

• 病例讨论 •

主动脉夹层瘤病案

谢嘉乐¹ 严仲庆^{2*}

(1. 绍兴县中医院, 浙江省绍兴县柯桥笛扬路 868 号, 312030; 2. 绍兴第二医院)

* 通讯作者: sxxzyyxl@163.com, 13957511988

[关键词] 主动脉夹层瘤; 验案; 中医药

1 病历摘要

王某某, 女, 77 岁。患高血压、冠心病、胆囊结石病多年, 近 2 年来胸闷气促反复发作, 多次住院。平素经常服用安搏维、欣康、地高辛和呋塞米等药物。最近 1 个月以来胸闷气促再发, 伴颜面及双下肢浮肿, 服用上述药物无效, 昨天起胸闷气促明显加剧伴脘腹两胁胀痛, 于 2010 年 1 月 25 日入院。入院诊断: 高血压, 冠心病, 心房颤动, 心功能不全 III 级, 胆囊结石伴感染。体格检查: 体温 36.8℃, 心率 90 次/min, 呼吸 23 次/min, 血压 160/100mmHg。急性病容, 体形丰腴, 体位反复躁动不宁, 时呻吟, 面色暗红而肿胀, 口唇紫绀, 意识清楚, 精神软弱。两肺呼吸音低, 未闻及干、湿性啰音。心浊音界向左下稍扩大, 心律绝对不规则, 心音强弱不一, 心尖区可闻及 II 级收缩期吹风样杂音。腹部膨隆, 按之软, 腹壁脂肪厚, 肝、脾肋下均未触及, 墨非征阴性, 麦氏点无压痛, 移动性浊音阴性。双肾区叩痛阴性。脊柱及四肢关节无畸形, 下肢浮肿(+++)。神经系统检查未引出病理性反射。实验室检查: 白细胞 $15.8 \times 10^9/L$, 粒细胞分类 0.931, 红细胞 $4.71 \times 10^{12}/L$, 血红蛋白 164g/L, 血小板 $160 \times 10^9/L$, C 反应蛋白 (CRP) 12mg/L。肌钙蛋白 I 0.02ng/L。B 型钠尿肽 402ng/L。尿常规: 基本正常。大便常规: 无特殊。肝功能正常, 总胆红素 $28.3 \mu\text{mol/L}$, 直接胆红素 $8.9 \mu\text{mol/L}$, 白蛋白 40.9g/L, 球蛋白 31g/L, 葡萄糖 8mmol/L。肾功能正常。血脂正常。电解质正常。心肌酶正常。甲状腺功能正常。肿瘤标志物: CA125 103.5U/ml, 其余正常。地高辛浓度 1.55ng/ml。血培养、洁尿培养均无细菌生长。血气分析: pH 7.539, 二氧化碳分压 38.5mmHg, 氧分压 58.8mmHg, 实际碳酸氢根 32.4mmol/L, 标准碳酸氢根 32.5mmol/L, 全血碱剩余 8.8mmol/L。X 线胸片: 两肺纹理稍增粗。左心室增大改变。左侧胸腔少量积液。B 超: 餐后胆囊内见多个强光团, 较

