

• 病例报告 •

重症红斑狼疮继发频发室性心动过速、室性颤动病案

关 登 明

康县中医院, 甘肃省康县城关南街 39 号, 746500)

通讯方式: kxhmqz@126.com, 18919490957

[关键词] 红斑狼疮; 室性心动过速; 室性颤动; 中西医结合; 大剂量甲强龙的松龙

1 病历摘要

孙某某, 女, 19 岁。因反复发作胸闷、气短、呼吸困难 2 年, 加重伴发作性短暂意识丧失半个月入院。患者 2 年前于北京某餐馆打工期间开始出现胸闷、气短, 严重时出现呼吸困难, 时轻时重, 反复发作, 休息数日后症状消失。半年后返乡治疗, 曾以“急性上呼吸道感染”多方治疗, 症状有所减轻。后每间隔 2 个月左右便发作一次, 月经期尤为明显, 气短、呼吸困难逐次加重, 经当地住院治疗 10 余日后症状可缓解。半个月前, 患者上述症状再次复发, 伴恶心、呕吐、颜面及双下肢水肿, 全身及关节痛, 并出现发作性短暂意识丧失、口唇青紫、口吐白沫、四肢抽搐, 数分钟后患者自行清醒。后患者前往汉中市某医院治疗, 门诊检查: 白细胞(WBC) $6.8 \times 10^9/L$ 、中性粒细胞(N) 0.75、淋巴细胞(L) 0.14、血红蛋白(HGB) 84g/L、红细胞(RBC) $2.80 \times 10^{12}/L$ 、血小板(PLT) $377.00 \times 10^9/L$ 。尿液检查大致正常。血液检查: 门冬氨酸氨基转移酶(AST) 366.10U/L、尿酸(UA) 463.00 $\mu\text{mol}/L$ 、尿素(Ur) 18.50mmol/L、肌酐(Cr) 78.80 $\mu\text{mol}/L$ 、肌酸激酶(CK) 512.00U/L、肌酸激酶同工酶(CK-MB) 24.20U/L、乳酸脱氢酶(LDH) 596.00U/L、血清 α -羟丁酸脱氢酶(α -HBDH) 493.00U/L、心肌肌钙蛋白(cTnl) 定性: 阴性。心脏彩超: 右房、右室增大(考虑肺原性心脏病); 右室心尖部实性团块(①附壁血栓形成、②肿瘤不排除); 左房增大; 心包少量积液; 三尖瓣关闭不全(中度); 二尖瓣少量反流; 左室舒张、收缩功能减低。心电图检查: 窦性心律(66b 次/min)、完全性右侧束支传导阻滞、前壁梗死(V_3 、 V_4)、S-T 段异常(II、III、aVF、 $V_3 \sim V_6$ 下移 0.1~0.3mV)、电轴左偏(-88°)、心脏顺钟向转位。并立即行心血管介入造影检查, 手术途中患者突发意识丧失, 终止手术, 经心

