

病例讨论

重症肺炎、早期败血症、中毒性心肌炎、
早期弥漫性血管内凝血病案

高荣林* 徐凌云* 整理

主题词 重症肺炎/中医药疗法 败血症,早期/中医药疗法 心肌炎,中毒性/中医药疗法 弥漫性血管内凝血早期/中医药疗法

1 病历摘要

许某,男性,33岁,病历号050982,入院时间1994年3月14日10时30分。主诉:间断发热半月,高热咳嗽1周。现病史:患者于半月前长途旅行后不慎受凉出现发热恶寒,鼻塞流涕,自服“感冒通”,“感冒清热冲剂”无明显效果。1周前发热加重,体温持续在 $39\sim 40^{\circ}\text{C}$,咳嗽,胸闷,乏力,自服“螺旋霉素”无效,于1994年3月12日到我院急诊留观。查血红细胞 $3.41\times 10^{12}/\text{L}$,血红蛋白 $121\text{g}/\text{L}$,血小板 $55\times 10^9/\text{L}$,白细胞 $8.4\times 10^9/\text{L}$,中性0.76;尿蛋白(++),红细胞(+++),尿红细胞形态正常。胸片示:两下肺感染,并反应性胸膜腔少量积液。急诊以“(1)肺部感染;(2)血小板减少性紫癜;(3)紫癜性肾炎”留观。予清热解毒中药及抗感染、止血西药治疗,高热不退,达 40.6°C ,为进一步诊治收入内三科病房。现病人高热不退,恶寒,头痛,咳嗽,胸闷心悸,痰白粘,不易咯出,腰酸痛,乏力,汗出,口苦口干欲饮水,纳呆,大便稀溏,小便黄赤、浑浊。

既往史:1980年曾患“甲型肝炎”,后治愈;近3个月来刷牙时常出现齿龈出血;否认有心脏病、肾脏病、高血压病、糖尿病、结核病史。无药物过敏及食物过敏史。否认有家族遗传病史。

中医检查:神识清楚,精神不振,面色萎黄,略带潮红,双目有神,形体消瘦,体态自如。语言清晰,气粗息促,时有咳嗽,咳声重浊。皮肤潮湿多汗,胸背腹部及两腋下可见散在暗红色皮疹,双下肢有散在针尖样斑点。舌质红、舌底脉络色暗红、舌苔薄黄、中部焦黄。六部脉象均为滑数。目窠微肿,白睛红丝隐隐,咽红,左乳蛾稍大。

体格检查:体温 40°C ,心率120次/分,呼吸24次/分,血压 $16/11\text{kPa}$ 。神志清楚,精神不振,发育正常,营养中等,急性热病面容,自动体位,查体合作。全身皮肤粘膜无黄染,胸背腹部及两腋下可见散在暗红色皮疹,双下肢散在针尖样出血点,全身浅表淋巴结未及肿大。双瞳孔等大正圆,对光反应存在,双眼睑及颜面浮肿,双球结膜轻度水肿,口唇无明显紫绀。咽部充血,悬壅垂右偏,左扁桃体II度大,右扁桃体I度大。颈软,无抵抗,气管居中,甲状腺不大。胸廓对称无畸形,双肺呼吸音粗,两下肺可闻中、小水泡音,心界无扩大,心率120次/分,律齐,心音较低钝,各瓣膜听诊区未闻及病理性杂音。腹软,肝脏肋下1指,质中等,触痛、叩击痛(±);脾未触及;双肾叩击痛(±)。脊柱四肢无畸形,双下肢轻度可凹性水肿。神经系统检查,生理反射存在,病理反射未引出。

实验室检查:血常规:红细胞 $2.88\times 10^{12}/\text{L}$,血红蛋白 $97\text{g}/\text{L}$,血小板 $40\times 10^9/\text{L}$,白细胞 $8.6\times 10^9/\text{L}$,中性0.69。出血时间1min,凝血时间1.5min。尿常规:蛋白(++),红细胞(+). 血液生化检查:丙氨酸氨基转移酶 $1060\text{nmol}\cdot\text{S}^{-1}/\text{L}$,天门冬氨酸氨基转移酶 $2100\text{nmol}\cdot\text{S}^{-1}/\text{L}$,肌酸激酶 $6994\text{nmol}\cdot\text{S}^{-1}/$

