●病例报告●

引用:杨金光,王云鹏,王晓妍. 急性心肌梗死并发缺血性肠病 1 例报告[J]. 湖南中医杂志,2023,39(12):79-81,176.

急性心肌梗死并发缺血性肠病 1 例报告

杨金光[1],王云鹏[2],王晓妍[3]
(1. 山东中医药大学第一临床医学院,山东　济南,250199;
2. 山东中医药大学附属医院/山东省中医院,山东　济南,250011;
3. 山东中医药大学中医学院,山东　济南,250355)

[关键词]　急性心肌梗死;缺血性肠病;中西医结合治疗;病例报告
[中图分类号]R259.414,R259.74　[文献标识码]A　DOI:10.16808/j.cnki.issn1003-7705.2023.12.022

急性心肌梗死(acute myocardial infarction, AMI)作为冠心病中最为严重的一种类型,是冠状动脉急性、持续缺血缺氧引起的心肌坏死。缺血性肠病(ischemic bowel disease,ISBODI)是由于供应肠壁的含氧血液减少或中断所引起肠道损伤的一类疾病,具有致病原因众多,起病隐匿,早期不易诊断,误诊率、病死率高等特点[1]。AMI 虽然具有较高的发病率,但是临床上 AMI 并发 ISBODI 的病案较为少见,目前治疗多以手术为主[2-3]。现将山东中医药大学附属医院收治的 1 例老年男性 AMI 预后过程中并发 ISBODI 患者的内科诊治经过介绍如下。

1　病案资料

患者,男,65 岁,因"发作性胸闷、胸痛 3 d,加重 1 d"于 2022 年 12 月 30 入住山东中医药大学附属医院心病科。现病史:患者于 3 d 前无明显诱因出现胸闷、胸痛,伴心前区灼热感,每次持续数十秒,休息后缓解,加重 1 d,无恶心、呕吐,无咳嗽、咳痰,无腹痛、腹泻。3 d 前于济南市某医院诊断为"急性心肌梗死",给予"多巴胺、酒石酸间羟胺、达肝素钠注射液"等药物治疗,患者症状好转,为求进一步中西医治疗,故于山东中医药大学附属医院心病科门诊就诊,收入其心病科。既往史:胃溃疡病史三十余年,冠心病、稳定性心绞痛 5 年(平素规律服用美托洛尔缓释片),高血压病 5 年[血压最高达 150/110 mmHg(1 mmHg≈0.133 kPa),平素规律服用硝苯地平缓释片],2 型糖尿病 5 年(平素服用二甲双胍、阿卡波糖),否认肝炎、否认结核等传染病史,无吸烟饮酒史。入院查体:体温 36.5℃,脉搏 84 次/min,呼吸 18 次/min,血压 124/89 mmHg。心肺腹查体未见明显异常,心律齐整,心音低顿,各瓣膜听诊区未闻及病理性杂音及心包摩擦音。心电图示:窦性心律,ST-T 改变;血常规:白细胞 16.01×10^9/L,中性粒细胞绝对值 15.02×10^9/L,血小板计数 64×10^9/L,超敏 C 反应蛋白 148 mg/L,血红蛋白 146 g/L;血生化监测:白蛋白 35.2 g/L,血沉 7 mm/h,糖化血红蛋白 7.4%;血浆 D-二聚体:2.03 μg/ml;B 型脑利钠肽前体 2371 pg/ml;肌钙蛋白 I 1.72 ng/ml;高敏肌钙蛋白 T 186.5 ng/L;心肌酶谱:肌酸激酶同工酶 6.22 ng/ml,肌酸激酶 915 U/L,乳酸脱氢酶 431 U/L,α-羟丁酸脱氢酶 207 U/L;尿微量白蛋白 122 mg/L,尿 α1 微量球蛋白 114 mg/L,尿免疫球蛋白 G(IgG) 13.7 mg/L,β2 微球蛋白 11.4 mg/L。西医诊断:1)冠状动脉粥样硬化性心脏病,急性非 ST 段抬高型心肌梗死(KillipⅣ级);

基金项目:山东省中医药科技发展计划(2021M147)
第一作者:杨金光,男,2021 级硕士研究生,研究方向:常见慢性病的中医全科研究
通信作者:王晓妍,女,医学博士,副教授,硕士研究生导师,研究方向:常见慢性病的中医全科研究,E-mail:qingdai1982@126.com