肺复苏后患者意识转清, 2 小时后转往某医院 ICU 治疗。急诊检查: WBC $14.21 \times 10^9/L$ 、N 0.93、L 0.06、RBC $3.29 \times 10^{12}/L$ 、HGB 116g/L、PLT $73 \times 10^9/L$ 、TropI 0.18ng/ml、Mb 165.30ng/ml、CK-MB 27.20ng/ml、纤维蛋白原降解产物(血浆) 45.00 $\mu\text{g}/\text{ml}$ 、凝血酶原时间 26.40s、活化部分凝血酶原时间 48.60s、纤维蛋白原含量 0.20g/L、凝血酶时间 30.80s、PT 国际标准化比值 2.25、D-二聚体 1093.00 $\mu\text{g}/L$ 、丙氨酸氨基转移酶(ALT) 634U/L、AST 240U/L、总蛋白 59.2g/L、白蛋白 35.3g/L、总胆红素 80.6 $\mu\text{mol}/L$ 、直接胆红素 46.6 $\mu\text{mol}/L$ 、Ur 19.2mmol/L、Cr 78 $\mu\text{mol}/L$ 、葡萄糖 8.5mmol/L、LDH 612U/L、CK 471U/L、尿液红细胞定性 ++/ μl 、尿液红细胞定量 29.00/ μl 、尿上皮细胞定量 17.20/ μl 、胸部 X 线正位片: 双肺间质性改变、双心室大、双侧胸膜反应、心脏病变、心功能不全; 腹部超声: 脂肪肝、腹腔积液; 心电图: 室性心动过速(187 次/min)。遂以“重症心肌炎”住 ICU 抢救治疗。吸氧、监护、药物治疗 1 周, 患者胸闷、气短、呼吸困难未见明显好转, 短暂意识丧失仍反复发作。复查心电图示: 窦性心律(67 次/min)、 $V_3 \sim V_6$ 导联 S-T 段下移 0.1~0.3mV、II、III、aVF、 $V_3 \sim V_6$ 导联 T 波倒置、 V_1 导联 QRS 波呈 qr 型; 心脏彩超: 心动过缓(55 次/min)、全心大、室间隔及左室壁搏动幅度普遍减低、心包积液、左室收缩功能减低、三尖瓣反流(少量~中量); D-二聚体 7475.00 $\mu\text{g}/L$ 。家属拒绝转 CCU 进一步治疗并返回原籍。门诊以“重症心肌炎”收住本院。

入院查体: 体温 37.0 $^\circ\text{C}$ 、心率 80 次/min、呼吸 20 次/min、血压 130/80mmHg。重症病容, 精神较差, 意识清楚, 颜面浮肿, 两颧不典型暗红斑, 腰背及上下肢体皮肤可见散在出血点及紫癜样瘀斑、皮疹, 口腔黏膜无溃疡和瘀斑, 浅表淋巴结无肿大。双肺听诊: 呼吸急促, 呼吸音粗糙, 双侧肺底可闻及细湿啰音, 未闻及语颤改变。叩诊清音。心脏听诊: 心律

齐, 心率 80 次/min, 二尖瓣、三尖瓣区可闻及 II 级以上收缩早期吹风样杂音, 心脏浊音界向双侧扩大, 第 V 肋间胸骨右缘 5cm、左缘 12cm, 无心前区震颤。腹部平软, 无压痛, 肝脾不大, 腹水征(-), 双下肢中度凹陷性水肿, 脊柱、四肢无畸形, 神经系统检查未见异常。急查心电图: 窦性心律(80 次/min), $V_3 \sim V_6$ 导联 S-T 段下移 0.1~0.3mV, II、III、aVF、 $V_3 \sim V_6$ 导联 T 波倒置、 V_1 导联 QRS 波呈 qr 型。入院诊断: 重症心肌炎、心功能 IV 级。

患者入住重症监护室后立即予心电监护、吸氧、抗感染、扩冠及对症支持治疗。入院当日 17:35 时患者突然出现意识丧失、心跳呼吸停止, 经值班医师胸外按压心肺复苏, 约半分钟后患者心跳呼吸恢复, 意识转清。次日 8:40 时患者再次出现抽搐、颜面口唇及掌心鱼际青紫、意识丧失, 心电监护显示快速室性颤动, 立即予以心肺复苏、可达龙 150mg 稀释后静脉注射、除颤, 3 分钟后患者心跳恢复为窦性心律, 94 次/min, 血压 132/55mmHg, 呼吸 22 次/min, 血氧饱和度 89%, 继以可达龙 300mg 静脉缓慢滴入, 并组织专家对本病例进行会诊讨论。专家讨论意见: 本病例诊断应是重型系统性红斑狼疮, 继发心、肺、肝、肾、皮肤、浆膜、血液、消化、神经等多系统功能损害, 易发生心肌损伤坏死、肺栓塞、自发性出血等, 病情危重, 拟采用大剂量激素冲击疗法尽量挽救患者生命, 必要时配合中药治疗。患者于入院第 2 日开始采用大剂量激素冲击治疗: 甲基强的松龙 500mg 静脉滴注, 每日 1 次; 4 日后减半为 250mg, 静脉滴注, 每日 1 次。1 周后逐渐减量, 最后改用每日强的松 30mg 口服维持, 3 个月后缓慢逐渐减量至停用。冲击治疗期间配合中药参附四逆汤治疗: 红参 20g, (熟) 附子 20g, (炮) 干姜 20g, 甘草 10g, 开水文火慢煎 600ml, 每服 200ml, 每日 3 剂; 3 日后改用参麦汤: 红参 20g, 麦冬 60g, 五味子 60g, 文火慢煎 600ml, 每服 200ml, 每日 3 剂; 1 周后用三甲复脉汤加减配合治疗。

