

病例讨论

发热、关节酸痛、心悸病案

王玉光* 周平安* 整理

主题词 发热/中医药疗法 关节痛/中医药疗法 心悸/中医药疗法

1 病历摘要

患者孙某某,男,53岁,已婚,干部。主因发热伴关节酸痛、心悸 41 天,于 2001 年 3 月 12 日入院。

现病史:患者于 41 天前外感后出现发热,体温 38.5℃,时查颈部淋巴结肿大如黄豆大,血常规:白细胞 $12.5 \times 10^9/L$,X 线胸片示双肺心膈未见异常。予清热解毒中药 3 剂,赛福隆 2g 静脉滴注,每日 2 次,用药 1 周,3 天后热退至 37.2~37.5℃之间,伴骨节酸痛,在某医院复查血常规,示正常,又用滋阴清热中药,低热不退,最高达 38.5℃,口腔见多个溃疡,于 24 天前至某医院诊治,时查单核细胞计数稍高,血沉 49mm/h,抗核抗体检查:ANA(+):1:640,DNP(+),Scl-70(+),SSB(+),Bib(+),眼泪囊及唾液腺分泌实验示泪囊干燥症。考虑干燥综合征,口服强的松 20mg/d,同时用广谱抗生素及利血生,发热时配合使用非甾体抗炎药,用药后汗出,热稍退,但体温降后旋即复升,且在体温下降时段心率仍在 97~102 次/分,心悸乏力,请某医院感染科会诊,建议停用激素及非甾体类抗炎药,但发热仍作,于 2 周前入院。

刻下症见:发热,周身酸痛,以腕部、膝部为著。心悸乏力,低热每日午后 3~5 时发作,持续至次日凌晨,盗汗,热不为汗解,体温波动在 37.4~38.5℃之间,目涩,咽干不欲饮,纳差,大便便干,日 1 行,夜寐不安。舌暗红苔微黄腻,脉弦细。

查体:体温 37.8℃,呼吸 18 次/分,脉搏 90 次/分,血压 130/75mmHg。全身皮肤无黄染及出血点,左颈部可触及 2 个如黄豆大淋巴结,轻度压痛。咽部正常,气管居中,甲状腺不大。胸部对称,双肺呼吸音稍粗,以右下肺为甚,未闻及干湿性罗音。心率 90 次/分,律齐,心界不大,各瓣膜及听诊区未闻及病理性杂音。腹软,肝脾未及,莫非征(-),麦氏点无压痛及反跳痛,双肾区无叩击痛。脊柱四肢无畸形,双下肢不肿,神经

系统无阳性体征。手腕部背伸时稍痛,膝关节稍疼痛。

实验室检查:血常规:红细胞 $4.61 \times 10^{12}/L$,血红蛋白 148g/L,白细胞 $4.2 \times 10^9/L$,中性 0.49,单核 0.11。尿常规、大便常规正常。生化检查:丙氨酸转氨酶(ALT)50IU/L,天冬氨酸转氨酶(AST)27IU/L, γ -谷氨酰转肽酶(GGT)38.4IU/L,肌酸激酶(CK)142.80IU/L,CK-MB15.40IU/L,乳酸脱氢酶(LDH)286.80IU/L,LDH-1 74.50IU/L,血沉 39mm/h,ASO 阴性,RF(-),甲状腺功能正常。结核菌素试验 3 次均阴性,结核抗体(-),抗酸染色试验 2 次均阴性,免疫球蛋白正常。外斐试验 OX19<1:80,肥达试验(-),冷凝集实验阴性,嗜异凝集试验 1:32,血培养加药敏试验多次阴性,中段尿培养 3 次(-),痰培养加药敏试验 8 次均(-),痰中找抗酸杆菌 6 次均(-),EB 病毒:IgA VCA(-),IgA EA(-),IgG VCA(1:20),IgM VCA(1:10),EBV-CA(壳抗原):IgG(+),IgM(+),EBV-EA(核抗原):IgG(+),IgM(+),EBV-NA(核颗粒型抗原):IgG(-),IgM(-)自身抗体及抗核抗体检查:抗 ENA 抗体(-),自身抗体 ANA 1:160,抗平滑肌抗体 SMA(-) 1:160,狼疮细胞 DNP(-),防癌六项:嗜黄醇蛋白(CSE)58.2ng/ml

