



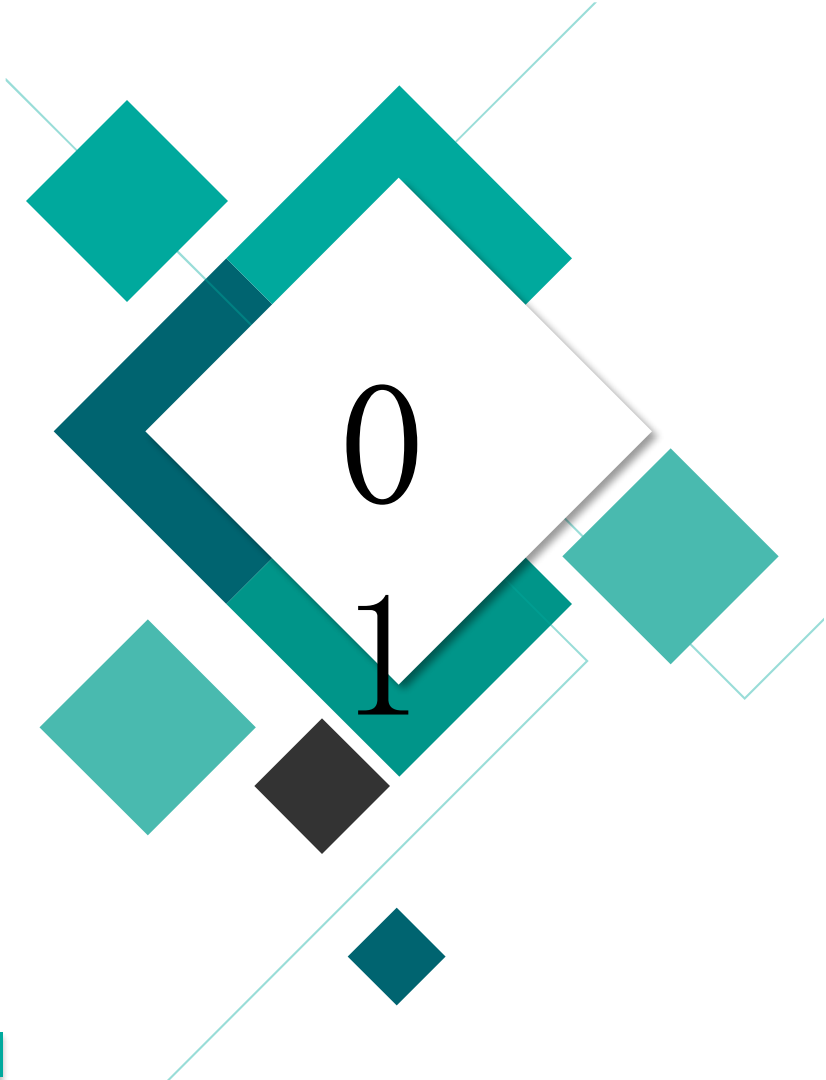
一例糖尿病合并 甲亢、房颤患者的病例讨论



01 病史摘要

02 分析讨论

03 小 结



病史摘要

基本信息和主诉

患者，女，61岁，身高 155cm，体重 63kg，BMI 26.2kg/m²。有糖尿病、高血压、肺栓塞病史，最近血糖控制不佳，为进一步诊治，收住入院。

现病史

患者**16年前**诊断为“**2型糖尿病**”，先后予多种口服药物降糖治疗，具体不详，未规律监测血糖；后患者因血糖控制差及消瘦，至我科住院治疗，出院予“沙格列汀 5mg qd+阿卡波糖50mg tid+米格列奈5mg tid”降糖治疗；**6月前**患者因“肺栓塞”于常州三院住院时改为“门冬、重组甘精胰岛素”4针降糖；近日降糖方案为“**门冬胰岛素 早13u中10u晚10u+重组甘精胰岛素10u qn**”。

既往史、个人史、家族史

患者既往有“高血压”病史14年，血压最高180/110mmHg，现使用“美托洛尔缓释片 47.5mg qd”治疗，血压控制一般；有“腔隙性脑梗死”病史12年，疾病恢复良好；10年前行“子宫全切术”；有“阵发性心房颤动”病史5年，服用“达比加群酯胶囊 110mg qd”治疗；有“甲状腺功能亢进病史”2年余，现“甲硫咪唑 10mg bid”治疗，未规律监测甲状腺功能；6月前“肺栓塞”病史，抗凝方案调整为“达比加群酯胶囊 110mg bid”。

