

品),砂糖 1kg(红糖偏温,白糖偏凉,白糖为良),香油 0.4kg(黑白芝麻油均可,要油质纯正,不要加任何添加剂的香油)。核桃仁微火炒热,不要炒焦出油。香油加清水 100ml,倒入锅内熬开后加入砂糖,不断搅拌使砂糖全部溶化。此时要用文火,防止糖炒焦。看到糖溶化没有砂粒状时,立即将核桃仁倒入锅内,

拌匀离火,半凉时倒入盆内,冷却后倒出切块备用。制作时还要看季节的变化,冬季多加香油,夏季则少加。

以上是笔者用药治疗肾结石的不成熟的经验,仅供参考。

* 新疆维吾尔自治区乌鲁木齐新市区喀什东路南一巷 98 号华美文轩小区 19 号楼 4 单元 201 (830013)

发热病案 1 则

朴元林* 宣磊* 徐慧媛* 梁晓春* 田国庆* 尹德海*

1 病历摘要

夏某,女,67岁。主因“发热 11 天”于 2008 年 9 月 11 日入院。2008 年 9 月 1 日无明显诱因出现发热伴咽痛、干咳、无痰、全身肌肉酸痛、食欲下降,每日上午体温 37.4~37.8℃,午后体温即升至 38.1~38.8℃。服罗红霉素、敏迪等药物无效,服扑热息痛出汗后,体温可降至正常,但此后体温再次升高。2008 年 9 月 5 日我院查血常规:白细胞(WBC) $8.84 \times 10^9/L$ 、中性粒细胞(N) 74.7%、血红蛋白(Hb) 126g/L、血小板(PLT) $212 \times 10^9/L$;血沉(ESR) 77mm/h;肝肾功能均正常,查 X 线胸片正侧位相正常,自服双黄连口服液和可愈糖浆无效。入院时,发热、干咳、乏力、怕冷、周身酸痛、口干口苦、手足心热、自汗及盗汗、纳差、大便偏干,每日一行,小便如常,眠可。自发病以来,体重无明显下降,病程中无咯血胸痛、无腹痛腹泻、无尿频尿急尿痛、无关节痛。既往有高血压病史 20 年。入院查体 T: 37.0℃, BP: 120/80mmHg, 双颌下各可触及 1 枚 1cm×2cm 大小淋巴结,质地韧、光滑、活动可、有触痛。心肺腹(一),双下肢不肿。舌暗红,苔薄黄,中央有剥脱,舌下脉络轻度青紫迂曲,脉细弦。

2 诊治经过

入院后各完善检查均正常。胸腹计算机体层扫描(CT)平扫加增强:两肺未见病变,左上中肺、两下肺可见少许胸膜增厚,心膈正常,主动脉壁钙化为动脉硬化;胆囊结石。入院后给予低盐低脂肪饮食,予降压治疗。2008 年 9 月 18 日起予利复星口服共 20 天。中医方面,入院时辨证为气阴两虚、血瘀,以滋阴清热为主治疗。处方:生地黄 10g,熟地黄 10g,百合 10g,玄参 15g,白芍 10g,桔梗 6g,板蓝根 15g,浙贝母 10g,麦冬 10g,夏枯草 15g,金银花 15g,党参 15g,黄芩 10g,黄连 10g,生甘草 4g。服 7 剂后,发热及干咳改善不明显,仍手足心热,自汗盗汗,口干,食欲不振,大便质软且不规律,舌红暗、苔黄有剥脱,脉弦滑,辨证为阴虚内热为主,以滋阴清热止咳为主治疗,处方调整如下:沙参 10g,麦冬 10g,百合 10g,桔梗 10g,黄芩 10g,白前 10g,前胡 10g,茯苓 30g,薏苡仁 30g,瓜蒌 30g,芦根 10g,蝉蜕 6g,生甘草 6g。服 7 剂后,每日傍晚体温升至 37.8~37.9℃,不经处理约 1h 后体温自降至正常,干咳略缓解,渐出现乏力、气短。辨证为阴虚内热,日久耗气,前方加生黄芪 15g 益气,芦根加量至 30g 以生津止咳。服 10 剂后,仍午后低热,但体温高峰有下降,午后体温 37.2~37.5℃,能自降至正常,盗汗,手足心热,偶干咳,大便偏干,2~3 日 1 行,唇暗,舌暗红、舌下脉络略青紫迂曲、苔薄黄,脉弦滑。中医诊断:发热,气阴两虚。西医诊断:发热待查;高血压病。于 2008 年 10 月 8 日进行病例讨论。

