

病例讨论

寒热往来、咽部溃疡、颈项结节、 肋下痞块

重庆市中医研究所 郭铭信 沈思健 王仁强 喻全渝 杨泽鸿[△]

病历摘要

肖××，男，19岁，未婚，重庆市人。住院号：41250。入院时间：1982年7月22日16时30分。

主诉：倦怠乏力一周，恶寒发热四天，寒热往来一天。

发病及治疗经过：患者于7月15日无明显诱因始感周身违和，倦怠乏力，仍上班坚持工作。18日晚又现恶寒发热，头昏闷痛，自服银翘片，症状未减。次日至医务室诊治，测体温38℃，检查：白细胞2300/立方毫米，中性粒细胞42%，嗜酸性粒细胞1%，淋巴细胞57%，诊断为“病毒性上呼吸道感染”，给服银柴合剂、四环素，治疗二天，未见好转。21日上午又改服感冒冲剂，肌注柴胡针，下午恶寒加重，约半小时后热势增剧，周身痠楚，头昏痛难忍，入夜后汗出自觉发热下降，头痛身楚减轻。22日午后寒热往来再次发作，体温升至39.2℃，X线胸部透视无异常发现，门诊以“发热待诊”收入住院。发病以来，无鼻塞清涕、咳嗽咯痰，无胸胁疼痛、呕吐腹泻，也无尿频、尿痛和腰痛。

现在症：寒热往来，日作一次，先寒后热，热多寒少，寒时加衣覆被不暖，未见战慄鼓颔。寒已而热，热时肌肉痠痛、头昏头痛加重，至夜汗出热降，余症稍缓。伴见咽部疼痛，困倦乏力，口干口苦，饮水不多，胃脘痞闷，纳食减少，大便秘结，小便短黄。

既往史：自幼体健。无黄疸、疳积、腹胀、狐惑、癆瘵、瘰癧及疟疾、伤寒、传染性肝炎等病史。

家族及个人史：父母健在。生于重庆，未到过外地。

预防接种史：幼年接种过卡介苗。今年夏初曾注射伤寒菌疫苗。

望诊：面垢微赤，目珠不黄，咽红不肿，舌红苔黄而腻。

闻诊：语言清晰，有轻微汗臭。

切诊：肌肤灼热，颈项有散在结节，左肋下可触及痞块，脉浮数。

体检：体温39.2℃（入院后观察呈弛张热，体温37℃~39.5℃），心率90次/分，呼吸22次/分，血压120/70毫米汞柱。发育正常，营养不良，急性病容，自动体位，神清合作。皮肤未见斑疹、出血点及蜘蛛痣。颌下及颈部可扪及绿豆至黄豆大小的淋巴结多个，以右侧颈后部为多，质地较硬，互不粘连，无压痛。巩膜无黄染，结合膜无水肿、充血。口腔粘膜无溃疡、出血点，咽部充血（8月2日出现米粒大的溃疡2个），扁桃体不肿大。颈软。胸部无畸形。两肺呼吸动度一致，叩呈清音，呼吸音稍粗，未闻及干、湿罗音。心界不扩大，心尖搏动在锁骨中线内0.5厘米处，心律齐，各瓣膜区未闻杂音。腹平软，无压痛，肝上界在第六肋隙，肋下未及（7月31日肝肋下0.5

[△] 进修生，云南大理白族自治州人民医院

厘米,质中,无触痛)。脾在肋下0.5厘米,质中,亦无触痛。双肾区无叩击痛。四肢无水肿。无病理反射。

实验室及其它辅助检查:血:白细胞4290/立方毫米,中性粒细胞20%,嗜酸性粒细胞2%,淋巴细胞66%(其中异常淋巴细胞24%),单核细胞12%。未发现疟原虫。大、小便常规:正常。血培养:无细菌生长。肥达氏反应:阴性。肝功能:麝浊、锌浊度正常,谷丙转氨酶(赖氏法)34单位,白蛋白3.56克%,球蛋白2.80克%。骨髓:粒系统呈明显抑制,网状细胞有明显增生。心电图:正常。