否认吸烟、饮酒嗜好。否认亲属相同疾病史，否认家族传染性疾病史，否认家族性遗传疾病史。

入院诊断

2型糖尿病、高血压病3级（极高危）、阵发性心房颤动、腔隙性脑梗死、肺部感染

辅助检查

- ◆ 血常规+超敏：白细胞 $7.49 \times 10^9/L$ ，中性粒细胞绝对值 $5.01 \times 10^9/L$ ，血红蛋白 124g/L，超敏C反应蛋白 0.47mg/L；
- ◆ 肺部CT：1.两肺陈旧灶伴右肺上叶少许疱性肺气肿。 2.两肺下叶少许感染可能，随访复查。 3.双侧胸膜局部增厚。

病程记录

精神状态一般，睡眠良好，食纳良好，大小便正常，无畏寒，发热，体温：36.2℃，P74次/分，BP110/70mmHg。

辅助检查

急诊生化：AST 25.0U/L，LDH 245U/L，CPK 202U/L，

K 3.37mmol/L，血糖 11.1mmol/L；血气无明显异常；

凝血常规：PT 12.1秒（9-13），INR 1.07（0.80-1.20），

APTT 32.1秒（25-31.3），AT-III

84.0%（75-125），

TT 74.0秒（14-21），FBG

2.57g/L（2-4），

TNI <0.012ng/ml，BNP

初始治疗方案

药物作用	药物名称	剂量	用法，频次
降 糖	门冬胰岛素	餐时量：6u tid 基础量：03:00~07:00 0.6u/h 07:00~22:00 0.5u/h 22:00~03:00 0.4u/h	皮下泵
抗甲状腺	甲巯咪唑片	10mg	Po，qd
降血压	美托洛尔缓释片	47.5mg	Po，qd
抗 凝	达比加群酯胶囊	110mg	Po，bid
营养神经	依帕司他片	50mg	Po，tid
	甲钴胺注射液	1mg	Iv，qd
	硫辛酸注射液 NS	0.6g 250ml	Ivgtt，qd
补 钾	氯化钾缓释片	0.5g	Po，tid
	10%KCl注射液	20ml	Po，st

病程记录

患者今晨诉口干、多饮，无发热咳嗽，精神状态一般，睡眠良好，食纳良好，大小便正常。体温：36.5℃，P76次/分，BP99/60mmHg。

辅助检查

急诊生化：K 3.54mmol/L；

HbA1c 6.7%；糖化白蛋白 17.45%；GAD 阴性，IAA阴性；

甲功八项：

TSH 64.59 μ IU/ml (0.3-5.0) FT3 3.7 pmol/l (2.8-7.1)

FT4 1.7pmol/l (11.5-23.0) TRAB 1.7 IU/L (0.3-1.75)

TPOAb 19.7 IU/ml (<34) RT3 0.42ng/ml (0.31-0.95)

HTG>500.00ng/ml (<25.0) TG-AB16.65IU/ml (<70.00)

用药变化

停用：甲巯咪唑片

病程记录

患者今晨仍诉口干、多饮，无发热，稍有咳嗽，感觉有痰不易咳出，无胸闷气急；
体温：36.8℃，P 84次/分，BP115/68mmHg。

辅助检查

肝功能+血脂：ALT 10.0U/L，AST16.0U/L，总蛋白 61.5g/L，白蛋白 43.3g/L，球蛋白18.2g/L，其它无明显异常；
尿微量白蛋白/肌酐 11.4mg/g；PTH 61.3ng/l，CT <2pg/ml。
肿瘤指标无异常。