2)高血压病 1 级(极高危);3)2 型糖尿病;4)胃溃疡。中医诊断:胸痹心痛,痰瘀互结证。入院后予以低分子肝素抗血小板凝集,阿卡波糖、盐酸二甲双胍控制血糖,硝苯地平缓释片控制血压,琥珀酸美托洛尔缓释片降低心肌耗氧量,患者症状缓解。1 月 3 日患者无明显诱因出现上腹部不适,考虑到患者胃溃疡病史,故予以兰索拉唑抑酸和保护胃黏膜,症状稍缓解;1 月 6 日患者腹痛加重,右下腹轻微触痛,同时出现恶心呕吐,排暗红色稀便 6 次。辅助检查:血浆 D-二聚体 3.59 μg/ml;血常规:血红蛋白 105 g/L,白细胞 18.09×10^9/L,中性粒细胞绝对值 17.46×10^9/L;大便常规+潜血:红细胞 1+/HP,白细胞 1+/HP,单克隆胶体金隐血试验阳性,考虑到患者存在消化道出血的情况,遂将患者转入消化科,胃肠镜示:慢性萎缩性胃炎(C-2);降结肠可见 1 条纵行充血糜烂带,大小约 10 cm×1 cm,取活检 3 块送检;乙状结肠可见 1 条纵行充血糜烂带,大小约 10 cm×1 cm,上覆白苔,直肠黏膜充血。全腹 CT 示:肠系膜局部密度略增高,部分肠管积气积液结直肠内容物较多,肠管扩展。病理结果示:结肠黏膜糜烂,隐窝上皮脱失,肉芽组织增生,固有层可见单一淋巴单核样细胞浸润,符合溃疡伴淋巴组织增生。根据患者临床表现及检查结果,结合既往史,西医诊断为 ISBODI,中医诊断:便血,脾不统血证。治疗上暂禁饮食,补液,暂停抗血小板凝集药,口服凝血酶止血,静脉注射罂粟碱解痉止痛,奥硝唑预防感染,盐酸倍他司汀扩血管;1 月 12 日起患者腹胀痛减轻,恶心、呕吐缓解,腹泻次数减少,大便颜色变浅,趋于正常,遂嘱患者适量饮水,稍进流质饮食,逐渐恢复正常饮食,中药以健脾利湿、化瘀止血为治法,处方:炒白术 9 g,焦山楂 15 g,地榆 9 g,佩兰 9 g,广藿香 9 g,香薷 9 g,北败酱草 30 g,马齿苋 30 g,秦艽 15 g,秦皮 12 g,九节菖蒲 12 g,陈皮 9 g,清半夏 9 g,青黛 3 g,青蒿 30 g,茵陈 30 g,厚朴 12 g,槟榔 12 g。每天 1 剂,水煎,早晚饭后温服;1 月 18 日,患者腹部症状消失,大便成形,颜色正常,单克隆胶体金隐血试验(-),患者病情好转,予以出院。出院后 1 个月后门诊复查,患者腹痛、恶心、呕吐、腹泻、便血等症状未再发,预后良好。

2 讨 论

AMI 作为一种常见的危急重症,在临床上常表现为持续的胸骨后剧烈疼痛、循环功能严重障碍以及出现一系列反映心肌损伤、缺血和坏死的心电图特征性改变,如治疗不及时,常会危及生命。其发病原因大多是在冠状动脉粥样硬化狭窄的基础上由于某些原因致使冠状动脉内硬化的斑块破裂继而形成血栓,产生的栓子会持续阻塞冠状动脉管腔,导致冠状动脉供血急剧减少或中断,使心肌持续处于缺血状态,最终出现部分心肌的急性坏死[4-5]。研究显示,AMI 患者发生休克的概率为 10%~20%,病死率约为 87%[6]。当心源性休克发生后机体的有效循环量会锐减,血液进行重新分布,并优先供给心脏、大脑等重要器官,因而导致皮肤、肌肉、肾脏、肠道等器官血供减少、血管收缩。当肠系膜动脉血供减少影响肠细胞血液供给时出现的程度不同的肠壁局部组织缺血、坏死,伴有腹痛、腹泻、便血、呕吐等临床表现的疾病,称为 ISBODI[7-8],近年来,随着饮食结构的改变和人口老龄化以及动脉硬化相关疾病发病率的升高,ISBODI 的患病率也随之增加[9]。

ISBODI 作为一种由各种因素引起的肠壁缺血和坏死的异质性疾病,其临床症状包括腹部绞痛、急迫便意、大便带血、恶心、呕吐、低热和心率加快等[10]。常见的诱发因素包括高血压、动脉粥样硬化、高血脂、糖尿病、动脉瘤、放射损伤、感染、心律失常、心力衰竭、休克和血液高凝状态等[11]。本例患者既往有高血压病、糖尿病、冠心病病史多年,血糖血压控制不佳,近期冠心病又发展为 AMI,这些因素均会增加 ISBODI 的发生风险。

