

后, 5 日内高热退尽, 未再反复, 可说明此乃中药之疗效, 而不是疾病之自愈。本案长期高热是由湿热所致, 其依据是: (1) 患者素有心慌、心累, 曾一度出现双下肢水肿, 说明其素体阳虚, 内湿较重; (2) 八月发病, 长夏多暑湿之邪; (3) 起病缓、病程长, 热势缠绵, 病情迁延。湿热病治疗较难, 其要旨在于辨清湿与热孰轻孰重以及侵袭部位等, 然后方能恰当地选方用药。本案在辨证论治过程中, 初期因没有把握住此点, 辨为热重于湿, 而选用了甘露消毒丹加清热解毒之品以及静滴解毒清热之清开灵, 清气解毒针等, 由于用过苦寒, 损伤脾胃, 致腹痛腹泻, 而热邪不退。继而根据少腹胀痛, 尿赤涩痛, 发热微恶寒, 误认为湿热之邪蕴结于下焦, 更方柴芩汤加大量清利湿热之品, 日进 2 剂, 用药 10 日, 热势不衰, 究其原因, 仍在于未辨清湿热的轻重及其病位的所在。最后根据病程中偶有恶寒、肢体倦怠、少气懒动、汗出而热不解等症, 辨为湿热之邪仍羁留在肺卫肌表经络; 根据口干不思饮, 纳食欠佳, 重用苦寒则腹痛腹泻, 苔黄厚腻不燥, 辨为中焦脾胃之湿热似较为重; 根据少腹胀, 尿赤涩痛, 辨为湿热已流注下焦。总之, 本案证属湿热弥漫三焦, 充斥表里内外, 兼以久病气血虚弱, 热久耗伤气阴, 因而选用当归拈痛汤加减, 既有扶正祛邪之功, 又能分解上、中、下三焦的湿热。用药之后, 效如桴鼓, 5 日高热退净, 未再反复。可见把握湿热病中湿与热孰轻孰重, 以及湿热之邪侵袭的部位, 是

治疗湿热病的关键所在。

从本案的诊断和治疗过程来看, 辨病是非常重要的。本案病史中有两个突出的特点: 一是肺底有少许湿罗音, 而患者无咳嗽、咯痰等呼吸道症状; 二是患者有风湿性心脏病史, 却无肢体及关节疼痛等症状; 故诊断为风心病伴肺部感染, 而没有考虑风湿病活动期。开始着重清热解毒治肺, 结果肺部罗音消失, 但高热及其它症候均无改变, 说明本案的肺部感染并不是致热的主要原因。直至患者入院 18 日后, 才结合本案的风湿性心脏病史、感冒后加重、反复发热、多汗、进行性贫血、心率快(120 次/分)、血沉加速(64~68 毫米/小时)、白球蛋白比值倒置、 γ 球蛋白升高及部分风湿病患者有可能无关节疼痛红肿、抗“O”可以不高, 而诊断为风湿病的活动期, 明确了治疗方向。风湿病类同中医的痹证。《素问·痹论》云:“痹……或痛或不痛, 或不仁, 或寒或热, 或燥或湿, 其故何也? ……其不痛不仁者, 病久入深, 营卫之行滞, 经络时疏, 故不通。”可见痹证亦可没有关节疼痛。《景岳全书·论痹》曰:“此外如五脏六腑之痹, 则虽以饮食居处皆能致之, 然必重感于邪, 而内连脏气, 则合而为痹矣。”《素问·痹论》曰:“脉痹不已, 复感于邪, 内舍于心”则成心痹。故本案的主要诊断应是湿热痹。此诊断一经明确, 即选用了当归拈痛汤加减, 3 月余的高热, 5 日即解, 充分说明了辨病与辨证论治相结合, 是治疗疑难重症的有效方法之一。

中药治疗新生儿眼底出血 30 例

中国福利会国际和平妇幼保健院儿科 陈蕙英 施安安

由于新生儿视网膜血管在解剖上和脑血管关系密切, 眼底出血可以认为是颅内出血的一个征兆。本院自 1983 年 8 月至 10 月, 收治新生儿眼底出血 30 例, 报告如下。

一般资料: 30 例中自然分娩 25 例, 钳产 4 例, 剖腹产加钳产 1 例; I 度出血 12 例, II 度 6 例, III 度 12 例。

治疗方法: 随机分为三组, 云南白药组 10 例, 1/30 瓶溶于 5 毫升糖水口服。活血化瘀中药组 10 例, 丹参、桃仁、赤芍、花蕊石各 7.5 克, 浓煎至 50 毫升, 分次口服, 日服一剂。另设空白对照组 10 例。

治疗结果: I 度眼底出血 12 例, 每组 4 例, 均在

3 天内吸收。II 度眼底出血 6 例, 每组 2 例, 云南白药组分别在第 3 及第 5 天吸收, 活血化瘀中药组分别在第 4 及第 6 天吸收, 对照组分别在第 2 及第 7 天吸收。III 度眼底出血 12 例, 每组各 4 例, 云南白药组分别在第 3、4、5、7 天吸收, 活血化瘀中药组分别在第 3、4、6、6 天吸收, 对照组分别在第 4、4、6、8 天吸收。

本文三组治疗结果在出血吸收时间上, 无统计学意义, 可能与例数较少有关。但 III 度出血的 12 例中, 对照组开始吸收时间比服药组晚 1 天, 完全吸收时间比服药组晚 1~2 天, 似可说明中药治疗新生儿眼底出血有继续观察、积累资料的必要。