

病例讨论

乏力嗜睡畏寒浮肿病案

胡占盈* 孙裕吉* 李培训* 于淑芹* 张念国* 整理

主题词 疲劳/中药疗法 睡眠障碍/中药疗法

1 病历摘要

杨某某,女,51岁,小学教师。主诉:乏力、嗜睡、畏寒8年,浮肿5个月。既往8年前因工作加重而劳累,自觉乏力、疲劳、困倦、嗜睡,继而腹胀、厌食和少许皮肤干燥、言语缓慢、反应迟钝,伴有肢冷畏寒,经多方诊治效果均不满意,曾先后排除肝炎、胆囊炎、胰腺炎及胃炎等消化系统疾病和早发型痴呆症等神经退化性疾病。5个月前出现双眼睑浮肿、四肢沉重感,经服用双氢克尿噻、安体舒通利尿后,嗜睡明显加重而浮肿效果甚微。遂于1999年10月6日收入院检查治疗。家族中有患冠心病和肿瘤记载。查体:体温35.8℃,心率62次/分,呼吸15次/分,血压95/55mmHg(1mmHg=0.133kPa)。发育正常,营养中等,面部浮肿稍苍白,精神疲惫,表情淡漠,慢性病容,神志清晰,言语缓慢,声音嘶哑,皮肤粘膜粘液性浮肿(±),全身浅表淋巴结未及肿大,毛发稍稀疏,上下眼睑浮肿,眼裂小。舌胖大、多齿痕、质淡白,舌苔微腻。气管居中,甲状腺未及肿大,表面光滑,左右对称,质地软、压痛(±),与周围组织无粘连,随吞咽运动活动自如,无压迫感。胸廓左右对称,双肺呼吸音清,心浊音界左大,心率62次/分,律齐音弱。腹平软,肝脾肾(-),肠鸣音减弱1~2次/分。四肢未见肌肉萎缩,二头肌、三头肌反射减弱,膝腱反射弱,四肢远端关节假性肌肥大。桡动脉率62次/分,节律规则,弹性减退,脉象沉细。神经系统(-)。化验室检查:红细胞 $3.6 \times 10^{12}/L$,白细胞 $6.75 \times 10^9/L$,淋巴0.43,中性0.56,血红蛋白93g/L,血沉36mm/h,类风湿因子(-),抗链“O” $< 500U$,血糖4.4mmol/L, K 3.55mmol/L, Na 127mmol/L, Cl 108.2mmol/L, P 1.1mmol/L, Ca 1.8mmol/L, Mg 0.9mmol/L, Fe 10 μ mol/L,总蛋白56g/L, A/G:0.92。心电图示:窦性心律,ST-T段广泛下移,非特异性改变。入院诊断:

贫血,原因待查。经两周治疗观察无效,即邀中医科会诊,组织病例讨论。

2 病例讨论

医师甲:根据四诊中表情淡漠、面色苍白、舌胖大、多齿痕、质淡白,乏力、嗜睡、畏寒8年,浮肿5月,肢冷畏寒、体温低、脉沉细,属慢性进行性加重疾病。其症状可用气血虚衰、阴水滞留来解释。结合化验,西医可诊为贫血。失血和溶血性贫血可不考虑,造血不良性可能较大。从血红蛋白合成障碍、核成熟障碍和骨髓衰竭再分析,血红蛋白合成障碍所致的贫血多为低色素性贫血,通常对铁剂、维生素B₆治疗反应良好,而经临床2周的治疗未得到改善,证实非此类疾病。核成熟障碍性贫血为高色素大细胞性贫血,一般抗贫血治疗效果不佳,仅部分病例在去除原发病因或脾摘除后贫血方得到改善。骨髓穿刺生化检查有助于骨髓衰竭的诊断。

医师乙:对此病例中医诊为虚证、气血虚衰,西医诊为贫血,即使搞清了性质,我认为还是欠妥。临床上许多病人的贫血是以伴随症出现,需要对原发病给予足够的认识。另外,此患者因工作劳累、气血损伤、失于调理、日久难复,使精气耗伤、由虚至亏、亏久不复成劳。其病变过程是多种因素互为因果,导致机体多系统代谢与调控失常。对此,以直接对抗或补充治疗的西方医学思想在解决这类疾病上,虽然可对某一病理环节发挥替代作用而改善相关症状或通过多种药物对多个环节治疗,而使病情得到暂时控制;但是单靶点直接替代治疗,未能从根本上改变各环节相互因果的病理过程,难以真正遏制病理过程的发展。而中医药的多环节、多靶点的整合调节作用可为解决多因素疾病的治疗问题提供行之有效的手段。因此,以多因素疾病和中医药整合调节作用关联性研究为切入点,是发展中医治疗学理论并形成适应未来疾病谱特征的中医药新理论的有效途径之一。

医师丙:中医综合思维模式判断疾病可清楚地看出是虚劳证。而在西医微观、局部形态机能的诊断上有些困难。

医师丁:对此病案的诊断,可从患者的体温低、心率低、呼吸率低、血压低和应激力低,首先应考虑:(1)

* 天津市民族医院家床科,天津市红桥区邵公庄后大道2号

(300122)

收稿日期:2001-03-05;修回日期:2001-05-11

甲状腺功能减退症(甲减), (2)垂体前叶功能减退症。化验室检查继续做: (1)血清甲状腺素结合蛋白(TBG), (2)甲状腺碘¹³¹吸收率, (3)血清 T₃、T₄, (4)促甲状腺激素(TSH), (5)血清甲状腺自身抗体以及临床的基础代谢率测定。