* 中国中医研究院广安门医院,北京市宣武区北线阁(100053)

收稿日期:1997-05-12

L, 乳酸脱氢酶 $5317\text{nmol} \cdot \text{S}^{-1}/\text{L}$ 。血清钾 3.2mmol/L , 血清钠 128mmol/L , 血清氯 93mmol/L 。

胸片:两下肺感染,并反应性胸膜腔少量积液。

心电图:窦性心动过速(136 次/分),心电图轴不偏,S—T段 V_2 抬高 $=0.3\text{mV}$ 。

心脏超声:左室轻度扩大,心包少量积液,心功能正常,双侧胸腔积液。

入院诊断:中医诊断:(1)咳嗽(肺热壅盛);(2)血证(热伤血络)。西医诊断:(1)肺部感染;(2)血小板减少原因待查;(3)胶原性疾病。

治则:中医清热解毒,凉血止血。西医抗感染。

方药:(1)5%葡萄糖 500ml 加清开灵 30ml 静滴,每日 1 次。(2)10%葡萄糖 500ml 加维生素 C5g、10%氯化钾 10ml、氨苄青霉素 9g,静滴,每日 1 次。(3)链霉素 0.5g,肌注,每日 2 次。(4)酒精擦浴,头枕冰袋,消炎痛栓 50mg 纳肛以退热。(5)云南白药胶囊 2 粒,每日 3 次。(6)中药汤剂:银花 15g,连翘 15g,竹叶 15g,生石膏(先煎)30g,麦冬 15g,法半夏 9g,山栀 12g,柴胡 12g,黄芩 12g,小蓟 30g,芦茅根各 20g,天竺黄 12g,知母 15g,贝母 15g,石韦 20g,丹皮 15g,六一散(包)12g。2 剂,水煎服,每日 1 剂。

2 第 1 次病例讨论(1994 年 3 月 14 日 15 时 30 分)

张大荣主任医师:患者主要症状为高热、全身乏力、无明显寒战,起病时间不明确,无明显胸痛,有感冒史,有呼吸道症状和体征;胸片示两下肺感染,并反应性胸腔积液;超声心动示心包积液,胸腔积液。综合症状体征,首先考虑有呼吸道炎症;其次,病人肝肋下 1 指,既往有肝炎病史,有食欲不振、乏力症状,丙氨酸氨基转移酶、天门冬氨酸氨基转移酶等升高,又有长途旅行劳累之诱因,对抗生素不甚敏感,故不能除外病毒性肝炎;第三,不能除外肺结核,但结核病灶多为局灶性,本病两肺皆有罗音,均有炎性改变,这是不支持结核之处;第四,不符合过敏

性紫癜性肾炎,患者血小板低,而紫癜性肾炎血小板正常。病人症状结合其舌红苔黄腻,脉滑数,辨证为湿热中阻,治疗应注意清热利湿;可加大清开灵用量至 60ml。

宋家玖主任医师:患者主要表现为内热之证,具体发热日期、进展过程则不甚明确。现发热、咳嗽、胸闷,舌红苔薄黄腻,脉滑数,两肺有湿罗音,肝大,有肝炎病史,故应考虑肺部感染和病毒性肝炎。心肌酶谱天门冬氨酸氨基转移酶、丙氨酸氨基转移酶、乳酸脱氢酶、肌酸激酶均升高,且天门冬氨酸氨基转移酶大于丙氨酸氨基转移酶;心音低,心率快,心悸胸闷,全身乏力,有左室轻度增大及心包积液,可考虑“病毒性心肌炎”,且很可能是肝炎病毒。还应该考虑到伤寒的可能性,但无相对缓脉,应查血培养、肥达氏反应。