ISBODI 患者的实验室检查常见改变包括外周血白细胞计数、中性粒细胞升高,大便潜血实验阳性,以及血清肌酸激酶、乳酸脱氢酶增高等[12]。D-二聚体在 ISBODI 的早期诊断和预后评估中具有重要意义,D-二聚体水平高则提示预后较差[13-14]。本例患者白细胞计数、中性粒细胞绝对值、D-二聚体均较入院时升高,加之大便潜血阳性,均提示为 ISBODI 病。

辅助检查在诊断肠道疾病中起着重要的作用。腹部超声是早期诊断的首选方法,其可以定位病变

肠段,并显示肠壁的水肿增厚和肠系膜动脉的狭窄或阻塞,具有较高的准确度[15]。腹部 X 线片虽然可以反映黏膜下出血和水肿的情况,但缺乏特异性[16]。腹盆腔 CT 能更全面地帮助确定肠道损伤的部位和范围,显示增厚的肠壁和扩张的肠管。CT 血管造影(CTA)不仅可以评估肠壁、肠系膜动脉和周围内脏的病变情况,还可以帮助检测缺血的潜在病因,对于 ISBODI 的诊断具有高敏感度和特异度[17-18]。肠镜常用于辅助诊断 ISBODI,可以直接观察到黏膜充血、水肿、溃疡等表现[19]。常见的病理改变包括黏膜急性或慢性炎性改变、局部出血或坏死、水肿和纤维蛋白血栓形成。本例患者存在严重腹泻和脱水,可能会导致肾功能不全,而使用 CTA 检查可能会进一步加重肾功能不全。最终通过腹盆腔 CT、肠镜以及病理结果对患者进行诊断,并帮助确定治疗方案。

目前临床上西医治疗 ISBODI 主要以及时恢复肠道血供,减轻缺血带来的肠道损伤,促进肠道修复,预防并发症为原则[20]。患者一旦确诊 ISBODI,则应立即禁食,并根据病情严重情况予以胃肠减压、静脉高营养治疗;当腹痛缓解、便血减轻后,可予以少量流质饮食。并停用如肾上腺素、多巴胺等血管收缩药物,以免加重肠道缺血。对于腹痛、便血伴发热的患者,或内镜下见肠道溃疡形成者,需予奥硝唑等抗菌药物以抗感染,罂粟碱、前列地尔等血管活性药物以扩张血管。急性期,可予以抗血小板及抗凝治疗[21];除此之外还要对诱发因素进行积极治疗,例如纠正心力衰竭和心律失常,补充血容量,停止使用血管收缩剂等。该患者在前期治疗中大量使用“多巴胺”“酒石酸间羟胺”等血管收缩剂,导致血容量较少,血氧降低,致使供应肠壁的含氧血液减少,引起肠壁损伤,进而发展为 ISBODI,当明确患者系 ISBODI 后,治疗上便停止使用血管收缩剂、抗血小板凝集药,转而采取扩张血管、禁食、补液、止血、抗炎等对症支持治疗。

ISBODI 属于中医学“腹痛”“便血”的范畴,其主要表现为腹痛、腹泻、便血,或伴有发热、恶心欲呕、腹胀满等[22]。单兆伟教授认为瘀血是 ISBODI 产生的关键因素,多种致病因素作用于机体,致使脾胃受损,水液运化失司,故停而为饮,聚而为痰,下走肠间,与邪气相搏结于肠道,致使湿、热、痰、瘀等胶着,损伤肠道脂膜络脉,形成瘀血[23]。《血证论》中提出了止血、消瘀、宁血、补虚的 4 种治疗方法。因此,止血并非治疗血证的唯一方法,止血、消瘀、宁血、补虚综合治疗值得临床参考。该患者为老年男性,脾胃虚弱,加之平素饮食不适,损伤脾胃,脾气虚弱,脾不统血,变为离经之血。脾主统血,脾胃虚弱,则气虚不能摄血,胃肠脉络受损,血溢脉外而致出血,诊断为便血,证属脾不统血证,故以健脾利湿,化瘀止血为治则,方中白术、半夏健脾化湿,陈皮理气健脾,藿香、九节菖蒲、佩兰、香薷芳香开窍,秦艽、茵陈、青蒿、秦皮清热利湿,青黛清热泻火,厚朴、槟榔行气利水,地榆、败酱草、马齿苋收敛止血,焦山楂化瘀止血,诸药合用,利湿与健脾兼顾,辅以活血化瘀,扶正与祛邪同治,共奏健脾利湿祛瘀之功效。

综上所述,由于 AMI 可能会伴有频繁的恶心、呕吐和上腹胀痛,而 ISBODI 患者的早期临床表现也会有持续的上腹部不适、恶心、呕吐,因此当 AMI 患者出现不明原因的持续性腹胀、恶心、呕吐、腹痛、腹泻、便血等情况时,需排除 ISBODI 的可能,做到及时诊断、合理治疗,以达到良好的预后。

参考文献

[1] AHMED M. Ischemic bowel disease in 2021[J]. World J Gastroenterol,2021,27(29):4746-4762.

