

· 病例讨论 ·

慢性肾功能衰竭尿毒症、不明原因高热病案

占 永 立 整理

(中国中医科学院广安门医院肾病科, 北京市西城区北线阁 5 号, 100053)

通讯方式: zhanyongli88@sina.com, (010) 88001415

[关键词] 慢性肾功能衰竭尿毒症; 发热; 中医药疗法

1 病历摘要

患者, 女, 42 岁, 主因“间断胸闷、后背痛 9 年, 加重伴咳嗽 2 天”于 2010 年 2 月 5 日以“胸水原因待查”收入我院呼吸科。患者既往 2 型糖尿病史 18 年, 9 年前确诊为糖尿病肾病, 长期皮下注射胰岛素及口服降压药等治疗, 病情逐渐加重。2 天前因胸憋闷、咳嗽至我院门诊, X 线胸片提示左侧胸腔中等量积水, 为明确胸水原因收入住院。入院时症见: 胸憋闷, 咳嗽, 痰多色白, 口干, 乏力, 纳差, 大便偏干, 小便调, 舌质淡红、苔白, 脉细沉。查体: 体温 36.5℃, 血压 130/90mmHg, 神清, 贫血面容, 心率 82 次/min, 律齐, 右肺呼吸音粗、左下肺呼吸音弱, 腹部正常, 双下肢浮肿。实验室检查: 尿常规: 尿蛋白(PRO) (++++), 尿糖(+++), 尿潜血(ERY) 10 个/μl, 红细胞(RBC) 0~1 个/HP; 血常规: 血红蛋白(Hb) 73.2g/L, RBC 2.61×10^{12} /L, 白细胞(WBC) 6.16×10^9 /L, 中性粒细胞(N) 0.877, 淋巴细胞(L) 0.065, 血小板(PLT) 282×10^9 /L; 血生化: 血糖(GLU) 9.18mmol/L, 血钾(K) 6.1mmol/L, 碳酸氢盐(HCO_3^-) 16.5mmol/L, 血肌酐(SCr) $897 \mu\text{mol/L}$, 尿素氮(BUN) 43.77mmol/L, 总蛋白(TP) 61.9g/L, 白蛋白(ALB) 27.6g/L。X 线胸片: 左侧胸腔中等量积水。胸部 CT: 双侧包裹性积液, 左下肺局限性不张, 似有软组织影。胸水病理: 可见印戒细胞, 肺癌可能性大。入院诊断: ①2 型糖尿病、糖尿病肾病, 慢性肾功能衰竭尿毒症期, 肾性贫血, 肾性高血压, 高钾血症, 代谢性酸中毒; ②胸水原因待查, 不排除肺癌。因尿毒症、高钾血症需要血液透析治疗, 于 2 月 9 日转入肾病科, 当天即行颈内静脉置管进行血液透析治疗, 并予苯磺酸氨氯地平、酒石酸美托洛尔控制血压, 重组人红细胞生成素纠正贫血, 5 周后患者胸闷、咳嗽、喘憋等症状逐步好转, 复

查 X 线胸片提示胸水明显减少。3 月 16 日起不明原因寒战高热交替出现, 体温 38.3~39.5℃, 伴头痛, 周身酸痛, 口渴欲饮, 胸胁苦满, 恶心呕吐, 舌质偏红、苔薄黄少津, 脉细略数。复查血常规: Hb 82g/L, WBC 8.03×10^9 /L, N 0.798, L 0.121, 3 次痰培养均无细菌生长, 1 次血培养无细菌生长。考虑寒战、高热可能为中心静脉置管相关性感染, 予口服盐酸莫西沙星片每次 0.4g, 每日 1 次; 静脉滴注 0.9% 生理盐水 100ml 配合盐酸万古霉素注射用粉针 0.5g, 每日 2 次。以上治疗 1 周, 患者仍寒战、高热。3 月 25 日查 Hb 86g/L, WBC 3.77×10^9 /L, N 0.665, L 0.178; 分别请呼吸科及肿瘤科会诊, 考虑为肺部感染, 不排除肺癌。建议改为静脉滴注 0.9% 生理盐水 100ml 配合注射用拉氧头孢钠 1g, 每日 2 次; 静脉滴注丙种球蛋白 10g, 每日 1 次(共 3 次)。治疗 1 周后, 患者发热仍无好转, 遂于 4 月 2 日请我院名老中医薛伯寿主任会诊, 并开展病例讨论。

2 病例讨论

研究生李某: 该患者发热起病突然, 病程较短, 发热时伴有恶寒等症状, 属于外感发热的范畴。外感热病大多以六经辨证或卫气营血辨证进行施治。该患者发热的同时伴有恶寒, 咳嗽, 周身酸痛, 舌质偏红、苔薄黄少津, 脉细略数, 中医学认为, 有一分恶寒便有一分表证, 如果按卫气营血辨证, 属卫气同病、以卫分证为主。治当辛凉解表, 处方可考虑以桑菊饮加减。

主治医师韩某: 该患者在多种慢性疾病的基础上合并高热, 目前考虑外感发热的可能性大, 患者高热、口渴欲饮, 出汗较多, 属卫气同病、以气分证为主, 治宜清热生津, 处方建议以白虎汤为主加减。

主治医师王某: 外感发热可见恶寒发热、壮热、往来寒热、潮热及不规则发热等多种热型, 诊察热型对外感发热的辨证具有重要意义。该患者发热持续近 2 周, 目前发热恶寒交替出现, 但发热大多在