李秀英副主任医师:本病例特点为:(1)年轻男性,体质较弱,高热呈稽留热型。(2)多脏器损害:肝脏,肋下 1 指可及,边缘锐利,质地中等;肺脏,两肺呼吸音粗,两下肺湿罗音,胸腔积液;心脏,左室轻度扩大,心包积液,心率快;心肌酶升高;肾脏,尿蛋白(++) ;血液系统,红细胞、血红蛋白、血小板降低,白细胞总数正常,中性粒细胞偏高,皮下有出血点。(3)使用抗生素效果不佳。故考虑胶原病,建议查血沉、蛋白电泳、抗核抗体、抗双链抗核抗体。患者体质差,年轻,不除外结核病,注意复查胸片,必要时予实验性治疗。不同意“血小板减少性紫癜”和“紫癜性肾炎”的诊断。关于电解质与酸碱平衡,血清钾、钠、氯较低、代谢性酸中毒明显,考虑为入量不足,尿少所致,为肾前性因素,可通过调整入量,补充电解质,以增加尿量,纠正代谢性酸中毒。目前不能除外结核,故近日内不考虑用激素治疗。

高荣林主任:本例高热汗出不解,其病来势凶猛,病情重笃,诊断不甚清楚,故我建议请院内专家会诊讨论。病人热势不退,身有汗出,无明显恶寒,咳嗽,咽红口渴,身有皮疹,舌红脉数,属急性热病,这样的病人不宜诊断为“咳嗽”,宜从温病角度来考虑其中医诊断。春月受

风,其气已温,感受风热病毒而为病,应定为“风温”。患者初起有卫分表现,虽发病于春季,而伤阴症状不明显,故非感受温热病毒,不属《内经》“冬不藏精,春必病温”者,所以可与春温相鉴别。风温以卫气营血辨证。本病高热,汗出,咳嗽,胸憋闷,心悸心烦,咽红口渴,苔黄脉数,是邪热壅肺的表现,属气分证。身热,咳嗽,胸闷,胸背腹及两腋下见红疹,是肺热波及营分,窜于血络之象。因此治疗本病应以清宣肺热,兼以凉营透疹为法。本病损伤所及肺、肝、心、肾多个脏器,病情较重,应予充分认识,下病重通知。

薛伯寿主任医师:患者高热,咳嗽,咽红而痛,烦躁,夜间为甚,口干口苦,舌略红苔黄微腻、根部略带灰苔,脉滑数,病属风温,考虑风温夹湿。舌质略红而非红绛,斑疹目前尚不明显,按温病卫气营血辨证,当属邪在气分,尚未入营血。本病应与春温相鉴别。春温为伏气温病,一发病即为里热炽盛,有明显阴伤表现。本患者发病之初有发热恶寒、鼻塞头痛等表证的表现,目前伤阴症状不明显,也未出现夜间心烦不寐、神昏谵语等症状,不属春温。本病风温夹湿,应与湿温相鉴别。湿温发于长夏多湿季节,目前为春季,季节不符;湿温胃肠症状很明显,当有恶心呕吐、纳呆腹胀、大便不爽、舌苔厚腻等湿阻表现。本患者苔稍腻,肠胃症状不明显,不是湿温。因此,本病属风温夹湿,邪在气分,治疗当以宣肺透邪、清热解毒为主,处方如下:炙麻黄 8g,杏仁 12g,生石膏(先下) 30g,银花 15g,连翘 15g,玄参 12g,蝉衣 4g,僵蚕 10g,黄芩 15g,焦山栀 10g,豆豉 15g,生甘草 6g。4 剂,每日 1 剂,分 3 次服。同时应注意护理,勿使汗出过多。

3 第 2 次病例讨论(1994 年 3 月 17 日 13 时 30 分)

张淑文主任医师(北京友谊医院):本病例特点:(1)年轻男性。(2)有“上感”病史,发病之初有发热、恶寒、鼻塞、头痛、咽痛等症状。(3)目前主要表现为高热、咳嗽、咯痰,胸片提示两下肺实变影。故考虑为急性感染,具体部位是两肺炎症。患者持续高热不退,需警惕败血症。其眼球结膜充血明显,考虑为球菌引起的败血症