3 病例讨论

主治医师朴某某:本例为老年女性,起病隐匿,病程短。主要表现为中等度发热伴干咳,发热以午后为甚,最高体温 38.8℃。查体:双颌下各可触及 1 枚 1cm×2cm 大小淋巴结,质地韧、光滑、活动可、有触痛。心、肺、腹(一)。结合入院后相关辅

助检查,目前诊断考虑以下几方面:①感染:首先考虑上呼吸道和肺部感染,入院后复查痰培养、血培养、TB-Ab、病毒学指标、肺炎支原体和衣原体抗体等均无阳性提示,血常规正常,胸片 X 线检查及胸部 CT 未提示明显病灶,且口服利复星抗感染治疗 2 周余,仍有午后低热,呼吸道感染依据不足。至于其他感染性疾病,如泌尿系统、肠道感染和伤寒、肝炎、HIV 感染等,依据检查基本除外。下一步拟行结核菌纯蛋白衍生物(PPD)试验,除外结核(TB)。②肿瘤:老年女性,中低热为主,入院后筛查肿瘤标记物均阴性,胸腹平扫+增强 CT、腹部 B 超、甲状腺 B 超等影像学检查均无提示,基本除外。③免疫系统疾病:入院后 ANA 仅低滴度阳性,抗 ds-DNA 抗体及抗 ENA 均(一),RF(一),补体正常,均不支持免疫病诊断。入院后予中西医结合治疗(具体见诊治经过)。

副主任医师田某某:入院后围绕发热和干咳已作了较全面的检查,继续查 PPD 试验除外 TB。中医方面,患者口干乏力、气短,无恶寒,不存在表证,以阴虚内热为主。同意目前的治疗,舌苔剥脱较前有改善,同意目前处方。

副主任医师尹某某:目前为内伤发热,以阴虚内热为主,方中可加入透热的药物,如荆芥。另外,本例夹有血瘀,可加牡丹皮、紫草增强活血化瘀之力。

主任医师梁某某:注意看 PPD 试验结果,除外结核。中医方面,同意阴虚内热为主、耗气伤津、夹有血瘀。患者发热时伴肌肉酸楚、盗汗、干咳,舌红暗,苔根部黄腻,剥脱苔明显好转,脉弦滑,舌下脉络青紫,有瘀血表现。治疗上建议在百合固金汤基础上加用补肺气药如太子参及凉血活血药。

主任医师徐某某:同意“阴虚内热、耗气伤津、血瘀”的辨证,综合各位医师的意见,处方如下:沙参 10g,麦冬 10g,百合 10g,桔梗 10g,黄芩 10g,白前 10g,前胡 10g,茯苓 30g,薏苡仁 30g,生甘草 6g,芦根 30g,瓜蒌 30g,蝉蜕 6g,太子参 30g,紫草 10g,牡丹皮 10g,荆芥 10g,每日 1 剂,水煎服。

4 后记

复查血沉: 81 mm/h。PPD(+).感染科会诊考虑结核感染证据不充分,可随诊观察,必要时行 PET。按徐主任医师的处方服药 7 剂后,干咳、气短乏力及手足心热较前减轻,仍午后潮热,午后体温波动 37.1~37.6℃。饮食可,大便通畅质稍干,睡眠易醒。舌淡暗,苔薄黄,中央剥脱较前明显改善,舌下脉络无青紫迂曲,脉细数。结合内伤发热的疾病发展过程,辨证为气阴两虚、余热未净,改予竹叶石膏汤合生脉饮加减:竹叶 10g,石膏 30g,麦冬 10g,半夏 10g,太子参 30g,五味子 10g,黄芩 10g,黄连 10g,牡丹皮 12g,生地黄 15g,知母 10g,白薇 10g,甘草 5g。于 2008 年 10 月 18 日带药出院。分别于出院后第 1 及第 3 个月末电话随访,出院以来一直无发热,无咳嗽、盗汗。出院 2 周时复查 ESR 71mm/h。

* 中国医学科学院北京协和医学院北京协和医院中医科 (100730)