

• 病例报告 •

中西医结合抢救肺心病并发弥漫性血管内凝血 1 例

中医研究院西苑医院呼吸科 沈帼男 许建中

病历摘要 白××, 男, 60 岁, 干部, 病历号 18573。

因慢性咳嗽、咳痰 30 年, 伴气短、气喘 10 年, 心悸、浮肿 3 年, 近一周咳喘加剧, 不能平卧, 服氨茶碱、复方新诺明无好转于 1982 年 7 月 26 日入院。

体 检 发育正常, 营养中等。半卧位, 急性痛苦面容。口唇、指甲重度紫绀, 舌质紫暗, 苔薄白稍腻, 脉滑。咽红, 颈静脉怒张, 呼吸稍促, 桶状胸, 两肺叩诊过清音, 呼吸音稍低, 可闻及中、小水泡音。心率 98 次/分, 律齐, 心音遥远, $P_2 > A_2$ 。腹部膨隆, 肝肋下 3cm, 质中等硬, 边钝, 腹水征(±), 肝颈静脉反流征(+), 脾未触及, 双下肢浮肿(+). 胸透: 两肺纹理增强、模糊, 肺野透光度增强, 膈肌下降, 肺动脉段增宽, 弓突隆, 右心增大。心电图: 窦性心律, 电轴右偏, 右室肥厚, 偶发房性早搏。实验室检查: WBC14,600, N80%, L18%。尿、便常规正常。中医诊断: 咳喘, 心悸, 浮肿。西医诊断: 慢性喘息性支气管炎合并感染, 肺气肿, 肺心病, 心功能不全Ⅲ°, 呼吸功能不全Ⅱ°。

治疗经过 入院后根据病情用中药宣肺定喘、补肾纳气等治疗。及青、链霉素控制感染, 双氢克尿塞、氨苯喋啶利尿改善心功能, 病情一度稳定。1982 年 8 月 2 日, 患者因再受凉喘憋加重, 嗜睡, 有时谵语, 拒绝治疗。查体: 呼吸急促, 血压 120/80mmHg, 双球结膜水肿, 口唇、指甲重度紫绀, 颈静脉怒张, 心率 100 次/分, 律齐, 心尖部可闻及Ⅲ级吹风样收缩期杂音, 向左腋下传导, 两肺可闻及干、湿罗音, 肝颈静脉反流征(+), 双下肢浮肿(+). 实验室检查: WBC6,500, N80%, L20%。血液气体分析: pH7.32, PaO_2 40, $PaCO_2$ 69。为呼吸性酸中毒失代偿, 符合肺性脑病诊断。故加强抗感染, 氨苄青霉素 5g 加入 5% 葡萄糖液 1,000ml 静点, 纠正低氧、高碳酸血

症, 可拉明 0.375g×6 支加入上述液体中静点, 每日一次, 并纠正电解质紊乱。

1982 年 9 月 13 日, 出现痰中带血, 大汗淋漓, 四肢不温, 双球结膜水肿, 舌红绛, 苔黄腻, 即查血小板 3.5 万, 凝血酶原时间 1 分 11 秒(家属对照 23 秒), 纤维蛋白原 536.9/100ml, 3P 试验强阳性, 血气分析 pH7.30, PaO_2 46, $PaCO_2$ 94, 符合肺性脑病合并弥漫性血管内凝血(DIC)。患者病情进一步加重, 及时给予活血Ⅱ号(川芎、红花、赤芍、降香等)4g、生脉散 20ml 加入 5% 葡萄糖液 250ml 静点, 每日一次。同时服养阴、活血、开窍、祛痰中药: 麦冬 12g 太子参 20g 石菖蒲 12g 当归 15g 生黄芪 12g 丹参 15g 赤芍 15g 玉竹 15g 板蓝根 20g 陈皮 12g 半夏 12g, 水煎服, 每日一剂。

至 9 月 27 日病情趋向好转, 3P 试验阴性, 凝血酶原、纤维蛋白原、血小板计数均正常。血气分析呈呼吸性酸中毒代偿期。

1982 年 10 月 24 日, 患者再次感受风寒, 及时应用青、链霉素, 感染较快得到控制。1982 年 11 月起病情稳定, 咳喘缓解, 痰量不多, 两肺偶闻干、湿罗音, 11 月 16 日查血气分析明显好转。1983 年 4 月 30 日患者生活能自理, 经常到户外活动。胸透: 两肺透光度强, 心脏增大, 两膈低平, 其余未见异常, 血常规、血气分析均正常, 临床治愈出院。

体 会 肺心病急性感染时, 除早期、及时、足量用抗生素控制感染外, 同时用中药辨证论治, 不但对控制感染有一定作用, 经过清热解毒、活血化瘀、补肾等治疗, 可提高机体免疫功能和人体自我调节能力。发生弥漫性血管内凝血时, 中医辨证属“热入营血”, 中药活血Ⅱ号治疗该证, 无肝素和 6-氨基己酸的副作用, 又能抗血小板聚集和抗血液高凝状态。