

· 病例报道 ·

重症鼻源性破伤风病案

林兴栋 陈银环 钟嘉熙 吴智兵 吴宣富

(广州中医药大学第一附属医院四内科, 广东省广州市三元里机场路 16 号, 510405)

[关键词] 重症鼻源性破伤风; 鼻腔感染; 中医症型

1 病例介绍

患者, 男, 农民, 41 岁。于 2006 年 2 月 28 日因“头痛 10 天, 伴吞咽困难 3 天”为主诉就诊。患者 10 天前因“鼻窦炎”在个体诊所行鼻腔内注射治疗(具体药物不详), 3 天后出现头痛、低热, 1 周后口难张开, 吞咽困难, 饮水呛咳。在当地医院给予对症处理, 上述症状未见缓解而收入我院神经内科。入院时症见: 神疲, 头痛, 口难张开, 声音嘶哑, 饮水呛咳, 吞咽困难, 伴头晕, 无视物旋转, 恶心, 无呕吐, 不能进食, 大便 4 天未解。查体: 体温 37.5℃, 脉搏 88 次/分, 呼吸 20 次/分, 血压 148/90 mmHg, 言语不清, 面部肌肉紧张, 伸舌不过齿, 心、肺未见明显异常。头颅 MRI 示: 鼻炎表现, 其他未见明显异常; 血白细胞 $17.3 \times 10^9/L$ 。初步诊断: 中医: 头痛, 肝风内动、脉络瘀阻证; 西医: 头痛、吞咽困难待查(鼻腔感染? 破伤风?)。治疗上予静脉滴注青霉素抗感染、甘露醇脱水, 并给予营养支持。经上述治疗症状仍未见明显改善, 3 月 2 日精神变差, 头痛加重, 牙关紧闭, 恶心欲呕, 双瞳孔对光反射迟钝, 颈项强直, 为排除颅内感染而做腰椎穿刺, 测脑脊液压力为 140 mmH₂O (1.372 kPa), 留取脑脊液约 10 ml 送检, 同时每日予破伤风抗毒素(TAT) 3 万 IU/d 静脉滴注。

3 月 4 日患者出现胃脘部疼痛剧烈, 气促, 全身强直频繁发作, 角弓反张, 给予肌注 654-2 注射液 10 mg 解痉, 静脉推注安定注射液 10 mg 控制痉挛。经处理后症状缓解。另因患者牙关紧闭无法张口, 10 余天未进食, 给予插胃管、尿管以解决患者进食和给药、排尿困难等。晚上 6 时患者脑脊液和生化结果回报均未见明显异常, 给予安定静脉注入维持以控制痉挛发作, 万托林和爱全乐雾化吸入以缓解支气管和喉头痉挛等处理, 患者肌肉强直稍有缓解, 阵发性痉挛次数减少。

3 月 5 日中午患者突然出现呼吸困难, 胸闷气促, 不能平卧, 咯黄白黏痰, 呼吸 25 次/分, 血压 140/80 mmHg, 心率 150 次/分, 律齐, 未闻及明显病理性杂音, 双下肺满布湿啰音。心电图提示: 窦性心动过速。考

虑为急性左心衰竭, 给予速尿、西地兰、可达龙等治疗后, 患者排尿 1800 ml, 呼吸困难稍有好转, 双下肺湿啰音较前减少。约下午 2 时, 患者抽搐症状再次加重, 转入 ICU 后给予 ICU 特级护理、六参数监测、持续中流量吸氧等; 急复查血分析示: 白细胞 $25.9 \times 10^9/L$, 中性 0.90, 血红蛋白 121 g/L, 红细胞比积(Hct) 0.320 L/L, 血小板 $346 \times 10^9/L$, 诊断: 中医: 痉证(痰热阻络证); 西医: 破伤风, 急性左心衰, 重度肺部感染。予奥诺星加强抗感染、万托林氧雾吸入, 力月西 10 mg 静脉滴注镇静、破伤风抗毒素 1500 IU 静脉滴注及对症支持治疗; 中医以祛风化痰解痉为法, 处方: 钩藤 10 g, 全蝎 10 g, 蜈蚣 10 g, 僵蚕 10 g, 石菖蒲 20 g, 胆南星 10 g, 法半夏 12 g, 每日 1 剂, 水煎分次鼻饲。并加强护理, 保持病室安静, 床边隔离, 避免声光刺激, 少量多次给予牛奶、肉汤、面糊等鼻饲, 以保证营养和能量供给。经过上述治疗, 3 月 8 日患者自觉症状逐渐好转, 偶有全身肌肉轻微阵挛发作, 白细胞计数及中性粒细胞百分比逐渐下降至正常范围, 感染已基本控制, 生命体征平稳, 患者因经济困难于 3 月 13 日要求转入神经内科普通病房继续治疗。

