

· 病例报告 ·

史载祥治疗输入性登革热 1 例

李 春 岩

(中日友好医院中西医结合心内科, 北京市朝阳区樱花东街 2 号, 100029)

通讯方式: lezyryhy@sina.com, 15901391069

[关键词] 登革热; 验案; 史载祥

1 病历摘要

张某, 男, 38 岁。主因发热 10 天入院。患者 2009 年 11 月 19 日去非洲访问, 在肯尼亚期间曾被蚊子叮咬, 当时未在意。11 月 25 日突然出现寒战, 发热, 体温 39.5°C 以上, 伴头痛, 自服解热镇痛药可暂时汗出热退, 旋即发热又起。12 月 1 日回国后曾去几家医院就诊, 查血常规正常, 肝肾功能正常, 曾怀疑疟疾, 两次行血涂片检查疟原虫均为(-)。12 月 3 日去北京某医院就诊, 查肥达反应、外斐反应(-), 登革热 IgM 抗体(+), 诊断为登革热, 收入院治疗。实验室检查: 丙氨酸氨基转移酶(ALT) 13U/L , 天冬氨酸氨基转移酶(AST) 14U/L , 总胆红素 $13.84\text{ }\mu\text{mol/L}$, 直接胆红素 $5.0\text{ }\mu\text{mol/L}$, 间接胆红素 $8.80\text{ }\mu\text{mol/L}$, 尿素氮 2.28 mmol/L , 血肌酐(SCr) $100.4\text{ }\mu\text{mol/L}$, 正常。白细胞 $6.42 \times 10^9/\text{L}$, 中性粒细胞 45.5% , 淋巴细胞 27.1% , 血红蛋白 179 g/L , 血小板 $160 \times 10^9/\text{L}$ 。尿常规: 正常。血抗结核抗体(-), 风湿免疫相关检查如类风湿因子, 抗链“O”, 抗核抗体和 ANCA 均(-), 肿瘤相关检查如癌胚抗原、甲胎蛋白、癌抗原 125 和癌抗原 199 均(-), 血内毒素和中性粒细胞碱性磷酸酶均在正常范围。X 线胸部正位片正常。腹部 B 超示: 脾大, 左肾囊性占位。西医治疗以补液支持、对症处理为主, 物理降温等。中药曾服用小柴胡合白虎剂, 板蓝根颗粒。但患者仍发热持续不退, 上午低热, 维持在 $37.2 \sim 37.8^{\circ}\text{C}$ 之间, 下午体温开始上升, 至夜间达到高峰, 可达 38.5°C 以上, 无明显寒战、怕冷。12 月 5 日中午请史载祥主任会诊, 诊见: 患者仍发热, 体温 38.1°C , 怕冷, 虽有汗出热不退, 头痛, 颜面及颈胸部皮肤潮红, 精神萎靡, 疲乏无力, 纳呆, 水样便, 每日 2~3 次。查体: 全身皮肤黏膜无皮疹及出血斑点, 浅表淋巴结未触及。双肺呼吸音清, 未闻及干、湿性啰音, 腹软, 无压痛及反跳痛, 肝脾未触及。舌质暗红、苔白厚腻, 脉滑数。中医诊断: 瘟疫, 辨证

为邪阻膜原。治以清化湿热, 透达膜原。方用柴胡达原饮合升降散加减。处方: 柴胡 15g, 黄芩 15g, 知母 12g, 厚朴 12g, 槟榔 10g, 草果 12g, 白芍 12g, 炙甘草 10g, 杏仁 10g, 薏苡仁 30g, 豆蔻 10g, 僵蚕 20g, 蝉蜕 8g, 姜黄 12g, 大黄 3g, 水煎服, 每日 1 剂, 分早晚两次服。12 月 7 日二诊: 患者服中药当晚体温即降至 $37.5 \sim 37.8^{\circ}\text{C}$ 左右, 此后两日均为低热, 自觉体力恢复, 胃纳转佳, 进食增加, 但汗出多, 尤以夜间明显, 湿透衣衫, 大便已成形, 每日 2 次, 腻苔略退, 脉仍滑。史老师认为, 湿热之邪未尽, 嘱患者注意休息, 清淡饮食, 忌食肥甘厚味, 尤其不宜过早进补。仍以上方进退, 去大黄, 加炒白术 6g, 柴胡减为 12g, 知母减为 10g, 蝉蜕减为 4g, 继服 3 剂。12 月 10 日三诊: 患者体温已恢复正常, 汗出明显减少, 不必每晚换衣, 体力恢复, 胃纳改善, 予六君子汤加薏苡仁、豆蔻健脾利湿以善后, 观察 3 天体温正常后出院, 1 周后恢复工作。

2 讨论

登革热是登革热病毒引起、经伊蚊传播的一种急性传染病。20 世纪登革热在世界各地发生过多的大流行, 分布整个热带地区, 每年约有 5 千万~1 亿人感染, 约有 24 000 人死亡。登革热已成为全球重大的公共卫生问题^[1]。我国广东、广西、海南和福建等省几乎每年均发生不同程度的流行。其临床特点表现为急起高热、头痛、肌肉骨骼疼痛、疲乏、皮疹、出血和白细胞减少等, 严重病例表现登革出血热和登革休克综合征, 而危及生命。现代医学对本病目前尚无特效的治疗方法, 一般采取对症处理、补液支持治疗, 维持水电解质平衡。对中毒症状严重的患者, 可短期使用小剂量肾上腺皮质激素。

