

病案讨论

反复发热、心悸、厥逆案

——全国中医内科急症进修班病案讨论

杜树明 郑 新整理

病历摘要

何××，女，21岁，四川营山县人，汉族，未婚，护士。1983年10月25日入院。住院号：43511。

主诉：反复发热1年多，伴胸闷、心悸1月多，住院中突发颜面苍白，四肢厥冷。

发病经过：年余前，夏秋之际，因游泳后感头身困痛乏力，继则高热，体温39.7℃，颈部有出血点，以“发热待查”住入某院。用多种抗菌素治疗，病情未减，再转某医学院住院治疗，仍反复高热，一月前出现胸闷、心悸，心电图提示II°房室传导阻滞。经用强的松、青霉素、能量合剂等治疗，半月后症状减轻，心电图恢复正常，但体温仍在38.5~40℃之间。继后，在激素减量过程中，患者胸闷、心悸症状又复加重，心电图复查提示广泛性心肌损害。因反复发热，疗效欠佳，于1983年10月25日转重庆中医研究所住院治疗。入院时觉恶寒发热，其热午后尤甚，并见头昏，胸闷，心悸，心累，乏力，气短，纳差。观其形体消瘦，面色无华。脉细弱数，舌红、苔黄腻。入院后第二天，突发面色苍白，四肢厥冷，呼吸短促，唇甲青紫，表情淡漠，语音低微，脉细微欲绝。

检查：体温37.8℃，心率96次/分，呼吸30次/分，血压70/50毫米汞柱，慢性重病容，表情淡漠，反应迟钝，面色苍白，浅表淋巴结无肿大，肤、目无黄染，无斑疹、瘀点。除心音低钝外，胸、腹、神经系统均未见病理征象。血常规、尿常规、血电解质、肝功能、肾功能、血蛋白电泳等均在正常范围内。X线透视(一)。心电图示：(1)低血钾；(2)心肌损害。

入院时中医辨证：(1)内伤发热；(2)心悸。中医辨证：气阴不足，湿热内蕴。西医诊断：(1)发热待查；(2)病毒性心肌炎？

辨证论治讨论

严泽润 (湖北省沙市中医院)：从本例以下四个

方面进行讨论。

初发病：根据病历所载，患者起病于1982年秋，约在处暑之后。因游泳后起病，初为头身困痛，体倦乏力，两日后出现高热39.7℃，根据发病诱因和时间，断为感暑伤湿所致。鉴于初起见湿象，旋即热象偏盛，气热伤营，本病以诊断为“伏暑”为宜。

继发病：患者反复发热，久治不愈，迁延约1年，入院前1月出现胸闷、心悸，心电图异常。本例之胸闷、心悸，我们认为系湿热久羁不解，气阴两伤所致。

并发病：患者入院后第二日，突发面色苍白，四肢厥冷，胸闷，心悸，查血压70/50毫米汞柱，为厥逆之证。本例厥逆之证，主要应与热厥相鉴别，因本例初发病为“伏暑”，乃湿热型温病，湿从热化，邪热内陷，可致热厥。但热厥应有其特点，即四肢逆冷而胸腹灼热，并见烦渴喜饮、便秘尿黄等热象表现。且热厥病程短，发展迅速，以实证多见。本例厥逆乃湿热久羁，气阴两伤，气虚致厥。

辨病辨证：本例入院时，面色苍白无华，四肢厥冷，精神萎靡，胸闷，心悸，乏力，气短，头昏，形瘦，呼吸短促，语音低微，乃气虚为主，气阴两虚之证。现症并有恶寒发热，午后尤甚。对于恶寒，有两种分析。一指有表证，即“有一分恶寒，就有一分表证”；二指气虚，指的是卫阳失于温煦。对于发热午后尤甚，可见于三种情况。一是见于湿温发热或湿热病发热，其特点是发热在午后明显；二是见于阴虚发热，其特点是平时不一定发热，主要表现为午后渐热，且以属阴的时间、属阴的五心部位发热为主，兼见阴虚内热之象；三是见于瘀血发热，表现有畏寒发热、有寒热往来、有翕翕发热、有午后发热等，并见瘀血内阻、营卫不和之象。本例之发热，午后尤甚，应辨为湿热之发热较为恰当，加之舌质红、苔黄腻亦是有力佐证。其脉象细弱数，细者阴虚脉道不充，弱者气虚鼓动无力，数者为气阴两虚兼见热象之征。本病病机，一致认为是湿热久羁，气阴两伤，虚实兼夹。至

