

病例报道

伤寒引发重症肝肾综合征病案

傅 贵 平*

主题词 肝肾综合征/病因学 肝肾综合征/中医药疗法 伤寒/并发症

1 病历简介

患者贺某,男,58岁。因持续发热、咳嗽、头痛3天于2003年6月15日以发热原因待查在某医院住院诊治,经抗炎、补液及糖皮质激素等治疗半个月,病情不见好转,反见持续高热,头痛如劈,剧烈咳嗽,周身肌肉疼痛,神志欠佳,精神极度疲惫不能抬头,表情淡漠,面色黧黑晦滞,巩膜黄染,恶心呕吐,大便色黑柏油状,尿少(每日不足500ml),于7月1日转来我科求治。

查体:体温40.5℃,呼吸24次/分,脉搏100次/分,血压22/13kPa,神志欠佳,精神萎靡,反应迟钝,形体消瘦,口唇青紫,呼吸稍促,频频咳嗽,两肺呼吸音增粗,未闻及干湿性啰音。心率100次/分,心律齐,各瓣膜区未闻及杂音,肝上界于右锁骨中线第5肋间,下界于右肋下缘2~3cm,质柔软,压痛(±),脾可触及,质稍硬压痛(±),双下肢压迹(±),舌质紫暗、舌苔厚腻、苔色黄白相兼,脉沉细数略见弦涩。

辅助检查:血常规:红细胞 $2.8 \times 10^{12}/L$,血红蛋白70g/L,白细胞 $4.2 \times 10^9/L$,中性0.68,淋巴0.32;尿常规:蛋白(+),潜血(+);大便隐血试验(++++);肝功能:HBsAg(-),抗-HBs(-),HBeAg(-),抗-HBe(-),抗-HBc(-),丙氨酸氨基转移酶(ALT)260IU/L,天冬氨酸氨基转移酶(AST)40IU/L,γ转氨酶(γGT)110IU/L。总胆红素(TBil)80μmol/L,直接胆红素(DBil)12μmol/L,间接胆红素(IBil)24μmol/L,总蛋白(TP)45g/L,白蛋白(ALB)32g/L,球蛋白(G)23g/L。肾功能:肌酐(SCr)640μmol/L,尿素氮(BUN)26.5mmol/L;血糖(GLu)5.6mmol/L;尿酸(UA)正常,抗链“O”(ASO)阴性;血沉(ESR)18mm/h,结核菌素试验阴性;类风湿因子(RF)阴性;血清肥达氏反应:O抗原1:320,H抗原1:320;心电图:窦性心动过速;肺部X线摄片:两肺纹理增粗,未见实质

性病变。B超示:肝140mm×120mm,回声偏低,不均匀,脾肋下探及4cm,双肾不清晰,皮髓质分界欠清,右肾120mm×100mm,左肾125mm×98mm,回声欠均匀。B超诊断:肝脾肿大,急性肝肾损害。既往无肝肾病史,无支气管炎、肺结核、风湿病、高血压病史。根据以上病史、体征及辅助检查确诊为:(1)伤寒;(2)肝肾综合征(HRS)。

2 治疗经过

患者发热已过半月,刻下持续高热,下午2~3时左右为剧,神志痴呆,精神极差,讲话语音低沉,表情淡漠,面色黧黑晦滞,巩膜黄染如金,头痛难忍,周身肌肉抽痛,触及痛,不停呛咳,痰少,不思饮食,频频作呕,口中尿味,大便色黑如柏油,尿少色黄(每日不足500ml),口中黏腻,渴不欲饮,舌质紫暗、苔厚腻、苔色黄白相兼以黄为主,脉虚细数略见弦涩。辨证分析:本例患者感染伤寒而发病,属中医温毒湿热之邪。湿热之邪自口鼻而入,侵袭于肺,肺气不宣,肃降失司,故初起病在上焦,症见身热,咳嗽,头身疼痛。又因诊断不明而失治误治,上焦之证不解,湿热之邪弥漫中焦,湿热困脾,酿痰蒙闭心包而不思饮食,神志不清,精神疲惫。病情进一步深入,侵犯三焦,肝肾受损,酿成危笃重证——肝肾综合征,属中医黄疸并见关格之证。温毒之邪熏灼肝胆,胆汁泛溢,故巩膜黄染,小便色黄。热毒之邪侵入营血灼伤肠络,迫血妄行,故见胃肠道出血,大便色黑如柏油,潜血(++++)。湿热邪气下注,损于肾,肾与膀胱气化不利,水液代谢失职,浊气上逆,症见少尿甚至无尿,呕吐频发,口中尿味。又因发热已久气阴已伤,故讲话少气无力,形体消瘦。患者面色黧黑,舌质紫暗舌苔腻浊,乃夹瘀夹痰之象。综观上述,病情危重,涉及肝肾肺脾心包等多脏腑病变,虚实夹杂,证候复杂,治疗棘手。伤寒病因不除,焰火难灭,肝病不解,肾脏难安。在急则治其标,缓则治其本的治疗原则下,治拟清热解毒、利湿退黄,佐以益气养阴、祛痰化瘀、凉血止血之品。处方:黄连6g,黄芩10g,栀子6g,生地黄10g,生大黄10g,赤芍10g,牡丹皮10g,石菖蒲10g,太子参15g,法半夏10g,杏仁10g,竹茹20g,苦参10g,地榆10g,丹参20g,茵陈12g,白茅根20g。先投1剂,头

* 井冈山学院附属医院 江西省吉安市吉州区吉福路21号
(343000)