目前患者仍咯痰量多色黄, 全身肌肉阵挛发作次数减少、程度减轻, 牙关紧闭缓解, 可自行少量饮水和饮食, 但情绪低落, 加强思想开导, 予猴枣牛黄散化痰, 口服中成药羚羊角胶囊祛风止痉; 中药以健脾化痰、止痉通络为法, 处方: 茯苓 30 g, 白术 10 g, 法半夏 10 g, 石菖蒲 15 g, 郁金 15 g, 钩藤 10 g, 蜈蚣 10 g, 僵蚕 15 g, 地龙 10 g, 白芍 15 g, 炙甘草 6 g, 羚羊角 30 g(先煎), 每日 1 剂。3 月 26 日患者基本无肌肉阵挛发作和咯痰, 逐步减量和停用抗生素、安定等药物, 拔除胃管和尿管。3 月 31 日复查头颅 CT 示: 鼻中隔轻度偏曲, 左侧上颌窦炎症。但患者仍稍有头痛, 考虑破伤风杆菌为厌氧菌, 加强供氧有利于杀伤破伤风杆菌, 予高压氧治疗, 每日 1 次。患者已 2 周无肌肉阵挛发作, 生活已能自理, 实验室检验结果均正常, 于 4 月 8 日痊愈出院。

2 讨论

破伤风属中医学痉证范畴, 多由于创伤后疮口未

Electronic Publishing House. All rights reserved. <http://www.cnki.net>

(下转第 439 页)

悸、失眠、易怒；舌红；脉弦、细、数等。(3) 痰湿证：头晕、头痛、呕恶、胸闷、头重、心悸；苔腻；脉滑、弦等。(4) 血瘀证：头晕、头痛、麻木、胸闷；舌暗、舌下络脉异常等。(5) 阳虚证：头晕、怕冷、腰膝酸软、耳鸣耳聋、小便频数、性功能障碍；舌淡白、苔白；脉沉、细等。(6) 火热证：头晕、头痛、口苦、便秘、面赤、易怒、烦躁、目赤、口渴；舌红、苔黄；脉弦、数等。

3 讨论

从 1996~2005 年北京地区高血压病中医证候分布统计结果可以看出，病例频次中以肝阳上亢证、痰浊上扰证、瘀阻脑络证、肝郁气滞证、肝肾阴虚证、肝火炽盛证、肝风内动证为多；证候频次中出现较高的是肝阳上亢证、痰浊上扰证、肝肾阴虚证、肝火炽盛证、阴阳两虚证、肝风内动证和瘀阻脑络证。二者结果不同，可能是由于前者多为临床报道，反映医者临证心得而求异，多为一文一证或一文多证辨证治疗；后者除临床报道外，尚有理论论述、中成药应用而存同，常有一证数方情况，尤其是中成药，目前仍以治疗肝阳上亢证及肝肾阴虚证为多。虽排序不尽相同，但肝阳上亢证、痰浊上扰证、肝肾阴虚证、瘀阻脑络证、肝火炽盛证和肝风内动证均为常见证候；配合证素统计，可以看出证候分布以阴虚证、阳亢证、痰湿证、血瘀证、阳虚证、火热证、气虚证和肝风证等为主，说明本病的病位主要在肝、肾，其次为脾、心；病性为阴阳失调；有虚实夹杂、实证和虚证三类，其中虚证可见气、血、阴、阳之虚，但以阴虚为主，实证虽以火热为多，但痰浊、瘀血和肝风也是不可忽视的重要因素。

常见症状分析结果显示，高血压病以头颈部症状

(上接第 436 页)

