤加减 5 剂善后。

(上接第 835 页)

研究进展和中药透皮制剂研究进展均十分迅速^[6,7],采用中药复方透皮给药治疗 AP 亦多有报道^[8]。宁心膏是将处方中药提取、浓缩,并配有透皮促渗剂的中药复方透皮制剂。本研究就宁心膏治疗 AP 进行了临床观察,并结合抗氧自由基损伤,初步探讨了其作用机理,但全方的有效或活性成分是什么?其透皮吸收、分布、代谢和排泄等药代动力学机理如何?另外,在 AP 的分型中不稳定型(UAP)与稳定型(SAP)具有不同的发病机理和预后转归,因此治疗措施也有区别^[9]。

参考文献

1 国际心脏病学会和协会 WHO 命名标准联合专题组.缺血性心脏病命名及诊断标准.中华心血管杂志,1981,9(11):75-77.

- 2 周玖,陈媛,李军,等.内皮细胞脂质过氧化损伤与动脉粥样硬化.中华心血管杂志,1990,18(4):248-249.
- 3 Badimon JJ, Fuater V, Chesebro JH, et al. Coronary atherosclerosis: a multifactorial disease. Circulation, 1993, 87(Suppl III): 3-16.
- 4 黄宁,赵保路,陈媛,等.大鼠在体心脏缺血再灌注氧自由基产生的研究.中华医学杂志,1990,70(12):691-693.
- 5 王永炎主编.中医内科学.上海:上海科学技术出版社,1997:112-116.
- 6 胡晋红,张立超,朱全刚.我国透皮给药的研究进展.解放军药学报,2002,18(1):38-39.
- 7 许英爱,张秀荣,冯波,等.中药透皮制剂研究动向.中药材,2002,25(2):133-135.
- 8 华浩明.中药复方透皮治疗冠心病心绞痛现代研究进展述评.江苏中医药,2002,23(11):61-62.
- 9 华浩明,王灿晖,杨进.不稳定型心绞痛的研究进展及中医药防治概况.中国中西医结合急救杂志,2003,10(2):123-125.