

疑难病例(流行性出血热、多尿)

治验一则

苏州医学院附属第一医院中医病区 卢 君 健

龚××,男,42岁,农民,住院号170294。

1981年7月19日因昏迷12小时入院。月初始感全身违和,畏寒、发热,伴皮肤发红及出血点,经治疗体温下降,但血压降至50/30毫米汞柱,随之出现尿少、尿闭、浮肿,诊为流行性出血热。经住院治疗血压正常,但神志不清、呕吐并尿失禁,即进入昏迷。体格检查:体温39℃,脉搏108次/分,呼吸26次/分,血压140~150/80毫米汞柱,呈昏迷状态,压眶反应消失,球结合膜充血水肿,颈强直,右肺闻及少许哮鸣音,心率108次/分,下肢轻度水肿,膝反射消失,病理征阴性。实验室检查:血红蛋白7克%,白细胞13100~23200/立方毫米,中性78~91%;血肌酐2.5~13.8毫克%,尿素氮33~128毫克%,二氧化碳结合力31~35.8体积%,血钾17.6毫克%,血钠330毫克%,血氯650毫克%;尿比重1.006~1.007,尿常规蛋白少许,红细胞、白细胞少量;24小时尿量12760~26000毫升(转科前);尿莫森氏试验尿比重固定在1.000~1.002之间,尿量(每次)330~600毫升;尿培养:大肠杆菌>10万/毫升。

治疗经过:入院后经西医病区用抗菌素、补液、维持电解质平衡和对症处理后神志已清,但每日尿量在12760~26000毫升之间,虽每日用两根皮管补液7000毫升,仍不能缓解其脱水状态。中医会诊用温肾、固摄、益气、化痰、清热诸法治疗均无效,又用卡马西平、P₆₀₇、双氢克尿塞等药治疗亦无效。脑垂体后叶激素试验示注射前后尿量与尿比重均无变化。因久治无效乃于8月20日转入中医病区,转科后日补液量减少2000毫升,同时用养阴活血、祛瘀生新为主的1号方进行治疗。1号方:川石斛15克,生地、熟地、黄芪、甘草各12克,天冬、麦冬、枸杞子、玉竹、赤芍、白芍、桃仁、川芎、威灵仙各10克,苦参、红花各6克,大枣6枚。另珍珠粉10克,每次吞服0.1克,日服3次。并作各种相应的实验室检查。8月23日后改用2号方(即1号方中去甘草,加当归、太

子参各10克,丹参、葛根各12克),并加用枸橼酸钠钾合剂10毫升,日3次内服。转科1周后尿量明显减少,撤去补液。9月3日改用3号方:生龙骨、生牡蛎各20克,生山药15克,芡实、天花粉各12克,生地、熟地、天冬、麦冬、白芍、乌药、益智仁、山萸肉各10克。9月5日血压下降至78/50毫米汞柱,患者头晕、尿多、脱水,加用下列处方:威灵仙、仙灵脾、天冬、麦冬、桃仁、丹参、川芎各10克,山楂12克,甘草6克,大枣6枚,珍珠粉0.2克(冲服)。服后仍然无效,9月9日改用1号方治疗,10日尿量即减少1000毫升,尿比重升至1.008,至9月17日尿量为4000~5000毫升/日,作脑垂体后叶激素试验明显进步。9月19日出院,继服中药,半月后随访良好。

该患者辨病为流行性出血热之多尿,但多尿严重并持续1月以上,经中西医结合治疗无效,确为难治或疑难(疑难之处为对多尿病机之理解)之症。流行性出血热一般多尿期为7~15日,尿量为4000~8000毫升/日。患者自转科后即用中西医结合理论处方(1号方)治疗,日补液量减少2000毫升,6天内日尿量由16500毫升减为5500毫升,从而撤除补液。开始疑此显效为巧合,然换用中药处方(3号方)时病情又恶化,需再行补液。再换回1号方治疗,始转危为安,且对脑垂体后叶激素较前敏感。

本例中医辨证是热劫伤阴,导致津液耗伤,津液枯竭而接近消渴,甚至亡津。但患者并无热象,虽口渴而不思饮,乃津液不能上承所致。西医认为流行性出血热之多尿系肾小管上皮细胞损伤所致,其损伤是由于缺血、缺氧,故用活血化瘀以治本,又本病之肾脏损伤与病毒抗原所致变态反应有关,甘草不但抗过敏且能使