用药变化

加用：左甲状腺素钠片 25 μg po qd
 头孢丙烯片 0.5g po bid
 氨溴索口服液 10ml po tid

调整：胰岛素泵：餐时量：6u tid
 基础量（u/h）：0.5，0.4，

0.3

病程记录

患者近日诉口干、多饮较前好转，无发热咳嗽，无胸闷气急；
今日P 65次/分， BP111/64mmHg；
昨日P 63次/分， BP100/60mmHg。

辅助检查

甲状腺彩超：甲状腺弥漫性病变，请结合甲功。甲状腺双叶结节（TI-RADS：3）；双侧颈部未见明显肿大淋巴结；

骨密度：骨量减少；**肌电图**：外周神经运动传导受累；**腹部B超**：肝、胆、胰、脾、双肾未见明显异常；**眼底检查**：未见明显糖尿病视网膜病变；**25VD** 34.9nmol/L；

用药变化

停用：胰岛素皮下泵

加用：门冬胰岛素 6u 5u 5u ih

重组甘精胰岛素 10u ih qn

二甲双胍缓释片 0.5g po bid

病程记录

患者近日未诉口干、多饮，无发热咳嗽，无胸闷气急；
今日P 69次/分， BP102/63mmHg ；
昨日P 65次/分， BP137/79mmHg 。

辅助检查

时 间	0分	30分	60分	120分	180分
胰岛素 (pmo/l)	38.61	67.87	65.57	116.8	72.26
C肽 (pmo/l)	524.9	658.3	730.7	1038	1127

甲功三项：TSH 7.64 μ IU/ml (0.3-5.0) FT3 8.2 pmol/l (2.8-7.1)
FT4 9.5pmol/l (11.5-23.0)

CTA肺动脉成像：1) 肺动脉CT扫描未见明显异常。2) 附见两肺陈旧灶伴右肺上叶少许疱性肺气肿；两肺下叶少许感染可能，随访复查；双侧胸膜局部增厚；心影稍显增大，主动脉及左侧冠脉动脉硬化。

