

病例讨论

流行性乙型脑炎并肺部感染、呼吸衰竭案

于水莲* 张岐山* 整理

主题词 脑炎, 日本/并发症 呼吸/病因学 呼吸功能不全/病因学

1 病历摘要

患者崔某,女,12岁,病案号:205227,患儿于1998年7月15日无明显诱因而发热,体温38℃左右,头痛,以左侧耳廓部为重,恶心呕吐,呈非喷射性,呕吐物为胃内容物。当地医院认为“感冒”给予肌注药物无好转。7月20日中午突然抽搐2次,发作时神志不清,口吐白沫,四肢抽动,历时约3~4分钟,大小便无失禁。遂于1998年7月21日以“病毒性脑炎”收住儿科病房。当时查体:体温38.1℃,呈嗜睡状态,偶尔烦躁,皮肤未见出血点,双瞳孔等大等圆,对光反射存在,左侧耳廓部拒按,触之易惊。颈部抵抗。双肺呼吸音略粗,未闻及干湿性罗音。心脏听诊:心音有力,律齐,各瓣膜听诊区均未闻及病理性杂音,腹软,肝脾未触及。神经系统检查:生理反射存在,左侧巴氏征(+),布氏征(+),克氏征(+)。实验室检查:血白细胞 $6.7 \times 10^9/L$,中性0.55,淋巴0.45,血红蛋白120g/L,血小板 $170 \times 10^9/L$;脑脊液为无色透明、无凝块,蛋白阴性,白细胞 $24 \times 10^6/L$,糖2.5mmol/L,氯化物118mmol/L;细菌阴性(培养2天无细菌生长)。给予青霉素预防感染、阿昔洛韦抗病毒、甘露醇降颅压,降温止惊及改善脑细胞代谢等治疗,病情继续恶化,迅速出现昏迷、高热不退、频繁抽搐、躁动不安、间歇性呼吸暂停,于7月24日以“乙型脑炎”转入传染科。

转入时情况:体温38.8℃,脉搏150次/

分,血压10/6kPa,患儿呈昏迷状态,两目上外斜视,嘴角抽动;喉间痰鸣漉漉,无自主呼吸(行气管插管辅助人工呼吸);双瞳孔等大,颈部抵抗明显;左下肺呼吸音低,可闻及痰鸣音及细小水泡音;心律快而不齐;腹部未发现阳性体征;病理反射同入院时。7月24日查血白细胞 $20.9 \times 10^9/L$,中性0.89,淋巴0.11;血气分析:血液酸碱度(pH)7.703,标准碳酸氢根(SB)16mmol/L,二氧化碳分压(PCO₂)2.33kPa,氧分压(PO₂)10.6kPa,血氧饱和度(SaO₂)0.90,碱剩余(BE)1.8mmol/L,二氧化碳结合力(CO₂-CP)28mmol/L;血液生化:钾3.04mmol/L,钠137mmol/L,氯化物98mmol/L,钙2.0mmol/L。心电图:窦性心动过速。胸部X线摄片:左下肺及右上肺野大片密度增高影(双肺肺炎)。诊断:流行性乙型脑炎合并严重肺部感染、呼吸衰竭,立即通知病危,并组织中医科进行会诊讨论。

2 病例讨论

医师甲:患儿发病迅速,临床表现为高热、昏迷,频繁抽搐,两目上视,颈项强直,喉中痰鸣,舌苔不能望及,脉弦数,且发病季节为夏暑之季,应该诊断为暑温。夏日暑气当令,气候炎热,如机体正气不足,暑热之邪便乘虚侵入。正如《素问·刺志论》所说:“气虚身热,得之伤暑”。暑为火热之邪,其性酷热,传变迅速,所以本病例病之初即见阳明气分热盛的见症。暑热之邪蒸腾于外则见身热,阳明胃热亢盛上逆出现呕吐,热邪上蒸头目可见头痛。暑为阳邪,最易伤阴化火,引动肝风,可见颈项强直,目上视,抽搐等;热邪灼津生痰,可见喉间痰鸣漉漉。治疗应以清热熄风定惊的羚羊角钩藤汤为主方,并酌情加减。

* 山东省荣成市人民医院,山东省荣成市交通街9号(264300)

收稿日期:1998-12-18

医师乙:基本上同意暑温诊断。但该患者为儿童,又有高热、抽搐、颈项强直、目上视等一系列暑热引动肝风的表现,严格来讲应当诊为暑风。吴鞠通谓:“小儿暑温,身热,卒然痉厥,名曰暑病”。这里所说的暑病即是暑风。另外患儿还有一个不容忽视的表现为左侧耳廓部疼痛拒按,亦为肝经热邪炽盛,移热于胆,经脉不通所致。在治疗上患儿虽无腹胀满、大便干结等阳明腑实表现,但有高热、痰鸣漉漉等暑热炽盛见症,应用清泻里热、涤荡胃肠的调胃承气汤以釜底抽薪,所谓“温病下不厌早”。