X 线胸片报告:右上肺尖部少量陈旧性肺结核纤维索条影,左膈角少量胸膜增厚粘连影。胸部 CT 检查:右上肺陈旧性肺结核,左膈面胸膜粘连。腹部超声:肝胆脾胰双肾未见异常,双侧睾丸附睾粟粒样钙化结节,左侧附睾囊肿,前列腺轻度增生伴钙化。超声心动图正常。心电图:心率 103 次/分,窦性心动过速。病理报告:下唇腺小涎腺组织部分导管扩张,导管周围淋巴细胞浸润。

入院诊断:中医诊断:外感发热;西医诊断:发热待查。

2 病例讨论

住院医师:患者入院 10 天来,每日午后傍晚热度升高,最高达 38.5℃,微恶寒,伴轻度头痛,关节酸痛,眠差,口干,纳食可,大便干,2 日 1 行,小便黄,口腔粘膜可见多处小溃疡,舌暗红、苔灰黑厚腻,左颈部可及 2 个黄豆粒小淋巴结,无压痛。现已应用激素 1 周,强

* 北京中医药大学东直门医院内科,北京市东城区海运仓 5 号 (100700)

收稿日期:2001-09-01;修回日期:2002-01-15

的松 20mg/d, 发热不退。根据以上特点, 用中药: 柴胡 10g, 黄芩 15g, 生薏苡仁 15g, 杏仁 10g, 白豆蔻 6g, 厚朴 10g, 连翘 10g, 青蒿 30g, 藿香 10g, 竹叶 10g, 滑石 15g, 酒大黄 3g, 薄荷 6g。药后无明显变化。

主治医师: 根据患者症状、病程, 属未明热范畴。未明热, 以发热病程 ≥ 3 周、体温多次 $\geq 38.3^{\circ}\text{C}$ 以及入院经 1 周检查仍未明确诊断者。未明热临床多见于感染性疾病、免疫系统疾病、淋巴系统肿瘤。患者中年男性, 以发热为主症, 伴乏力、盗汗, 时心悸、头痛、关节酸痛。血白细胞不高, 单核细胞曾一度偏高, LDH 稍高, ANA 1:160, 免疫印迹法 SSB 及核糖体抗体阳性, 血沉快。右上肺陈旧结核病灶, 心电图、超声心动检查无异常。患者两侧胸廓略有塌陷, 胸部 CT 显示右肺尖、左肺尖部、左膈角胸膜、心包均有增厚或钙化, 由此显示患者曾有过肺结核病史, 甚至可能患过结核性心包炎。影像学检查多部位结核钙化灶, 患者未经正规抗结核治疗, 在劳累等抵抗力降低情况下可诱发结核活动。患者淋巴结除颈部外无明显肿大, 脾脏 CT、B 超检查均无异常, 淋巴组织肿瘤可能性不大。故目前首先考虑结核, 可抗结核治疗, 选用四联方案: 异烟肼 0.3g, 利福平 0.45g, 每日 1 次口服; 乙胺丁醇 0.25g, 每日 3 次口服, 可乐必妥 0.2g, 每日 2 次口服。治疗过程中注意肝功能变化, 调整用药。

郝瑞福副主任医师: 目前患者未明热诊断基本成立。应考虑: (1) 感染性疾病: 患者入院前后已近 1 月抗感染治疗, 无明显效果, 发热热度有升高趋势, 初期伴咽痛等上呼吸道症状, LDH 轻度升高, 但心电图正常, CK 正常, 病毒性心肌炎诊断不成立。入院后抗链“O”、血培养、超声心动检查, 也除外了感染性心内膜炎。患者其它系统体检及实验室检查无阳性体征, 故非特异性感染可排除。特异性感染首先应考虑结核感染, 结核好发于肺肾、骨骼、睾丸等脏器。根据目前症状、体征及肺部 X 线检查, 前列腺、附睾 B 超, 腹部和头部 CT 检查无结核病灶, 多次结核菌素试验阴性, 结核感染不能确诊。宜作如下检查: 原始酶原方法测结核抗体, 血 ADA, 腺苷脱氢酶; 复查前列腺、附睾 B 超, 腹部和头部 CT, 检查有无结核病灶。而病毒性感染性疾病多为自限性, 特异性病毒感染病程可稍长, 患者正值壮年, 无明显免疫功能障碍, EB 抗体: IgM 阳性, 应继续复查, 如增高 4 倍有意义, EB 病毒感染多出现传染性单核细胞增多症之表现, 现患者症状体征实验室检查均不支持。(2) 结缔组织病: 患者发热, 抗核抗体阳性, 不排除结缔组织病, 患者最初以抗核抗体阳性为线索, 眼科检查泪液减少, 考虑为干燥综合征, 但干燥综合征以