患者于大剂量激素冲击治疗过程中反复发作室性心动过速、室性颤动, 经积极抢救均成功转复, 第 6 日患者曾表现情感障碍、焦虑、抑郁, 并诱发癫痫发作, 后发展为癫痫持续状态, 经多次静脉注射安定、苯巴比妥等后癫痫发作终止, 其以后意识障碍、室性心动过速、室性颤动未再发生。住院治疗 1 个月后患者胸闷、气短、呼吸困难等症状消失, 复查心电图: 窦性心律、大致正常心电图; 胸部数字化 X 线摄片: 肺野清晰, 右房增大; 血液、尿液检查, 正常。

痊愈出院。出院诊断: 重型系统性红斑狼疮(狼疮危象)。随访 3 个月, 未见复发, 复查: 胸部数字化 X 线摄片: 肺野清晰、右房增大; 血液、尿液、心电图检查正常。

2 讨论

系统性红斑狼疮是一种自身免疫介导的, 以免疫性炎症为突出表现的弥漫性结缔组织病^[1]。其主要临床特征是血清中出现以抗核抗体为代表的多种自身抗体和多系统功能损害。本病多见于生育年龄段女性, 女男比例约为 7~9:1。系统性红斑狼疮的病因和发病机制至今尚未明确。目前研究认为, 系统性红斑狼疮的发病既有遗传、性激素等内在因素, 也与紫外线、药物、某些感染等外在环境因素有关。系统性红斑狼疮临床表现复杂多样。多数呈隐匿起病, 部分患者长期稳定在亚临床状态或轻型狼疮, 部分患者可突变为重型狼疮甚至狼疮危象, 更多的则表现为多系统功能损害, 其自然病程多表现为病情的加重与缓解的反复交替^[2]。

本例病例从发病到入院抢救的过程中, 因病情危急, 就诊医院均未进行自身抗核抗体谱检查, 但其临床表现符合重型系统性红斑狼疮及狼疮危象的诊断标准, 及时采用大剂量甲基强的松龙冲击治疗对于迅速控制病情, 阻止和逆转内脏损害, 挽救患者生命起到关键性作用。配合中药参附四逆汤、参脉汤等是基于患者因室性心动过速、室性颤动、心脏停搏而发生的意识丧失、颜面口唇青紫、抽搐等, 属于中医“厥证”范畴。《类经·厥逆》指出:“厥者, 逆也, 气逆则乱, 故忽为眩仆脱绝, 是名为厥, ……轻则渐苏, 重则即死, 最为急候”;《素问·厥论》指出:“厥者, 或令人暴不知人”。“厥证”在中医亦为急症, 其病机有虚实之分。虚者多为阳虚水泛、阴阳离绝或气阴两脱, 治法当回阳救逆、益气固脱。参附四逆汤、参脉汤即具有回阳救逆、补气固脱的作用, 配合大剂量甲基强的松龙使用, 对改善心肌功能和提高抢救成功率有协同作用。激素维持治疗期间改用三甲复脉汤主要用于益气复脉、补阴固脱、恢复元气, 有利于患者各系统功能全面恢复, 缩短激素维持治疗周期, 减少各种并发症的发生。

参考文献

- [1] 王吉耀. 内科学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2008: 1061-1070.
- [2] 陈灏珠. 实用内科学[M]. 12 版. 北京: 人民卫生出版社, 2005: 2546-2548.

(收稿日期: 2011-03-01; 修回日期: 2011-05-02)

[编辑: 洪涛]