

病例报告

火毒入心(低温败血症)病案

洪广祥*

主题词 败血病/中药疗法

1 病历摘要

朱某某,女,5岁,住院号82091。

缘于重度烧伤(总面积27%,Ⅱ度7%,Ⅲ度20%)合并休克入院。入院后,经西医抢救,休克纠正。后因创面严重感染,引起败血症,继而体温降至37℃以下,伴神志不清,手足抽搐,血压升高。1周后体温续降至35℃以下,呼吸严重困难,被迫行气管切开术,术后自主呼吸停止,采用呼吸机维持呼吸,同时给氧。烧伤科诊断为低温败血症、中毒性脑病。由于创面感染严重,植入皮片大部分未成活,血白细胞 $20.4 \times 10^9/L$,中性0.74,淋巴0.26,中毒性颗粒细胞占10%,虽经用西药抗感染,但病情未见改善,陷入危境,乃于1983年3月17日邀中医科紧急会诊。

会诊时,体温下降而血压上升(160/120mmHg),四肢厥冷,神志昏迷,呼吸急促,喉间痰鸣,小便短赤(导尿),大便量少色深,唇舌暗红,舌苔垢腻,脉沉细数。认为证属火毒入心,弥漫于血,闭塞包络,引动肝风,风火夹痰上涌所致。法当泻火凉血解毒,豁痰开窍息风。方用泻心汤合安宫牛黄散加味。处方:黄连10g,黄芩10g,大黄10g(后下),安宫牛黄散1支(分2次冲服),生栀子10g,生地黄15g,赤芍15g,牡丹皮10g,紫草10g,金银花15g,连翘15g,石菖蒲15g,郁金10g。日服2剂,每6小时服1次,每次100ml鼻饲。

二诊(服中药第4天):服上方后,大便次数增多(最多日达9次),每次量约100g,呈酱褐色,尿量每日达2000ml以上,体温37.4℃,血压100~116/60~70mmHg,抽搐停止,病情大见好转,守上方再进3剂,改为每日1剂,服法同上。

三诊(服中药第7天):体温、血压均正常,已停止使用机械呼吸器,自主呼吸恢复良好,处于醒状昏迷,会眨眼,痛、触觉仍较迟钝,喉间仍有痰鸣,每日大便3~5次,粪色转黄,舌红苔薄白,脉细数。白细胞 $8.5 \times$

$10^9/L$,中性0.74,中毒性颗粒细胞占6%。病情显著改善,仍守上方加强其豁痰开窍之力,以促其神志恢复。处方:黄连6g,黄芩10g,大黄10g(后下),安宫牛黄散1支(分2次冲服),生栀子10g,天竺黄10g,胆南星6g,僵蚕10g,远志6g,石菖蒲15g,郁金15g,此方连服10余剂,并配合西药对症及支持疗法,患者神志完全清醒,呼吸、体温、血压均正常,血培养无细菌生长,血象正常,未见中毒性颗粒细胞,经再次植皮手术,创面愈合良好,最后痊愈出院。

2 讨论

本例火毒入心,弥漫于血,闭塞包络,引动肝风,而现神志昏迷、手足抽搐、角弓反张、横目斜视等症,可与《伤寒论》太阳温病逆传厥阴,而现神昏鼾睡、语言难出、直视、癍痧等症对照研究。从其太阳温病因一再火逆(该条曾一再指出“若被火者”和“若火熏之”)而出现的厥阴危症(热闭手厥阴心包而神昏鼾睡、语言难出和热动足厥阴肝风而直视、癍痧)而仲景未出方治来看,可见其证在当时是不治之症。这与本例西医确诊的严重烧伤引起的低温败血症、中毒性脑病死亡率较高是一致的。因此深入讨论治验,是很有必要的。

热厥证治,在《伤寒论》厥阴病篇中只提到“厥深者热亦深,厥微者热亦微,厥应下之”。而在《温病条辨》中则有详备的论述。如其上焦篇指出:“邪入心包,舌蹇肢厥,牛黄丸主之,紫雪丹亦主之。”并自为注解:“厥者,尽也。阴阳极造其偏,皆能致厥。伤寒之厥,足厥阴病也。温热之厥,手厥阴病也。舌蹇囊缩,虽同系厥阴现证,要之舌属手,囊属足也。盖舌为心窍,包络代心用事,肾囊前后,皆肝经所过,断不可以阴阳二厥混而为一,若陶节庵所云:冷过肘膝,便为阴寒,恣用大热。再热厥之中亦有三等:有邪在络居多,而阳明证少者,则从芳香,本条所云是也;有邪传阳明,阳明太实,上冲心包,神迷肢厥,甚至通体皆厥,当从下法,本论载入中焦篇;有日久邪杀阴亏而厥者,则从育阴潜阳法,本论载入下焦篇。”由此可见,本例热厥而神志昏迷,手足抽搐,角弓反张,横目斜视,牙关紧闭,呼吸急促,喉间痰鸣,二便不利,唇舌暗红,脉沉细数,显属厥阴证多而阳明证少,当以治厥阴为主,而兼治阳明。因此本例采用

* 江西中医学院第一附属医院中医科,南昌市阳明路56号(330006)

