

病例讨论

恶寒发热、全身酸痛乏力、身目发黄病案

吴国伟* 杨维亮* 姚文范* 张荣贵* 整理

主题词 发热/诊断 疲劳/诊断 黄疸/诊断

1 病历摘要

患者,男性,42岁。因恶寒发热、全身酸痛乏力6天而于1997年8月7日入院。患者近日农忙,一直在田间劳作。于6天前突然出现恶寒,虽覆被不能缓解,翌日发热,以午后为甚,少汗,全身酸痛,但以腿及腰背部为著,头身沉重如裹,乏力,逐渐加重,甚则不能行走,胸闷脘痞,但无厌油感,而在当地诊治考虑为“感冒”而予以青霉素及能量合剂治疗后,出现身目发黄,小便短赤如酱油色,乏力加重,故来本院求诊。现症:恶寒发热,汗出不解,全身酸痛乏力,胸痞腹胀,身目发黄,便干,溺赤如酱油色,呕恶,尿量每日大于400ml。无呕血及黑便,无咳嗽及咽痛,无惊厥抽搐。20年前曾因胆道蛔虫症而行手术治疗。腰背及双腿压痛明显、拒按,舌红绛、苔黄腻,脉濡数。体温40℃,呼吸23次/分,脉搏110次/分,血压16.5/9kPa。急性病容,神志清,精神萎靡,巩膜黄染,眼球结膜充血,颈软,右侧颈部可扪及两枚如黄豆大小淋巴结、触痛明显,两肺呼吸音清,心率110次/分、律齐、无杂音,双肾区叩击痛(±),腰大肌及腓肠肌压痛明显,双下肢无浮肿。实验室检查:血红蛋白75g/L,红细胞 $3.12 \times 10^{12}/L$,白细胞 $13.5 \times 10^9/L$,中性0.92,淋巴0.08,血小板 $160 \times 10^9/L$,网织红细胞13%,血清凝集试验1:400。血尿素氮24.6mmol/L,血肌酐 $320 \mu\text{mol}/L$,血二氧化碳结合力17mmol/L,血总胆红素 $650 \mu\text{mol}/L$,直接胆红素 $20 \mu\text{mol}/L$,血谷丙转氨酶正常,血碱性磷酸酶正常,尿呈酱油色,尿

蛋白(++)、红细胞+/HP,白细胞少许/HP,尿隐血(++)、尿胆原(+++),尿胆红素阴性。骨髓象:红细胞增生显著,幼红细胞大于40%,粒系细胞总百分率降低,巨核细胞增多,粒红比值小于1:1。

2 临床讨论

住院医师甲:患者发热起病急而病程短,初起恶寒得温不解,故应考虑外感发热。内伤发病起病缓而病程长,呈间歇性,恶寒遇温即除。李东垣曾云:“外感寒热齐作而无间,内伤寒热间作而不齐,外感恶寒呈近火不除,内伤寒热则就温即解。”这已把外感发热和内伤发热鉴别的很清楚了。患者有恶寒发热、全身酸痛、少汗等类风寒表证,但脉不浮紧,无项强痛,且有胸脘痞闷等湿阻之症,故感冒可排除。患者无噤腐食臭,故与食滞不符。患者午后热甚,舌红绛状若阴虚,但无五心烦热,少苔,故阴虚之象不支持。从发病季节及舌、脉、症来看,我倾向温病中的湿温。

住院医师乙:我同意诊为湿温。但应与下列疾病鉴别:(1)疟疾:寒栗鼓颌与壮热交替发作,发有定时,伴头痛骨楚,其汗出热退,继而复热,但汗出热退,脉静身凉,次日或间日又复寒战,界线分明,显然与患者表现不符。(2)伏暑:多于秋冬发病,此病由里及表,病初舌润而无苔垢,口未渴而心烦,发热,显然也不符。(3)暑温兼湿,初起即出现壮热多汗、心烦口渴为主,一般无恶寒,故容易鉴别。

住院医师丙:目黄是诊为黄疸的最可靠指征,而患者有身黄、目黄等症,故还应诊为黄疸。此黄疸色淡黄无橘皮色,得知非热重于湿之阳黄;但亦无如烟熏,故非阴黄,似为湿重于热之黄疸。但舌红绛又有营分之象,且并发尿赤如酱

* 浙江省开化县中医院(324300)