可能性大;血白细胞不是很高,故不一定是金葡菌败血症。建议反复做血培养,若血培养阳性,可确诊。因已使用抗生素,血培养阳性率下降,故血培养阴性。根据其临床表现,亦不能除外早期败血症。该病人多脏器损害,曾考虑胶原病,但我看不象,因为是急性起病,可进一步查免疫球蛋白、蛋白电泳、抗核抗体亚类,以除外胶原病。从胸片来看,以肺门为中心两肺纹理增粗,两下肺小片阴影,肋膈角变钝,可除外粟粒性肺结核,也可除外金葡菌肺炎和军团菌肺炎,可再查血清军团菌抗体。本例病人血小板低,为感染所致。重症感染时细菌、内毒素亦启动凝血系统,使凝血机制亢进,处于高凝状态,消耗凝血因素,所以血小板水平反映感染中毒程度。诊断:(1)双肺重症肺炎;(2)早期败血症;中毒性心肌炎,早期弥漫性血管内凝血。治疗:(1)针对原发病积极抗感染;(2)注意保护各脏器功能;(3)清热解毒中药可加用活血化瘀之品,促进炎症吸收;病人有腹胀症状,大便虽稀,但不畅,应加强通腑,可予生大黄 9g;(4)针对感染发热,不宜用解热镇痛西药,应以中药为主,清热解毒配合通里攻下。中药“三宝”效果不错,高热不退时可予安宫牛黄丸,配合物理降温。

4 治疗结果

病人自 1994 年 3 月 14 日晚开始,服用薛伯寿主任医师的宣肺透邪、清热解毒方,3 月 17 日 8 时体温降至 37.5℃,晚间 20 点时体温升至 38.5℃,精神好转,微有汗出,咳嗽、胸闷、心悸、气短诸症均有减轻,食欲增加,大便通畅,舌略红苔薄黄腻,脉滑数。3 月 18 日,发热已退,全天体温最高为 36.9℃,咳嗽减轻,全身乏力,口唇干,口苦,胸胁胀满不适,纳谷少,舌偏红、苔薄黄少津,脉转细数。薛伯寿主任医师再诊时,认为余邪未净,气阴已伤,治以清透余邪为主,佐以养阴益气法,以竹叶石膏汤加减。处方:竹叶 6g,生石膏(先下) 15g,天花粉 12g,麦冬 12g,沙参 12g,桑叶 8g,浙贝母 10g,黄芩 15g,杏仁 10g,蝉衣 4g,僵蚕 10g,半夏 8g,连翘 15g,生甘草 8g。嘱谨防食复。

经查血培养(-),肥达氏反应(-),血沉

20mm/h,血清总蛋白 6.5g%,白蛋白 4.5g%,球蛋白 2.0g/h,抗核抗体(-),免疫球蛋白 IgG7.59g/L,IgA1.06g/L,IgM1.38g/L,纤维蛋白原 295mg%,血清钾 4.5mmol/L,血清钠 139mmol/L,血清氯 100mmol/L,红细胞 $4.09 \times 10^{12}/L$,血红蛋白 144g/L,血小板 $253 \times 10^9/L$,白细胞 $7.4 \times 10^9/L$,中性 0.35,痰培养(-),军团菌抗体(-),丙氨酸氨基转移酶 $500\text{nmol} \cdot \text{S}^{-1}/L$,天门冬氨酸氨基转移酶 $733\text{nmol} \cdot \text{S}^{-1}/L$,乳酸脱氢酶 $3584\text{nmol} \cdot \text{S}^{-1}/L$,心电图大致正常,胸片示两肺感染及胸腔积液吸收,超声示心脏正常。症状消失,1994 年 4 月 8 日临床痊愈出院。

5 几点思考

危重疑难病例讨论,是中医病房管理的重要举措之一。病例讨论,就要深入了解疾病的表现,研讨病证辨治规律,集众人的经验和智慧,排疑解难拯救危厄,以充分发挥中医优势,提高中医学术水平。讨论中的各种不同见解,均发源于其深厚的临床积累,从不同侧面给我们以启发,对于开拓思路,活跃学术空气,认识疾病的本质,培养中医后继人才,大有裨益。

由于现代急诊医学的迅速发展,中医治疗急性热病的阵地已有所萎缩。尤其一般内科医

生,因接触慢性病,疑难病为多,往往娴熟于内科疾病的诊治,恒用脏腑辨证方法。对于温病和卫气营血辨证,似较生疏了,应该引起我们的警觉。本例入院初步诊断为:“(1)咳嗽;(2)血证”,即反映了这一现象。