大者长径 20mm, 后方伴声影。左侧胸腔少量积液, 右侧胸腔、心包腔、腹腔未见积液。肝、脾、胰及双肾无异常。心电图: 心率 88 次/min, 心房颤动, 部分 T 波改变, 电轴左偏, R 波递增不良, 显著顺钟向转位。治疗经过: 入院后即予病危通知, 心电监护, 吸氧, 并予地高辛 0.25mg 口服, 每日 1 次。安搏维 150mg 口服, 每日 1 次。参麦注射液 50ml 静脉滴注, 每日 1 次。头孢派酮舒巴坦、加替沙星控制感染。硝酸甘油 30mg/日, 静脉维持用药。甲强龙 40mg 静脉滴注, 1 次/日, 用 2 天。呋塞米 20~40mg 静脉注射, 1 次/日, 用 5 天。治疗至 2 月 2 日, 除血压降低至 120/70mmHg, 心率控制在 80 次/min 左右, 其余症状未见缓解, 面色紫胀, 胸闷气促, 躁扰不宁, 辗转反侧, 时有谵语, 上腹及两侧腰肋部胀满疼痛益剧, 时时呻吟呼号, 尿频而短赤, 大便困难, 二三日 1 次。复查血常规: 白细胞 $21.6 \times 10^9/L$, 粒细胞分类 0.856。CPR 59.6mg/L。心脏、全腹 B 超: 左房增大, 二尖瓣瓣叶钙化伴轻度关闭不全, 轻度肺高压, 升主动脉扩张伴主动脉瓣轻度返流, 腹主动脉内壁增厚, 三腔未见积液。胆囊结石, 左髂骨外侧脂肪瘤, 余脏及肠腔、肠系膜均无异常。全腹 CT: 主动脉夹层(自升主动脉至双侧髂动脉水平全程累及, 胸腹主动脉壁内均可见新月形稍高密度影, 位置多变, 部分钙化内膜位置内移)。即刻请心内科、胸外科及上级医院心内科会诊, 会诊结论: 暂不宜手术治疗, 建议转心内科治疗。由于患者不愿转科, 乃根据会诊意见修改医嘱如下: 停服安搏维、地高辛, 加服拜新同 30mg 每日 1 次, 倍他乐克 25mg 每日 2 次。至 2 月 4 日, 诸症仍未见缓解, 心率 80 次/min 左右, 血压 130/80mmHg 左右, 尿益频而短赤如酱油色, 大便已四日未下, 舌淡暗红而苔薄微黄, 不干也不润, 脉右侧沉细微而涩结, 左侧沉细结。乃组织病例讨论。

2 病例讨论

住院医师: 患者曾多次在中医科就诊, 经控制血

压和感染,或配合中药大柴胡汤加减后病情逐渐缓解而出院。此次病情与前几次所不同的主要是胆囊区并无明显压痛,而以脘腹及两侧腰肋部胀满疼痛为主,但是又无明显和固定的压痛点。其次是烦躁特别明显,辗转反侧,呻吟不绝。曾试图以大柴胡汤加减予服,因患者不愿服中药而作罢。今日检查发现是主动脉夹层瘤。如果从患者的几个主要症状考虑,脘腹及两侧腰肋部胀痛伴便秘,大柴胡汤证似乎还是存在的。不符的是患者胸闷气促比较明显,难以用柴胡证解释;其次,脉象沉细微而结,说明气血不足也是存在的,还伴有瘀血,诸如面色暗红而瘀胀,口唇紫绀,脉涩等等均是;更为急重的是瘀血进一步又导致血脉破损而出血,因此,在这样复杂而又重危的情况下是否仍适宜用大柴胡汤攻下?希望上级医师指导。

主治医师:中医治病重在“观其脉证,知犯何逆,随证治之。”这正是中医辨证论治的优势所在。刚才住院医师的分析认为患者存在大柴胡汤证,我基本认同。但对于胸闷气促之证不属于柴胡证心存疑虑,我的意见倾向于是,理由有二:其一,《伤寒论》106 条之大柴胡汤证有“心下急”一证,这个“心下”包括整个上腹部,而“急”则可以是胀,可以是痛,可以是痞塞郁闷,也可以是胀痛闷俱全而致喘憋气促,这些症状均可看作是大柴胡汤的适应症。其二,患者的胸闷气促虽是肺脏病变的表现,而其根源却在肠胃,是因为便秘不通,腹满气壅所致,《伤寒论》213 条大承气汤证下即有“腹满而喘”可证。另外,除了大柴胡汤证,患者还同时伴有面色紫胀,口唇紫绀,烦躁谵语,以及主动脉夹层出血,如果结合前面已经提到的脘腹及两侧腰肋部胀满疼痛,尿赤便秘等症,说明患者还同时兼有瘀血,甚至可以说是“蓄血证”。因此,在考虑使用大柴胡汤治疗时是否还可以加上血府逐瘀汤或桃核承气汤。