收稿日期:1997-12-08

油性,颇支持血热发黄。

主治医师丁:患者发病于夏秋之交,病初有恶寒发热、全身酸痛乏力、身热不扬、汗出不解、胸闷脘痞、舌苔垢腻、脉濡等湿温病之见症。由于病机演变有卫气营血的变化,可以发生诸如黄疸、白痞、便血等变证。以患者脉濡数来看,病因有湿、有热,这是最主要的。夏秋之交,阳热下降,氤氲熏蒸,水气上腾,潮湿充升,天之热气下,地之湿气上,相因为患,由表而入里、首犯卫分。湿热病抑郁肌表而见头痛恶寒、身重疼痛、身热不扬等卫分证,这也反映了湿性重浊特点。故《素问·生气通天论》说“因于湿,首如裹。”湿为阴邪,易阻遏气机,由于患者失治,湿热未从表解反入气分,阻遏脾胃运化之机,而见胸闷脘痞、舌苔黄腻;湿热交蒸,酿生热毒,迫使胆汁外溢,乃见身目发黄;湿性趋下,湿热下蕴而见小便短赤,热伤尿络而见尿如酱油色。同时,因有舌红绛也反映了邪入营血之象。按理来说,黄疸颜色应该较深,但此病人正气已受损且有热入营血,导致血虚,故身目发黄不剧。综观舌脉症,患者病性属实,但夹虚。病位在卫气营血分均有,但以卫气为重点,故治疗重在卫气同治,兼顾营血分。方选三仁汤加茵陈、黄芩、连翘,同时加犀角、紫珠草、琥珀等。因“汗之则神昏耳聋,甚则目瞑不欲言,下之则洞泄,润之则病深不解”(吴鞠通语),故初起乃至现阶段应忌辛温发汗、苦寒攻下、滋养阴液等。

本例西医诊断为钩端螺旋体病,主要基于症状、体征及血清凝集试验。从患者巩膜黄染、血清直接胆红素与总胆红素比值及尿胆原、酱油样尿来看,有溶血性贫血存在,并注意肾功能减退。非少尿性肾功能衰竭一般不易引起重视。治疗上除注意青霉素引起的赫氏反应外,还应予碳酸氢钠等口服或静滴以利于症状缓解。

进修医师戊:湿为阴邪,其性重浊腻滞,与热相合,蕴蒸不化,胶着难解,所以湿温传变缓慢,病程长,往往缠绵难愈,但本患者较短时即传变,似不符湿邪传变特点?请主任指教。

主任医师己:这个问题提得好,综观本病案的舌脉症,我同意刚才大家的分析,诊为湿温,

黄疸是其变证。然而仔细地分析此病案,又有一些不同于一般湿温的特点:(1)刚才戊进修医师所说的传变快,此病人短期内即传入气、营、血分,这单以湿、热之邪是无法解释的。从本地区有流行病史,还应夹有疠气感染。疠气致病有发病急、病情重、传变快、易流行等特点。(2)本患者的临床表现为卫、气、营、血夹杂;既有头痛恶寒、身重疼痛、身热不扬的卫分证,又有胸闷脘痞、苔黄腻、身目发黄的气分证,还有邪入营血分的尿如酱油色、舌红绛,这与一般湿热之邪的表现又不尽相同,这符合湿热夹疠气致病易兼症的特点。(3)本患者临床表现的症状还有表寒里热的特点。患者有发热恶寒、头痛少汗等症,古人云“有一分恶寒便有一分表证。”这符合湿热夹疠气之邪从表而入之特性。从本患者的大部分症状来看,仍以里证为主,治疗重点应在里,表邪可轻轻宣化即可。(4)舌、脉象特点分明,对分析病机及预后意义颇大。舌苔黄腻、脉濡数均提示有湿热之邪内蕴,而舌红绛提示病变部位不仅在气,还波及营血。治不宜迟,否则易内扰肝风、或内陷心包、或损伤脉络,而致气随血脱而酿生危候。治疗除早期诊治防其传变外,还应安未受邪之地,同意主治医师提出的治疗方案及原则。西医诊断为钩端螺旋体病是成立的。但此病人的表现也很特殊,有溶血性贫血、肾衰表现,与传统分型不尽相符,为兼症型,治疗除应注意赫氏反应外,还应加强对肾功能的保护。

3 后记

此病人按主任及主治医师的医嘱,作了如下处理:(1)中药汤剂以三仁汤加减:杏仁 10g,白蔻仁(后下)10g,薏苡仁 30g,六一散(包煎)12g,法半夏 10g,茵陈 15g,黄芩 15g,连翘 9g,水牛角(锉碎先煎)15g,紫草 10g,琥珀(分吞)2g,5 剂,水煎服,每日 1 剂。(2)普鲁卡因青霉素 40 万 U 肌注,每 6 小时 1 次。(3)口服碳酸氢钠片 1g,每日 3 次。(4)10%葡萄糖 500ml,加维生素 C 3g、维生素 B₆ 0.2g、10%氯化钾 10ml 及林格氏液 500ml、肾必安 250ml,静滴,

(下转第 465 页)

