

病例讨论

慢性腹泻、全身水肿伴胸腔积液、肺部感染病案

罗锡万* 罗进生* 张立荣* 罗秋荣* 整理

主题词 腹泻/中医药疗法 水肿/中医药疗法

1 病历摘要

患者张某,男,48岁,因腹泻半年,全身性水肿、咳嗽气喘、胸胁满痛1个月,于1997年12月20日入院。

患者因患消化性溃疡病多年,于1993年7月接受胃次全切除,胃空肠吻合术。术后恢复较差,几年来身体欠佳。自本年端午节以来因饮食不慎,嗜食生冷,遂发生腹泻、腹胀、肠鸣、大便稀糊样而恶臭、时有完谷不化、每日3~5次。经当地予庆大霉素、野麻草等,效果不好,反复发作,但无脓血便及明显里急后重感。纳食呆少,日渐消瘦,以后足部及颜面浮肿、渐遍及全身。近1个月,因不慎感冒,开始畏寒发热、咳嗽痰稠,继则畏寒微热、气喘不能平卧、胸胁满痛、口干不欲多饮、小便短少、腰膝酸软。

既往史:4年前患消化性溃疡经手术治疗,无肺结核病、心脏病、肾脏病、痢疾病史,无黄疸病史。无食物、药物过敏史。

入院查体:体温38℃,脉搏80次/分,呼吸24次/分,血压14/9kPa,发育一般,营养欠佳,贫血外观,慢性重病容。半坐卧位,神志清楚,颜面四肢有指压性水肿,皮肤巩膜无黄染,耳、鼻、眼无异常。周身浅表淋巴结未触及肿大,甲状腺无肿大,颈外静脉无怒张,气管居中,胸廓对称,肋间隙稍饱满,两侧语颤减弱,叩之较实,两肺可闻及干湿性罗音、呼吸音减弱,心界不大,心率80次/分、律齐,心尖区可闻及Ⅱ级收缩期杂音, P_2 不亢进。剑突下、腹壁正中有一切口疤痕约10cm,腹胀,腹肌不紧张,下腹部有移动性浊音,肝脾未触及,未扪及肿物。脊柱四肢无畸型,无杵状指,肾区无叩击痛。肛门指检平滑,无狭窄及结节肿物触及,无血样粘液,膝反射减弱,舌体胖大、舌质偏淡、舌苔白而微黄,脉象细数而滑。

放射检查:(1)支气管性肺炎,(2)两侧胸腔有少量积液。

化验室检查:血常规:血红蛋白75g/L,红细胞

$2.65 \times 10^{12}/L$,血白细胞 $11.6 \times 10^9/L$,中性0.80,淋巴0.19,嗜酸0.01。肝功能:麝浊4U、谷一丙转氨酶25U、 γ -谷氨酰基转移酶50U。总蛋白52g/L,白蛋白35g/L,球蛋白17g/L。生化检查:钾3.5mmol/L,钠136mmol/L,钙2.1mmol/L。血沉38mm/h。尿常规无异常。大便常规:半液状,少许粘液,阿米巴(-)。

中医四诊摘要:全身凹陷性水肿,大便溏泄,完谷不化,纳食欠佳,畏寒微热,咳嗽气喘,不能平卧,胸胁胀满,咳唾引痛,痰稠微黄,口干不欲多饮,腰膝酸软,神志清楚,双目少神,面色无华,声低无力,舌体胖大、舌质偏淡、苔白微黄,脉细数而滑。

诊断:中医诊断:(1)水肿,(2)泄泻,均属脾肾两虚;(3)咳嗽,(4)气喘,(5)痰饮,均属肺脾两虚,痰、热、水饮停于胸胁。西医诊断:(1)营养缺乏性水肿,(2)胃原性慢性腹泻,(3)细菌性小叶性肺炎,(4)胸腔积液(双侧)。

2 病例讨论(1997年12月26日)