用药变化

无

病程记录

患者今日未诉特殊不适，发热咳嗽，无胸闷气急，精神食欲可，予出院。

辅助检查

心超：1. 左房增大伴二尖瓣轻度反流；2. **左室舒张功能减退**；EF54%；

血管彩超：**双侧颈总动脉斑块形成**，双侧椎动脉血流通畅，双下肢动脉血流通畅；

动态心电图：窦性心律，平均心率71次/分；房性早搏：单发4次/天，成对1次/天，成串2次/天，ST段无明显偏移；

2型糖尿病、2型糖尿病性周围血管病、2型糖尿病性周围血管病变、高血压病3级（极高危）、阵发性心房颤动、腔隙性脑梗死、肺部感染、甲状腺功能减退症、甲状腺结节

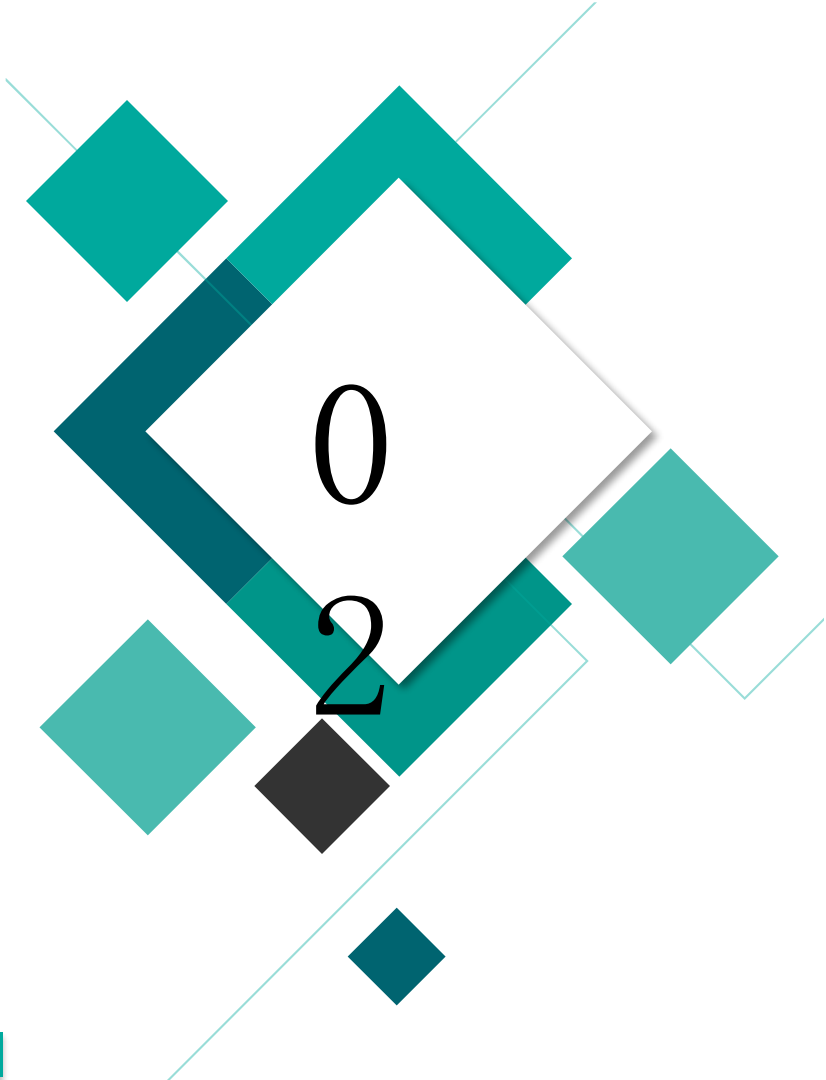
出院诊断

出院带药

- ◆ 重组甘精胰岛素 14u ih qn
- ◆ 二甲双胍缓释片 0.5g po bid
- ◆ 左甲状腺素钠片 25 μg po qd
- ◆ 美托洛尔缓释片 47.5mg Po qd
- ◆ 达比加群酯胶囊 110mg Po bid
- ◆ 碳酸钙D3咀嚼片 1片 po 晨起一次
- ◆ 阿法骨化醇片 0.25 μg po 晨起一次

血糖监测情况

日期	凌晨	早餐前	早餐后	午餐前	午餐后	晚餐前	晚餐后	22:00
2020.05.12					15.4	4.8	8	6
2020.05.13	5.5	5.7	8.2		5.4	9.2	10.2	7.2
2020.05.14	6.4	7		8.8	7.3	5.6	11.3	6.2
2020.05.15	7	7.8	10.9	13.2	8.7	6	4.5	5.7
2020.05.16	9.2	7.1	7.7	5.7	6.5	7.5	5.5	7.2
2020.05.17	6.4	8	14.7	9.5	7.8	8.8	8.3	8.1
2020.05.18	7.7	7.7	7.6	9.6	8.9	6.9	7.6	6.8
2020.05.19	6.6	6.6	9.4	4.9	7.5	6.5	8.4	7.5
2020.05.20	5.5	6	9	5.9	7.1	6.4	9.1	6.2
2020.05.21	6.5	7.2	9.6	5.8	8.8	7.5	7.6	7.1
2020.05.22	5.9	6.3	6.7	7.1	6.7	5.4	10.3	7.2
2020.05.23	6.4	7.3	9.9	7.1	10.7	5.3	9.9	7.1
2020.05.24	6	6.3	9.7	6.7	10	8.7	6.2	7
2020.05.25	5	5.1						



分析讨论

讨论

问题一

该患者整个抗凝治疗过程如何评价？

问题二

患者的抗甲状腺药物治疗过程是否规范？

问题三

该患者甲亢合并糖尿病，在糖尿病治疗上有何不同？

抗凝治疗的必要性

房颤增加缺血性脑卒中及体循环动脉栓塞的风险，其年发生率分别为 1.92%和 0.24%。其缺血性脑卒中的风险是非房颤患者的 4 ~ 5 倍，且将导致近 20%致死率及近 60%致残率。因此，预防房颤引起的血栓栓塞事件，是房颤治疗策略中重要环节。

表 3 非瓣膜病性房颤卒中危险 CHA₂DS₂-VASc 积分

危险因素	积分	患者	
		危险因素	积分
充血性心衰/左心室功能障碍 (C)	1	左室舒张功能减退	1
高血压(H)	1	血压控制可	0
年龄≥75岁(A)	2	61岁	0
糖尿病(D)	1	2型糖尿病	1
卒中/TIA/血栓栓塞病史(S)	2	脑梗塞、肺栓塞病史	2
血管疾病(V)	1	劲动脉斑块	1
年龄 65~74(A)	1	61岁	0
性别(女性)(Sc)	1	女性	1
总积分	9	总积分	6

