

· 病例讨论 ·

成人斯蒂尔病高热案

陈 五 一 整理

(河南省开封市第一中医院, 开封市财政厅东街 54 号, 475000)

[关键词] 成人斯蒂尔病; 高热; 中医药疗法

1 病历摘要

王某某, 男, 23 岁。2003 年 10 月 27 日以持续高热 4 个月入院治疗。4 个月前因劳动后大汗出后席地而眠, 晨起即发高热, 伴咽痛、腰背关节疼痛不适。初按上呼吸道感染治疗, 予抗炎解热无效, 遂到省、市多家医院诊治, 经系统检查, 排除肿瘤, 生化检查仅白细胞系统增高, 血沉增快, 余未发现其它阳性体征, 被诊为斯蒂尔病。予强的松每日 30mg 治疗, 服后体温可降至 38℃, 但稍减量体温即升, 故求治于中医。现症: 入院后停服强的松, 体温持续升高到 40℃。壮热无汗, 无恶寒, 神昏烦渴, 精神如常, 饮食二便如常。体检: 体温 (T) 40℃, 脉搏 (P) 106 次/分, 呼吸 (R) 18 次/分, 血压 (BP) 110/70mmHg, 全身皮肤黏膜无黄染, 无斑疹、水肿。浅表淋巴结未触及肿大, 结膜及咽无充血。甲状腺不肿大。心肺 (一), 肝脾未触及, 肾区无叩击痛。四肢脊柱关节无红肿、变形、结节、压痛。神经系 (一)。脉滑数, 舌淡红、苔薄。实验室检查: 白细胞 (WBC) $36.7 \times 10^9/L$, 中性粒细胞 (N) 0.92, 淋巴细胞 (L) 0.08, 血沉 (ESR) 55mm/h, 类风湿因子、抗核抗体 (一)。结核菌素三联皮试 (一), 骨髓象 (一), 肥达反应 (一), 狼疮细胞 (一), 细菌培养 (一), X 线胸片、彩超、心电图均正常。为确立治疗方案, 进行病例讨论。

2 病例讨论

住院医师: 患者入院后即停用激素, 先后使用肿节风、双黄连、清开灵注射液, 以清热解毒治疗。临时用消炎痛栓剂, 汗出热稍退, 继又发热。由于该患者除高热外, 咽痛、腰背酸痛已消失, 无神昏烦渴, 兼证很少, 所以我们只能从发病时间上辨证, 《素问·热论》: “凡病伤寒而成温者, 先夏至日者为病温, 后夏至日者为病暑。”该病发于初夏, 结合临床表现, 故可诊为暑温。病因为外感风寒之邪, 入里化热, 病位在气分, 病性为热实证, 辨证为暑入阳明。方用白虎汤合银翘散加减。服药 3 剂后热势未减, 请上级医师指导。

主治医师: 根据该患者汗出席地而眠受寒病因及

长期高热的特点分析, 初起应属外感。后发展至壮热, 壮热多见于伤寒、温病、瘟疫之中。但该患者外无恶寒身冷, 内无神昏烦渴, 伤寒、温病不成立, 因无流行病史, 瘟疫也不成立, 分析发病特点与疟病相似。《张氏医通·疟》: “夏伤于大暑, 其汗大出, 腠理开发, 因遇夏季凄沧之水寒, 藏于腠理皮肤之中, 秋伤于风则病成矣。”《金匱要略·疟病脉证治》: “阴气独绝, 阳气独发, 则热而少气烦冤, 手足热而欲呕, 名曰瘧疟。若但热不寒者, 邪气内藏于心, 外舍分肉之间, 令人消铄脱肉。”该患者壮热不已、身体消瘦, 既无里证, 也无表证, 邪气只能是在腠理分肉之间。故可诊为瘧疟证, 辨证为寒邪郁而化火。予达原饮加生石膏、荆芥、防风 3 剂, 上方服后热势不减, 故请上级医师会诊。