收稿日期:2006-03-17;修回日期:2006-04-24

煎加水 400ml, 取汁 200ml, 再煎加水 300ml, 取汁 200ml, 二煎相混, 上午晚上各温服 1 次。

次日患者体温下降, 头痛、肌肉疼痛等症有减。原方再投 1 剂, 患者症状明显减轻, 体温再度下降, 神志痴呆好转, 精神转佳, 大便不黑, 频频作呕之症控制。上方去栀子、法半夏、地榆、石菖蒲, 改加白术 10g, 白扁豆 15g, 谷麦 15g, 麦芽 15g, 调治半月, 诸症消除。经化验肝肾功能及其它辅助检查均恢复正常, 获痊愈。随访 2 年有余, 病情无反复。

3 体会

伤寒病并发肝肾综合征在临床中非常少见, 一旦发生预后极差, 死亡率高。西医治疗本病非常棘手, 投入各类化学药物控制伤寒病因又有加重肝肾损害之弊, 病情可能更为复杂而严重。据此, 本例患者从中医辨证, 其要点在于对外感温病、黄疸、关格三病的病因病机把握。吴鞠通《温病条辨》指出: “凡病温热, 始于上焦, 在于太阴, 肺病逆传, 则为心包; 上焦病不治, 则传中焦, 脾与胃也; 中焦病不治, 则传下焦, 肝与肾也, 始于上焦, 张于下焦。”本病的发生发展适好印证了吴氏对外感温热病的经典论述。明末吴又可《温疫论·发黄》云: “疫邪转里, 移热下焦, 小便不利, 邪无输泄, 经

气郁滞, 其传为疸, 身目如金。”《伤寒论》首先提出“关格”病名, 认为关格是以小便不通和呕吐为表现的疾病。金·张元素《医学启源》指出: 关格是由于“热在下焦”。金·李杲《兰室秘藏》曰: “关无出之谓, 皆邪热为病也”。外邪侵袭, 损于肺, 邪浊搏于肺者, 则为上逆; 外邪侵袭, 损于脾, 邪浊搏于中焦者, 则为中格; 外邪侵袭, 损于肾, 邪浊搏于肝肾则为下关。治疗上述三病, 选用清瘟败毒饮、茵陈蒿汤、黄连温胆汤组合化裁而成。针对伤寒病因, 方中黄连、栀子、黄芩、大黄清热解毒, 对伤寒杆菌等有杀灭和抑制作用。针对黄疸, 方中茵陈、大黄、栀子具有清热利湿退黄之功。患者神志欠清, 表情淡漠, 乃痰浊上蒙心包之征, 选用石菖蒲、法半夏芳香化浊开窍之法以醒神。患者口中尿味, 泛恶不已, 乃浊毒壅滞, 胃气上逆之征, 选用黄连温胆汤加减以和胃化浊止呕。患者大便出血, 乃温热之邪伤及肠络之征, 选用生地黄、太子参、赤芍、牡丹皮、白茅根、地榆养阴清热, 凉血止血。患者面色黧黑, 舌质紫暗, 乃夹瘀征象, 选用丹参、生地黄活血化瘀。方中大黄、丹参对清除体内肌酐、尿素氮, 恢复肾功能有较好疗效。诸药配伍, 共奏清热解毒、利湿退黄、和胃泄浊、养阴止血之效。由于方药切中病机, 遂告痊愈。

全国中医与中西医结合治疗常见病临床研讨会 暨全国针灸及推拿疗法临床应用研讨会 征 文 通 知

由中华中医药学会和中医杂志社主办、北京东方岐黄科技服务中心承办的“全国中医与中西医结合治疗常见病临床研讨会暨全国针灸及推拿疗法临床应用研讨会”因故推迟到 2007 年 4 月在安徽省黄山市举办。现继续征文如下。

1. 征文内容: (1) 中医药传统理论的研究思路和方法; (2) 中医、中西医结合临床研究和治疗经验、成果与体会; (3) 中医基础研究和理论研究; (4) 临床应用经方、成方、验方的体会; (5) 中药理论研究及现代应用; (6) 非药物疗法在临床中的应用研究与总结; (7) 中药及复方制剂的开发与研究; (8) 名老中医临床经验总结与继承; (9) 中医临床各科经验介绍及研究进展; (10) 中药、方剂理论及现代应用综述; (11) 单味药临床应用体会; (12) 针灸在临床应用中的经验; (13) 临床应用推拿、按摩及其它理疗方法的经验; (14) 非药物康复疗法经验总结; (15) 常见病、多发病进行生活方式干预的成果报告; (16) 中医药现代研究的新思路、新方法。

2. 征文要求: (1) 论文要求论点明确, 论据充分, 结构严密, 层次分明, 文字精炼, 具有科学性、创新性、实用性; (2) 征文经专家评审后, 录用文章将刊登在《中医杂志》2007 年增刊上并发邀请函参加会议, 入选论文将安排在大会交流, 参加会议者颁发证书并授予国家级继续教育学分; (3) 征文请附医院或主管单位介绍信; (4) 征文截止日期为 2007 年 2 月 10 日; (5) 每位作者只限投一篇论文(要求 2000 字以内); (6) 文稿中的计量单位均须采用法定计量单位, 如“克”应为“g”, “毫升”应为“ml”, “白细胞 $5000/\text{mm}^3$ ”应为“白细胞 $5 \times 10^9/\text{L}$ ”等; (7) 文题下署作者姓名, 作者单位名称、地址、邮政编码、电话请写在文稿末尾; 请在投稿信封左下角注明“会议”字样; (8) 论文尽量不用表格及图片; (9) 欢迎计算机软盘或电子邮件投稿。

3. 投稿地址: 北京市东直门内南小街 16 号, 中医杂志社东方岐黄科技服务中心, 邮编: 100700, 联系人: 牛易。电话: (010) 64033632, 传真: (010) 64030209, 网址: www.jcm.net.cn, E-mail: jcm@163.com