

• 临床病例讨论 •

第 19 例——高热 osler 结节 进行性心功能不全

张东兰, 张东奎, 王 慧, 高 茜

(山东省滨州市立医院内科, 山东 滨州 256617)

【关键词】 高热; osler 结节; 心功能不全, 进行性

中图分类号: R256.2

文献标识码: B

文章编号: 1008-9691(2008)05-0319-02

2005 年 11 月 8 日收治 1 例高热待查患者, 现就其临床诊治结果讨论如下。

1 病历简介

患者男性, 36 岁, 因高热、全身肌肉酸痛、腹痛 4 d 入院。患者于 4 d 前无明显诱因出现持续性高热, 全身肌肉关节酸痛, 腹中部持续性疼痛, 无咳嗽、咯痰, 无腹泻, 大、小便正常。入院前 2 h 有鼻腔、牙龈出血。既往有风湿性心脏病(风心病)史 10 年余。入院查体: 体温(T) 39.5℃, 血压(BP) 120/80 mm Hg (1 mm Hg = 0.133 kPa), 意识清, 浅表淋巴结未触及, 结膜充血, 鼻腔、牙龈出血, 双肺呼吸音清, 未闻及干、湿啰音, 心尖搏动弥散, 心界左下扩大, 心尖区可闻及Ⅲ级收缩期杂音并向腋下传导, 腹部平坦, 腹中部压痛, 无反跳痛, 肝肋下 3 cm, 脾肋下可触及, 足一、二趾掌面有一紫黑色高出皮肤结节(osler 结节)约 5 mm × 2 mm, 压之疼痛不褪色。

实验室检查: 白细胞计数(WBC) $15.9 \times 10^9/L$, 血小板计数(PLT) $6.0 \times 10^9/L$, 肌酐(Cr) 220 $\mu\text{mol/L}$, 尿素氮(BUN) 10.2 mmol/L; 血培养两次金黄色葡萄球菌(金葡菌)阳性; 尿常规: 潜血(BLD) ++, 蛋白(PRO) +++; 超声心动图: 二尖瓣关闭不全, 二尖瓣前叶脱垂, 主动脉瓣关闭不全, 主动脉瓣赘生物 4.5 mm, 左房左室增大, 左室射血分数(LVEF) 0.51。

2 讨论

2.1 第一次查房: 2005 年 11 月 21 日 09:00

进修医师: 患者为青年男性, 风心病史 10 年余, 本次以高热、全身肌肉疼痛、腹痛 4 d 入院, 入院后腹痛逐渐减轻, 排除外科急腹症, 结合超声心动图及实验室检查, 考虑诊断: 感染性心内膜炎

(IE)? 请上级医师明确诊断, 指导治疗方案。

主治医师: 根据美国纽约心脏病学会标准委员会和 1992 年 LUKE 对 IE 的诊断标准: 本例两次血培养阳性, 以及超声心动图的表现, IE 诊断成立^[1]。腹痛逐渐减轻, 排除内外科急腹症, 结合 osler 结节, 可用肠系膜动脉栓塞解释。在治疗上结合血培养+药敏首选抗生素治疗, 金葡菌对青霉素是耐药的, 可选用万古霉素联合氨基糖苷类抗生素。万古霉素类 1.0 g + 质量分数为 0.9% 的生理盐水 100 ml 静脉滴注(静滴), 每日 2 次, 奈替米星 1.0 g + 0.9% 生理盐水 100 ml 静滴, 每日 1 次, 以及药物敏感菌抗生素, 邻氯青霉素+磺胺药交替应用。

主任医师: 同意主治医师分析。IE 为致病微生物引起的心内膜炎症性改变, 心瓣膜为最常累及部位。20 世纪 50 年代初, 致病菌 90% 为草绿色链球菌, 近年来抗菌谱发生了变化, 但草绿色链球菌在 IE 仍以 35%~48% 的比例居第一位, 金葡菌占 24%, 居第二位^[2]。金葡菌对青霉素耐药, 首选万古霉素正确, 还没有发现金葡菌对万古霉素产生耐药的报道, 配合氨基糖苷类及敏感菌抗生素治疗为积极的措施, 治疗的关键在于警惕弥散性血管内凝血(DIC)及心力衰竭(心衰)的发生, 必要时输血小板。因病程长、应用大量抗生素, 要定期复查肾功能、电解质, 进行相应的处理。

