

病例讨论

顽固性心力衰竭合并Ⅲ度房室传导阻滞病案

王淑英* 刘艳军* 陈丽茹* 整理

主题词 心力衰竭, 充血性/并发症 心脏传导阻滞/病因学

1 病历摘要

患者孙某某,男,69岁,2004年2月22日入院。

主诉:阵发胸闷2年余,伴不能平卧3天。

现病史:患者于2002年无明显诱因出现阵发性胸闷气短,偶有心悸,曾先后在多家医院住院治疗,诊为2型糖尿病、高血压病、心脏扩大、心律失常、Ⅲ度房室传导阻滞、完全性左束支传导阻滞,经扩冠治疗后症状缓解。2003年7月因病情加重,去外地某医院就诊,建议安装三腔起搏器。因患者当时血小板低,查骨髓象提示多发性骨髓瘤,无法安装起搏器而回本市某医院治疗心脏病,同时进行化疗5次(药名药量不详),好转后出院。住院期间曾用硝普钠、硝酸甘油等扩血管药和多巴酚丁胺、多巴胺等正性肌力药,但治疗效果不理想。出院后口服消心痛20mg,每日3次,洛汀新10mg,每日1次,鲁南欣康20mg,每日1次,速尿40mg,隔日1次,地高辛0.25mg,每日1次维持治疗,病情不平稳。于3天前无明显诱因病情加重,胸闷,气短,45°卧位,伴夜间憋醒现象,双下肢重度水肿,纳差,腹胀,大便2日一行,小便少。

既往史:高血压病史30余年,血压最高180/100mmHg,糖尿病史18年,曾皮下注射胰岛素治疗,现未用降糖药而血糖正常,否认肝炎、结核病史,否认药物过敏史,家族中无此类病患者。

查体:体温35.6℃,脉搏50次/分,呼吸20次/分,血压105/80mmHg。发育正常,营养中等,神清合作,45°卧位,全身皮肤轻度黄染无出血点,浅表淋巴结未触及,巩膜黄染,双侧瞳孔等大等圆,对光反射灵敏,颈软无抵抗,胸廓对称,左侧呼吸音清,右肺肩胛后线第九肋以下叩浊音,呼吸音消失,心界左下扩大,心律不齐,心率60次/分,未闻及杂音,肝于右锁骨中线3cm、剑突下5cm可触及,中等硬度,腹大如鼓,脾未触及,腹部移动性浊音(+),双下肢膝关节以下指凹性水肿,生理反射存在,病理反射未引出,舌质紫暗,苔黄

腻,脉弦滑结代。

辅助检查:血白细胞 $5.1 \times 10^9/L$,中性0.62,淋巴0.30,血小板 $88 \times 10^9/L$,血红蛋白153g/L。胸水常规:橙黄色半透明液体有凝块,李凡他试验(-),比重1.014,计数 $400 \times 10^6/L$,血沉2mm/h,胸水未查见癌细胞。血钾、钠、氯、尿素氮、肌酐均正常,血甘油三酯0.54mmol/L,总胆固醇3.06mmol/L,低密度脂蛋白胆固醇1.43mmol/L,高密度脂蛋白胆固醇1.45mmol/L,血糖5.63mmol/L,丙氨酸氨基转移酶16IU/L,天冬氨酸转移酶22IU/L,总蛋白58.2g/L,球蛋白20.2g/L,白蛋白38.0g/L,总胆红素 $45.7 \mu\text{mol/L}$,直接胆红素 $26.6 \mu\text{mol/L}$,间接胆红素 $19.1 \mu\text{mol/L}$,谷酰转氨酶167IU/L,碱性磷酸酶73IU/L,IgG15.3g/L,IgA7.6g/L,IgM0.50g/L。胸腔B超:右胸胸腔积液,右侧胸腔肩胛下线第八肋间隙可探及深约9.4cm液体,内可见不张的肺叶,液体距皮肤1.6cm。心脏彩超:全心扩张,升主动脉及肺动脉内径轻度扩张,左室壁略增厚,运动幅度弥漫性减低,主动脉瓣钙化,左室功能减低,心包少量积液,三尖瓣、主动脉瓣、肺动脉瓣、二尖瓣均少量反流,左室射血分数33%。心电图:Ⅲ度房室传导阻滞,完全性左束支传导阻滞,ST-T改变。X线胸片示:心脏明显扩大,右侧胸腔积液。入院诊断:(1)缺血性心肌病,心脏扩大,心律失常,Ⅲ度房室传导阻滞,完全性左束支传导阻滞,心功能Ⅳ级;(2)高血压病;(3)2型糖尿病;(4)多发性骨髓瘤。