钠潴留,水液潴积。威灵仙有显著抗利尿之作用,与甘草等配伍,相辅相成,可使尿量减小。患者津液耗伤在热证之后,转科后虽无热象,但见口渴、耳鸣、头昏、眼花等阴虚津液耗伤之证,故用麦冬、天冬、石斛、玉竹等益胃滋肾,养阴生津,更配生熟地、葛根,共奏养阴生津之效。

从24小时尿钾、钠、钙、镁、氯的测定结果及其在中西医结合治疗前后对比来看,除尿钾改变不大(2.24~2.22克)外,钙从0.7克减为0.16克,钠从23.5克减为14克,氯从67.8克减为26克,镁从102毫克减为37毫克。说明在应用养阴、活血、益气、祛瘀生新法后肾小管重吸收盐类功能已改善。转科治疗前后所作脑垂体后叶激素试验表明,转科治疗前尿量和尿比重无变化,而转科治疗后尿量减少75毫升/小时,尿比重上升至1.008,说明肾脏对“抗利尿激素”增加了敏感性或反应性。

《素问·逆调论》云:“肾者,水脏,主津液”,又《素问·经脉别论》云:“饮入于胃,游溢精气,上输于脾,脾气散精,上归于肺,通调水道,下输膀胱。水精四布,五经并行,…”。这均说明肾主津液与脏腑水代谢的途径,

而肾主津又需通过气化固摄之调节作用,对机体水平衡起自稳效应。此气化稳定功能在肾脏实际是肾小球滤过与肾小管重吸收之间即所谓“小球小管功能平衡调节作用”,也即是气化津液亦能布津的论点。前述肾小管上皮细胞(尤其是远端肾小管)因缺血氧变性使其气化功能失常不能固摄。《灵枢·痈疽》云:“中焦出气如露,上注溪谷,而渗孙脉,津液和调,变化而赤为血,血和则孙络先满溢,乃注于络脉,皆盈,乃注于经脉”。这里说明水代谢中的津液是通过毛细血管(孙络)与血液交流进行的。因此本例采用活血化瘀法,使血和孙络满溢,肾得气血而养,主其调和津液之功。总之脏腑、气血、经络功能失调均可影响水津代谢,过去曾认为中医无“液体”疗法,脱水者除输液,别无他法。本例长期34天大量输液无效,最后采用养阴益气活血为主之中西医结合方案治疗,终使患者康复,足见中西医结合,尤其是理论方面的结合或融合,是中西医结合中不可缺少的重要环节。

参加本文临床工作的有周自强、钱起、李文彩、邓迎苏、许泽华(进修医师)、熊佩华等同志。

艾灸肛门的临床体会

江苏省靖江县惠丰卫生院 朱光宇

艾灸疗法已广泛应用于临床各科,在肛肠科常用来温灸少腹部及有关穴位,以通利阴窍。笔者试用于肛肠疾病术后的并发症32例,临床初步体会,本法在减少痛苦、促进创口愈合、缩短疗程方面有一定作用,兹介绍于下:

一、操作方法

大便后清洗创口,屈膝侧卧位,将艾条一端点燃,置于距肛门约5厘米左右,刚开始时可近一些,过烫则远一些,并可不断前后移动,或予以雀啄方式一上一下,以保持肛门温热感为度,每次20分钟。每大便后施灸一次,连续1周。对疼痛、奇痒或收口过缓

的创口可先用生理盐水棉球洗净、拭干,灸20分钟后外敷一层油纱布,再灸5分钟,覆盖消毒纱布。对小便欠畅或马蹄型肛瘘的隧道式手术创口,可适当扩大温灸范围,延长灸治时间。

二、治疗结果

疗效标准:疗程一般不超过1周,自觉症状消失或创口愈合为显效,超过者无明显疗效为无效。

疗效治疗:本组32例,除1例因原有前列腺肥大,小便欠畅者无效外,其余31例均显效。最短疗程1天,最长8天(为结核性肛瘘,收口较缓),平均疗程4天。