

症、雅克综合征、恶性结缔组织病、心肌炎、肝硬化并脾功能亢进、白血病、淋巴瘤等。

通过这2例黑热病的确诊及文献复习,我们认为结合流行病学史,尽早行病原学检查,特别是骨髓涂片检查,实验室医师熟悉利杜体在骨髓涂片中的形态特点是避免黑热病漏诊或误诊的关键。

参考文献

- 1 蓝梅,林金盈,韦美秋,等.广西首次输入性黑热病2例诊治分析及文献复习[J].内科,2008,3(3):480.
- 2 李锦辉,杜进发,毛玮,等.广西发现输入黑热病1例[J].中国热带医学,2008,8(1):52.
- 3 罗泽民,陈丽洁,陈昌辉,等.小儿黑热病19例[J].实用儿科临床杂志,2007,22(22):1715-1717.
- 4 买尔比亚·买买提斯地克,热阳姑·阿巴白克日,艾尼·阿布都热依木.维吾尔族黑热病27例临床分析[J].中华现代内科学杂志,2007,4(9):838.
- 5 徐宏秀,付婷霞,毛德华,等.华东地区近30年发现的黑热病病例分析[J].中国人兽共患病杂志,2001,17(1):105-106.
- 6 苏桂华,李修萍.黑热病31例误诊原因分析[J].临床误诊误治,2010,23(10):959.
- 7 李文凡,姜瑞,张岫兰.黑热病11例[J].中华传染病杂志,2007,25(10):635-636.
- 8 Neuber H. Leishmaniasis[J]. J Dtsch Dermatol Ges,2008,6(9):754-765.
- 9 田小波,夏顺中,陈润.组织胞浆菌病误诊为恶性组织细胞病、黑热病1例[J].中华现代内科学杂志,2007,4(11):982.
- 10 朱卫民,田培军,陈士军,等.黑热病误诊恶性组织细胞病1例[J].疑难病杂志,2007,6(10):631-632.
- 11 肖贵宝.黑热病误诊为肝硬化及白血病[J].临床误诊误治,2008,21(3):94.
- 12 叶玉春.淋巴结型黑热病误诊为非何杰金淋巴瘤1例分析[J].当代医学,2010,16(9):102-103.
- 13 Rajagopala S, Dutta U, Chandra KS, et al. Visceral leishmaniasis associated hemophagocytic lymphohistiocytosis case report and systematic review[J]. J Infect,2008,56(5):381-388.
- 14 粟军,张崇唯,杨新春.黑热病9例并文献复习[J].华西医学,2008,23(2):348-350.
- 15 陈文杰,陈辉树.造血系统疾病临床病理学[M].北京:北京医科大学、中国协和医科大学联合出版社,1997:92.

[收稿日期 2011-08-22][本文编辑 刘京虹 蓝斯琪]

小剂量比索洛尔联合地高辛治疗慢性阻塞性严重肺源性心力衰竭1例

· 病例报告 ·

廖晓明, 廖进宝, 谢文韬

作者单位: 362400 福建,安溪县人民医院内科

作者简介: 廖晓明(1974-),男,大学本科,医学学士,主治医师,研究方向:心血管和神经内科疾病诊治。E-mail:LXM2502@163.Com

[关键词] 比索洛尔; 慢性阻塞性肺疾病; 肺源性心力衰竭

[中图分类号] R 563 [文章编号] 1674-3806(2012)06-0547-02

doi:10.3969/j.issn.1674-3806.2012.06.25

1 病例介绍

患者,男,80岁。17年前开始出现活动后气喘,服卡托普利和复方丹参片等药治疗。6年前始用塞托溴铵和沙美特罗/氟替卡松(舒利迭)治疗,气喘减轻。5年前气喘加重伴双下肢水肿住院后开始氧疗,15 h/d。4年间住院3次,最后1次住院查体:坐位吸氧,T 36.7℃,P 160次/min,BP 90/60 mmHg,R 30次/min。神志清醒,外观消瘦,急性面容,呼吸急促,口唇稍紫绀,颈静脉怒张,肝颈静脉反流征阳性。桶状胸,双肺叩诊过清音,闻及双肺湿啰音。心

率速,律齐,肺动脉瓣区第二心音(P2) > 主动脉瓣区第二心音(A2),各瓣膜听诊区未闻及杂音。肝肋下3 cm,质中,脾未及。双下肢中度水肿。血常规:RBC $4.32 \times 10^{12}/L$,Hb 140 g/L,WBC $9.30 \times 10^9/L$,N 87.41%,PLT $124 \times 10^9/L$ 。肝功能:总蛋白(TP) ↓ 51.90 g/L,白蛋白(ALB) 36.2 g/L,球蛋白(GLB) ↓ 15.79/L。肾功能和电解质无异常。胸部CT平扫:双肺散在小片状及斑片状、絮状和网状阴影,病灶边缘不清,同时双下肺支气管部分呈柱状改变,余双肺透过度增高,未见肺大泡。双侧胸腔未见明显