积分≥2 分的男性或 ≥3 分的女性房颤患者血栓事件的年发生率较高，应长期接受抗凝治疗。

患者为女性，积分 6分，对其抗凝治疗合理。

抗凝出血风险评估

在抗凝治疗开始前应对房颤患者抗凝出血的风险进行评估。HAS-BLED 评分有助于评价房颤患者抗凝出血风险，评分 ≤ 2 分为出血低风险者，评分 ≥ 3 分时提示出血风险增高。

表 5 HAS-BLED 评分^[14]

临床特点	计分	患者	
高血压(H)	1	血压控制可	0
肝肾功能异常(各 1 分)(A)	1 或 2	无	0
卒中(S)	1	脑梗塞病史	1
出血(B)	1	无	0
INR 值易波动(L)	1	未知	0
老年(如年龄 >65 岁)(E)	1	61岁	0
药物或嗜酒(各 1 分)(D)	1 或 2	无	0
最高值	9分	总积分	2

患者评分为2分，
提示为出血低风险者

注:高血压定义为收缩压 $> 160\text{mmHg}$ ；肝功能异常定义为慢性肝病(如肝纤维化)或胆红素 > 2 倍正常上限，谷丙转氨酶 > 3 倍正常上限；肾功能异常定义为慢性透析或肾移植或血清肌酐 $\geq 200\mu\text{mol/L}$ ；出血指既往出血史和或出血倾向；INR值易波动指INR不稳定，在治疗窗内的时间 $< 60\%$ ；药物为合并应用抗血小板药物或非甾体类抗炎药。

- ◆ 预防房颤患者血栓栓塞事件的经典抗凝药物，维生素K拮抗剂华法林，其在房颤患者卒中一级与二级预防中的作用已得到多项临床研究肯定。
- ◆ 新型口服抗凝药，有用药方法简单、大出血和致命性出血风险较低等特点。
- ◆ 普通肝素或低分子肝素为静脉和皮下用药，一般用于华法林开始前或停用华法林期间的短期替代抗凝治疗。
- ◆ 口服抗血小板药物，有阿司匹林和氯吡格雷等。

阿司匹林或氯吡格雷预防房颤患者卒中的有效性远不如华法林^[83, 109, 116-117]，氯吡格雷与阿司匹林合用减少房颤患者卒中、非中枢性血栓栓塞、心肌梗死和心血管死亡复合终点的有效性也不如华法林^[118]。此外，抗血小板治疗、尤其是双联抗血小板治疗可增加出血风险^[119]，与口服抗凝药物有相似的出血风险^[118, 120-121]。因此，不推荐抗血小板治疗用于房颤患者血栓栓塞的预防。

阿司匹林或氯吡格雷预防房颤患者卒中的有效性远不如华法林，却与口服抗凝药物有相似的出血风险。

因此，不推荐抗血小板治疗用于房颤患者血栓栓塞的预防。

随机对照研究的荟萃分析表明，华法林可使房颤患者发生卒中的相对危险度降低 64%，每年发生卒中的绝对危险度降低 2.7%，且在卒中一级与二级预防中获益幅度相同^[82]。华法林治疗可使全因死亡率降低 26%。在有关 NOAC 的四个大型随机对照研究中，华法林预防房颤患者血栓栓塞的有效性得到进一步验证和肯定^[84-87]。虽然华法林的抗凝效果确切，但该药也存在一些局限性：首先，不同个体的有效剂量变异幅度较大；其次，有效治疗窗较窄，抗凝作用易受多种食物和药物的影响，在用药过程中需频繁监测凝血功能及 INR。

华法林可使房颤患者发生卒中的相对危险度降低 64%，可使全因死亡率降低 26%。

华法林的抗凝效果确切，但该药也存在一些局限性：

- ◆ 不同个体的有效剂量变异幅度较大；
- ◆ 有效治疗窗较窄；
- ◆ 抗凝作用易受多种食物和药物的影响；
- ◆ 用药过程中需频繁监测凝血功能及 INR

以上内容仅为本文档的试下载部分，为可阅读页数的一半内容。如要下载或阅读全文，请访问：<https://d.book118.com/027033132166006114>