副主任医师:两位医师都认为患者存在大柴胡汤证,同时兼有瘀血。但是,患者一方面因胸腹及两侧腰肋满闷胀痛而辗转反侧,躁扰不宁,呻吟呼号;另一方面又显得十分疲乏无力,肢体困重,转动困难,处于一种既烦躁不宁又困倦嗜睡的状态,懒于回答提问。《伤寒论》110 条“伤寒八九日,下之,胸满烦惊,小便不利,谵语,一身尽重,不可转侧,柴胡加龙骨牡蛎汤主之。”两者竟是如此相似,患者究竟应该大柴胡汤证还是柴胡加龙骨牡蛎汤证?确实颇感困惑。不妨先将两方作一番比较:两方均有柴胡、

黄芩、半夏、大枣、生姜与大黄,而前者还有芍药与枳实,可以说兼有半个承气汤的作用,加上芍药,攻下通腑之力更强;后者则多人参、桂枝、茯苓、龙骨、牡蛎与铅丹,攻下之力虽不及前者,但增加了桂枝、茯苓之强心阳、化水饮、降冲气之功,还有龙骨、牡蛎之镇惊降逆与人参之补虚扶正作用。然后再来分析一下患者的症状,可以发现,患者虽不大便却无腹部疼痛拒按,其脘腹及两侧腰肋部胀满疼痛始终无固定的压痛点,更准确的说是一种难以名状的胀满痞塞,也可以说就是“胸胁苦满”更大范围的表现。因此,常规的抗菌解痉止痛没有效果,通里攻下也无必要。因此,我认为患者的诸多症状几乎均与本方证相应,即或如两位提到的瘀血或蓄血,因为有大黄与桂枝在,也就有了半张桃核承气汤在内,似不必再另外觅方。当然,若加一味三七活血止血,可能更切实际。

主任医师:我基本上同意以上医师的意见,副主任医既然认为柴胡加龙骨牡蛎汤方中有大黄与桂枝在,也就有了半张桃核承气汤在内。那么,方中有柴胡与大黄在,同时也就有了半张大柴胡汤在。患者胸闷脘痞,胁腹胀痛,4 日不大便。因此,患者的大柴胡汤证是客观存在的,而柴胡加龙骨牡蛎汤方证中也包含有大柴胡汤证,只不过是程度不同而已。所以,以副主任医的处方为基础,再加枳实、芍药与附子,攻下与扶正并重。

3 后记

讨论结束后,由主任医师处方如下:柴胡 9g,黄芩 9g,生晒参 9g,桂枝 9g,茯苓 12g,(制)大黄 9g,赤芍 12g,枳实 12g,(制)半夏 9g,(制)附子 9g,大枣 9g,龙骨 30g,牡蛎 30g,三七粉 6g(吞)。2 剂,如法煎服,其余用药同前。2 天后,患者大便通下,余症无甚变化,再予原方 2 剂。两天后,患者大便每日 1 次,诸症均有不同程度减轻,舌转淡而嫩红,苔白腻中间灰黄而尚润,但沿尖边有 0.5~1cm 宽的无苔处,脉以沉弱而结为主,有时则似沉弦而涩,有时则又好象弦而较有力,甚至带一点滑象。仍予原方,三七增加至 9g,再加山茱萸 15g,续进 4 剂。此后基本上以该方为主加减,患者症状逐日改善,至 2 月 19 日可以下床活动,即日 CT 复查示:主动脉情况如前,没有发现新病灶。患者于 3 月 4 日出院。4 日 29 日复查 CT:主动脉无异常。

(收稿日期:2011-06-13;修回日期:2011-07-25)

[编辑:洪 涛]