39℃以下,同时伴胸胁苦满、恶心呕吐等症状,如果按照六经辨证应当属少阳证为主,治宜和解少阳,处方建议以小柴汤为主加减。

主任医师饶某:中医学认为,发热是机体对病邪的一种全身性反应,是机体正气与病邪相争,阴阳失调的必然现象。发热可分为急性发热和长期发热,前者多为外感病邪所致,而后者常因内伤而阴阳失调。发热的类型主要有以下几种:①发热恶寒:发热与恶寒同时存在,为外感表证的表现;②寒热往来:恶寒与发热交替出现,为邪在少阳,枢机不利的表现;③身热夜甚:发热以夜间为甚,一般无汗,为邪热传营,劫烁营阴的表现;④长期低热:指发热2周以上,体温在37.2~38℃之间,多为气血阴亏,脏腑功能失调所致的内伤发热,起病缓慢,病程较长,多伴有五心烦热、舌红少津。该患者发热与恶寒交替出现,当属邪在少阳,同意以小柴胡汤为主方进行治疗。

主任医师占某:发热是内科疾病中常见的症状之一,发热的病因包括:感染性发热,如细菌或病毒感染;非感染性发热,如坏死物质的吸收(如恶性肿瘤);变态反应,如药物热;代谢障碍,如甲状腺亢进症;体温调节中枢失常,如中暑;神经功能障碍,如植物神经功能紊乱等。该患者的发热原因:①在经透析等治疗5周后,患者咳嗽等症明显好转,胸水显著减少,因此,导致胸水的原因主要与尿毒症有关,可以除外癌性胸水,从而排除了肿瘤坏死物吸收所致的发热。②患者在发热后经多种抗生素治疗无效,且多次痰培养及血培养均无细菌生长,因此,细菌感染发热的可能性不大。③在治疗过程中使用了大量的抗生素等西药,不能除外药物热。④其他导致发热的因素如甲状腺功能亢进症等均不存在。综上所述,导致患者发热

的原因可能是在尿毒症等慢性疾病的基础上合并病毒感染,建议停用所有抗生素,而以中药治疗为主。从中医学角度来分析,患者目前虽然以少阳证为主,但还伴有恶寒、头痛等太阳证,又有高热、口渴、烦躁等阳明经证,因此,准确的辨证应属于三阳并病,以少阳证为主。一般认为表证可汗,少阳病不能发汗;阳明里实证,里有热可下,少阳病不能下;如果少阳证为主,同时伴有太阳病、阳明经证,处方小柴胡加生石膏最好,并可适当配合一些解表药。

主任医师薛伯寿:对于外感发热,《伤寒论》首先总结和提出了由外邪引起的、以发热为主要临床表现的一类疾病的辨证论治规律,即运用六经辨证来概括外感热病发展过程中的六个阶段的变化,从而成为外感热病辨证论治的纲领。因此,外感热病可以采用六经辨证、卫气营血辨证或三焦辨证。该患者的中医辨证以少阳证为主,同时还有一些太阳证及阳明证的表现,正如大家所说的三阳并病,治疗应当以和解少阳为主,佐以疏风解表,兼清里热,处方以小柴胡汤加味。

3 后记

经讨论后确立主要治疗方案如下:①停用拉氧头孢等抗生素,主要以中医治疗;②治法:和解少阳为主,佐以疏风解表,兼清里热,处方:柴胡18g,太子参12g,黄芩12g,(法)半夏9g,生姜3片,大枣10g,防风10g,荆芥8g,连翘15g,石膏30g,甘草6g。3天后患者体温恢复正常,4月6日出院。出院后门诊维持性血液透析治疗,目前精神状况良好,正常生活工作。

(收稿日期:2010—08—13)

[编辑:洪涛]

第十三次全国特色医疗名医学术交流暨风湿骨病痛证论坛征文通知

为促进中医药特色医疗学术交流、表彰名医、繁荣学术,由北京聚医杰医药科学研究院等单位主办的本次会议,定于2011年9月22日至26日在四川省成都市召开,特邀请各级中医、中西医结合医、乡村中医、民间中医投稿并参加会议,特别欢迎风湿骨病痛证疑难杂症等方面的名医参加会议交流。

1. 征文要求:运用中医、中西医结合、民间疗法等特色疗法治疗各种常见病、多发病、特别是各种疑难病风湿骨病痛证等方面的经验,稿件须打印并附300字作者简介,每人限投一稿。2. 会议内容:1. 特邀有关专家作疑难病、风湿骨病痛证等特色医疗方面的学术讲座;2. 表彰了一批优秀的特色医疗名医;3. 会议代表作学术交流;4. 参观考察。3. 有关说明:(1)由中华中医药学会颁发继续教育学分证书(I类学分);(2)评选优秀论文并颁发优秀论文证书;(3)评选风湿、骨病、痛证、疑难病等“中华特色医疗名医”;(4)颁发会议资料和纪念品;(5)未发表的优秀论文安排可在有关杂志上发表。4. 会议费用:参会报名费200元、会务费资料费950元,会期食宿参观统一安排,费用自理,可统一开票据。5. 报名方法:将论文(无论文的也可报名)、1寸彩照4张、报名费200元在9月1日前寄北京100036—98信箱成都会务组叶续宗收,邮编100036,或发Email:100036—98@163.com,会议详情登录www.ylwsxx.com,电话:010—63772051、13366005273、13391695320。2011年9月10日前寄发参会报到通知。