[2] 国瑀辰,郭耀华,何其通,等. 急性心肌梗死并发缺血性肠病 1 例报告[J]. 中国实用外科杂志,2021,41(8):955-956.

[3] ZHANG R S,SUN J P,CHONG J,et al. Ischemic colitis as a complication of acute myocardial infarction[J]. Int J Cardiol,2015,185:50-51.

[4] 周菁,宋彤彤,赵斐然,等. 八段锦联合血府逐瘀汤治疗对急性心肌梗死 PCI 术后病人心功能的影响[J]. 中西医结合心脑血管病杂志,2022,20(22):4149-4152.

[5] 吕慧珍,艾玎. 心肌梗死后造血系统的变化[J]. 自然杂志,2022,44(2):96-102.

[6] 刘大为. 实用重症医学[M]. 2 版. 北京:人民卫生出版社,2017:465.

[7] 缺血性肠病诊治中国专家建议写作组,中华医学会老年医学分会,《中华老年医学杂志》编辑委员会. 老年人缺血性肠病诊治中国专家建议(2011)[J]. 中华老年医学杂志,2011,30(1):1-6.

[8] 刘扬浪,陈升金,莫如聪,等. 中西药合用治疗缺血性肠病临床观察[J]. 实用中医药杂志,2022,38(4):632-634.

(下转第 176 页)

出版社,2017.
[5] 丁舟. 卒中后睡眠障碍中医病因病机探讨[J]. 北京中医药,2010,29(10):768-769.
[6] 孙培养,蔡荣林,李佩芳,等. "通督调神"针刺对脑卒中后抑郁大鼠海马神经元保护作用及单胺类神经递质的影响[J]. 中国针灸,2019,39(7):741-747.
[7] 赵冬芝,洪秋阳,陈东丽,等. 柴芍龙牡汤加味治疗肝郁血虚型脑卒中后失眠的疗效观察[J]. 中西医结合心脑血管病杂志,2021,19(8):1381-1384.
[8] 胡孔翠,胡谢. 酸枣仁汤加减方治疗脑卒中后失眠的效果观察[J]. 当代医药论丛,2019,17(8):201-201.
[9] 梁露,肖纯. 大柴胡汤加减治疗中风后不寐少阳阳明热证的临床疗效观察[J]. 广州中医药大学学报,2022,39(7):1505-1510.
[10] 邢越,孔令丽,李樱,等. 针刺五脏俞联合涌泉穴艾灸对脑卒中失眠患者血清 5-HT、多巴胺水平的影响[J]. 陕西中医,2021,42(12):1773-1782.
[11] FORD M E,GROET E,DAAMS J G,et al. Non-pharmacological treatment for insomnia following acquired brain injury:A systematic review[J]. Sleep Med Rev,2020,50:101255.
[12] ZHAO K. Acupuncture for the treatment of insomnia [J]. International Review of Neurobiology,2013,111(111):217.
[13] 张琼帅,孙绍骞,汲广成,等. 针刺治疗中风后失眠有效性及安全性的 Meta 分析[J]. 时珍国医国药,2020,31(5):1274-1279.
[14] 何凤麟,徐莉娅,程平荣,等. 平调阴阳针刺法治疗脑卒中后失眠的临床观察[J]. 实用心脑肺血管病杂志,2020,28(12):244-246.
[15] 罗丽红,李昌生,赖秀娟. 四神针配合手智针治疗脑卒中后失眠临床观察[J]. 实用中医药杂志,2020,36(4):513-514.
[16] 张鑫如,郭文,张平,等. 任脉灸疗法联合右佐匹克隆片对脑卒中后失眠患者睡眠情况、生活质量及情绪状态的影响[J]. 现代中西医结合杂志,2023,32(7):904-908.
[17] 沈闪闪,叶鹏飞. 艾灸涌泉穴联合耳穴埋豆治疗急性脑梗死后康复期失眠的临床研究[J]. 实用中医内科杂志,2022,36(9):41-43.
[18] 王海霞. 耳穴压豆治疗脑卒中患者失眠 90 例临床观察[J]. 中医药临床杂志,2011,23(12):1072-1073.
[19] 谢珊,吴华,徐秋霞,等. 耳穴贴压法对于脑卒中后抑郁伴失眠的临床效果与分析[J]. 国际精神病学杂志,2017,44(6):1057-1059.
[20] 李霞,李淑梅,江玲玲,等. 耳穴压豆联合药罐治疗脑梗死后治疗疗效观察[J]. 西部中医药,2022,35(1):127-130.
[21] 王澍欣,侯乐,李均平,等. 耳穴贴压对失眠患者 PQSI 及 ESS 量表影响的临床观察[J]. 世界中医药,2017,12(6):1429-1431.
[22] 于莉,徐翠,吴培香. 穴位贴敷治疗失眠临床疗效的 Meta 分析[J]. 中医药临床杂志,2019,31(3):491-496.
[23] 陈芳,金小燕,许萍萍. 穴位贴敷辅助治疗心脾两虚型失眠临床研究[J]. 新中医,2022,54(13):196-199.
[24] 金金,徐东娥,陈紫君,等. 引阳入阴推拿联合耳穴埋豆对脑卒中后失眠、焦虑及抑郁的干预效果[J]. 中国现代医生,2021,59(27):168-171.
[25] 陈明骏,仝战旗. 中药药枕治疗失眠的诊疗思路探讨[J]. 中华保健医学杂志,2021,23(2):202-203.