西医诊断:传染性单核细胞增多症。

辨证论治讨论

王仁强 患者起病缓慢,有周身违和、倦怠乏力等前驱症状;病程较长,入院时发病已一周;有头昏闷痛、周身痠楚等清阳被遏及脘痞纳差等脾胃病候,悉与湿邪致病的特点吻合。患者年轻体壮,平素无纳少神倦、腹胀便溏等中虚不足证象;此次发病无嗜食生冷瓜果、戕伤脾胃等诱因;入院后未见面色㿔白、形体消瘦、舌胖脉细等脾虚之候。其病发于长夏,疾病演变过程呈现明显的由表入里趋势,故知湿非内生而为外受。结合伴见的身热口渴、溲黄便结、舌红苔黄脉数等“热”象,可知本病属湿热为患而非寒湿所致。根据前述病因分析,此病属湿热,为温病范畴。同时,患者无“夏暑发自阳明”和暑伤气阴见证,发病又非秋冬,因此,本例病名应为湿温。此即王孟英所谓:“湿热证(病)”是“既受湿又感暑(热)也”。

从卫气营血看,患者不仅有脘痞纳差、口干口苦、大便秘结、苔黄腻和寒热往来等邪客脾胃、膜原等气分见证,而且还有胁下痞块、颈项结节等瘀血证象的血分病变。由于这些体征是在病程中出现,呈动态变化,故可断定为同一病因引起,是同一疾病的不同临床表现。究其瘀血发生的机理,一是湿热阻滞气机,气滞则血亦滞;二是湿热内入血分,影响血液运行。

总之,本例病名为湿温,病位涉及气血,湿热是因,瘀血是果。按治病求本的原则,当以祛除湿热为首务,宜用“治湿温时疫之主方”的甘露消毒丹。俟湿热去尽,如瘀血留着不散,再予化症回生丹,缓图善后。

喻全渝 从诊断方面考虑,本例需要鉴别的主要症状和体征,一是寒热往来。凡外感病邪之在半表半里,都可出现此种热型,也可见于太阳病的某些特殊类型。患者病初无头项强痛、身疼腰痛、鼻塞声重等寒邪伤表的太阳病候,出现寒热往来后,也无咽干目眩等少阳病象。每次寒热发作之前,未见毛孔粟起,呵欠乏力的预兆,恶寒程度不如寒战鼓颌严重,在寒热高峰后,仍有发热、口干苦、咽痛等其它症状,不呈典型的休作有时。故可除外少阳病、太阳病与疟疾。二是咽部溃疡。狐惑与少阴热化证均可见此体征,前者溃疡每同时累及前后二阴,后者伴有“不能语,声不出”,均与本例不符。三是颈项结节。最常见者为瘰癧。患者无瘰癧史,其结节互不堆叠,不累累如串珠,推之可动,不与皮肤粘连,与瘰癧迥异。四是胁下痞块。若据痞块固定不移,似可定其病名为症积。但症积之成,必匪朝夕,其所由来者渐。本例痞块形成甚速,与寒热往来等症同时存在,故与杂病之症积不同。另一方面,患者发病于天暑地湿的夏季,又有身倦乏力、脘痞纳呆、口干口苦、苔黄腻脉数等湿热表现,故本案应辨为“湿热病”。

本案之病情演变,似可用《温病条辨》“论三焦,由上及下,亦由浅入深,须竖看”来加以解释。“肺主气属卫”,咽为肺之门户,邪气上受,故病初现恶寒发热、咽部疼痛的上焦病象。膜原外通肌肉,内近胃腑,为一身之半表半里,邪客膜原,则为寒热往来;由膜原而之脾胃,故现脘痞纳差、口渴便结,病由上焦传至中焦。肝为藏血之脏,与肾同居下焦,湿热入血,肝血瘀阻,以致胁下痞块、颈项结节,病已波及下焦。故乃三焦俱病。

杨照藜在论湿热病的治法时指出:“在内之邪,必由膜原达外”。吴又可也强调使湿热“邪

气溃败，速离膜原”。故本例之治疗应假病邪以出路，以达邪外出为主，可用薛生白治疗“湿热阻遏膜原”的方药（柴胡、厚朴、槟榔、草果、藿香、苍术、半夏、菖蒲、六一散），但因患者胃热较著，当加入生大黄、生石膏之类，同时配伍鳖甲煎丸，入肝活血，化瘀散结，内外分消邪势。