于治疗,急则治标,回厥防脱,益气养阴;缓则治本,清化湿热,兼补气阴,要求达到祛邪不伤正,扶正不留邪的治疗目的。

郭世滋(北京中医医院):本例证属温病范畴,虚实兼杂,证候复杂,试作如下分析。

辨证:本例临床所见心累、乏力、气短、头昏、尿少、纳差、精神萎靡、表情淡漠、四肢厥冷、突见面色苍白无华、呼吸急促、语声低微、胸闷和心悸反复、口不渴、脉细弱、心音低钝,均为气虚表现;发热一年不愈,反复加重,形体消瘦,肌肤干燥,呈慢性病容,发热午后尤甚,无汗,舌红,脉细数,为阴虚之证。

患者一年前暑热之季下水游泳,地处巴蜀,湿热袭人,感而即发,头痛身困,体倦乏力,长期发热,缠绵不愈,胸闷,苔黄腻,以及肝大肋下1厘米,唇甲青紫,肌肤干燥,口唇发绀,显属湿热及血瘀证候。

根据对本例的以上分析,可以认为:(1)初为外感亦属新感,头身痛,发热,有隐疹。暑湿为毒,毒热袭人,伤人正气,暑为阳邪,伤气伤阴,久病多虚,气阴两伤,乃致气阴欲脱,所见前述气虚和阴虚证候,已属内伤。盖暑湿毒邪为病因,气阴两虚为病本。(2)初病于巴蜀之长夏,反复发作,又加重于长夏,故见胸闷、乏力、头昏、精神不振、纳呆、苔黄腻等湿盛之表现。(3)患者虚实夹杂,既有邪实又有正虚。尿少、纳差属胃气不足,病人中下二焦之象,说明病之后期邪有下传,有由表及里证候。湿热交阻,心之气阴受损,故胸闷、心悸,反复不愈,以至于气血逆乱,气机失调而厥逆。总之,该病例的现证,既有湿热内蕴,又有气阴两伤,而且兼有瘀血。气阴两伤,正气欲脱为急为标;湿热未除,久羁不解,为病之本。

诊断:暑温或伏暑,并发厥脱。

治法:先予回厥救逆固脱,益气养阴固本,待肢暖厥回脱固后,当须将息调治,照顾兼证。急用生脉针、人参针、输液,辅以温灸涌泉,平刺三阴交、足三里,方药可选用菖蒲郁金汤或玳瑁郁金汤加玉枢丹合方化裁:玳瑁,郁金,菖蒲,生姜,竹沥,丹皮,栀子,木通,连翘,野慈菇,灯心,竹叶,滑石,牛蒡子,玉枢丹。

罗侃(辽宁中医学院附属医院):本病比较复杂,病程较长,初期、中期、后期的临床表现差异较大。

中医诊断及诊断依据:本例的中医诊断有三:(1)按热病诊断为伏暑温病;(2)按脏腑主证辨证诊断为心悸;(3)按标本缓急辨证诊断为厥脱。

本例是一年轻女性,初秋山城热气逼人,暑热令

人汗出,患者由于突出水中,暑湿之邪乘机袭表,故见头痛、身困、体倦乏力,2天后突然发热,乃邪正相争之象。此次发病,正逢次年10月,暑气当令,新感诱发伏邪,发为伏暑,故见恶寒无汗。暑为阳邪,又多夹湿,湿性粘腻缠绵,且易耗气伤津,临床表现为高热不退,神疲语微,形体消瘦,舌红苔黄腻。患者反复高热达一年之久,久病热毒瘀阻,血运不畅,故见唇甲青紫,足心发麻。由于热毒蕴结日久,营阴亏损,气机逆乱而出现厥脱,临证所见面色苍白、四肢厥冷、胸闷心悸、头昏尿少、脉细弱而数,均为厥脱的重要表现。

治疗本病,急则治标,救逆固脱为先,至厥回脱固,改用清热解毒佐以活血祛瘀化湿之品:太子参20克,麦冬15克,郁金15克,菖蒲10克(后下),黄芩10克,丹参30克,生苡米30克,鸡内金10克,茅根15克,灵仙15克,焦三仙各15克。