(收稿日期:2023-08-29)
[编辑:徐霜俐]

(上接第 81 页)

[9] 陈英,张龙方,肖军,等. 老年缺血性肠病患者的临床特点[J]. 中华老年多器官疾病杂志,2021,20(10):776-778.
[10] WASHINGTON C,CARMICHAEL J C. Management of ischemic colitis[J]. Clin Colon Rectal Surg,2012,25(4):228-235.
[11] 王锦辉,陈旻湖. 慢性缺血性肠病的诊断和治疗[J]. 中国实用外科杂志,2006,26(6):419-421.
[12] MIDIAN-SINGH R,POLEN A,DURISHIN C,et al. Ischemic colitis revisited:A prospective study identifying hypercoagulability as a risk factor[J]. South Med J,2004,97(2):120-123.
[13] 李晓凤. 血浆 D-二聚体检测在缺血性肠病诊断及预后中的价值分析[J]. 现代诊断与治疗,2018,29(19):3087-3088.
[14] AKYILDIZ H,AKCAN A,OZTURK A,et al. The correlation of the D-dimer test and biphasic computed tomography with mesenteric computed tomography angiography in the diagnosis of acute mesenteric ischemia[J]. Am J Surg,2009,197(4):429-433.
[15] 武霞霞,保志军. 老年人缺血性肠病的诊治进展[J]. 国际消化病杂志,2019,39(5):321-324.
[16] DOULBERIS M,PANAGOPOULOS P,SCHERZ S,et al. Update on ischemic colitis:From etiopathology to treatment including patients of intensive care unit[J]. Scand J Gastroenterol,2016,51(8):893-902.
[17] HENES F O,PICKHARDT P J,HERZYK A,et al. CT angiography in the setting of suspected acute mesenteric ischemia:Prevalence of ischemic and alternative diagnoses[J]. Abdom Radiol (NY),2017,42(4):1152-1161.
[18] OLDENBURG W A,LAU L L,RODENBERG T J,et al. Acute mesenteric ischemia:A clinical review[J]. Arch Intern Med,2004,164(10):1054-1062.
[19] 董晓媛,李小东,杨丽霞. 肠镜检查、腹部 CT、肠系膜血管 CTA 检查在缺血性肠病诊断中的对比分析[J]. 兵团医学,2021,19(3):46-48.
[20] 韦婷. 缺血性肠病的临床诊治进展研究[J]. 世界最新医学信息文摘,2018,18(32):37-39.
[21] 吴本俨,王茂强,王春喜,等. 老年人缺血性肠病诊治中国专家建议(2011)[J]. 中华老年医学杂志,2011,30(1):1-6.
[22] 王红妹,吴元祥,张飞,等. 加味白头翁汤联合常规西药治疗急性缺血性肠病临床观察[J]. 广西中医药,2021,44(5):15-18.
[23] 杨玥,徐艺. 单兆伟从瘀论治缺血性肠病经验[J]. 湖南中医杂志,2022,38(10):68-70.

(收稿日期:2023-07-21)
[编辑:徐霜俐]