

DOI: 10.13288/j.11-2166/r.2015.03.025

病例讨论

中医药辅助治疗扩张型心肌病合并房颤伴尖端扭转型室性心动过速案 1 则

杜 柏^{*}, 李 莹, 李 军, 刘如秀, 宋庆桥, 崔向宁, 张振鹏

(中国中医科学院广安门医院, 北京市西城区广安门内大街北线阁 5 号, 100053)

摘要 介绍 1 例扩张型心肌病患者出现房颤伴尖端扭转型室性心动过速病案, 在西医常规抗心功能衰竭、房颤药物治疗的基础上, 配合中成药参附注射液、生脉注射液静脉滴注, 同时予益阴温阳、化气利水中药汤剂口服, 经治疗后患者病情好转。

关键词 扩张型心肌病; 尖端扭转型室性心动过速; 中医药疗法

1 病历摘要

患者, 男, 58 岁。2013 年 2 月 19 日主因“胸憋喘促 13 年, 加重 2 周”入院, 13 年前患者出现胸憋伴喘息气促, 曾于外院诊断为“扩张型心肌病”。患者 2 周前因感冒后出现胸闷气促症状加重, 就诊于我院门诊, 心电图 (ECG) 示: 快速房颤。入院症见: 胸憋心慌, 喘息气促, 活动后加重, 不能平卧, 无胸痛, 语声轻, 面色苍白, 口干, 腹胀, 眠差, 小便量少。舌暗紫伴有齿印, 舌苔黄腻, 脉象浮滑、结代、促。既往高血压病史 13 年, 血压最高可达 160/100 mmHg, 间断药物治疗 (具体不详); 否认冠心病、糖尿病、高脂血症等慢性病史, 否认药物、食物过敏史。查体: 脉搏 (P) 156 次/min, 血压 (BP) 108/85 mmHg, 神清, 精神弱, 口唇紫绀, 颈静脉怒张, 双侧呼吸音低, 双下肺细小湿啰音, 心尖部可闻及奔马律, 心率 180 次/min, 律绝对不齐, 二尖瓣听诊区可闻及 4/6 级杂音, 向左腋下传导, 双下肢重度水肿。实验室检查: 全血细胞分析: 白细胞计数 $7.03 \times 10^9/L$, 中性粒细胞比率 82.2%; 血红蛋白 146.0 g/L, 血小板 $120.0 \times 10^9/L$, C 反应蛋白 1 mg/L, 脑钠肽 (BNP) 15 000 ng/L, 心肌肌钙蛋白 I (cTNI) 0.088 $\mu g/L$ 。生化: 血尿酸 (UA) 497 $\mu mol/L$, 肌酐 (Cr) 95 $\mu mol/L$, 白蛋白 (ALB) 39.90 g/L; 凝血: D-Dimer 0.89 mg/L; 腹

B 超: 淤血肝, 脾大; 心脏超声: 左心室 69 mm、右心房左右径 46 mm $\times$ 57 mm、左心房 75 mm $\times$ 87 mm $\times$ 80 mm、室间隔 8 mm、右室前后径 31 mm、左室后壁 9 mm、射血分数 37%, 全心大, 二尖瓣反流 (重度), 三尖瓣反流 (轻度), 心包积液 (少量); 胸腔 B 超: 双胸腔积液; ECG: 快速房颤、心率 178 次/min。入院诊断: 中医诊断: 1) 喘证; 2) 怔忡 (气虚血瘀, 水饮内停); 西医诊断: 1) 扩张型心肌病, 全心扩大, 心律失常, 心房颤动, 心包积液 (少量), 心功能 IV 级; 2) 肺部感染; 3) 高血压病 2 级; 4) 双侧胸腔积液。

治疗经过: 予以吸氧, 托拉塞米、螺内酯利尿; 硝酸异山梨酯注射液静脉滴注以扩张冠状动脉; 盐酸莫西沙星静脉滴注以抗感染; 二羟丙茶碱平喘; 阿司匹林肠溶片、硫酸氢氯吡格雷片抗血小板聚集; 中药以生脉注射液、参附注射液静脉滴注以益气温阳复脉; 汤药以益气温阳、活血利水为法, 方用五苓散合猪苓汤加减。2013 年 2 月 21 日患者突发晕厥, 呼之不应, 心电监护示室颤, 心率 270~280 次/min, 血压 60/30 mmHg, 急予电除颤 2 次 (双向 200J), 经多巴胺注射液、肾上腺素注射液抢救后; 心电监护示波恢复窦律, 意识复苏, 神清, 患者血压、心率维稳后转入 CCU 病房。患者心肺复苏后: cTNI 最高 1.0 ng/ml; BNP 最高 20 000 ng/L; 患者间断发作室速, ECG 可见: 尖端扭转型室性心动过速 (TdP), 予硫酸镁、利多卡因静脉滴注, 积极对症治疗后稳定, 并配以生脉散

^{*} 通讯作者: 13439689904

合炙甘草汤加减。后予冠状动脉造影示: 冠状动脉供血右优势型, 左主干未见狭窄, 前降支中段不规则, 前向血流 TIMI 3 级, 回旋支无明显狭窄, 前向血流 TIMI 3 级; 右冠状动脉无明显狭窄, 前向血流 TIMI 3 级。并成功植入埋藏式心律转复除颤器 (ICD)。经上述治疗后喘憋改善, 仍有气短、乏力, 为明确患者下一步治疗方案, 于 2013 年 3 月 7 日进行病历讨论。

