

病 案 讨 论

高 热、心 悸、尿 痛 案

重庆市中医研究所 郑 新整理

病 历 摘 要

伍××，男，51岁，已婚，工人，汉族。入院日期：1983年11月9日。住院号：43583。

主诉：心慌心累20余年，反复发热3月余，加重3周。

发病及治疗经过：患风湿性心脏病20余年，每因遇凉或劳累后病情反复，曾一度出现双下肢水肿。3月前患者因感冒而发热，服药后热退，停药后体温复升，如此反复两月余。近3周来病情加重，发热、心悸、心累、短气乏力，查白细胞11,200/立方毫米，嗜中性96%，门诊以“风湿性心脏病”收住入院。

现在症：但热不寒（午后为甚），口干不思饮，汗出热退，继而复热，心慌心累，短气乏力，心烦，肢节不痛，少腹胀，尿赤涩痛，纳食欠佳，大便不爽。

既往、个人及家族史无特殊。

望诊：精神倦怠，面色晄白，目珠不黄，肌肤欠润，四肢关节无红肿，指甲苍白，舌质淡红、无瘀点、苔黄厚腻不燥。

闻诊：语音低微，呼吸稍快，口出臭气。

切诊：肌肤灼热，脉洪数无力。

查体：体温39℃，呼吸25次/分，心率120次/分，血压130/50毫米汞柱。发育正常，营养欠佳，神清合作，自动体位，慢性贫血貌，皮肤萎黄，无黄疸及斑疹，浅表淋巴结无肿大，结合膜苍白无瘀点，咽不充血，扁桃体不大。双肺叩诊清音，两侧呼吸动度一致，双肺底可闻少许湿罗音，心尖搏动在第五肋间隙左锁骨中线上，搏动弥散，未扪及猫喘，心界向左扩大，心律齐，心尖区可闻双期杂音。肝脾未扪及，膀胱区有轻压痛，双肾区无叩痛，肠鸣音活跃。四肢关节无红肿，屈伸自如，双下肢无压痛。神经系统无病理反射。

实验室及其它辅助检查：血白细胞11,900/立方毫米，中性96%，淋巴4%；红细胞277万/立方毫米；血红蛋白8.6克%。血沉64毫米/小时。尿蛋白

少许、白细胞(+)、上皮细胞(+)、色黄。尿细菌定量培养2次均无细菌生长。尿1小时白细胞排出数15,000个。尿查抗酸杆菌3次(-)。麝香草酚浊度试验、锌浊度试验、谷丙转氨酶均正常。血清白蛋白和球蛋白比例1.9/3.28克%。HBsAg(R-PHA)(-)，总胆红素0.2毫克%，1分钟胆红素0.35毫克%。蛋白电泳：白蛋白43.47%，球蛋白 α_1 6.71%、 α_2 13.99%、 β 10.87%、 γ 24.96%。肥达氏反应(-)。抗链球菌溶血素“O”500单位以下。类风湿胶乳试验(-)。抗核抗体(-)。胸片示右中下肺纹理略显增多，心脏向两侧明显增大，以左侧为著，心尖圆隆，心腰深，升主动脉阴影加宽，左前斜位示心后间隙消失，心后缘与胸椎重叠。食道钡餐造影示左心房食道压迹不明显。心电图示左室肥大伴劳损。

西医诊断：风湿病、风湿性心脏病（活动期）、继发性贫血。

中医诊断：湿热痹、心痹、血虚。

辨证论治讨论

周百川：患者长期高热，汗出热退，继而复炽，苔黄腻，脉洪数无力，均系病在气分、湿热羁留之症，辨证当识湿、热二者孰重孰轻。口臭、心烦、肌肤灼热欠润、脉洪数为阳明胃经有热；少腹痛、尿赤涩痛为湿热蕴结下焦；口虽不渴，但苔黄腻，结合脉象，可知本案证属热重于湿。治以苦寒燥湿、淡渗利湿为法，可选银翘白虎汤去梗米，加栀子、通草、淡竹叶、黄芩、芦根等。

陈兴骧：本案有风湿性心脏病，患者平素心慌、心累，此次因感冒病情加剧，反复高热，迁延3月不愈，而无恶寒。仲景曰：“发热不恶寒者为温病”。温病分温热与湿热两大类，根据患者的症候特点，本案当为湿热病。患者虽无关节疼痛，结合其素有心慌、心累、遇凉或劳累后加重、面色苍白、易汗、脉数等症候，似还应考虑痹证的诊断，痹证不解，复感外邪，客之于脉，内舍于心，而形成脉痹、心痹之证，辨证

当为湿热内蕴, 气血不足。

张右孚: 本案症候可归为两类: 一属实, 已如前述: 一属虚, 如心慌、心累、气短乏力、面色㿠白、精神倦怠、少动懒言、语声低微、舌质淡等, 故为虚实兼夹之证。结合本案发病缓慢, 病程较长, 又是虚实兼夹之证的特点。其发热当为杂病发热, 诊断当为杂病之湿热证, 辨证论治亦应按杂病分析处理。其发病机理是, 宿疾伤正, 复感风湿之邪, 外邪与内湿(曾见双下肢水肿)相合, 阻遏卫阳, 故致感冒初起发热; 因风性轻扬, 易为表药所解, 而湿性重浊粘腻, 较难剔除, 留于体内, 蕴久化热, 湿热之邪蕴蒸于外, 则冲热不恶寒; 湿郁热蒸, 则口干不思饮; 热随汗泄, 则热可暂退, 然湿热胶结, 湿邪未除, 故退而复热; 热邪外达肌肤, 则肌肤灼热; 湿热下注, 膀胱气化不利, 则少腹胀痛, 尿赤涩痛; 热扰胸膈则烦; 湿热留恋, 阻碍脾胃运化, 心失供养, 心气、心血不足, 则心慌、心累、短气乏力、面色㿠白、精神倦怠、语音低微; 湿热浊气上熏则口臭。治疗当重在清利湿热, 佐以补益心气心血。