治疗经过:患者入院后口服消心痛、洛汀新,静脉输用消心痛及鲁南欣康注射液、速尿;同时口服益气活血利水中药:黄芪30g,益母草30g,丹参20g,五加皮6g,瓜蒌30g,补骨脂20g,生牡蛎30g,三七粉3g(冲服),泽泻15g,白茅根20g,赤芍15g。1周后病情缓解,能15°卧位,双下肢轻度水肿;45天后亦15°卧位,双下肢轻度水肿,活动后肿甚,心电图仍为Ⅲ度房室传导阻滞,完全性左束支传导阻滞,ST-T改变。

2 病例讨论

住院医师:患者为老年男性,以胸闷气短不能平卧入院,伴双下肢水肿,舌质紫暗,苔黄腻,属中医“胸

* 秦皇岛市中医医院内科,河北省秦皇岛市海阳路269号(066000)

收稿日期:2004-09-01

痹”、“水肿”范畴,药用瓜蒌薤白半夏汤和苓桂术甘汤加大量利水药治疗。

主治医师:患者发现胸闷时心脏已经扩大,心电图为Ⅲ度房室传导阻滞,考虑心肌缺血而致。西医治疗上予扩冠药改善心肌供血,患者心衰较重,在心室率允许的情况下加强心药,同时加利尿药减轻心脏负荷;另外需加血管转换酶抑制剂,改善心肌重塑,远期效果较好。从中医角度上讲,瘀血较重,且患者为老年人,存在正气虚。在益气基础上加活血药,可用生脉饮加味,并加用大黄廑虫丸。

副主任医师:患者诊断上比较明确,经扩冠利尿病情好转,能15°卧位,但心电图仍为Ⅲ度房室传导阻滞,胸水和双下肢水肿较顽固,治疗上可在利尿的基础上加白蛋白和新鲜血浆交替输用,增加胶体渗透压减少渗出。从中医角度讲,水肿与肺、脾、肾三脏有关。肺“通调水道,下输膀胱”,可加泻肺利水之品如葶苈子,起提壶揭盖的作用;加健脾和补肾之品,如太子参、黄芪、茯苓、补骨脂、生牡蛎等,则益气活血并重。其中补骨脂《本草经疏》云:“补骨脂能暖水脏,阴中生阳,乃补水益土之要药也。”酌加具有强心作用的中药如五加皮,加大量利水中药如益母草、泽泻等。

主任医师:患者皮肤巩膜黄染,双下肢水肿,胸水,症状为胸闷不能平卧,纳食差,大便2日一行,成形,舌质紫暗、苔黄腻,有芒刺,以手扪之有砂石感,脉略弦滑。证属湿热瘀滞,脾肾阳虚,水饮内停,属中医“黄疸、

悬饮、溢饮”范围,治宜清热利湿、健脾利水。中药:茵陈60g,栀子10g,大黄10g,枳实10g,厚朴10g,丹参30g,泽兰80g,益母草60g,赤芍10g,冬瓜皮30g,桑白皮12g,大腹皮15g,椒目10g,泽泻10g,茯苓15g,牵牛子6g,生姜5片。如舌苔转白不燥时加附子、干姜等温阳利水。