2 病例讨论

主治医师杜某: 该患者原发病为扩张型心肌病, 其诊断通常须符合: 1) 心脏扩大: X 线检查心胸比 >0.5 , 超声心动图示全心扩大, 尤以左心室扩大为显著; 心脏可呈球形; 2) 心室收缩功能减低: 超声心动图检测室壁运动弥漫性减弱, 心室壁变薄, 左室射血分数小于正常值; 3) 必须排除其他特异性 (继发性) 心肌病如缺血性心肌病, 方可做出本病的诊断。该患者心脏彩超符合扩张型心肌病的特点, 同时冠状动脉造影证实除外冠状动脉狭窄。患者扩张型心肌病心功能衰竭、快速房颤入院, 入院后发生室速、室颤, 经心肺复苏抢救成功后, 植入 ICD, 为重度心功能衰竭合并恶性心律失常危重患者, 对此类患者中医药如何干预及中西医结合治疗方案的选择, 提出讨论请上级医师予以指导。

主任医师崔某: 低钾血症是诱发恶性室性心律失常的重要原因之一, 尤其在器质性心脏病 (如心肌病、心肌缺血、心力衰竭) 或原发性心电疾病 (如 Brugada 综合征) 等心肌细胞电生理特性已经存在异常的情况下, 伴发低钾血症更容易发生恶性室性心律失常^[1]。因此, 临床上应注意监测血钾浓度的变化并积极纠正低钾血症。特别在伴有心脏疾病时, 结合该患者因重度心功能衰竭合并快速房颤入院, 予以利尿、扩血管的同时应密切监测血钾, 维持在 4.5 mmol/L 左右会尽可能减少室性心律失常的发生。

主任医师李某: ICD 置入指南明确指出, 左心室射血分数在 35% 或以下、QRS 在 120 ms 或以上的心房颤动患者或经常需要心室起搏的 NYHA 心功能 III 级或理想药物治疗后能活动的 NYHA 心功能 IV 级心力衰竭患者, 推荐植入 CRT 和或 CRT-ICD, 为 IIa 类 (证据级别 B 级) 推荐^[2]。该患者植入 ICD 治疗后室性心律失常已得到控制, 后续

心功能衰竭的治疗, 应以中西医结合为主, 依据其临床表现, 中医病机为心阳不振、水饮内停所致, 多为久病正虚、本虚标实之特点。可予参附汤合五苓散, 重用黄芪。

主任医师刘某: Tdp 是一种特殊类型的室性心动过速, 是介于室性心动过速和室颤之间的一种室性心律失常, 也是 Q-T 间期延长伴发的一种特殊类型的心律失常, 发作时心电图或心电监护均呈典型的 Tdp 图形特征, 即呈多形性室速, 其 QRS 波宽大畸形, 形状多变, 振幅不等, R-R 间期不等, 每隔 $5 \sim 20$ 个心搏, QRS 波群尖端围绕等电位线形成扭转, 类似纺锤状, 持续 $4 \sim 12 \text{ s}$ 。QRS 波群频率 $180 \sim 260 \text{ 次/min}$, R-R 间期基本相等; 治疗上常规使用利多卡因、补钾、补镁等措施如无效可用异丙肾上腺素^[3]。快速性心律失常的主要病机是心气不能主血脉, 血脉运行失畅所致。病性为本虚标实, 本虚为心虚失养, 涉及心之气血阴阳。心气虚, 则鼓动无力, 运行不及; 心血虚, 则心少血养, 心体不能自主; 心阴虚则水火不济, 虚火内扰, 心失宁静; 心阳虚常为心气虚之进一步发展, 往往演变为阳衰欲脱之危象。该患者在温阳利水的同时可辅以益气养阴的炙甘草汤加减。

经讨论后确立主要方案如下: 1) 中医治疗方案: 中成药以生脉注射液、参附注射液静脉滴注, 中药以益阴温阳、化气利水为法, 予参附汤合炙甘草汤及五苓散加减。处方: 炮附片 9 g , 黄芪 80 g , 泽泻 20 g , 猪苓 30 g , 阿胶珠 20 g , 葶苈子 15 g (包煎), 益母草 15 g , 党参 20 g , 山药 20 g , 茯苓 20 g , 麦冬 15 g , 五味子 10 g , 炙甘草 12 g , 生姜 9 g , 桂枝 12 g , 火麻仁 10 g , 大枣 10 枚, 当归 15 g ; 2) 西医常规抗心功能衰竭、房颤药物治疗。患者经上述治疗后诸症好转, 心功能衰竭纠正, 心律失常好转, 于 2013 年 3 月 12 日出院。

参考文献

- [1] 郭继鸿, 胡大一. 中国心律失常学 [M]. 北京: 人民卫生出版社, 2009: 215-219.
- [2] 郭继鸿. 解读心律失常装置治疗指南 (2008) [J]. 岭南心血管病杂志, 2008, 14(4): 233-235.
- [3] Braunwald, 著. 心脏病学 [M]. 陈灏珠, 译. 北京: 人民卫生出版社, 2001: 619-620.

(收稿日期: 2014-06-18; 修回日期: 2014-09-03)

编辑: 洪 涛