

阴性; T 细胞亚群: CD3 65.16%, CD4 43.66%, CD8 21.36%, CD4/CD8 2.04; 免疫球蛋白: IgG 23.20g/L, IgA 0.70g/L, IgM 0.75g/L, C3 0.73g/L, C4 0.16g/L, 总 IgE > 400IU/ml; 细胞因子流式测定 IL-6 93.3pg/ml, human IL-10 56.6pg/ml, TNF 6.1pg/ml; 细菌内毒素测定: 内毒素 101.60pg/ml; 骨髓穿刺检查示增生性骨髓象; 肥达试验、肺炎支原体衣原体快速培养、抗核抗体及血培养阴性; PPD 试验阴性; 血寄生虫抗体测定(肝吸虫、血吸虫、肺吸虫及曼氏裂头蚴抗体)阴性; 脑脊液常规、生化、培养阴性; 大小便常规基本正常 2 次, 未查见虫卵。腹部 B 超提示肝大, 回声增粗, 腹腔及后腹膜异常淋巴结, 血流丰富, 腹腔积液; 胸部 CT 示两肺散在多发小结节, 上纵膈淋巴结肿大; 腹腔顺示肝脏弥漫性结节状病灶, 腹主动脉旁, 肠系膜上广泛淋巴结肿大, 腹腔积液。

2 治疗经过

患儿入院后先后予“泰能”、“稳可信”、“特治星”等抗感染治疗以及丙种球蛋白、浓缩红细胞支持治疗, 患儿体温仍呈弛张热。为进一步明确诊断, 于入院后第 12 天行腹腔镜探查, 可见腹腔内腹膜、肝脏表面及小肠表面弥漫性散在的小结节, 大小约 2~5mm 不等, 大网膜互相粘连, 局部与腹膜粘连。切取病灶结节 2 处送活检, 并抽取盆腔渗液 10ml 送病原学检查。活检结果示(腹壁及肠壁)寄生虫性肉芽肿性炎(符合舌状虫感染), 腹水常规: 颜色为血色, 混浊, 白细胞 1060×10^6 , 单核细胞 20%, 多核细胞 80%, 李凡它试验(+), 未找到真菌、抗酸杆菌, 腹水培养阴性。舌状虫感染诊断明确, 予吡喹酮(0.2g/片)驱虫治疗, 剂量为 150mg/次, 每日 3 次, 3 日为 1 疗程, 连续使用 2 个疗程。

患儿入院半个月来精神弱, 持续发热, 最高达 41.2℃, 胃纳减, 形体消瘦, 体重下降至 13kg, 盗汗, 腹胀。服用驱虫药物后, 症状无明显改善, 特邀中医会诊。会诊时见患儿面色欠华, 腹胀, 腹壁静脉显露, 大便每日 2 次, 偏干, 舌质红, 苔少, 治拟行气利水, 理气消胀。组方: 太子参 10g, 大腹皮 10g, 枳壳 6g, 泽泻 10g, 白术 8g, 茯苓 10g, 陈皮 3g, 芦根 30g, 槟榔 10g, 乌梅 6g, 薏苡仁 15g。每日 1 剂, 浓煎 200ml, 分 2 次服完。服药 7 剂后患儿腹胀稍减, 但仍反复发热, 拟前方再进, 并加三叶青 5g, 地骨皮 10g, 牡丹皮 6g, 再服 14 剂, 并加铁皮枫斗精口服。服药过程中, 患儿大便中解出大量白色虫体, 腹胀明显减轻, 胃纳增加。因病情稳定, 患儿于 4 月 18 日带药出院。

出院后患儿继续服中药治疗, 根据患儿病情, 予以健脾理气行水, 补气养血扶正, 组方: 炙黄芪 10g, 党参 10g, 白术 10g, 陈皮 5g, 茯苓 10g, 怀山药 10g, 炒白芍 10g, 柴胡 4g, 炙鳖甲 6g, 当归 8g, 枸杞子 10g, 槟榔 6g, 地骨皮 10g, 丹参 10g。并定期复查血常规: 超敏 C 反应蛋白、肝功能以及腹部 B 超。服药期间, 患儿大便秘结继续解出大量虫体, 体温逐渐下降至正常, 腹胀明显减轻, 10 月 13 日复查血常规: 白细胞 7.09×10^9 /L, 中性粒细胞 41.3%, 嗜酸粒细胞绝对值 0.55×10^9 /L, 血红蛋白 134g/L, 血小板 286×10^9 /L, 超敏 C 反应蛋白 < 1mg/L; 10 月 14 日复查肝功能: 总蛋白 90.8g/L, 球蛋白 41.4g/L, 白球蛋白比例 1.19, 谷丙转氨酶 16U/L, 谷草转氨酶 31U/L, 胆碱酯酶 13482U/L, 谷氨酰转氨酶 16U/L; 7 月 28 日复查腹部 B 超: 无腹水, 肝内见网络样纤维条索。精神状态佳, 面色转红润, 体重增加至 15kg。

