

病例讨论

系统性红斑狼疮病案

张宇芒* 崔礼丰* 杨贤根* 整理

主题词 红斑狼疮, 系统性/中医药疗法

1 病历摘要

陈某某,女,68岁,农民。病历号:9800297,入院时间:1998年5月11日。

主诉:发热咳嗽乏力3月,皮疹7天。

现病史:患者1998年2月上旬发烧咳嗽胸闷,吐痰粘稠,先后在某医院及卫生院检查诊断为“慢性支气管炎”、“肺炎”,运用抗生素及化痰止咳药物治疗50余天,症状未能完全缓解。1周前全身又出现皮疹、瘙痒,以面部为著。体温高达38~39℃。咳嗽胸闷加重,疲软无力,纳差,口微渴。大便3日未解,小便黄赤。

既往史:既往身体健康,无肝炎、肺结核等病史,无心脏、肾脏、血液、内分泌及神经系统疾病,亦无外伤史。

中医检查:神识清,精神不振,面色潮红,颧部红斑。时有咳嗽,咳声响亮,未闻及异常气味。痰粘稠微黄,量少无腥臭。全身可见大小不等皮疹。舌质红、苔薄黄,脉数。白睛不黄,颈软无力。牙齿黄垢,无齿衄,微见齿瓣。咽红,未见乳蛾。无瘰疬瘰癧。胸部扁平,虚里搏动应手。腹软无症瘕痞块。四肢肌肉软弱无力,臂软难举,足软难履。小便黄赤。

体格检查:体温38.5℃,脉搏102次/分,呼吸24次/分,血压12/8kPa。神清,发育营养尚可。颜面红,可见红色斑疹。全身皮肤散在大小不等红疹。全身浅表淋巴结不肿大。无皮下结节。巩膜无黄染。心界正常,心率102次/分,心音低钝,心律齐,各瓣膜听诊区未闻及病理杂音。两肺可闻及少许干湿性罗音,未闻及胸膜摩

擦音,腹软无压痛,肝脾肋下未触及。双肾区无叩击痛。四肢肌力约Ⅲ级。膝腱反射减弱。克氏征(-),巴氏征(-)。

实验室检查:血常规:白细胞 $22.9 \times 10^9/L$,中性0.81,淋巴0.19,血红蛋白110g/L,血小板 $110 \times 10^9/L$ 。尿常规:蛋白(+),白细胞(+),管型少许。血糖4.3mmol/L。肝肾功能正常。血电解质: $K^+1.9mmol/L$, $Na^+128mmol/L$, $Cl^-85mmol/L$ 。心电图示:频发房早,左前分支传导阻滞。胸片示:右下肺野中内带可见片状模糊阴影,余肺纹理增强。

入院诊断:中医诊断:(1)风温肺热病:肺热发疹;(2)痿病。西医诊断:(1)支气管肺炎;(2)低血钾症;(3)药疹。

治疗原则:宣肺泄热,凉血透疹,兼补肝肾。

2 第1次病例讨论(1998年5月12日)

杨贤根医师:患者今年2月份起即发烧咳嗽,咳痰粘稠而少,间断治疗50余天未愈。现发烧、头痛、身困、软弱无力。面色红,头面肌肤可见斑疹皮疹,舌质红、苔薄黄,脉数。病发于春季,当以风温辨治,根据临床症状及中医四诊合参,属风温肺热病、肺热发疹兼肝肾亏虚,可用银翘散加减治疗以宣肺泄热、凉营透疹,兼补肝肾。

崔礼丰医师:清·陈平伯曰:“风温为病,春月与冬季居多,或恶风或不恶风,必身热咳嗽烦渴,此风温病提纲也。”此患者病发于冬季,迁延至今未愈。现身热皮疹,咳嗽胸闷是肺经气分热邪波及营络所致,在表之邪入于肺经气分,故身热不恶寒,邪郁肺气不宣,则为咳嗽胸闷,肺热波及营分窜于血络,则外发红疹。叶香岩曰:“……在卫汗之可也,到气才可清气,入营犹可透热转气,如犀角、玄参、羚羊角等物”,故治疗如杨医师所言法则。

* 安徽省肥东县中医医院,肥东县店埠镇梁元路(231600)

收稿日期:1999-05-12

张宇芒医师:此患者反复咳嗽胸闷、吐痰粘稠而黄已 2 月余,经西药抗生素及止咳化痰药物治疗症状未能很好控制,是否存在肺癆;患者肌肉软弱无力酸痛,臂软难举,足软难履,颈软无力抬头,看似痿病,是否存在肌痹;全身皮疹,似是药毒,是否为风热疮或湿瘟出疹,都应作进一步检查。患者虽为老年,但以前并无慢性咳嗽,无恶寒发热,痰多而稀,舌苔白滑,脉浮,故不属外寒内饮之小青龙汤证,按温病学之卫气营血辨治较合拍。药用:连翘 15g,金银花 15g,桔梗 15g,薄荷 10g,淡竹叶 10g,生甘草 10g,生地黄 15g,牡丹皮 10g,玄参 15g,荆芥穗 10g,黄芩 10g,川贝母 10g,水煎分 3 次口服。另外以 10%氯化钾液 40ml 兑入橘子汁内频频口服以治疗低血钾症。