杨泽鸿 与一般湿热（温）病相比较，本例主要有以下特点：一是湿热是由表入侵。湿热之邪多由口鼻而入，常因“内外相引”而发病。患者无内伤脾胃史，起病时有困倦乏力、恶寒发热等肌表卫分证候，未见鼻塞涕涕、咳嗽咯痰、泛恶呕吐等肺胃见证，故推测其病直接起于湿热伤表。二是初期症状不呈湿热病的“典型”表现。即《温热经纬·湿热病篇·第一条》和《温病条辨·上焦篇·第四十三条》关于湿热（温）病“提纲”所列之“必见之证”，本例多不具备。三是病位涉及脾胃，但病变重心并不在脾胃。尽管本例也有脘痞纳差、大便秘结等脾胃见证，然而通观整个病情演变和全部临床表现，这些脾胃证象毕竟不占主要地位，反不如寒热往来的少阳三焦等证候突出。四是病变波及血分，湿热阻滞经络。一般而言，湿热病在气分不已，常内窜营血，或扰动肝风而为痉厥，或闭阻心窍而为昏谵，或伤络动血而为吐、衄、便血。本例之湿热入血虽同，其阻滞经络而为结节、痞块则与上述病变有异。此外，侵袭患者的湿热邪气，不犯肺而为咳喘，不流窜四肢经络而为痹痛，不渗入大肠而为泄泻，不下注膀胱而为淋，凡此种种，皆提示此湿热邪气有其特异性。正如“杂气无穹”，具有“某气专入某脏腑经络，专发为某病”一样，在“湿热”这一大类致病因子中，也包括各种不同的邪气。这就是本例病变范围和病变重心与其它湿热病不同的原因所在。

咽部溃疡、颈项结节与胁下痞块是否存在某种内在联系？它们与主症寒热往来是否由相关组织的病变引起？只要用脏腑经络学说进行分析，就不难得出肯定的结论。因为这些病位都在少阳、厥阴经络循行的分野上，而寒热

往来也与邪客少阳有关，是经气失和，正邪相争的表现。湿热由少阳内舍经络，而之厥阴，致使血流失畅，咽失血养而为溃疡，瘀阻于颈项、胁下而为结为块。表现虽异，病因皆为湿热，病位同属少阳厥阴则一。质言之，少阳、厥阴乃是本例的病变重心。

基于上述认识，在治疗上应该从少阳、厥阴入手，和解经气，疏通经络，使气分湿热下行，络中之湿热外出，可用蒿芩清胆汤和青蒿鳖甲汤化裁。

治疗经过及体会

沈思健 7月22日入院当晚，予柴胡针4毫升肌肉注射，共3次。翌日按风热夹湿的卫分证治疗，用银翘散合甘露消毒丹加减（银花12克、连翘20克、竹叶12克、荆芥12克、薄荷12克、芦根30克、藿香12克、茯苓12克、菖蒲12克、茵陈10克、滑石30克、甘草6克），服药一剂，寒热往来如故。7月24日修改辨证为湿热病，邪客少阳，枢机不利，用蒿芩清胆汤化裁（青蒿30克、黄芩12克、法半夏12克、薄荷10克、桔梗12克、藿香12克、银花12克、连翘20克、六一散30克），和解少阳，化湿达邪，清热解毒。次日，寒热往来未再发作，体温下降至38.4℃，四天后体温正常，头昏、咽痛、脘痞、便结等症状相继消失，精神、食欲逐渐恢复，唯口干苦思饮明显，溲黄依旧。7月29日原方去薄荷、桔梗，改黄芩为24克，加丹皮12克、大青叶30克、生石膏30克，以增强清热解毒之力。又二天后，口干苦溲黄消失，已无自觉不适，乃去生石膏加夏枯草30克，软坚散结。

在此期间，我们注意观察了体征的变化。脾（肋下）：7月26日1厘米，7月28日1.5厘米，7月31日2厘米，8月5日2.5厘米。肝（肋下）：7月31日0.5厘米，8月2日1厘米，8月5日1.5厘米。咽部：7月31日充血消失，8月2日右侧咽后壁出现二个米粒大小的溃疡。鉴于患者气分湿热已尽，而络脉瘀阻有增剧之势，遂于8月5日易方三甲散化裁（鳖

甲 12 克、穿山甲 10 克、蜜虫 10 克、僵蚕 12 克、青蒿 30 克、升麻 30 克、酒大黄 10 克、大青叶 30 克、丹皮 10 克、夏枯草 10 克、栀子 10 克、六一散 30 克), 搜剔逐邪, 凉血解毒。三天后, 肿大的淋巴结部分消散, 咽部溃疡愈合, 肝脾亦开始回缩, 分别为 1 厘米和 1.5 厘米, 质地变软。又经一周治疗, 淋巴结消失, 肝脾已不能触及, 血中已无异常淋巴细胞, 白细胞计数与分类恢复正常。于 8 月 24 日痊愈出院。随访半年, 健康情况良好, 未见复发。