医师丙:乙脑是乙脑病毒引起的蚊媒急性中枢神经系统感染性疾病,具有严格的夏秋季节性,临床上以高热、惊厥、意识障碍、呼吸衰竭及颅内压升高为主要特征,这些特征恰恰亦为中医暑的特性。所以本病病机为暑热病邪,由热、痰、风、惊四者互相转化。在治疗上应四者兼顾,各有侧重清热为首要,并在清热的基础上加用祛风化痰镇惊药物,如牛黄、石菖蒲、蝉蜕等。

主治医师丁:患儿乙型脑炎的诊断明确,并且乙脑的三大凶险并发症已出现。此时病机极为复杂,既有禀赋不足,正不敌邪的内因;又有暑热炽盛化火生痰的各种表现;更有暑陷厥阴引动肝风的一系列体征及邪毒内陷心包的昏迷重症;还兼有呼吸暂停的肺绝危候。变证既出,无论处方用药还是护理上均应采取综合措施:第一,给予吸痰吸氧,物理降温,静推呼吸兴奋剂及镇静剂,使用人工呼吸机。第二,患儿自入院血象逐渐升高,肺部罗音从无到有到逐渐加重,摄片提示双肺炎,应及时更换抗生素。第三,患儿血气分析提示低钾、低氯、碱中毒合并呼吸性碱中毒,应密切观察病情变化,每日至少两次查血气及血液生化,加以比较,及时调整输液量,保护肾功能,维持水电解质的平衡。中药应本着急则治其标的原则,以补气回阳的独参汤为主。

副主任医师戊:基本上同意大家的诊断和处理,但大家忽视了一个问题:患儿血象及胸片均提示感染炎症较重,但炎症不等于热象。查患儿呈昏迷状态,人工呼吸机辅助呼吸,胸腹微

热,手足厥冷,脉虽弦数而重按无力,脉症合参,当属真寒假热证,急当回阳救逆,方用四逆加人参汤,待患儿神志转清后再另行辨证。还应注意,我市地处沿海,近日下雨较多,应适当加用祛湿药物。

3 后记

经讨论后,中药处方如下:人参 10g,附子 9g,干姜 9g,川贝母 10g,石菖蒲 12g,鲜竹沥 9g,蝉蜕 9g,炙甘草 6g,水煎每日 3 次鼻饲。西药用先锋霉素、阿昔洛韦静滴,以抗感染、抗病毒;补充血钾、补充精氨酸,以纠正电解质紊乱,维持酸碱平衡;用脑组织液静滴、氟美松静注,以改善脑细胞代谢;用吸氮、吸氧、人工呼吸机、呼吸兴奋剂等对症处理。2 剂后患儿神志转清,体温波动于 37.5~38.5℃ 之间,自主呼吸建立,未继续抽搐。于 7 月 27 日查血白细胞 $10.3 \times 10^9/L$,中性 0.81,淋巴 0.19;血气分析:血液酸碱度 7.457,标准碳酸氢根 24.8mmol/L,二氧化碳分压 4.68kPa,氧分压 11.33kPa,血氧饱和度 0.98,碱剩余 2.1mmol/L;血液生化:钾 3.43mmol/L,钠 142mmol/L,氯化物 108mmol/L。因舌红少苔、脉细数,改用清泄营热,养阴生津方:犀角 1.5g(冲),川贝母 12g,生地 15g,赤芍各 15g,茯神 10g,麦冬 25g,牛黄 3g,白蔻仁 12g,丹皮 15g,玄参 12g,金银花 30g,厚朴 10g,黄连 6g,鲜荷叶 1 张,水煎服,每日两次,连服 10 剂。于 8 月 7 日查血常规、血气及血生化均为正常范围,X 线摄片示双肺炎吸收好转,唯感汗多、口干、乏力,乃暑热伤阴耗气所致,以清热养阴补气方:金银花 30g,生地 15g,玄参 15g,太子参 30g,丹皮 12g,白扁豆 15g,甘草 9g,水煎服,每日两次,服 10 剂,于 8 月 15 日痊愈而出院,随访无后遗症。

启事:本刊近来收到不少来信询问有关审稿费和版面费等问题,现答复如下:(1)本刊(月刊)不收审稿费和版面费。(2)被录用的文章本刊付给稿费。(3)凡投寄的稿件一律不发回执,也不退稿,请作者自留底稿。(4)投寄本刊的稿件在 3 个月内不得另投他刊;如 3 个月后未收到本刊录用通知的稿件可以自行处理。