病例讨论后,我们根据张医师意见以上方治疗 3 天,体温未见下降,反而上升至 39~40℃ 之间。神识模糊,颜面红赤,皮疹焮红,烦躁口渴,咳嗽吐痰未减轻。大便未解,小便短赤。舌质红苔黄,脉弦数。实验室检查:白细胞 $18.1 \times 10^9/L$,中性 0.80,淋巴 0.20,血红蛋白 $9.0g/L$,血小板 $88 \times 10^9/L$;血电解质: $K^+ 2.0mmol/L$, $Na^+ 132mmol/L$, $Cl^- 98mmol/L$ 。抗核抗体谱示:抗 Sm 和 RNP 抗体(+),抗 DNA 抗体(+),抗核抗体(+),类风湿因子(+),血沉 78mm/h。补体水平正常。血培养、肥达氏反应、骨髓涂片及培养、痰抗酸杆菌均阴性。

3 第 2 次病例讨论(1998 年 5 月 15 日)

崔礼丰医师:患者经过以上治疗,病情加重,高热烦躁,颜面斑疹,皮疹焮红;咳嗽吐痰粘稠;肺部可闻及干湿性罗音,未闻及胸膜及心包摩擦音;尿中可见蛋白及管型;血常规异常;抗核抗体谱异常。据此可确诊为系统性红蝴蝶疮。患者长期咳嗽发烧、吐痰粘稠是狼疮肺;血 K^+ 低久补不升是狼疮肾、肾小管酸中毒所致。因抗 ds-DNA(+),补体水平正常可排除药毒。患者高龄,咳嗽发烧皮疹久治不愈,长时间误诊为慢性支气管炎或肺炎实在是一种教训。

张宇芒医师:系统性红蝴蝶疮即中医的系统性红蝴蝶疮,症状错杂,累及脏腑较多,临床

各家对辨证分型有不同见解。对此病的认识和治疗,中国中医研究院广安门医院皮肤科很有见地,他们认为该病多属“虚劳”之证,以热炽、阴伤为最重要的病机,并指出当系统性红蝴蝶疮出现某些危重症状时,单纯中药治疗疗效不甚理想,而在适当激素或西药的配合下方可奏效。本患者是先天肺肾阴亏,阴虚火旺,加之风湿之邪侵及肺卫郁而化火,与体内阴虚火旺之热相搏,毒火相煽,出现热毒炽盛症状;热毒燔灼,伤津劫液,逼血妄行;邪热壅肺,肺气失宣,故见咳嗽气喘胸闷;阴亏筋脉肌肉失养则痿软不用。治疗当清营解毒,凉血护阴,兼宣肺化痰,以清瘟败毒饮出入。处方:水牛角粉 9g(冲),生地黄 3g,牡丹皮 10g,玄参 10g,知母 10g,生石膏 60g,黄连 10g,淡竹叶 10g,金银花 30g,连翘 30g,桔梗 10g,赤芍 10g,川贝母 10g,黄芩 10g,生甘草 10g,水煎分 3 次口服。另以强的松 10mg,每日 3 次口服,配合静脉补钾。

4 治疗结果

根据张医师治疗方案用药,2 天后体温逐渐下降至正常,咳嗽吐痰明显好转,饮食体力增加。减少强的松用量为 5mg,每日 3 次口服。5 天后复查肺部片状阴影消失,尿常规正常,血常规:白细胞 $4.7 \times 10^9/L$,中性 0.58,淋巴 0.42,血红蛋白 $80g/L$,血小板 $90 \times 10^9/L$ 。血电解质正常。改中药为甘润养阴,兼清余热,用六味地黄汤合竹叶石膏汤出入;再加雷公藤总甙片 20mg,每日 3 次口服,递减强的松用量至停用。随访近 1 年病情稳定。

• 征 订 •

当代名老中医风采 以精美的照片,配以扼要的文字介绍,集中展示了当代 453 位著名中医药学家治病救人的风采,是我国中医药史上第一部著名医学家画册。这些医学家是我国第一批中医药师带徒专家。书中还介绍了专家的工作单位、专长和徒弟的姓名单位。画册所选照片都是作者亲赴全国各地实地拍摄的,内容由专家本人提供,是现代医史文献研究不可多得的珍贵资料。本画册为国际标准 16 开,装帧豪华典雅精美。定价:360.00 元/册(免收邮购费)。

汇款地址:北京市东直门内北新仓 18 号,中国中医研究院中国医史文献研究所,邮政编码:100700,联系人:王琴、朱建平,电话:(010)82619515,(010)84015484。