通过对本例的诊治, 主要有两点体会: 一是了解病情要准确、全面, 尤应重视客观体征的变化。入院后第一次辨证之所以失误, 主要是问诊不详细, 没有注意分辨恶寒发热是先后发生或同时并见, 是间歇发作或持续存在, 以致判定病位不准, 证治方药随之而错。在自觉症状消失后, 如不继续进行观察, 就不会发现咽部、颈项和腹部体征变化, 很可能产生病已痊愈的错觉而终止治疗, 这显然不利于病人健康的恢复, 甚至给病人带来不应有的后果。与之相反, 我们正是由于观察到了这些体征的变化, 才得以进行第二阶段的辨证论治。二是论治应抓住病因病机两个环节, 注意方药的针对性。本例无论对气分或血分的治疗, 都是既注意改善病理变化, 又注意祛除湿热邪气。改善病理变化, 在气分着力于和解少阳, 在血分侧重于疏通经络, 同时兼顾病因, 配以化湿利湿、清热解毒的药物。在方药的选择组合上, 力求针对性强。如和解少阳选俞根初“和解胆经法”的蒿芩清胆汤。疏通经络用吴又可治“主客交浑”的三甲散。所谓“主”, 是指机体的营血; “客”, 则是指湿热疫疔之邪。又如在三甲散加减时, 保留了不少虫药, 以湿热粘滞, 与血搏结, 交浑难解, 非虫药搜剔, 难于清除。方中仍选用了青蒿, 乃是因为青蒿“清芬透络, 从少阳胆经领邪外出”, 又有“辟秽宣络之功”的缘故。

郭铭信 对本例的疗效, 应作客观分析。如果从患者服蒿芩清胆汤加减方后, 畏寒和弛张热等毒血症状迅即控制, 全身情况随之得到改善。在服用三甲散化裁方后, 肝脾很快回缩

变软; 与此同时, 从咽部溃疡愈合, 肿大的淋巴结和血中异常淋巴细胞消失来看, 说明这种治疗方法的效果是比较显著的。但由于传染性单核细胞增多症是一种自限性疾病, 故不能排除自然痊愈的可能性。由于湿温病程一般较长, 病情好转恢复常较缓慢。因此, 本例尽管有自愈趋势存在, 但决不可就此否定中医药的积极作用, 很可能是两者综合效应的结果。

关于本例辨证论治的思路和方法, 综合大家发言和个人参与诊治实践的认识, 可以归纳为以下四个步骤和方面: 一是从病史、现在症和舌苔着手, 确定湿热病因。这里有两点值得注意: 首先是某些临床表现与一般湿温不同, 可能与此湿热邪气的特异性和机体某些组织的易感性有关; 其次是脉象不濡而浮数, 但这并不能否定湿热为病, 因为“湿热一证, 脉无定体。”二是结合阴性症状和体征, 进行鉴别诊断。把患者的突出临床表现与类似病证鉴别并予以排除, 有助于进一步肯定外感湿热的病因诊断, 也为探索病位、病机打下基础。三是运用多种辨证方法综合辨证。本例之辨证包括: (1) 病因: 湿热; (2) 病名: 湿温; (3) 病位: 里证, 气分证与血分证, 脾胃、少阳、厥阴同病, 上、中、下三焦俱病。其中, 以气分证、血分证和少阳厥阴病变最能反映病情的症结, 对治疗有实际指导意义。因此, 基本病机为: 湿热客于少阳, 由气入血, 内犯厥阴, 经气失和, 枢机不利, 主客浑受, 络脉瘀阻。虽有湿热薰蒸咽喉、郁遏脾胃的机制参与其间, 但不居于主要地位。四是拟定治疗方案, 分阶段论治。本例的治疗方案有气血同治和先治气分后治血分两种可能形式, 我们采用了后者。依据是: (1) 气分证较血分证显著, 且为病人所苦; (2) 气分之邪较易透达外解; (3) 清除气分湿热, 可杜其再入血分; (4) 恐过早应用血分药引邪内入; (5) 血分药多有碍湿之弊, 不利于湿热邪气外出。

小 结

本例湿温病疑难之处有三: (1) 脾胃症状

不突出；(2) 血分病变以体征形式出现；(3) 体征之溃疡、结节、痞块分布于咽、颈项、肋下等不同部位。这些异于常见湿温病的征象，既是本例的临床特点，又易使人产生是否为湿温病或单纯为湿温病的疑问。因此，在分析病情时，不但要找出湿热为病的足够证据，而且

还要排除其它病证，使湿温的诊断得以确立。在此基础上，辨清病变范围、病变重心及其相互关系，继而拟定相应的治疗方针，选用合适的方药予以治疗，方有较好的疗效。谬误之处，请同道们指正。

(郭铭信整理)