3 后记

根据讨论结果,按主任医师处方服药。服7剂后双下肢水肿减轻,15°卧位,心电图示:Ⅲ度房室传导阻滞,大便2日一行,成形,舌紫暗,苔白,用手扪之砂石感明显减轻,脉弦滑,在前方基础上加附子5g,干姜5g;改泽兰100g,益母草100g。服上药32剂后,症状明显缓解,间断平卧,双下肢脚踝部轻度水肿,舌苔转白,少量剥脱,舌质紫暗,苔无砂石感,考虑脾肾两虚,气阴两伤,故在上药基础上改附子15g,干姜6g;加黄芪30g,天冬10g,防己30g,杏仁10g,桂枝10g,并用静脉点滴加生脉注射液60ml,每日1次。上方服10剂后,心电图示:窦性心律,心率40次/分,完全性左束支传导阻滞,在此治疗基础上再加心宝2粒,每日3次口服,中药上方再进10剂。此后心电图仍为窦性心律,心率波动在60~75次/分,双下肢水肿好转,胸闷气短缓解,能平卧,观察3个月,患者病情平稳,心电图示:窦性心律、完全性左束支传导阻滞;胸腔B超示:右侧少量积液,患者心衰明显改善,疗效显著。

平衡针灸高级培训班招生

平衡针灸是由全军平衡针灸中心主任王文远教授经过40余年潜心研究,6000余次的针感体验,3000多家医院、42万患者的临床验证,成功探索了中枢神经反应在体表神经上的密码定位——现代针灸学。开展新技术305项,获军地科技进步奖17项,创办了《平衡针灸平衡医学杂志》和平衡针灸网站。成功召开了3届国际平衡针灸平衡医学会议。治疗肩周炎、颈椎病、腰椎间盘突出、糖尿病、莱姆面瘫等480余种疾病。

1. 突出一个核心:平衡针灸突出一个核心——心理平衡,心理平衡是健康的基础,是预防治疗疾病的核心。2. 两个理论来源:(1)中医学的心神调控学说;(2)现代医学的神经调控学说。3. 理论三个创新:(1)治疗定位(不在患者病变部位):是在患者大脑高级中枢的自我平衡系统。(2)疾病定位(功能性与器质性):在患者大脑高级中枢的自我调控系统。(3)病因定位(功能性与器质性):是在患者大脑高级中枢对生存环境的适应系统。4. 四个技术特点:(1)单穴疗法;(2)快速针刺(3秒钟之内);(3)即时效应;(4)安全无副作用。5. 五个国家级定位:(1)国家级重点针灸专科;(2)国家级教学医院、北京中医药大学硕士学位授予点;(3)国家级中医药推广项目;(4)钓鱼台国宾馆养生保健中心项目;(5)国家中医药管理局“十五”百项中医实用技术招标课题。

平衡针灸培训班由北京平衡针灸研究院、平衡针灸学会承办。每年2期(每期限30人)。主要培养县级中医医院学科骨干。培训班特聘平衡针灸创始人王文远教授主讲、演示,并开展糖尿病、腰椎间盘突出、肩周炎、肥胖症、平衡火罐、平衡推拿6个专题讲座。经考核及格颁发国家级学分证书、平衡针灸学会会员证书、北京平衡针灸研究院结业证书。从事平衡保健者研究院可组织国家级考核,经鉴定合格者予颁发国家劳动社会保障部保健按摩师、平衡针灸保健师资格证书。为进一步推广腰椎间盘突出、糖尿病、颈椎病、肩周炎、肥胖症等科技成果,特开设专科专病培训班,时间分别为3天。每期限额30名(以报名先后顺序安排)。

联系人:张力,电话:(010)81802303,65386561;王雁,电话:(010)68632478,联系地址:北京市朝阳区农展馆北路8号,邮编:100026。