

九十四年 內科醫學會年會 海報展示 中文摘要

{病例報告}

中文題目：細菌性心內膜炎併發主動脈竇破裂合併完全性房室傳導阻滯之病程-病例報告

英文題目：Ruptured Sinus of Valsalva and Complete Atrioventricular Block Complicating Fulminant Course of Infectious Endocarditis: A Case Report

作者：朱志生 許超群* 李坤泰 李碩榮 林新進 鄭凱鴻 周俊仁 蘇河名 林宗憲 溫文才 許勝雄 賴文德

服務單位：私立高雄醫學大學附設中和紀念醫院 心臟內科 胸腔內科*

摘要： 李姓病患，54 歲男性，過去有酒精性肝硬化合併食道靜脈瘤出血與腎功能不全之病史，因為全身無力以及解黑便，在本院急診就診後，由於嚴重貧血(血紅素 5.6 g/dl)及上腸胃道出血遂收住院。當日晚上心電圖發現有高度 Mobitz Type II (2:1 至 3:1) 至完全房室傳導阻滯，以及血行動力學不穩定，因此在心臟內科照會後，安排暫時性心律調整器置放，並轉入內科加護病房治療。當時鉀離子濃度為 5.4meq/L。病患由於過去半年內，腎功能逐漸惡化，因此在三個月前，曾接受人工動靜脈瘻管手術，以作為將來血液透析之用，然而傷口處癒合情況並不佳。雖然病患的胃腸出血情況以及房室傳導阻滯問題，在加護病房內的五天內穩定住，然而臨床上病患開始出現發燒以及腎功能急遽惡化之情況。針對血液培養以及傷口處採樣的細菌培養報告顯示有 OSSE(Oxacillin-敏感性之表皮葡萄球菌)，然而尿液培養出現 ORSE (Oxacillin-抗藥性之表皮葡萄球菌)，因此抗生素治療遂考慮 Vancomycin + Maxipime. 病患也在加護病房住院後第九天，接受首次血液透析治療。

房室傳導阻滯之情況，在血液透析後，並沒有再出現，接下來十天內，大部分時間病人心電圖監視器呈現竇性節律，偶而有早發性心室收縮，因此暫時性心律調整器也因而拔除。然而由於心跳加速，病患胸前聽診出現新產生的 Gr IV/VI 明顯收縮期與舒張期心雜音，並合併胸前觸診震顫的表現，安排床邊心臟彩色都普勒超音波檢查，發現有明顯的主動脈瓣破損合併重度主動脈瓣逆流、中到重度的二尖瓣及三尖瓣逆流，以及主動脈竇破裂，造成主動脈血液經由破裂處直接分流至右心房。肺靜脈導管血行動力學監測呈現高心輸出量 7.0-8.0 L/min，然而周邊血管阻力卻只有 578 (dyn.s) /cm⁵。血管昇壓劑用量逐漸提高，病患臨床上出現敗血症合併多重器官衰竭，肝功能異常的結果，使得凝血時間延長，臨床上又

復發下腸胃道出血，意識狀況也在住院後第 14 天出現肝昏迷。雖然心臟外科照會，認為在敗血性休克以及多重器官衰竭的情況下，手術置換瓣膜的風險極大，但是願意在病人家屬同意盡力搶救並瞭解手術危險性的情況下，來安排緊急手術。經過病情解釋，病患家屬初步保守的態度，最後同意接受病患手術的危險性。然而就在手術日的當天凌晨，病人卻突發心跳終止（cardiac arrest），經心肺復甦術搶救無效後，宣佈死亡。

討論：細菌性心內膜炎，同時在臨床上合併主動脈竇破裂以及呈現高度房室傳導阻滯，過去只有兩篇相似報導。一篇報導指出該病患有 mycotic 動脈瘤，但是在外科處理時，發生破裂而緊急用人工皮修補。另外一篇報導則是該病患於住院期間，雖然有主動脈竇的破裂情況，然而該病患會在用力咳嗽時，發生短暫性的 Adams-Stokes 合併高度房室傳導阻滯。本文中的病患，由於酒精性肝硬化以及腎功能衰竭，使得病人的整體免疫力降低，在罹患細菌性心內膜炎後，更因為許多併發症而使得在加護病房中的照護、甚至開心手術的考慮，更顯困難。

投稿會員請務必填寫以下表格，連同投稿磁片（與 IBM 相容之文書軟體）及投稿內容列印兩份 一併擲寄學會（地址：100 台北市忠孝西路一段 50 號 22 樓之 26 台灣內科醫學會 林玉筱）。

參加九十四年年會海報展示

題目：細菌性心內膜炎併發主動脈竇破裂合併完全性房室傳導阻滯之病程- 病例報告

姓名：朱志生	服務單位：高雄醫學大學附設醫院	科別：心臟內科 主治醫師
--------	-----------------	--------------

聯絡地址：(807) 高雄市三民區天津街 89 巷 14 號

聯絡電話：(07) 3121101 ext 7741	傳 真：(07) 323-4845
------------------------------	---------------------