2.2 第二次查房: 2005 年 12 月 16 日 10:00

进修医师: 用上述抗生素治疗 1 个疗程, 输血小板 1 次, 目前患者全身中毒症状明显减轻, 全身肌肉酸痛轻微, 无牙龈出血, 已无腹痛, osler 结节逐渐吸收, T 37.5℃, PLT $112 \times 10^9/L$, 血培养阴性。治疗中患者出现胸闷、心慌、喘憋不能平卧, BP 170/80 mm Hg, 双肺底有湿

啰音, X 线胸片示肺水肿。尿常规: PRO +++, BLD ++, 酮体(KTE) ++, BUN 16.8 mmol/L, Cr 265 $\mu\text{mol/L}$, 患者出现肾功能不全及进行性心功能不全, 是局部病灶引起还是其他原因, 请上级医师指教。

主治医师: 综合分析, 本病例为以下几点: ①本例病确诊为 IE, 入院时发病较急, 以发热、全身肌肉酸痛等全身中毒症状及入院时的实验室检查, 提示入院时有不同程度的肾功损害, 大剂量的万古霉素+氨基糖苷类抗生素加重了肾功不全的程度。②根据患者胸闷、憋气、不能平卧, 双肺底湿啰音, X 线胸片提示, 考虑急性左心衰竭为局部病灶引起。主动脉瓣赘生物及关闭不全、二尖瓣关闭不全, 左心室收缩力无减弱, 但由于血液反流, 左侧心脏容量负荷过重, 左室舒张终末压(LVEDP)和(或)左房压(LAP)升高, 待肺静脉和肺毛细血管压升高至一定程度时即引起急性肺水肿^[3]。③对肾功能不全的治疗首先要停用万古霉素和氨基糖苷类抗生素, 使用细菌敏感的邻氯青霉素(0.9%生理盐水 100 ml + 邻氯青霉素 2.0 g 静滴, 4 h 1 次)。面罩吸氧, 使用血管扩张剂硝普钠 50 mg + 质量分数为 5% 的葡萄糖(GS) 250 ml 静滴, 30 ml/h 维持 4 h 换药, 血管紧张素转换酶抑制剂(ACEI) 12.5 mg, 每日 3 次; 速尿 20 mg 静脉注射(静注), 注意复查电解质, 维持水和电解质平衡。

主任医师: 同意主治医师分析。再补充一点, IE 所致瓣膜穿孔或破裂可造成急性血液反流, 也是心衰常见的原因, 要做相应的检查予以排除。患者患风心病 10 年余, 左室增大, 室壁肥厚, 运动不协调, 左室充盈显著受限, 则 LAP 急剧增高, 导致急性左心衰竭。严重可致全心衰竭, 如果经上述抗感染、抗心衰治疗后, 全身中毒症状不能控制, 或心功能不全

作者简介: 张东兰(1963-), 女(汉族), 山东省人, 副主任医师。

进行性加重,或反复出现主要脏器动脉栓塞等可考虑手术治疗。

后记:经上述措施治疗,患者除全身轻度无力外,无特殊不适。无胸闷、憋气,可平卧,全身肌肉无酸痛,osler 结节吸收, T 36.7 °C, BP 130/180 mm Hg, 尿

常规正常,复查超声心动图,主动脉瓣赘生物 2.6 mm,瓣膜无穿孔及断裂, WBC $8.2 \times 10^9/L$, BUN 7.2 mmol/L, 病情明显好转,于 2006 年 1 月 18 日出院。

参考文献

[1] 张文武. 危重病医学[M]. 天津:天津科

技翻译出版公司,1996:547,541.

[2] 邵孝铁. 急诊医学[M]. 上海:上海科学技术出版社,1992:142.

(收稿日期:2007-11-30)

修回日期:2008-07-18)

(本文编辑:李银平)

• 经验交流 •

“糖尿康”治疗糖尿病 100 例临床观察

史欢礼¹, 史欢荣², 史欢平³

(1. 辽源市中心医院内科, 吉林 辽源 136200; 2. 辽源市妇婴医院中医科;

3. 辽源市第二人民医院泌尿科)

【关键词】 糖尿病; 糖尿康; 辨证施治

中图分类号: R255.4

文献标识码: B

文章编号: 1008-9691(2008)05-0320-01

2002 年以来,用中西医结合方法综合治疗 2 型糖尿病患者 100 例,疗效满意,总结如下。

1 临床资料

1.1 一般资料:100 例患者中男 73 例,女 27 例;年龄 46~67 岁,平均 56.5 岁;具有典型糖尿病症状及体征(三多一少并乏力);空腹血糖 $>7.2 \text{ mmol/L}$,餐后血糖 $>11.1 \text{ mmol/L}$;胰岛素释放试验及 C 肽测定结果异常。