1周后测出:基础代谢率-14、TBG46mg/L, 甲状腺碘¹³¹吸收率3小时6.8%、24小时15.5%, T₃1.62nmol/L, T₄38.6nmol/L, TSH42IU/L, 血清甲状腺球蛋白抗体(TGAb)阳性(30%)。

医师丁:原发性甲减的最早变化是TSH升高, 代偿性维持T₃、T₄在正常范围内而无临床症状, 称为亚临床甲减。病情进一步发展则T₄下降, 最后T₃亦低于正常并有甲减的临床表现。本例从检测可确诊为慢性淋巴细胞性甲状腺炎(又称桥本甲状腺炎)。它是一种自身免疫亢进性疾病, 由细胞免疫和体液免疫功能紊乱引起。TGAb长时间存在高滴度, 有助于确诊桥本甲状腺炎引起的甲减。甲减可引发多系统、多器官病变。大家谈到的贫血为正常细胞性贫血, 其胃酸缺乏、食欲减退可继发维生素B₁₂、叶酸不足及缺铁。甲减的骨髓呈增长不良, 此为身体对组织需氧程度减低的一种生理性适应, 而非细胞成熟受抑制。甲减原发病好转的治疗可使贫血逐渐改善。治疗上是应用甲状腺制剂进行终生替代疗法, 最理想的药物是左旋甲状腺素钠盐(优甲乐)。

医师戊:虚劳是由多种原因所致的以脏腑亏损、阴

阳气血不足为主要病机的多种慢性衰弱性证候。在《素问·通评虚实论篇》说:“精气夺则虚”可视为虚损的总纲。而《素问·调经论篇》曰:“阳虚则外寒, 阴虚则内热”进一步说明虚劳有阳虚、阴虚的区别, 并指出阳虚、阴虚的主要特点。在临床辨证时, 应着重将虚劳和虚证相鉴别。虚劳和其他病证中的虚证证型虽然在临床表现、治疗方药有类似之处, 但两者实际上是有区别的。虚劳的各种证候均以出现一系统精气不足的症状为特征, 而其他病证的虚证则各以其病证的主要症状为突出表现; 虚劳都有相对较长的病程, 病情往往反复缠绵。对本案的诊断, 中医为虚劳证、混合型, 西医为桥本甲状腺炎合并甲减。在治疗上, (1)中药:熟地黄20g, 炒山药10g, 山茱萸10g, 肉桂10g, 制附子10g, 枸杞子10g, 菟丝子10g, 鹿角胶10g(烊化), 杜仲10g, 夏枯草30g, 生黄芪30g, 细辛3g, 水煎服, 每日1剂, 分早晚服。(2)西药优甲乐25μg, 每日1次。

3 治疗结果

按会诊医师戊的治疗方案, 采用中药汤剂右归丸加减重用夏枯草(方见上), 同时服优甲乐25μg。3天后, 肢冷畏寒减轻。1周后, 无服药不良反应, 西药优甲乐调至37.5μg, 随之嗜睡、乏力减轻, 腹胀消失, 食欲增加。治疗4周后, 复查基础代谢率+6, T₃2.1nmol/L, T₄75.1nmol/L, TSH6IU/L, TGAb阴性(10%), 整体状况明显好转。以原方调配用量治疗1周后出院。1年后随访未复发。

《中国医药科技优秀论文荟萃》征稿

《中国医药科技优秀论文荟萃》是由新世纪医药科技推广交流中心编辑、内蒙古人民出版社出版的大型医药文集, 第1辑出版后深受好评, 并于2001年8月在杭州市举行了隆重的首发式, 第2辑征稿如下。

1. 中医、西医、中西医结合各科医疗护理技术在理论与临床方面的研究和创新成果或经验体会等均可投稿。题材不限, 要求文稿具有真实性、科学性、实用性、创新性, 论点明确, 资料可靠, 数据准确, 文字精炼, 层次清楚。文稿须打印, 并注明通讯地址及联系电话。2. 来稿经专家评审后入编者, 发给“优秀论文证书”和“著作权证书”, 推荐参加相关的学术会议。3. 来稿请寄: 湖北省武汉市武昌徐东路23号鹏程花园1栋1单元8楼C《医药文集》编辑部收, 邮编: 430062, 每稿请同时邮汇评审费20元。

《中华医药研究与创新》杂志征稿

《中华医药研究与创新》杂志热忱为国内外各级医疗卫生单位的中医药、西医药、中西医结合人员、乡村医生、民间医生、医药卫生管理工作提供学术交流的园地, 致力促进医药研究与创新。

征稿范围: 中医药、西医药、中西医结合、医疗护理、医疗技术等各种临床、教学、科研等方面的学术成果、临床经验; 乡村医生、民间医生、特色专科、一技之长、医学教育、预防保健、医院管理等方面的创新与研究成果均可, 题材不限, 只要具有创新性均可交流报道。

来稿应具有真实性、实用性、科学性, 论点明确, 资料可靠, 必须打印。来稿发表后颁发“论文证书”, 并推荐参加优秀论文评选和相关学术会议。每篇来稿请寄30元审稿费, 收稿后15天作出处理回复。

来稿请寄: 湖北省武汉市武昌区南湖花园城颐和苑13栋2单元201室《中华医药研究与创新》杂志编辑部叶荷菊收, 邮编: 430064。