米春辉(天津中医学院附一院):对本案辨证,补充以下几点:

病因:大凡外感热病,引起高热之因,均系温热邪毒所致,其共性在于“毒”,其特点属阳、属热、属实,并贯穿于疾病的全过程,而最易伤阴耗气。本例夹暑、夹湿,热毒湿并重。

病机:温热毒邪最易伤阴耗气,毒邪不除,热邪不清,使气阴不断的耗伤,必至变证丛生。本例邪毒为患,气阴两伤为其主要病机。

辨证:本例毒邪羁留,故高热经久不退,久而阴虚故午后热甚,心之气阴耗伤,心气虚故心悸、气短、精神萎靡、表情淡漠;气血不足故面色无华、形体消瘦;气虚、气机不畅故胸闷不渴、食少纳呆、尿少;气虚血瘀故面苍唇甲青紫。毒邪弛张,气阴耗伤,而正气不支,至气机逆乱,“阴阳之气不相顺接”故头昏、四肢厥冷、呼吸短促、语言低微、脉象细数而弱。综上所述,本证实在毒邪弛张,虚在气阴两伤,本在毒邪不去,标在气阴耗伤,急在证是厥逆,危在正气不支。

治疗经过简介

杜树明(重庆中医研究所):患者入院时证见面色苍白无华,四肢欠温,发热,午后热甚,头昏,恶寒,胸闷,心悸心累,动则尤甚,身软乏力,气短,语音低微,神疲,无汗,纳差,口不渴,二便尚调,舌红苔黄厚腻,脉沉细弱。中医辨证为暑湿久留,气阴受伤。治以清化暑湿,益气养阴,予甘露消毒丹化裁。药用:白蔻仁9克,藿香15克,苡仁30克,连翘20

克, 栀子 9 克, 木通 12 克, 法夏 12 克, 茯苓 15 克, 苍术 9 克, 茵陈 30 克, 银花藤 30 克, 太子参 30 克, 焦三仙各 30 克。水煎, 每日一剂。并肌注板蓝根针每次 4 毫升, 每日 2 次。

入院后第二天, 患者在去心电图室途中, 突然面色苍白, 四肢厥冷, 心累, 心悸, 唇色青紫, 脉细弱数, 即抬送病房抢救。查血压 70/50 毫米汞柱, 脉搏 90 次/分, 呼吸 30 次/分, 表情淡漠, 反应迟钝, 唇指发绀, 心率 90 次/分, 律齐, 心音低钝, 即予低流量给氧, 保暖, 参麦针 20 毫升加 50% 葡萄糖液 40 毫升静注, 枳实针 5 毫升加 50% 葡萄糖液 30 毫升静注。用药后每 5 分钟测血压一次, 依次为 80/60 毫米汞柱, 90/65 毫米汞柱, 用药完后血压为 134/88 毫米汞柱, 仍面色苍白, 手足欠温, 无汗, 口唇青紫, 表情淡漠, 语音低微。心电图提示: (1) 低血钾; (2) 心肌损害。

约 30 分钟后测得血压 74/50 毫米汞柱, 脉搏 78 次/分, 患者稍见烦躁, 续用枳实针 20 毫升加 10% 葡萄糖液 500 毫升静滴, 参麦针 100 毫升加入 10% 葡萄糖液内静滴。每 10 分钟测血压一次, 依次为 80/60 毫米汞柱, 100/70 毫米汞柱, 110/80 毫米汞柱。3 小时后, 患者安静入睡, 血压为 90/60 毫米汞柱, 脉搏 70 次/分, 呼吸 18 次/分, 尿量 150 毫升。5 小时后, 患者面色红润, 述心慌不适, 唇淡, 舌淡红、苔黄腻, 脉细弱, 血压 110/80 毫米汞柱。血电解质检查: 钾 3.7 毫当量/升, 氯 86 毫当量/升。给 5% 葡萄糖生理盐水 500 毫升加 10% 氯化钾 10 毫升静滴。10 小时后, 患者仍述心慌, 胸前区有闷压感。心率 76 次/分, 律齐, 血压 100/60 毫米汞柱, 尿量 500 毫升。继续给参麦针 100 毫升加 5% 葡萄糖生理盐水 500 毫升静滴。12 小时后病情稳定, 血压维持在 110~90/74~60 毫米汞柱之间。次日继续给参麦针 100 毫升加 5% 葡萄糖生理盐水内静滴。