火灼伤心阴,以致心阴亏虚,心失所养,虚火内炽,营阴涸涩,心脉失畅,而见心胸灼痛、心悸怔忡、心烦不寐、脉细数或结代。久之阴伤及气,气阴两虚辄见胸闷痛、心悸且慌,气短乏力,心烦口干,舌红嫩少苔,脉虚细而数、或结代。此证当以生脉散合黄连阿胶汤治疗。倘见心阴亏虚日久,下汲肾阴,以致肾阴不足,不能上济于心,阴虚火旺加重,更见眩晕耳鸣、五心烦热、颧红盗汗,舌光绛少津等症。可予以左归饮、天王补心丹化裁用之。如治李某,男,32岁,教师,1995年10月10日诊。罹扩张型心肌病4年余,近两月以来,胸闷气短,心前区隐痛,心悸乏力,头晕泛恶,面色苍白,心烦口干,舌质淡红无苔,脉结代。心电图提示:左室肥大,频发性室性早搏呈二联律,T波低平;超声多普勒示:有扩张型心肌病。化验:血沉40mm/h。辨证属气阴两亏,液涸血涩,予以生脉散合炙甘草汤化裁:红参15g,麦冬20g,五味子8g,生地15g,阿胶12g,丹参30g,桂枝10g,柏子仁20g,琥珀粉4g(冲),三七粉2g(冲),炙甘草10g,每日1剂。静脉点滴参麦注射液40ml加入10%葡萄糖250ml中,每日1次。治疗1月,诸症若失。为防复发,又服两月,诸症消失。随访2年未见复发。

4 化痰蠲饮,以培真元

张介宾云:“上焦不治则水泛高原,中焦不治则水留中脘,下焦不治则水乱二便。”倘若病久,肺脾肾三脏虚衰,三焦失司,水湿留着而为痰饮,痰饮乱于胸膈阻于心包络,痰瘀互结,心肌受损,发为本病。症见胸闷痞满,心悸气短喘促气急,面色㿔白,脉濡促或结代。治当化痰蠲饮,以振胸阳,用瓜蒌薤白半夏汤合温胆汤化裁。倘有真阳虚衰者,阳不化气,气逆水泛,水气凌心而遏于肺,肺失治节,百脉为之瘀阻,症见

喘促心悸,张口抬肩,气不得续,唇面青紫,不得平卧,形疲神惫,或汗出如油,舌质紫暗,脉沉细或结代三五不调,治宜温阴利水,降肺平喘,用葶苈大枣泻肺汤、真武汤加减化裁。至于喘脱者,急宜回阳救逆,用参附龙牡汤或参附注射液静脉滴入。如治周某,男,62岁,干部,1996年9月23日诊。患扩张型心肌病7年余,罹心房纤颤3年,近2月以来胸闷心悸加重,喘促气急,时有汗出,脘腹痞满,周身水肿,下肢为甚,唇面青紫,形疲神惫,不得平卧,时有憋醒,舌质紫暗少苔,脉结代三五不调。检查:强迫坐仰体位,周身浮肿,下肢按之凹陷,两肺底可闻及大面积湿性罗音,心音强弱不等,心律不齐,心率120次/分,二尖瓣听诊区可闻及Ⅲ级收缩期杂音;腹部膨隆,有移动性浊音,肝右肋缘下锁骨中线8cm,剑突下12cm。超声多普勒示:扩张型心肌病、房室扩大(左室舒张末期内径7.6cm,右室内径3.62cm,左房内径5.5cm,右房内径4.3cm);心电图示:快速房颤(心房率400次/分,心室率130/分),室性早搏,ST-T改变。B超示:胸水,腹水,充血性肝肿大。诊断:扩张型心肌病,房颤,全心衰竭。辨证属心肾阴衰,水气上犯,凌心遏肺。治宜温阳利水,降肺平喘,予以真武汤合葶苈大枣泻肺汤加减:红参20g,茯苓30g,炒白术12g,白芍10g,附子30g,葶苈子20g,丹参30g,北五加皮15g,万年青20g,生姜片10g,大枣4枚,水煎分两次服。静脉点滴参附注射液40ml加入10%葡萄糖250ml中,每日1次。治疗1周后,浮肿、腹水、胸水全部消退,喘促已平,夜能安卧,胸闷心悸不作,脉仍结代,按上法减量又服1周,诸症若失。遂后改为保元汤合瓜蒌薤白半夏汤加减化裁,治疗2月,症状全部消失。1年后随访病情稳定。

(上接第487页)

每日1次。以上治疗方案,先连用5天。

5天后恶寒发热,全身酸痛乏力等症退,身目不黄。血肌酐、尿素氮正常,血清胆红素正常,尿无酱油色,周围血象亦趋正常。唯感脘中微闷,知饥不食,苔薄腻、脉濡细,此为余邪未净,

而予以薛氏五叶芦根汤:藿香叶15g,薄荷叶10g,枇杷叶10g,佩兰叶10g,鲜荷叶30g,鲜芦根30g,冬瓜仁10g,焦栀子15g,白扁豆10g。5剂,水煎服,每日1剂。5天之后,胃纳启,无脘痞,无不适而出院。随访2个月,患者能从事日常劳动,未发生不适症状。