副主任医师: 成人斯蒂尔病 (adult onset still's disease, AOSD) 曾称为“变应性亚败血症”, 是一组病因不明, 临床以高热, 一过性皮疹, 关节病变和白细胞升高为主要表现的综合征。美国 CUSH 诊断标准是: 必备条件: 发热 $T \geq 39^\circ C$; 关节痛或关节炎; 类风湿因子 $< 1: 80$; 抗核抗体 $< 1: 100$; 另需具备下列任何 2 项: 血白细胞 $> 15 \times 10^9/L$; 皮疹; 胸膜炎或心包炎; 肝大或脾大或淋巴结肿大。该患者经多家医院及本院系统检查已排除其他与发热相关疾病, 根据持续高热, 初起咽痛, 脊柱关节酸痛, 白细胞及中性粒细胞异常增多, 血沉增快的症状, 虽仅特异性皮疹未出现, 但基本上可以确诊为本病。查阅中医文献, 壮热不仅外感病中有, 内伤杂病也不少见。如“甘温除大热”的气虚证, 还有唐容川所说的其证象“白虎”的瘀血证。另外还有清代名医吴崑所说的: “风劳, 骨蒸壮热, 肌肉消瘦……”的阴虚骨蒸证等等。推求该病病因, 患者素体消瘦, 大汗出后席地而眠, 病是由风寒之邪乘虚入里。在暑天又极易化热, 久热必伤阴血, 故此证应为阴虚外感郁火内蒸。方选《卫生宝鉴》中主治外感风邪入里化热、耗伤阴血的秦艽鳖甲散, 加引邪外出的荆芥、薄荷、蝉蜕。上方加减服 6 剂后, 热仍未减, 但胸前出现 10 余枚粟米样红疹。

主任医师: 患者持续高热, 症少难辨, 确属急重疑难病。《素问·热论》说: “三阳经络皆受其病, 而未入脏者, 故可汗而已。”“体若燔炭, 汗出而散”。患者高热无

汗理当汗出而解,为何用了汗法而不解呢?这是因为患者外感寒湿,邪郁化火,邪气既未外达又无内传;无外达是邪气盛,无内传是年青人正气盛,正盛邪盛,正邪交争则高热。邪盛汗之不已,应重在祛邪,现已见前胸出现 10 余枚红疹,这是郁火已结成毒,热毒已是病机之关键。所喜热毒现有外达之势,因此要顺势发汗透疹,给邪以出路;又要泻火解毒以断热毒之根本。方用杨栗山《伤寒温疫条辨》升降散加减:荆芥、防风各 12g,薄荷 12g,蝉蜕 9g,僵蚕 12g,姜黄 9g,黄芩 12g,黄连 6g,黄柏 9g,大黄 6g,栀子 12g,玄参 30g,滑石 24g,甘草 4g,

3 剂。
3 后记
服上方后疹出稍多,微汗,体温未降。再服 3 剂,前胸后背疹出密集,体温降至 38~39℃。再服 3 剂,四肢颜面斑疹同见,色鲜红密布,体温恢复正常。以后恐久服苦寒伤胃,改服养阴清透剂,体温又升,重服上方 20 余剂,直至血象完全恢复正常而痊愈出院,1 年后该患者以他病就诊,询之未发。

(收稿日期:2007-11-09)
[编辑:洪涛]

化痰通腑汤灌肠治疗中风病急性期痰热腑实证 158 例

李凤玲

(山东省郓城县中医院,郓城县西梅街北段 67 号,274700)

中风病急性期约 40%~50% 表现为痰热腑实证,我们用化痰通腑汤灌肠治疗中风病急性期痰热腑实证 158 例,取得了较好的疗效,现报道如下。

1 临床资料

所有病例均符合 1993 年全国脑病协作组第六次会议通过的《中风病辨证诊断标准(试行)》及《中医内科学》(第六版)中的中医诊断标准。同时亦符合 1995 年中华神经科学会、中华神经外科学会制定(第四次全国脑血管病学术会议通过)的西医诊断标准。