史老师认为, 登革热多发于炎热潮湿的热带、亚热带地区, 具有地方性、季节性、传染性及流行性的特点, 当属于中医学“瘟疫”的范畴。吴又可在《温疫

· 中医教学 ·

中药与方剂的相关性在《中药学》教学改革中的应用

赵 越* 贾 真 韩 彬 戴王强 李 军

(广东药学院中药学院, 广州市大学城外环东路 280 号, 510006)

基金项目: 国家中医药管理局高等中医药教育面向 21 世纪教学内容和课程体系改革研究项目

* 通讯作者: zybmblyk688@163.com, (020) 39352173

[关键词] 中药与方剂; 中药学; 教学改革

中药学是主要研究中药基本理论和各种中药的来源、采制、性能、功效与临床应用等知识的一门学科^[1], 是中医辨证论治的重要环节, 同时也是学习方剂学及其他中医药专业课的基础。但是中药学涉及内容庞杂, 信息量大, 学生在学习过程中难于记忆理解; 而当学习方剂学时, 大部分学生对中药的性味、功效已经淡忘。为解决这一问题, 我们从中药与方剂的相关性入手, 在长期的教学实践中总结出一套以中药为主线, 结合方剂进行讲授的中药学教学方法, 旨在为中药学的教学改革做探索性的尝试。

1 中药与方剂的相关性

中药学与方剂学是中医药学的基础学科, 是理论与临床学科之间联系的纽带。长期以来, 两学科之间存在着千丝万缕的联系。方、药二者, 方由药成, 药为方统, 彼此难以截然分开^[2]。

在中医药发展的历史过程中, 中药与方剂之间的关系表现为并存互动, 相互促进, 共同发展。从中药、方剂的起源来看二者的关系, 最初人类通过采食植物和狩猎, 偶然发现某些动植物会引起药效反应, 其后经过无数次有意识的试验、观察, 逐步形成了简单的药物知识, 当然这一阶段相关的药物知识仅仅

论》中指出: “夫温疫之为病, 非风, 非寒, 非暑, 非湿, 乃天地间别有一种异气所感。”这种异气, 吴又可命名为“戾气”, 戾气不同于一般的外感六淫之邪, 它具有传染性和流行性。温疫之气从口鼻或肌肤而入, 初起则邪伏膜原, 即半表半里之间。本例患者在异域感受湿热疫毒之邪, 邪气伏于膜原, 营卫运行受阻, 阳气被郁, 不及于表, 故见憎寒发热; 邪不在表, 故虽汗出热不退; 膜原为内外交界之地, 即三焦之关键所在, 湿热之邪郁遏膜原, 三焦气化不利, 故见纳呆、腹泻之症。舌苔白厚腻, 脉滑数, 当为湿热并重之象。治法当以清热宣湿, 透达膜原。方用达原饮合升降散加减。方中以柴胡解肌退热, 疏达膜原之气机; 黄芩、知母苦泄膜原之郁火, 共为君药。臣以杏仁开发上焦, 厚朴、草果、豆蔻疏中行气, 槟榔、薏苡仁利湿达下。僵蚕、蝉蜕祛风除湿, 清热解郁, 以升阳中之清阳; 姜黄、大黄行气解郁, 泻热通下, 以行阴中之浊阴。白芍酸收, 以防香燥耗阴, 共为佐药, 甘草调药和中, 以为使药。诸药合用, 使三焦气机调畅, 内外通合, 气行湿化, 湿热之邪从三焦外达肌表而解。

二诊患者已转为低热, 汗出较多, 史老师认为,

这并非是热病后期气阴两伤的表现, 而是病重药轻, 湿热未尽, 由于湿性黏腻, 湿遏热伏必缠绵难解, 此时切不可用益气养阴敛汗之品, 应继清湿热, 故仍以上方进退。同时叮嘱患者注意生活调养。避免过于劳累, 以免劳复。饮食要以清淡易消化为主, 不要过早进补, 因湿邪未尽, 中气虚弱, 若进补厚味黏腻之品, 则更易助湿生痰, 使湿热之邪留恋不去, 以成食复。三诊热退, 中气渐复, 以六君子汤类以健脾调中善后。

近年来, 随着对外交流的增多, 登革热在我国北方也可见到个别输入性病例。史老师根据登革热地域特点和证候表现, 认识到本病的病因不是一般的外感六淫, 而是属于中医瘟疫的范畴, 病邪性质湿、热为主, 部位在半表半里之膜原, 治疗以透达膜原, 溃邪外出为主, 并注重后期的饮食起居调养, 从而取得了较好的治疗效果, 表明中医药治疗登革热具有一定的优势。

参考文献

[1] Gibbons RV, Vaughn DW. Dengue: an escalating problem [J]. Emerg Infect Dis. 2002, 324(7353): 1563-1566. <http://www.cnki.net>

(收稿日期: 2010-06-24)

[编辑: 洪 涛]