经上述治疗后, 厥逆纠正, 但患者仍感头昏, 不思食, 身软乏力, 发热, 午后热甚, 胸闷, 心悸, 胃脘不适。舌淡红、苔黄厚腻, 脉细弱, 体温 38.5℃。中医辨证仍属暑湿未解, 证情未变, 仍守原方治疗。服上方 5 天后, 患者体温降至正常(36.4℃~37.2℃)。自觉精神转佳, 纳食增加, 二便调, 甘露消毒丹方加味再进。服药 25 剂后, 胸闷、心悸、头昏、发热、畏寒、身软诸症悉除, 复查心电图已恢复正常。住院 26 天, 病愈出院。出院时中医诊断: 外感暑湿发热、心悸、厥逆。西医诊断: (1) 病毒性感染(心肌炎?); (2) 低血钾; (3) 心肌损害。

(出院后半年随访, 身体健康, 恢复工作)

证 治 体 会

郑新(重庆中医研究所): 本例以长期发热, 午后尤甚为其特点, 但须首先辨别是内伤或外感发热。内伤发热又须辨明阴虚发热抑阳虚发热。病人虽然有恶寒发热, 但外感发热时间比较短, 一般而论, 给予辛凉解表之剂不难治愈。但本例发热时间长达一年, 所以我的看法本例发热当属内伤发热范畴, 而内伤发热有湿浊化热、瘀血发热、阴虚发热之分。本例无典型的阳虚症状, 阴虚症状也不明显, 瘀血发热虽有紫绀的表现, 但亦不典型, 故湿浊化热的可能性最大。盖本例病情缠绵, 午后尤甚, 结合本例症候表现, 亦符合湿浊化热。心悸为气阴两虚所致; 厥逆是在气阴两虚基础上而产生。厥逆和厥证不能截然分开, 只不过是程度轻重的不同。本例为厥逆轻证。湿浊化热为病之本, 厥逆为病之标。选参麦针等药先固脱回厥, 厥回脱固后, 采用甘露消毒丹化裁, 清解湿热之毒, 以治其本。本例标本同治, 因而收效较佳。

黄星垣(重庆中医研究所): 根据大家的分析, 本案病情是比较复杂的。其一, 病程较长, 反复发热一年多, 诸药无效, 近一月来, 热度仍在 37.8℃~38.8℃之间, 且发热以午后尤甚, 并见恶寒; 其二, 病势转重, 不仅发热一年未平, 而且近月来新伴胸闷、心悸, 住院第二天还出现厥逆; 其三, 虚实兼杂, 仅以望诊所见, 既有面色无华、表情淡漠的一派虚象, 又见舌红苔黄腻、唇甲青紫的实证表现。

辨析此案, 根据经治医生对治疗经过的介绍, 首先是审清了标本, 其次是细察了虚实, 再就是辨明了外感发热或是内伤发热。所以此案的治疗处理, 先后缓急有序, 理法掌握分明, 选用方药应证, 因而收效较好。综观此案, 病起外感暑湿发热, 虽经长期医治, 其热一直未解, 病者此次求治中医住院, 仍以发热为主证, 以后出现的胸闷、心悸和厥逆, 其中尤以厥逆为急, 均系归咎于发热。故此案之外感暑湿发热乃病之本, 厥逆为病之标; 以虚实而论, 则本病为实, 标病为虚; 观其发热, 起于外感, 反复未平, 且以午后为甚, 并见恶寒, 舌红苔黄腻, 故仍系暑湿发热内蕴未解之候, 非内伤之虚热。所以治疗处理, 选用了《温热经纬》的甘露消毒丹, 化浊利湿、清热解毒以治其本; 选用药专效高的枳实针和参麦针静脉给药, 活血益气救逆, 急治其标。如此标本同治, 虚实兼顾, 经多途径、多制剂的综合处理, 把运用传统理论指导与更新投药手段结合起来, 从而发挥了中医急救治疗的潜力和优势。这是本案收到显效的重要原因。

(出院后半年随访, 身体健康, 恢复工作) <http://www.cnki.net>