王毅刚: 本案治疗当辨标本。标是湿热, 二邪并重; 本是宿疾, 热伤气阴, 气血不足。急则治其标, 当以祛除湿热为首务, 宜予芳化甘寒之品, 渗利湿热, 可选用苍术、薏仁、杏仁、茯苓、通草、连翘、竹叶、银花、麦冬、六一散等, 亦可并用参麦针静注以扶正。

冯涤尘、罗翌、杜晓红: 本案系因湿热久羁, 蕴结气分, 损伤气血所致。故当以除湿清热为主, 佐以益气养血, 恐常用之甘露消毒丹、王氏连朴饮、黄芩滑石汤罔效, 用《医学发明》之当归拈痛汤治之较妥。方中当归养血活血; 党参、二术、甘草益气健脾除湿; 羌活、防风祛风胜湿; 猪苓、泽泻渗湿于下, 使湿从小便而解; 知母、黄芩、苦参、茵陈清热除湿; 升麻、葛根解肌去毒, 升发脾胃之阳, 若脾胃健运, 则水湿、湿热自能清除矣。

喻全渝: 本案病史有如下特点: 一是虽无关节疼痛, 但据其20年的风心病史可推测有痹证史; 二是表现为持续性、长期发热, 日晡为甚, 且汗出不退; 三是感冒于夏暑; 四是既有心肺症候, 又有脾不健运、胃热蒸腾、膀胱湿热之症; 五是虚实兼夹; 六是发热3月, 加重3周, 既未见温病卫气营血或三焦的传变见证, 亦未见伤寒之循经传变的特点。故本案可诊断为发热、心悸、心痹。其病因当属湿热为患, 因三焦脏腑俱病, 且无一突出, 似可认为湿热二邪并重, 其病位涉及到心、肺、脾、胃、膀胱, 但以脾胃与膀胱的湿热为重。

治疗经过

杜树明: 11月9日入院首次辨证为湿热内蕴, 气血不足。以清利湿热为法, 先治其标, 顿挫热势。选甘露消毒丹加鱼腥草、虎杖、石膏, 日1剂; 大黄粉1.5克口服; 清开灵40毫升静滴。热退复升, 体温38.9℃。次日改用苍术白虎汤加太子参、银花、连翘、鱼腥草、黄芩、青蒿, 日进2剂, 4小时一服。连服2日, 病未瘥。11月13日上方去鱼腥草、黄芩, 加桂枝、白芍、生地、丹皮, 以清热凉血、调和营卫; 川芎嗪40毫克静滴, 以活血通络。用药2日, 肺部罗音消失, 但热势依然如故, 体温39℃, 不畏寒, 面苍白, 苔黄厚、舌质淡红少津, 脉细数, 辨证为湿热内蕴、气血不足, 上方加黄芪、当归以补益气血、扶正祛邪。至11月16日, 热仍不退, 加用清气解毒针400毫升, 参麦针30毫升静滴, 亦未能退热。11月18日高热39℃, 微恶寒, 腹痛便溏, 少腹胀痛, 尿赤涩痛, 苔黄腻、质淡, 脉弦细数。辨证为湿热蕴结下焦, 表里同病, 改用柴苓汤加减(柴胡、黄芩、银花藤、花粉、车前草、石韦、茯苓、地骨皮、土茯苓、太子参、石斛、青蒿等), 并加用清开灵、柴胡针、黄连碱等。治疗10日, 体温仍在39℃左右波动, 最高可达40℃。11月28日科室会诊, 认为患者素有风心病史, 反复长期发热, 汗出而热不解, 颜面苍白, 进行性贫血, 血红蛋白总数11,900/立方毫米, 中性96%, 血沉68毫米/小时, 脉率100~120次/分, 虽无关节肌肤疼痛, 仍可诊断为风湿病活动期, 应属中医湿热痹范畴。其肢体倦怠, 少气懒动, 乃湿热之邪尚未全入于里, 肌肤经络仍有湿浊留恋之征。故改用当归拈痛汤加减, 以解表里内外、三焦弥漫之湿热。药用当归10克, 羌活、防风、白术、知母各12克, 银花藤、苦参、猪苓、太子参各30克, 茵陈、葛根、泽泻各24克, 生地15克。日进2剂, 停用其它药物。服药后体温逐渐下降, 5日复常, 未再反复, 除动则心悸外, 余症悉除。遂改为日进1剂, 并加用参麦针(30毫升溶于50%葡萄糖水中)静脉注射日1~2次。住院后48日复查血红细胞286万/立方毫米, 血红蛋白10.3克%, 白细胞及血沉均恢复正常。胸片及心电图复查结果, 与入院时对比, 无明显改变, 心率86次/分。

证治体会

郑新: 本案是一例长期发热的病人, 在院外反复高热3月余, 入院又持续高热20日, 经改用当归拈痛汤

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, 剖宫产加钳产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。