女性居多, 抗核抗体: SM 阳性, 角膜干燥症、口腔干燥症、唇腺活检淋巴细胞灶性分布、口腔科腮腺造影、口腔粘膜活检有助于诊断, 但上述检查均为阴性, 血清无特异性抗体出现, 故目前干燥综合征诊断依据不足。抗核抗体属筛选抗体, 特异性较差, 除免疫系统外, 其它因素如结核、结缔组织病、EB 病毒感染均可出现 SSB 阳性。现患者 ANA(+), 如 SSM(+), ENA(+), 并伴有以下症状体征, 如皮肤关节损害, 心包炎, 血液、肝脏、肾脏、神经系统受累, 有助于红斑狼疮(SLE) 诊断, 但现在脏器损害证据不足, SM 抗体滴度无持续阳性, 故 SLE 诊断不支持。患者 ANA 1:160, 还应排除药物性狼疮可能, 如抗结核药物、青霉胺、奎尼丁等, 询问病史可除外。患者 SCL-70 是硬皮病的特异性抗体, 但患者无临床表现, 加之抗体滴度不稳定, 故也可除外。皮炎患者抗核抗体阳性, 血清 CK 升高有助于诊断, 但患者多次血清检查 CK 正常, 皮炎诊断也不支持。患者近日诉膝关节、双踝关节疼痛, 但查体皮肤无结节, 双腕、双踝关节及其它部位关节无肿胀、压痛、变形, X 线片无阳性表现。(3) 恶性肿瘤: 早期淋巴系统肿瘤明确诊断非常困难, 有许多患者只有发热症状, 而无浅表或胸腹腔淋巴结肿大症状体征, 但患者骨髓穿刺检查正常, 可初步排除。患者防癌六项 NSE 增高, 这种情况多见于小细胞肺癌, 且以中央性肺癌多见, 但目前无其它阳性发现。治疗意见: 停用激素及抗生素, 停用非甾体类抗炎药物, 观察体温变化, 如理化检查仍无阳性发现, 在患者胃肠功能、肝功能良好情况下可考虑抗结核诊断性治疗。1 周后考虑采用抗结核治疗方案, 发热时可用中药治疗, 必要时配合解热镇痛药口服, 复查结核抗体, 血沉, 血、尿常规。

胡大一主任医师: 患者目前存在体温与心率分离情况, 发热 40 余天, 目前检验指标缺乏一致性, 结果离散。结缔组织病、结核感染诊断尚不能成立, 甲状腺功能正常可除外甲亢。此次发病尚应考虑病毒感染, 现患者心率快, 心肌酶学 CK、CK-MB、LDH、LDH-1 正常, 心电图除窦性心动过速外无缺血及其它改变, 超声心动检查正常, 考虑为病毒感染后出现的心脏损害, 植物神经功能紊乱, 病毒性心肌炎诊断不确立。从症状、体征、心电图、超声心动检查来看, 患者心率波动幅度较大, 心功能较好, 可予倍他乐克 25mg, 每日 2 次口服, 规律服药, 并适当控制血压。密切观察体温、心率、血压变化, 进一步明确诊断。

周平安主任医师: 同意诊为未明热。但在结核诊断不明确时, 不同意抗结核实验性治疗。我主张停用目前所有药物, 以中药治疗为主, 中医应诊断为冬温夹湿。

患者午后发热,微恶寒,后身热不扬,夜间盗汗,发热不为汗解,晨起体温自降,头痛,周身酸困,关节疼痛,尿黄赤,大便稍干,2 日 1 行,夜寐不安,属于温病之表里证期,在卫气营血辨证之卫气之间,属于伤寒六经辨证之少阳证。治当表里双解,入院后治从和解少阳,清热利湿,方剂以三仁汤、蒿芩清胆汤为主,宣上、畅中、渗下,佐柴胡、青蒿、藿香、薄荷芳香透邪,连翘清热散结,酒大黄清热通腑。但用药后未见明显疗效。请孔光一老师指导。

孔光一教授:同意周平安主任意见。详询病史,患者早年有煤矿井下作业史 5 年,积湿流注注节,此为邪潜之机,复加外邪侵袭,内外相引,新久之邪搏结,缠绵不愈。此为湿热相火弥漫三焦,蒸于上故面如油垢、头痛,阻于中即中焦纳呆,下焦则见二便不畅,当前病位在厥阳风木,少阳风火。其脉尺脉不足,寸脉浮大,乃阳气拂郁三焦郁阻。营卫失和,经络痹滞不通,故寒热胜复往来,热不为汗衰,肢节疼痛。且湿热有耗伤气津之兆,心气不振,营阴失和,故心悸短气乏力。前方虽基本中鹄,但审因论治,其疏解透达温化不足,湿浊粘腻,非