中医药治疗外伤性腹膜后巨大血肿2例介绍

兰州医学院第一附属医院外科 叶 光 华

病例一：王××，女，27岁。入院前1天因右腰外伤，当晚出现右腰剧痛，翌日早右腰痛更形加重，难以忍受，且伴有恶心、呕吐，吐出胃液和胆汁。即于1979年12月12日上午急症入院。查体：急性痛苦面容，烦躁不安，右上腹肌较紧张且有压痛和轻度反跳痛；右腰区较饱满，有明显压痛及叩击痛。血压100/70毫米汞柱，血红蛋白11.6克%，白细胞25000/立方毫米，中性80%。腹部X线平片(片号83646)：腰椎轻度左侧弯曲，右肾轮廓及右侧腰大肌阴影不清。当日即在硬膜外麻醉下行剖腹探查术，术中见右侧腹膜后有一巨大血肿，上至肝缘下，下界在脐下3厘米，内侧达脊柱右侧缘，外侧沿后腹膜，侧腹壁直达腹前壁接近腹中线。术中行后腹膜穿刺穿出血液和血凝块。未进一步行后腹膜切开探查止血，即在右髂窝置烟卷式引流条一根后关腹。术后诊断：外伤性右侧腹膜后巨大血肿。术后治疗给予流汁饮食，止血定0.25克，肌注，日四次，止血芳酸0.3克加入液体内静点；同时给予凉血止血、清热利湿中药：生地30克、地榆15克、黄连9克、木通12克、白茅根30克。水煎服，日一剂。三天后病情平稳，未见新的继续出血，右侧腹肌紧张开始减轻，但体温升至38.8~39.2℃，即停用西药止血剂和中药凉血止血药。根据中医“六腑以通为顺”和“气滞血瘀，瘀久化热”之理论给予“降气通下”中药：大黄9克(后下)、芒硝9克(冲服)、降香9克、枳实9克、甘草9克、大枣12枚。水煎服，日1剂。大便每日6~8次，病人精神食欲增进，进4剂，体温降至38.1℃，白细胞降至7600/立方毫米，中性74%。上方又重复3剂，右腰区饱满及腹肌紧张明显减轻，仅有轻度深压痛。体温降至37.4~37.5℃，服完10剂，体温保持36.5~37.2℃，病人舌象有轻度瘀点，即给予活血化瘀中药：当归6克、川芎9克、红花6克、赤芍9克、丹参30克、桃仁9克、血竭6克、生甘草9克。日1剂，连

服15剂，舌瘀消失。再次行X线平片复查：右侧肾影大小正常，边缘轮廓光滑，腰大肌阴影及腹壁脂肪线整齐。住院一月，痊愈出院。二年后来院复查，未见异常。

病例二：李××，女，38岁。从4米高处摔下，左腰先着地，4小时后急诊入院。查体：体温38.7℃，脉搏98/分，血压100/70毫米汞柱，白细胞12000/立方毫米，中性92%，血红蛋白12.0克%。急性痛苦面容，左上腹有轻度腹肌紧张，左上、左中腹部均有明显压痛，左腰区较饱满且有明显叩击痛，左腰区后腹膜穿刺穿出血液。即给予流汁饮食，青链霉素肌注，止血定0.5克，肌注，日三次，10%葡萄糖液1000毫升内加四环素1克静点，日一次。翌日腰痛加剧，压痛、反跳痛加重，腹肌紧张并扩展到左下腹部。经过4天的上述治疗，疗效不显，体温升至39.6℃，白细胞升至16000/立方毫米，中性87%，停用止血定和输液，给予血府逐瘀汤，服完1剂，疼痛开始减轻，服完4剂，左侧腹壁压痛、反跳痛、腹肌紧张均明显减轻，体温降至37.3℃，原方又重复4剂，痊愈出院。

体会：腹膜后血肿属中医瘀血范畴，为外科常见病之一。由于腹膜后为疏松结缔组织，其内有丰富的血管网和神经末梢，所以一旦腹膜后组织损伤，很易酿成大血肿；又因血肿的压迫和刺激，很易造成肠功能紊乱、植物神经功能失调、发烧甚至感染等许多并发症。以往我们单纯用西医输血输液，纠正休克，给予抗菌药物以预防感染等虽有其重要的一面，但不能加速血肿的吸收和消散；血肿带来的许多并发症，使病情更加复杂，增加了治疗上的困难。而及时辨证施治，应用“降气通下”“活血化瘀”“清热解毒”中药，以调整脏腑功能，来治疗外伤性腹膜后巨大血肿，可加快血肿的吸收和消散，预防或减少并发症的发生，对加速病情的痊愈，颇有裨益。