病例纳入标准:(1)符合西医诊断的脑出血或脑梗死患者;(2)首发中风,既往无器质性脑病史;(3)具有大便未下、舌红苔黄燥、脉弦滑的特征;(4)按《中风病辨证诊断标准(试行)》中医辨证为中风病痰热腑实证。观察病例共 316 例,均为 2001 年 6 月~2006 年 6 月我科收治的中风患者。入院距发病时间 2 小时~3 天。随机分成 2 组。治疗组 158 例,男 78 例,女 80 例;年龄 55~78 岁,平均 62 岁;其中脑出血 50 例,脑梗死 108 例;言语不利 35 例,肢体活动障碍 80 例,意识障碍 32 例;均具有大便不下、舌红苔黄燥、脉弦滑等特征。对照组 158 例,男 81 例,女 77 例;年龄 57~79 岁,平均 64 岁;其中脑出血 52 例,脑梗死 106 例;言语不利 42 例,肢体活动障碍 78 例,意识障碍 34 例;均具有大便不下、舌红苔黄燥、脉弦滑等特征。两组患者性别、年龄、病程经统计学处理,差异无显著性($P>0.05$),具有可比性。

2 治疗方法

治疗组给予化痰通腑汤水煎灌肠治疗:药用生大黄(后入)18g,芒硝(冲)30g,全瓜蒌 15g,制胆南星 15g,水煎取汁 250ml,点滴保留灌肠,保留时间约 30 分钟,每天 1 次,连续 3 天,同时配合西医急性脑血管病常规治疗,如促进脑代谢、脑保护、脱水降颅压、监控血压、抗感染、营养支持等治疗。对照组西医治疗同治疗组。3 周后观察疗效。

3 治疗结果

3.1 疗效标准

根据脑卒中临床神经功能缺损程度评分量表(CSS)和日常

生活活动能力评分(Barthel 评分),制定疗效标准。基本痊愈:病残程度 0 级;显效:功能缺损程度评分减少 ≥ 21 分,病残程度 1~3 级;有效:功能缺损程度评分减少 8~20 分;无效:功能缺损程度减少或增加 < 8 分;恶化:功能缺损程度评分增加 ≥ 9 分。

3.2 两组临床疗效比较

治疗组 158 例,基本治愈 49 例,显效 66 例,有效 39 例,无效 4 例,恶化 0 例,总有效率为 97.47%。对照组 158 例,分别为 25 例、47 例、27 例、37 例、22 例、62.7%。两组比较,治疗组疗效明显优于对照组($P<0.05$)。而且单项症状比较治疗组 32 例意识障碍患者有 28 例于入院 3 天内转醒,31 例言语不利明显好转,51 例肢体活动恢复,32 例口角歪斜明显好转。对照组 34 例意识障碍患者有 9 例于入院 3 天内转醒,10 例言语不利明显好转,15 例肢体活动恢复,10 例口角歪斜明显好转,20 例死亡,经统计学处理,差异有显著性($P<0.05$)。

4 讨论

中风病是以口眼歪斜、半身不遂、言语不利甚或突然仆到、昏不识人为主要临床表现的疾病,约 40%~50% 的患者以痰热腑实为其证候,表现为腑气不通和痰热证。腑气不通则大便不通或干燥,患者发病 1 天或数天无大便或虽有便意而干结难导;痰热证的主要征象是舌质红、苔黄腻、黄厚腻,脉弦滑。中风发病,邪盛正虚或虚实夹杂,痰浊阻于中焦,郁久化热,痰热内闭,枢机不利,清阳不升,脑窍失养,腑气不通,胃气不降,浊邪不降转而上逆,上扰清空,神机失用,所以致病。患者或烦躁或嗜睡、或言语謇涩、半身不遂等。方中生大黄气味重浊、直降下行、走而不守,长于涤荡胃肠实热积滞;芒硝味咸软坚,与大黄相须为用,增强泻下热结之功能;佐以全瓜蒌滑肠通便;配胆南星、防风热留滞经络,此四味共起通畅腑气、祛痰达络、敷布气血之功能,同时清除胃肠积滞,使浊邪不能上扰神明,气血逆乱得以纠正,还可急下存阴,以防阴劫于内、阳脱于外。灌肠用药既避免了患者插鼻饲的意外风险及痛苦,又能使患者尽快用药受益,值得临床推广应用。

(收稿日期:2008-02-29)
[编辑:黄健]