1.2 治疗原则及方法:西药组为 A、B 两方, A 方为格列本脲 2.5 mg 口服,每日 3 次,每日总量不超过 15 mg; 邦糖平 0.5 g 口服,每日 3 次,总量不超过 6 g。 B 方为二甲双胍 0.5 g 口服,每日 3 次,每日总量不超过 2 g; 达美康 8 mg 口服,每日 3 次,每日总量不超过 30 mg; 以上 A、B 两方剂量可随时根据病情进行调整。中药组以八纲辨证施治为原则,辨阴阳、表里、虚实、寒热,明确重点病位,结合三焦八法因病施治,以人参白虎汤、二冬汤、增液汤、生脉饮为框架,自拟“糖尿康”局方(组成:人参、葛根、石斛、沙参、冬、黄芩、石膏、天花粉、山药、黄芩、苍术、元参、生地、五味子、山萸肉、茯苓各 15 g),以清水煎服,文火 35~40 min,每次约 250~350 ml,每日 3 次,随证加减。

上消者:舌赤裂,大渴大饮,饮不解渴,其病机为心热移于肺,肾水匮乏,虚火游于上肺所致,重用 人参、石膏等;中

消者:善食易饥,消瘦、便干,体重下降明显,以调胃承气汤加减治之;下消者,肾水匮乏虚火妄上烦躁饮引,耳轮焦干黧黑、小便泡沫甜味,腰膝酸软,头晕无力,以补肾水益火化源,辅以降糖,六味地黄汤加减治之。

辨病用药:血糖重者重用党参、知母、苍术、石膏;尿糖重者重用天花粉、生地、乌梅、五味子;血压高者重用夏枯草、葛根、牛膝;痒痒重者重用黄柏、知母、地夫子、苦参、蚤砂;失眠者重用酸枣仁、柏子仁、龙牡;阳痿者重用仙毛、巴戟、鹿茸、淫羊藿。治上消润其肺而清其胃,治中消,清其胃而滋其肾,治下消滋其肾而补其肺,巧妙灵活运用于临床,可收效显著,达到奇妙境界,同时,配合运动疗法及饮食疗法。

辅以运动疗法,如日走 3 km,通过运动可减轻体重,可促进葡萄糖进入肌细胞,亦可使肌肉更多地利用脂肪酸降低血清中三酰甘油,增强血管弹性,使心肺功能得到锻炼。饮食疗法主要以粗杂粮为主,而且限制每日热量摄入、多吃含粗纤维类青菜,以替补主食不足,做到不给胰岛 B 细胞增加负担为目的,并以尽快达到修复胰岛 B 细胞功能。

1.3 疗效判定标准:①临床症状全部消除,血、尿糖接近正常参考值范围。②临床症状明显减轻,血糖基本接近正常参考值范围。③体重明显增加;面色红润,脉、舌象明显好转,四肢运动有力,可正常生活,参加一般活动。④胰岛素释放

试验及 C 肽测定基本接近正常。

1.4 结果:100 例患者全部有效,总有效率达 100%。

2 讨论

中医学对糖尿病防治有悠久历史,早在春秋战国时《黄帝内经》对本病就有充分认识,对病因病机有非常详细的论述,“帝曰病有口干者多为何,何以得之,岐伯曰,此五气之烂也名为消渴,肥美之发也,肥者内热,甘者中满,其所上溢,发为本病”,这一论断非常鲜明地说明糖尿病是因长期嗜食含高嘌呤食物,包括各种肉类及动物内脏、各种鱼类及精米细面,大量饮酒无度,这些便起到肥美之发,五气之烂,形成消渴即糖尿病,这段话把糖尿病原因、病机及病理过程说得淋漓尽致,一目了然。宋代医家发扬其光大,以三消分治立说,更进一步阐明治疗糖尿病理论与经验。金元医家更进一层,刘河间提出燥热论,补肾水阴寒之虚,泻心火阳胜之实,除胃肠炽热之甚,治身中津液之衰,再进一步阐明了对糖尿病防治原则;张子和提出本病当从火论;朱丹溪论消渴重于虚;施金墨提出消渴病不外,阴虚阳亢津液不足而热燥化火论点,助真火溢化源上升津液。

历代医家各有精辟论断,在其指引下,我们结合西药快速降糖、中药调理的作用治疗 100 例患者,总有效率达 100%,充分体现了祖国医学的特色。

(收稿日期:2007-10-26)

(本文编辑:李银平)

作者简介:史欢礼(1953-),男(汉族),吉林省人,副主任医师。