

病例报告 •

急性粒细胞性白血病伴高热病案

严 仲 庆 整理

(绍兴第二医院中医科, 浙江省绍兴市延安路141号, 312000)

[关键词] 急性粒细胞性白血病; 高热; 中医药疗法

1 病历摘要

蒋某某, 女, 43岁。因反复发热伴乏力1年, 再发2天, 于2007年7月1日上午8时入院。现病史: 患者2006年6月9日因乏力、发热持续不退, 入本院血液科治疗, 经骨髓常规、免疫分型等检查后确诊为: 急性粒细胞性白血病。先后予以AA方案化疗3次, NA方案化疗2次, DA及MA方案化疗各1次。MA化疗后出现严重骨髓抑制伴呼吸道感染, 而以升白细胞和抗感染并配合输血治疗, 至2007年6月21日复查发现疾病复发, 再以中等剂量阿糖胞苷化疗4天。2天前出现高热(40.8℃), 畏寒、寒战伴轻微咳嗽, 腹泻而收住入院。入院诊断: 急性粒细胞性白血病伴骨髓抑制, 上呼吸道感染。既往体健, 无其他病史。体格检查: 体温38.8℃, 脉搏90次/分钟, 呼吸22次/分钟, 血压100/60mmHg。神志清楚, 发育正常, 严重贫血貌。下肢皮肤少量出血点。浅表淋巴结无肿大, 无皮下结节, 无水肿。巩膜、皮肤无黄染。颈软, 气管居中, 甲状腺不大, 无颈静脉怒张。胸廓对称、两肺呼吸音粗糙, 心浊音界不大, 心率90次/分钟, 心律规则, 心音中等, 未闻及杂音。腹部平坦, 肝肋下触及。脾肋下未及, 莫非征阴性, 肠鸣音8次/分钟, 移动性浊音(-), 双肾区无叩击痛, 脊柱及四肢关节无畸形, 四肢肌力正常, 神经反射无异常。实验室检查: 血常规: 白细胞(WBC) $0.3 \times 10^9/L$, 中性粒细胞(N) 0.28, 红细胞(RBC) $1.38 \times 10^{12}/L$, 血红蛋白(Hb) 41g/L, 血小板(PLT) $8 \times 10^9/L$ 。尿常规: 无异常。生化: 各种酶谱正常, 胆红素正常。白蛋白(Alb) 26.8g/L, 球蛋白(GLO) 27.1g/L, 血糖(GLU) 11.8mmol/L, 胆固醇(TC) 2.36mmol/L, 甘油三酯(TG) 2.34mmol/L, 肌酐(Cr) 85μmol/L, 尿素氮(BUN) 2.74mmol/L, 电解质基本正常。纤维蛋白原9.64g/L, 其余均正常。乙型肝炎病毒标志物检测均无异常。X线胸片无异常。B超提示: 肝脾稍肿大, 左肝小结节, 胆囊壁水肿, 右肾小结石, 肺部

CT: 两侧肺部感染, 两侧胸腔积液。血培养: 无细菌生长。

住隔离病房, 发病危通知, 停用入院时带入的依替米星、阿洛西林, 予亚胺培南西司米丁每次0.5g, 每日3次, 静脉滴注, 连用6天; 万古霉素每次1g, 每日2次, 静脉滴注, 共用18天; 7月3日起, 加用氟康唑每次0.2g, 静脉滴注, 每日1次, 共用13天; 7月6日加替硝唑每次0.8g, 静脉滴注, 每日1次, 共用7天; 加头孢地嗪每次2g, 静脉滴注, 每日2次, 共用4天; 7月9日加氨苄西林舒巴坦每次4.5g, 静脉滴注, 每日3次, 共用10天。其间静脉滴注红细胞悬液3次, 每次2单位; 血小板2次, 共23单位; 血浆6次, 共1200ml。同时予人粒细胞刺激因子300万单位, 皮下注射, 每日1次, 共用18天; 白介素2 3mg皮下注射, 每日1次, 共用12天; 以及奥美拉唑40mg静脉滴注, 每日1次; 口服血凝酶等。但患者体温始终在39℃以上, 为了控制体温, 除物理降温外, 曾用吲哚美辛栓剂, 口服扑热息痛, 以及肌肉注射或静脉滴注地塞米松, 虽能使体温短暂下降, 但旋即复升。于2007年7月12日邀中医会诊。诊见: 患者意识清楚, 精神疲惫, 面色晦暗, 体温37.2℃, 汗出而肌肤湿润, 鼻干、两鼻孔黏膜出血, 口糜, 伴少量牙龈出血。两肩特别是左肩及左上肢拘急疼痛较重, 牵引左侧躯干及左下肢内侧, 伴肛门灼热, 痔核下脱, 大便溏而不爽, 夹带少量黏液和血便。舌淡白如纸, 上罩少许白苔, 尚润, 不厚; 脉沉细而软弱无力, 辨证为阳虚血衰、营卫不和、经输不利, 兼夹阳明积热, 予桂枝汤和葛根芩连汤合方, 加附子10g、羚羊角6g、瓜蒌30g, 3剂。7月16日上午复诊, 诸症不减, 口干, 鼻孔灼热干燥, 呼气如火, 大便仍溏, 日行3次, 痔核下脱更剧。舌仍淡白如纸, 脉沉而细数。因首诊无效, 乃邀科内医生讨论。