3 体会

蛇舌状虫病是舌形虫病的一种, 多由误摄食虫卵引起, 以腕带蛇舌状虫最为多见。人类对本病高度耐受, 多数感染无症状, 只在活检、放射检查以及尸检中偶然发现, 所以本病发病率并不高, 临床较少见, 但也可以产生严重症状, 如腹水、阻塞性黄疸、腹膜炎、败血症等。本例病例由于服用成虫虫体而致感染, 患儿确诊后予吡喹酮驱虫治疗, 但疗效不甚明显, 配合中药治疗后, 症状明显改善。病程早期持续高热、腹胀, 故予三叶青、大腹皮、泽泻、枳壳等清热解毒, 行气利水; 热病日久伤阴耗液, 患儿表现出盗汗, 便干, 舌红苔少, 脉细数等阴虚内热之证, 故予铁皮枫斗精养阴清热, 生津润燥; 病程中后期, 患儿发热渐止, 但表现出面色萎黄, 消瘦, 贫血等气血亏虚之象, 血红蛋白最低降至 64g/L, 故予异功散加炙黄芪、当归、怀山药等扶正健脾, 益气养血; 腹部 B 超示患儿肝脏、腹腔均有结节形成, 故加用柴胡、白芍、鳖甲、丹参等活血化瘀, 软坚散结; 槟榔兼具驱虫和理气之功。在持续半年的中药治疗过程中, 患儿大便中排出大量虫体, 各项症状体征逐渐消失, 体质增强, 体重增加, 生活恢复正常。

通过对本例重度感染蛇舌状虫感染患儿的治疗及随访观察, 发现中医药辨证论治治疗寄生虫病, 不论在疾病治疗还是恢复调理方面, 都具有较肯定的疗效, 值得进一步研究与探讨。

* 浙江大学医学院附属儿童医院(310006)

危重病例治验 2 则

刘德峰* 刘雪晖* 整理

笔者有幸随父学医, 病例繁多, 今整理用纯中药救治危重患者 2 例, 以飨读者。

病例 1: 张某, 男, 71 岁, 工人, 2004 年 1 月初诊。患者张某患慢性支气管炎、肺气肿、肺心病, 因感冒加重入门诊治疗。当时患者症见咳嗽、气喘、少痰、咳逆倚息不

能平卧、呼吸极为困难而少气、面色青暗、唇青、肢冷、身体虚弱、身体极度消瘦, 体重 44kg, 舌淡体小少苔, 脉浮而无力, 寸脉浮短而弱。血压 90/70mmHg, 体温 36.7℃, 脉搏 88 次/min, 心律正常, 结合心电图。胸部拍片及血液化验, 诊为慢性支气管炎并发感染, 并引起肺心

病加重。因此本着急则治其表的原则,用抗生素、糖皮质激素、强心、利尿、平喘、兴奋呼吸及维持电解质平衡等对症治疗,病情得到控制而有好转。在治疗过程中由于身体极度虚弱,出现饮食量快速减少,血压及体温下降,精神轻度昏迷或恍惚,呼吸微弱,脉浮而无根,舌体变小无苔等阴阳离决之象。因门诊条件有限,医护人员劝其住院治疗,患者家属执意要求在门诊继续进行治疗。中医学认为,此时乃衰败之象,元气极其虚微,必大补元气为当务。因此取独参汤治疗,处人参 400g,嘱小火慢熬 6h 以上,绞汁约 600ml。每小时服 10ml,24h 不停喂服。如此服药约 2 天半时间(约 60h,药汁全部服完,其间患者未服任何药物和食物。之后患者神识渐清,拒绝再服药物,人参汁服完不到 1 天,患者有求饮水之意,即刻再熬稀烂小米浓汁少许与饮之,2 天后竟服流质饭,又隔 2 天能食面食,调理 2 周体重增加,各项指标皆以恢复正常而回家调养,生存近 4 年而终。

按本病例从发现慢性支气管炎到本次加重病史近 30 年,因为长期用西药对症治疗及年事已高,身体素质大亏,抗病能力极差,每因天气变化必遭其累,初时曾用西药控制病情,但体内元气已近消亡,因此必须服用大剂人参(约合 160g/d)因用量大,服用方法得当,药专力宏,患者得以转危为安。