万方数据

积液。心电图示窦性心动过速,电轴左偏,显著顺钟转位,肺型 P 波, V1.2 呈 Qr, V3 呈 qrS, V4 呈 rS, V5.6 呈 RS。肺功能示用力肺活量(FVC)预计值 11%,第一秒用力呼气容积(FEV1)预计值 15%。
 诊断:①慢性阻塞性肺疾病(COPD)急性加重;②COPD 并发肺动脉高压和慢性肺源性心脏病,心功能Ⅳ级;③低血压;④低球蛋白血症。治疗:给予吸氧,口服强的松 30 mg,1 次/d,亚胺培南-西拉司丁钠 1 g + 生理盐水 40 ml 静脉注射,1 次/8 h;西地兰 0.2 mg + 50% 葡萄糖 40 ml 静脉注射,2 次/d,多巴胺 20 mg + 呋塞米 20 mg + 门冬氨酸钾镁 40 ml + 10% 葡萄糖 250 ml 静脉滴注,1 次/d,并补充丙种球蛋白、白蛋白等治疗,病情好转出院。出院时心率 120 次/min,血压 90/60 mmHg,呼吸 28 次/min,左下肺呼吸音略粗糙,未闻及湿啰音。左足背及踝关节轻度水肿。出院在家治疗方案:①V 型卧位,②吸氧;③噻托溴铵,1 喷,1 次/d;④舒利迭 1 喷,2 次/d;⑤螺内脂 20 mg,1 次/d;⑥呋塞米 20 mg,1 次/d;⑦地高辛 0.125 mg,1 次/d,左旋多巴 0.25 g,3 次/d;⑧中药:参麦饮和人参蛤蚧等。经上述药物治疗 2 周后查体:心率 100 次/min,呼吸 24 次/min,下肢水肿消退。出院第 3 周加用比索洛尔 0.416 mg(5 mg 为 1 片的 1/12 片),次日心率 92 次/min,经 3 个月小剂量缓慢递增比索洛尔用量为 2.5 mg/d 时,心率 80 次/min 左右,血压 95/65 mmHg,呼吸 20 次/min 左右,原需 24 h 持续吸氧转可短暂间断,病情稳定至今 2 年。

2 讨论

高选择性 β_1 受体阻滞剂比索洛尔,因不增加气道阻力,近几年来又可用于治疗 COPD^[1]。本例重度 COPD 并发严重心衰和低血压,在综合治疗后仍

心率增快、心肺功能衰竭未能明显改善及惧增加地高辛用量易发生毒性反应的情况下选用的,加用小剂量比索洛尔有明显疗效。从本例治疗中体会到:(1)要根据病情个体化选用比索洛尔起始治疗剂量和递增剂量。比索洛尔治疗 COPD 及并发肺心病心衰低血压时,要从小剂量开始和小剂量缓慢递增,以避免加重低血压,或诱发隐性心力衰竭急性加重,或原有心衰加重,对老年人尤其高龄患者尤为重要。因此应用高选择性 β_1 受体阻滞剂小剂量起始治疗和缓慢小剂量递增及根据病情调整用量更具有临床意义;(2)比索洛尔与地高辛合用治疗心衰有协同作用。两药对心肌的作用机理不同,前者通过阻滞交感神经,使心肌细胞内 cAMP 含量减少而致负性肌力作用,后者通过抑制心肌细胞膜上 $\text{Na}^+ - \text{K}^+$ ATP 酶,使钙内流增加,心缩力增强,故地高辛的正性肌力作用并不被比索洛尔清除而起到正平衡作用。治疗剂量地高辛不仅有正性肌力作用,还有抑制迷走神经传入神经 ATP 酶,反射性降低交感张力,减慢心率,控制房颤的心室率,改善心室充盈,减少肺淤血^[2]。两药合用共同抑制交感神经活性,迅速减慢心率,起效快,疗效好。因此,两药合用治疗 COPD 并发心衰时,既有瞬时血流动力学效应,又有长期的生物学效应,是治疗伴心率过速的 COPD 并发心衰的最佳组合。

参考文献

- 1 郭丹杰. 用高选择性 β_1 受体阻滞剂,临床获益大[N]. 中国医学论坛报,2007-12-20.
- 2 蔡迺绳,林貽梅,姜红,等. 心功能不全[A]. 见:陈灏珠,林果为,主编. 实用内科学[M]. 第 13 版. 北京:人民卫生出版社,2009:1363-1382.

[收稿日期 2012-02-24][本文编辑 黄晓红 吕文娟]

作者书写统计学符号须知

本刊已执行国家标准 GB3358-82《统计学名词及符号》的有关规定,请作者书写统计学符号时注意以下规格:1. 样本的算术平均数用英文小写 \bar{x} 表示,不用大写 \bar{X} 表示,也不用 Mean 或 M(中位数仍用 M);2. 标准差用英文小写 s ,不用 SD;3. 标准误用英文小写 $s\bar{x}$,不用 SE,也不用 SEM;4. t 检验用英文小写 t ;5. F 检验用英文大写 F ;6. 卡方检验用希腊文小写 χ^2 ;7. 相关系数用英文小写 r ;8. 自由度用希腊文小写 ν (钮);9. 样本数用英文小写 n ;10. 概率用英文大写 P ;11. 以上符号 \bar{x} 、 s 、 $s\bar{x}$ 、 t 、 F 、 χ^2 、 r 、 ν 、 n 、 P 均用斜体。望作者注意。

· 本刊编辑部 ·