住院医师甲:本病例始因胃次全切除、胃空肠吻合术后,体质亏虚,复因饮食不节,寒冷不适,湿困脾土,脾失健运,水谷不化,故腹胀腹泻。“诸病水液澄彻清冷,皆属于寒”。命门火衰、火不生土,后天之本不能司其运化之职,营养吸收欠佳,水湿积聚则为肿。复因风热、痰饮上犯于肺,停于胸胁,肺失肃降而成咳嗽、气喘、胸胁胀满、咳唾引痛。故宜温补脾肾、化饮渗湿,方用四神丸合理中汤、葶苈大枣泻肺汤加减治之。

住院医师乙:本病腹泻—水肿—咳嗽—气喘,畏寒发热、胸胁胀满、咳唾引痛,渐次相继发生。胃术后4年身体欠佳,观其病史、病因、临床症状、体征及化验、放射等检查,因属胃原性腹泻,长期腹泻造成营养不良,血浆蛋白低下,遂成水肿。本病之水肿应与心原性水肿、肾源性水肿仔细鉴别。本例无肺心病、风湿病、肾脏病史可寻,临床无右心室肥大及功能不全体征,尿常规正常。发热、咳嗽、气喘、胸胁胀满等症乃发生在腹泻水肿之后,临床常见于老年人、长期卧床尤易伴发肺部感染,出现内伤兼夹外感、本虚标实、寒热错杂之症。

住院医师丙:本例慢性腹泻半年,胃肠功能紊乱,营养吸收障碍,血浆蛋白过低,引起血管内胶体渗透压

* 福建省连城县医院中医科(366200)

收稿日期:1999-06-28

降低而成营养不良水肿。但要慎重地排除肠肿瘤、肠结核、肠阿米巴病、肠寄生虫病、细菌性痢疾等以免延误病情而失去根治时机。

主治医师丁：胃大部切除术后，消化机能改变，或继发倾倒综合征等造成营养障碍并非罕见。临床常见于术后体重不增加而减轻，大便次数增多、多在晨起或餐后、糊状便多于水样便、粪内含有脂肪和肌纤维，或伴有缺铁性贫血、B 族维生素缺乏等。复习病史，本例应考虑是术后胃原性腹泻、营养吸收障碍、血浆蛋白过低（总蛋白 52g/L）而致水肿。由于长期卧床遂伴发肺部感染，故见发热、咳嗽、气促，病人舌体胖大、舌质偏淡、苔白微黄，脉细数而滑，属脾肾亏虚、痰湿内停。复感风热，而痰热、水饮停于胸胁，即“脾为生痰之源，肺为贮痰之器”。治以补益脾肾、温化痰饮水湿为主。

主治医师戊：详细询问病史，病人始于胃手术后，脾胃虚弱，复因饮食不节、嗜食生冷，湿困脾土，下生洞泻，脾虚不能制水，水湿壅盛，必损其阳。盖水为至阴，故其本在肾，水化于气，故其标在肺，水惟畏土，故其制在脾。脾虚进一步发展，必然导致肾阳亦衰，如果肾阳衰微，不能温养脾土，则可使本病更加严重，故以温阳健脾益肾之法而治之。

副主任医师己：正确的治疗来源于正确的诊断，正确的诊断来源于对病史仔细的分析，认真查体和必要的辅助检查。下面谈谈几个问题：（1）慢性腹泻的鉴别诊断：临床上如腹泻持续或反复超过 2 个月者可称为慢性腹泻。慢性腹泻系由慢性消化系统疾病或消化系以外慢性病以及其他原因引起，这里只讲消化系疾病所致的慢性腹泻。消化系疾病所致的慢性腹泻按病位可分为肠原性腹泻、胃原性慢性腹泻、胰原性慢性腹泻以及肝胆疾病所致的慢性腹泻。肠原性慢性腹泻，按病因可分为细菌感染性、肠寄生虫性，按器质与功能可分为肠肿瘤性及肠功能障碍性。还有慢性非特异性溃疡性结肠炎等。本病例的特点：手术后 4 年素体亏虚，饮食、劳动较差，无结核病史，现病腹泻半年，拉稀糊便而恶臭、无血液，有时完谷不化，大便检查除少许粘液外无其他异常。从病史及临床症状来看，应排除肠原性、胰原性、肝胆疾病所致的慢性腹泻，诊为胃原性慢性腹泻。中医辨证属脾肾阳虚。因肾为胃关，开窍于二阴，所以二便之开闭皆肾脏之所主。今肾中阳气不足，则命门火衰，阴气极盛之时，即令人洞泄不止。（2）谈谈全身性水肿的鉴别诊断：水肿是人体血管外组织间隙液体积聚过多。全身性水肿可分为心脏性水肿、肾病性水肿、肝病性水肿及营养不良性水肿等。心脏性水肿多见于右心衰竭，除伴有心脏增大、心脏杂音、肝肿大、颈静