芳化苦温,辛开苦降不能开泄。若清泄过之,气机为湿热困阻而不得和畅,湿热复因三焦气滞津郁而氤氲蒸腾难解。湿热为患,粘腻重浊,药性稍寒即致湿滞不化,甚至冰伏。此时一定要重用辛苦,辛开苦降,辛以开郁,令气机流动,苦温以降泄,使中焦胃肠浊气得温化,重中焦而溉四旁,土壅得泄,木郁即达,佐以清热透邪,芳香化湿,使湿热分消走泄。处方:青蒿 10g,柴胡 10g,连翘 20g,炒栀子 10g,牡丹皮 10g,白薇 10g,苍术 10g,薏苡仁 30g,半夏 10g,吴茱萸 4g,滑石 25g,厚朴 15g,知母 10g,桂枝 5g,黄芩 10g,白豆蔻 0.6g(后下)。

3 后记

服上方 7 剂药后热渐退,但脉数,左弦细右略大,夜半后仍有汗,动则气短,神疲,末端节痛有减,但胃纳尚差,便软,苔薄白,舌边暗,诸症情似属肝蕴热生湿未全。处方:太子参 15g,麦冬 30g,五味子 3g,丹参 20g,柴胡 10g,黄芩 10g,白术 10g,茯苓 20g,桂枝 6g,甘草 4g,吴茱萸 4g,黄连 5g,砂仁 6g,赤芍 10g,半夏 10g,龙骨、牡蛎各 20g。服 7 剂药后主症消失,体温恢复正常,随访 1 月未复发。

全国中医医院内涵建设研讨会 全国中医药专科专病学术研讨会 中华中医药学会编辑出版分会年会 会议通知

经国家中医药管理局批准由中华中医药学会和中医杂志社联合主办的“全国中医医院内涵建设研讨会”、“全国中医药专科专病学术研讨会”和“中华中医药学会编辑分会年会”拟于 2002 年 12 月 13 日至 16 日在海南省海口市召开,现将有关事项通知如下

全国中医医院内涵建设研讨会(简称“医院会”)征文内容:(1)对贯彻“关于落实农村卫生改革与发展的指导意见”的经验;(2)医院改革中出现的问题及对策;(3)中医院内涵建设与质量管理经验;(4)医院临床、科研、人才等管理经验;(5)医院专科建设的经验与体会;(6)中医医院发展思路及增强中医院的市场竞争力的经验;(7)推进医疗保险制度改革的经验;(8)防范医疗纠纷体会;(9)医疗事故的处理体会;(10)医疗行为的举证责任体会;(11)中医药走向世界的现状与前景;(12)医院医疗改革的经验与体会;(13)中医医院药事管理经验与体会。

全国中医药专科专病应用学术研讨会(简称“专科会”)征文内容:(1)对专科专病有效方剂的应用、体会或临床研究;(2)对专病专方的应用体会或临床研究;(3)对专病有效方剂或专方的作用机理研究等;(4)对专方的文献整理与研究;(5)专科(如肝病、肾病、脑病、儿科、乳腺、妇科、喉科、眼科、皮肤科等)临床体会或临床报道。

中华中医药学会编辑分会年会(简称“年会”)征文内容:(1)对促进中医药期刊规范化、标准化建设的建议;(2)提高中医药期刊学术质量的探讨和经验;(3)提高中医药期刊编校质量的经验和意见;(4)进一步适应社会主义市场经济促进中医药期刊改革与发展的体会。

以上三会议征文要求:(1)文稿要求字数在 2000~3000 字;(2)文稿中的计量单位均须采用法定计量单位;(3)文题下署姓名、单位名称、地址、邮编写在稿纸首页末尾;(4)文稿务请加盖单位公章;(5)请在信封右侧注明“医院会”或“专科会”或“年会”字样,来稿不退。经评审后,录用文章将刊登在《中医杂志》2002 年增刊上,参会代表由中华中医药学会和中医杂志社颁发论文证书并授予继续教育学分。

征文截稿日期:2002 年 10 月 30 日。**来稿请寄**北京东直门内北新仓 18 号,中医杂志社东方岐黄科技服务中心,邮政编码:100709。

电话:(010)64035632,**传真:**(010)86472013, **E-mail:**jtcn@163.net, **联系人:**午易。

参加会议回执(此表可复制)

姓名		性别		年龄		职称		职务		电话	
工作单位及地址										邮编	
参加会议名称											
备注											

此回执请于 2002 年 11 月 20 日前寄回或传真至(010)86472013 或 E-mail:jtcn@163.net