收稿日期:1999-06-16;修回日期:2000-12-18

泻心汤合安宫牛黄散加味治疗。

本例治疗用泻心汤合安宫牛黄散,一因泻心汤中既用黄连清泻心火以解毒为主,又用大黄以清泻阳明热毒为佐,深合本证火毒入心并入阳明的病机;而黄芩又能清泻肺火以化热痰,亦属必要佐药。这对患者火毒入心而现神志昏迷,热炽阳明而现大便不利,热邪涌肺而现息促痰鸣来说,实属优选之方。二因安宫牛黄散能芳香化秽浊而利诸窍,咸寒清血热而安心体,苦寒通火腑而泻心。方中犀角、牛黄、朱砂、珍珠、金箔清火补水、解毒辟秽、通心气、镇心神、定肝风、化热痰;麝香、冰片、郁金、雄黄四香配合栀子等同用,能使深在厥阴之邪热温毒一齐从内透出,邪秽清则神明可复。方中还加用了生地黄、赤芍、牡丹皮、金银花、连翘以凉血解毒,天竺黄、胆南星、僵蚕、远志、石菖蒲、郁金以豁痰开窍。由于药证吻合,故能立挽危亡,充分发挥了中医药治疗急症的作用。

本例体温下降而血压上升这一临床表现,一般来

说体温下降是阴寒之象,血压上升是阳热之象。就本例而言,由于严重烧伤以致火毒入心,弥漫于血,心血沸腾,故见血压上升,这是比较容易理解的。但既血压上升,理应体温升高,呈现壮热之症,今反而体温下降,四肢厥冷,则似费解。其实,这是由于内真热而外假寒所致,热厥常有的现象。因为此时整体病机向内,热毒深陷入里,阳气受到郁遏,不能外达,所以体表温度下降,而现四肢厥冷(甚至通身肤冷)之症。但同时必有里热症状伴随,如本例的二便不利(小便短赤、大便量少色深)、脉沉细数等。如其体温下降而血压亦下降,那就要考虑寒厥的可能性了。但如果是寒厥,还必有里寒症状如二便清利(小便清白、下利清谷)、脉沉迟弱(甚至微细)等,才能确诊。从中医临床来领会,一般体温下降,虽多属阴寒证,但也间或有属于阳热证的;血压上升,虽多属阳热证,但也间或有属于阴寒证的,并不能绝对地看待,必须全面辨证,才能判别其阴阳寒热。体温下降而血压上升的机理,有待于进一步探讨。

霉菌性败血症病案

施 忠 华*

笔者在临床上曾经遇到 1 例霉菌性败血症患者,经过住院西药治疗仍无效果,经辨证施治用中药治疗后获得满意疗效,特报道如下。

1 病例介绍

患者陈某某,男,43 岁,农民。患者因发热伴左上腹痛 1 月于 1984 年 6 月 9 日入院。入院以后曾用青霉素、链霉素、庆大霉素、氯霉素、克霉唑等,仍持续发热不退,6 月 19 日持续高热,38~39℃ 之间(腋下)。检查:面色萎黄,干咳少痰,两肺底呼吸音减弱,叩诊变浊。B 型超声波探查见双侧胸水,血培养及骨髓培养均见霉菌生长,诊断为霉菌性败血症,并把病情预后恶劣告知家属,建议转上一级医院治疗。家属在此种情况下,要求中医协治。

6 月 21 日初诊:持续高热不退,面色萎黄,时有咳嗽,咯吐白痰,神疲肢软,短气乏力,尿色黄,大便少,舌苔白,脉细数。四诊辨证,证属虚寒,治守甘温除热之旨,拟益气通阳、调和营卫法,方选桂枝汤合小柴胡汤增减。处方:桂枝 10g,白芍 10g,炙甘草 6g,生姜 10g,红枣 15g,当归 10g,红参 6g,黄芪 30g,茯苓 10g,柴胡 10g,半夏 10g,通草 5g,黄芩 6g,2 剂。

6 月 23 日二诊:药后身热始降,精神明显好转,唯少有咳嗽,舌苔白,脉细,效不更张,治守原意。处方:桂枝 10g,白芍

10g,炙甘草 6g,生姜 12g,红枣 20g,柴胡 10g,半夏 10g,茯苓 10g,2 剂。

6 月 25 日三诊:身热降至正常,腹痛消失,诸症转好,仍少有咳嗽,舌苔白,脉细。治仿桂枝加杏朴汤合生脉散益气敛肺,加陈、夏燥湿化痰。处方:红参 5g(另煎冲),麦冬 12g,五味子 6g,半夏 10g,陈皮 6g,生姜 12g,红枣 15g,白芍 10g,桂枝 10g,炙甘草 6g,杏仁 10g,厚朴 6g,2 剂。

药后病情逐日好转,体温维持正常,留院观察续服上方数剂,于 7 月 4 日出院回家。出院时情况:发热已退,腹痛消失,血培养无霉菌生长,纳眠均佳,二便正常。

2 体会

《素问·刺法论》曰:“正气存内,邪不可干。”久病之躯,正虚邪恋难解,加之反复重用抗生素等类药物,机体正气被抑,自身抗病能力更趋下降,而病邪热势越加嚣张。在此种情况下,如果在临床上仅看到病邪热势嚣张的“标”象,而忽视了人体的正气,仅单一地围绕着病毒、霉菌而寻找相应药物,治疗上易处于被动地位,故取效不著。

按照中医的辨证论治精神,笔者认为该患者系阳气衰微,中气不足,营卫失和之故,乃遵“甘温除热”治疗原则,拟用益气通阳、调和营卫法,方选桂枝汤调和营卫,合小柴胡汤加减和解枢机,加当归、黄芪补血益气,振奋机体驱邪之力,结果获效显著。连服 8 剂后,不但身热复常,而且血液化验霉菌已转阴。经曰:“治病必求其本”,即使对于非常见病,只要中医辨证得法,抓住疾病要害,临床也有良好效果。

* 浙江省瑞安市人民医院传染科,瑞安市城关镇万木公路

108 号(325200)

收稿日期:2000-07-10;修回日期:2000-12-18