病例 2:乔某,男,57 岁,于 2009 年 3 月 21 号初诊,患者于 1992 年得过肺结核经西药治疗半年后,经 X 光拍片检查钙化痊愈,后数年得支气管炎,逐渐发展慢性支气管炎、肺气肿、肺心病。于 2004 年冬季因肺心病发作进而肺衰竭昏迷而住院,经 3 天西医抢救治疗大脑恢复清醒,前后住院 7 天好转出院。此次发作于 2009 年 1 月 18 号,当时患者自觉严重憋闷,呼吸极为困难,后医院经抢救 50 多小时意识恢复,呼吸仍不能自主,用呼吸机维持生命,

当时诊断为肺结核钙化、肺大泡、肺气肿、肺衰竭。经 63 天西药各种抢救维持疗法,24h 重症监护,除意识清醒外,病情毫无转机,故邀余父诊治。当时症见极度痛苦表情,面色如土,欲语无声,形如卧尸,神识虽清但极度疲惫,时似欲睡,舌红体小无苔,脉浮如游丝。细询家人,患者素来严重嗜酒,以酒代饭,机体消瘦严重(40kg 左右),饮食较常人严重不足,性情暴躁,容易感冒,体力、精力严重不足,貌如耄耋。综合分析此患者因嗜酒过度伤及元气,久病及肾,必及肾气已竭,气阴两亏,必大剂大补之药方可对症,用处生脉饮加味治之。处方:人参 60g,麦冬 100g,北五味子 60g,附子 20g,肉桂 20g,山茱萸 60g,蜜炙甘草 90g 浓煎 300~400ml,分 4 次鼻饲,每日 1 剂,服到第 4 剂时,呼吸机在 24h 内停用 3.5h,服完第 8 剂,呼吸机停止使用,自主呼吸恢复,精神大增,面部气色接近常人,语音仍低微,自己吃饭,面有笑意,效果极佳。在原上方基础上加蛤蚧去头足蜜炙为末随药汁服下,前后共服 15 剂中药出院。

按:此病例用西医观点因体质过弱,饮食量特少,抗病能力低下,机体代偿能力严重不足,肺大泡、肺气肿、肺心病、慢性支气管炎皆使肺的能量储备即代偿能力严重不足而发生肺衰竭。中医学认为,长期只饮酒不按时按量吃饭,必损元气,先天及后天元气渐渐不足,进而肺气必然渐亏,又酒为湿热之物,极能却阴,因此气阴双竭,因此本方人参、麦冬、五味子即生脉饮,大补元气以生阴。肉桂、炙甘草强心复脉必用;附子、肉桂追回失散之原阳,山茱萸补肝阳,纳肾气敛浮越之刚,与五味子敛肺纳肾相得亦彰,后用蛤蚧纳肺肾之气而平喘。综观全方,补气养阴,敛肺肾,引火归源。元气足,肺气胜,故命得回。

* 山东省阳信县阳信镇医院(251800)

加味四妙散内服外洗治疗痛风

龚家斌*

2003 年以来,笔者用加味四妙散内服外洗治疗痛风 52 例,疗效满意,现总结如下。

1 临床资料

病例选择,按《实用内科》第 9 版,选例符合原发性痛风诊断的病例。一般资料:52 例患者中,门诊 46 例,住院 6 例;男性 49 例,女性 3 例;年龄 30~56 岁,平均 46.5 岁。

2 治疗方法

基本方药:炒苍术 10g,炒黄柏 12g,炒牛膝 15g,薏苡仁 20g,木瓜 15g,苦参 15g,防己 10g,川草薢 30g。热甚加栀子 10g、连翘 30g、赤小豆 30g,病程较长者用赤芍 15g、丹参 20g,痛甚加海桐皮 10g、虎杖 30g、秦艽 15g。

3 治疗效果

3.1 疗效判定标准

临床痊愈:关节红肿疼痛消失,血尿酸恢复正常;好

转:关节红肿疼痛明显减轻,血尿酸明显下降,但未至正常;无效:患者关节红肿疼痛无减轻或减轻不明显,血尿酸无下降。

3.2 治疗效果

52 例中痊愈 25 例,占 48.1%,好转 23 例,占 44.2%,无效 4 例,占 7.7%,其治愈好转率为 92.3%,其用药最少者 6 剂,最多者 15 剂。

4 典型病例

患者陈某,男,43 岁,于 2004 年 6 月 12 日以右足跖趾关节红肿疼痛 2 天就诊,时见右足拇跖趾关节红肿热痛、压痛阳性,拒按,触之局部灼热,诊见舌质红,苔黄腻,脉滑数,查尿酸 628μmol/L,诊断为痛风,属中医热痹。给予中药清热利湿、通络止痛,内服外洗治疗。方用:炒苍术 10g,炒黄柏 12g,川牛膝 15g,薏苡仁 20g,木瓜 15g,川草薢 30g,苦参 20g,防己 10g,赤芍 30g,虎杖 30g,连翘