2 病例讨论

主任医师严某: 患者系急性粒细胞性白血病, 因化疗而致严重骨髓抑制, 伴发感染, 高热18日不退。目前西药的使用如上, 但是诊断仍有不够明确的地方。首

先,除了肺部感染外,或许还有其他隐伏的病灶没有发现;其次,感染究竟是细菌性的还是病毒性,或者继发有二重、三重感染也不是很清楚。而且治疗效果也很不理想。三天前中医会诊方案如上,但效果一般,因此组织大家进行讨论。

主治医师沈某:该患者目前体温为 37.9°C ,脉象细数而有力。但是比较12日下午初次会诊时的记录,当时患者的体温是 37.2°C ,脉象却是细软弱无力,不知该如何考虑二者的区别?

主任医师严某:这个问题提得好,也许我首诊的疏忽就在这里,综观12日下午患者的脉象及全身症状,确实有很多矛盾之处。病情所见是以虚象、寒象为主,如舌淡白如纸,上罩少许白苔,尚润,不厚,脉沉细而软弱无力,但也伴见一些实象、热象,如鼻干、口糜、肛门灼热,大便溏而不爽等等。问题是患者当时的虚象、寒象是在什么样的情况下形成的。翻看当日的病历记录,上午6时因高热而使用吲哚美辛栓 $1/2$ 粒,10时30分输血浆 200ml ,肌肉注射地塞米松 5mg ,这些退热降温的药物使患者汗出而热退,因而表现出如上所述的所谓虚象、寒象,造成了一种似乎无热、无实的假象。今天的情况则不同,昨日下午5时患者因高热使用吲哚美辛栓1粒,此刻已是上午10时,药效已过,体温 37.9°C ,说明体温又开始新的一个周期的上升过程,病象尚未受药物的影响,反映的是疾病的真象。

副主任医师范某:从患者的主要症状来看,始终是

发热,而且始终不伴有恶寒,因此基本上可以排除表证的可能,既不是伤寒的太阳病,也不是温病的卫分证,而是里热。目前患者的症状是高热不已,口干欲饮,鼻干,口糜,肛门灼热,伴有鼻孔及口腔黏膜出血,肌肤斑疹隐隐,是典型的气血、气营两燔证,治疗也当从清气凉营、凉血解毒入手,可以考虑用化斑汤加味。

主任医师严某:范医师的分析很有道理,我首诊的失误一在失察;二在于循往,患者因该病已多次住院治疗,曾以上方治疗有效,这次不免有些墨守。此次应当从伏气温病的角度论治,我同意从温病法治疗。但首诊的温热药之误很可能会进一步助长邪热深入营血,耗津劫液,应当急于清瘟败毒饮直折之,处方:水牛角 30g (先煎),生地黄 30g ,牡丹皮 10g ,黄连 10g ,黄芩 15g ,焦栀子 15g ,白芍 15g ,葛根 45g ,知母 10g ,生石膏 60g ,玄参 30g ,鱼腥草 30g ,炙甘草 10g ,3剂。

3 后记

患者当日下午服药,此后体温一直维持 37.3°C 以下,泄泻及黏液血便止,痔核下脱已明显减轻,鼻孔灼热已除,口干渴大减,左侧躯干及肢体拘急疼痛也有明显缓解。 $\text{WBC } 4.30 \times 10^9/\text{L}$, $\text{N } 0.71$, $\text{RBC } 2.47 \times 10^{12}/\text{L}$, $\text{Hb } 76\text{g}/\text{L}$, $\text{PLT } 44 \times 10^9/\text{L}$ 。脉细而微滑,复予原方加入麦冬 15g ,4剂。4日后热退,7月20日患者出院,随访至8月20日病情稳定。

(收稿日期:2008-02-18)

[编辑:洪涛]

科学煎药

药效至上



® 东华原医疗

DONGHUAYUAN MEDICAL



电动挤压
循环煎药机



2+1 电煎
密闭组合机



3+1 密闭煎药
包装组合机



2万保温型
密闭煎药机

- 节能、环保、高效完美结合的新一代煎药包装设备
- 完善的产品营销体系和服务网络,使用无忧
- 通过 ISO9001、CE 认证

北京东华原医疗设备有限公司

总部: (北京市(中关村)昌平科技园区顺源路1号) 邮编: 102200

电话: 010-89718013 传真: 010-89718021 网址: www.donghuagroup.com

全国免费垂询热线:
800-810-0359

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