温病是感受四时温热病毒所引起的急性热病,一般多起病急暴,病势凶险,病情危重,变化迅速。叶天士《外感温热篇》说:“大凡看法,卫之后方言气,营之后方言血。在卫汗之可也,到气才可清气,入营犹可透热转气……,入血就恐耗血动血,直须凉血散血……。否则前后不循缓急之法,虑其动手便错,反致慌张矣”。走马治温病,必须抓住病机,及时治疗。本例病人 3 月 14 日 10 时 30 分入院,当天 15 时 30 分即组织病例讨论;中药取效后,3 月 18 日其病证有变,效亦更方,均反映了温病诊治的特点。

本例诊治,采用“中西医结合”,综合治疗的方法,反映了现代中医病房诊治急危重症和疑难病的现状。明确中医病证诊断和西医药学诊断,采取中西医两种治法,尽量发挥中医药治疗急危重症和疑难病的优势,是必由之路。但中西医如何结合,中西药共用的协同与拮抗作用,怎样发挥中医药优势,提高病房中医药使用率及发展中医学术等问题,均值得研究。

征 稿

《中医杂志》自 1998 年起,将开辟“病例讨论”新栏目,特征稿如下:

(1)近年在病房里曾经讨论过的有西医明确诊断的病例。

(2)病历记录完整。

(3)在会诊时突出中医辨证施治的讨论(可以有不同看法),对提高读者临床辨证水平有一定启迪。

(4)讨论中决定所用的治疗方法结果如何。最好前后都有检验等检查指标对比。

(5)附有单位证明。

来稿请寄北京市东直门内北新仓 18 号中医杂志社 9 号编辑收,邮编:100700。

中国中医研究院培训中心 1998 年招生通知

中国中医研究院是中国中医药研究中心和医疗教学的重要基地。我中心依托中国中医研究院科研医疗教育的优势,为国内外广大医务工作者提供一个学习深造交流的机会,帮助他们提高中医药理论和医

疗水平,更好地服务于患者。

1. 任志远中国传统针灸刀(即小针刀)疗法;薛立功古长青针疗法的现代临床应用专题研修班,适应证:经筋顽痹、腰腿疼痛、颈椎病、肩周炎、骨质增生、椎间盘突出等近 30 种病证。该班由二位教授主讲示教。学习时间:1998 年 3 月 6 日至 3 月 12 日;1998 年 8 月 10 日至 8 月 16 日,学费 680 元。2. 高级中医肾病学、中医智慧学研修班;传统中医药治疗肾病疗效优势突出,且日益引起国际学术界的重视,为充分发挥中国中医研究院肾病学科和优势,我中心特举办此班。该班重点介绍我院著名肾病学专家时振声教授的学术思想、常见肾病的中医治疗经验以及我院研究治疗肾病的新进展、新思路、新方法等。学习时间:1998 年 3 月 17 日至 3 月 23 日;1998 年 8 月 21 日至 8 月 27 日。学费:680 元。3. 全国高级中医进修班:学心时间:1998 年 3 月 24 日至 4 月 5 日;1998 年 8 月 28 日至 9 月 8 日。学费 680 元。4. 全国继承名老中医经验研修班:学心时间:1998 年 4 月 6 日至 4 月 17 日;1998 年 9 月 10 日至 9 月 21 日。学费:680 元。5. 全国高级中医肛肠病研修班;学习时间:1998 年 4 月 20 日至 4 月 29 日。学费:680 元。6. 全国高级推拿按摩研修班;学习时间:1998 年 5 月 4 日至 5 月 15 日。1998 年 10 月 5 日至 10 月 16 日。学费 680 元。7. 全国高级针灸临床应用研习班;学习时间:1998 年 10 月 18 日至 10 月 29 日。学费:680 元。以上各班学习结业后颁发结业证书。食宿统一安排,费用自理。联系地址:北京东直门内北新仓 18 号中国中医研究院培训中心。邮政编码:100700。联系人:沙力、狄福金。电话:(010)64075193、64062096。

(广告编号:9801-15)