脉怒张、肝颈返流征、静脉压升高外，还有肺心病史，水肿从下肢开始遍及全身。肾病性水肿的诊断依据为水肿、血压升高与尿改变（蛋白尿、血尿与管型尿）。其水肿常从颜面而迅速遍及全身。肝病性水肿有肝病史可寻，肝硬化腹水之前先有轻度下肢水肿。营养不良性水肿常由慢性消耗性疾病，慢性胃肠吸收功能障碍、血管内胶体渗透压降低所致，往往伴有 B 族维生素缺乏症，所以本病例符合营养不良性水肿的诊断。中医辨证属脾肾阳虚，水液难于输化，水湿外溢肌肤，故全身水肿。水液停于胸胁故成胸水。（3）再谈谈咳嗽、气喘与治疗之问题：肺主气，为五脏之华盖，司呼吸。“诸气贖郁皆属于肺”，本例因术后腹泻而致体质亏虚，复感风热之邪，内犯于肺，肺失清肃，故发热、咳嗽、痰热、水饮停于胸胁，上迫于肺，故气喘不能平卧、胸胁胀满、咳唾引痛。这是本虚标实、虚实寒热错杂之证。

治疗以扶正祛邪、标本兼治，以补益脾肾、温化痰饮为主，佐以清热化痰。方用四君子汤、金匱肾气丸合苓桂术甘汤加减化裁。配合西药抗肺部感染，用青霉素、丁胺卡那霉素。再给予高蛋白的膳食和少量的人体白蛋白以提高血浆蛋白，增强抗病能力。

3 后记

病例讨论后根据副主任医师的意见，给予中药四君子汤、金匱肾气丸合苓桂术甘汤加减化裁：党参 20g，黄芪 20g，白术 10g，茯苓 20g，附子 6g，肉桂 8g，山药 20g，山茱萸 10g，泽泻 12g，黄芩 15g，鱼腥草 12g，葶苈子 8g，水煎服，每日 1 剂。加青霉素、丁胺卡那霉素以抗感染；再输少量的人体白蛋白以提高胶体渗透压。连用 6 天，病人水肿、腹泻、气喘明显好转。继续再用青霉素及丁胺卡那霉素，停用人体白蛋白。中药效不更方，再用 1 周后，水肿消退，泄泻、气喘痊愈，精神、饮食倍增。经复查：血白细胞 $6.0 \times 10^9/L$ ，中性 0.58，淋巴 0.42，血小板 $146 \times 10^9/L$ ，血沉 18mm/h。X 线胸片示：两肺野云絮状阴影吸收，胸水消失。大便、小便常规均无异常。随访半年，身体健康，未见复发。

• 征 文 •

中国中西医结合学会神经科专业委员会定于 2000 年 9 月在安徽省合肥市召开“第三届全国中西医结合神经系统疾病学术会议”，现将有关征文事项通知如下：

1. 征文内容：中西医结合神经系统疾病临床研究，中西医结合神经系统疾病实验研究，中西医结合神经病学基础理论研究。2. 征文要求：未公开发表的稿件，要求全文在 4000 字以内，并附 800 字摘要，请注明作者姓名、单位及通讯地址、邮政编码，并加盖单位公章或附介绍信。3. 截稿日期：2000 年 6 月 30 日，请作者自留底稿。4. 来稿请寄：安徽省中医学院神经病学研究所洪铭范同志收，邮编：230031，联系电话：0551—2824669，0551—2816764 转 218；或寄北京中国中医研究院西苑医院神经科项宝玉收，邮编：100091，联系电话：010—62875599 转 6291。