合，感受风毒之邪，侵入肌腠经络，营卫不得宣通，甚则内传脏腑，毒气攻心而引起的严重病证。诊断或治疗不及时，患者随时有生命危险。破伤风出现颈项强、发热，需要与脑膜炎鉴别：前者意识清，后者多伴有意识障碍，脑脊液检查可予区分。

本例患者有金创史，邪风从伤口入，扰乱正常脏腑功能，肺失宣肃，水液不能疏布，久酿成痰，故患者痰多；痰浊久蕴化热，熏蒸体表，故偶有发热；风邪入侵经络，致经络功能失调，故发生痉挛，均为邪风入侵，痰热阻络证。中医以祛风解痉化痰为主，中药方中钩藤、羚羊角、全蝎、蜈蚣、僵蚕能走窜经络、平肝熄风止痉；地龙具有松弛平滑肌等作用，能解除痉挛，缓解症状；胆南星祛风镇惊解痉；石菖蒲开窍宁神；胆南星化痰祛风解痉；法半夏燥湿化痰；茯苓、白术健脾祛湿。诸药合用

为主，其次为精神症状，其中出现较多的有头晕、头痛、耳鸣耳聋、失眠、心悸等，舌质以红、暗、淡，舌苔以腻、白、黄，脉以弦、细、滑、数为常见，也反映出本病以肝阳上亢及肝火上扰、脏腑功能失调为主要病机。

同时，我们也发现此次收集的文献中存在以下问题：其一，诊断标准不统一。在 61 篇与临床报道或临床研究有关的文献中，明确记载高血压诊断标准的为 54 篇，所用标准就达 22 种；有中医证候诊断标准者 30 篇，所用标准也达 17 种以上。其二，实验设计不规范。在 61 篇文献中有“随机(分组)”或“对照”字样者 27 篇，注明单盲、双盲及数字表法者仅 5 篇。其三，大样本报道较少。61 篇文献中以中、小样本为主，其中 200 例以上者仅 7 篇。其四，证候、症状称谓欠规范。如肝阳上亢证与阴虚阳亢证分为两证；与痰浊相关证候，就有痰湿壅盛、痰湿阻络、痰浊上蒙、痰浊内蕴、痰浊中阻等称谓；头重一症，有指头重如裹者，也有指头重脚轻等。因此，在整理分析文献的基础上，再结合临床实际，进行大规模、多中心的流行病学调查，开展对高血压病中医证候规范的研究，对提高中医辨证论治水平十分必要。

参考文献

[1] 朱文锋, 王行宽, 王若光, 等. 常见症状中医鉴别诊疗学. 北京: 人民卫生出版社, 2002; 32~775.
[2] 朱文锋, 庄泽澄, 吴承玉, 等. 中医诊断学. 北京: 中国中医药出版社, 2002; 18~123.
[3] 李经伟, 余瀛鳌, 蔡景峰, 等. 中医大辞典. 2 版. 北京: 人民卫生出版社, 2005; 261, 459, 528, 1211, 1846.
[4] 国家中医药管理局. 中医病证诊断疗效标准. 南京: 南京大学出版社, 1994; 22, 23.

(收稿日期: 2006-07-13; 修回日期: 2006-10-18)

达到健脾化痰、熄风解痉之功。

破伤风治疗的中心环节是控制和解除肌肉痉挛，而单纯中药治疗不能完全控制抽搐痉挛，单纯西药治疗控制抽搐痉挛用药量大、效果差，故采用中西医结合疗法。同时积极防治肺部感染等并发症，由于破伤风病程长，强烈的肌肉痉挛和抽搐致机体严重消耗，如不注意全身支持疗法，易造成患者最后衰竭而死亡，故加强营养支持和日常护理十分重要。

此例患者病灶在鼻黏膜内侧，伤口深且隐蔽，难以发现，容易漏诊；伤口难以开放以彻底清创，使得感染持续，并在住院期间出现急性左心衰竭、重度肺部感染，这些都是治疗的难点。我们及时采用中西医结合方法进行积极抢救，使得此例重症鼻源性破伤风患者得以获救并痊愈出院。

(收稿日期: 2006-07-24; 修回日期: 2006-09-04)