



· 中西医结合 ·

发热诊治思路共享

杨际芳 廖秋萍 许章坤 林日萍 (福能集团总医院 350001)

中图分类号: R241

文献标识码: A

文章编号: 1009-5187 (2017) 11-136-02

发热是临床常见病,其中常见发热原因包括感染性疾病、血液性疾病、恶性肿瘤、结缔组织病和免疫功能紊乱、内分泌疾病、中枢性发热、功能性低热等,是临床兼具客观体征的涉及病种最广泛的症状,故临床诊断及治疗存在一定程度难度,对临床医生是个很大的挑战。因此发热在临床上常被误诊和不规范治疗。就拿地方性急性传染病所致发热来说,因为现在人群流动性之广泛,它具有典型的临床表现及体征,在熟悉当地疫情的医生眼中,诊断它是轻车熟路、信手拈来。而对另一个陌生地方的医生来说则是云里雾里,尤其是当现代科技诊断的所谓“金标准”依据缺乏时,常会令诊断医生进退维艰,束手无策。下面选典型三例发热病人与大家分享诊治思路。

例一、林某,女,65岁。因头痛、全身酸痛、乏力,于2017年6月17日就诊于福清市医院,入院后予完善相关检查,给予抗炎及对症治疗后上述症状无好转,于住院过程中出现畏冷、寒战、发热,体温最高达40.0℃,偶感胸闷及心前区不适,偶见咳嗽,但无咳痰、咯血及呼吸困难,无胸痛、晕厥,无鼻塞、流涕、喷嚏,无恶心、呕吐、抽搐,大便4天未解,无腹痛,小便短赤而涩。因诊断不明,遂于6月23日转诊我院住院治疗。患者既往史无特殊。曾于发病一周前去过平潭县。月经史、婚育史、家族史无特殊。入院后查体: T: 39.5℃, P: 106次/分, R: 20次/分, BP: 129/67mmHg。患者意识清楚,但神志淡漠、少语,不安,面部潮红,舌红、苔白厚腻微黄,咽部稍红,脉洪。左侧乳头可见一3mm×3mm细小溃疡结痂,左侧腋窝可触及多个肿大淋巴结,压痛明显,活动可,左侧腹股沟区可触及多个淋巴结肿大,无明显压痛。心肺听诊(一),腹部触诊(一)。辅助检查:血常规: WBC: $9.34 \times 10^9/L$, EO%: 0 ↓, N%: 65.84, 尿常规: PRO+、BIL+、URO2+。血栓弹力试验: 凝血功能未见异常。生化: ALT: 225.0U/L ↑, AST: 210.0U/L ↑, GGT: 381U/L ↑, ALP193U/L ↑, TBIL: 39.6mmol/L ↑, DBIL: 31.8mmol/L ↑, IBIL: 7.8mmol/L ↑, GLU: 7.71mmol/L ↑, TG: 3.16mmol/L ↑, K: 3.60mmol/L, NA: 133.8mmol/L。肺部CT提示: 双肺未见异常,左腋下多发淋巴结。腹部CT及B超均未见异常。

入院后诊断为: 1、恙虫病; 2、肝功能异常待查。给予氯霉素0.5g, 每6小时一次, 配合中药: 白茅根、淡竹叶、金钱草、黄芩、黄连、大黄、生石膏、生地、石斛。8小时后患者体温开始下降, 36小时后基本降至正常。氯霉素服用5天, 配合输液补充水、电解质、保肝和中药治疗, 12天后, 复查生化和血、尿常规正常, 予以出院。

六月份是我国部分沿海地区恙虫病发病季节(夏、秋季)。该患者有典型的左侧乳头小溃疡焦痂伴左腋下淋巴结肿大, 且持续高热不退, 神志淡漠, 只要熟悉地方性传染病的医生, 诊断是不难的, 在肿大淋巴结附近耐心寻找溃疡焦痂点, 恙虫病诊断即可基本成立。但由于发热的时间迁延, 加上后期肝肾损害, 甚至出现心包炎, 胸膜炎、胃炎, 便秘等多脏器系统损害, 如果思路郁于外斐氏试验(恙虫病病人发热第一周该实验阳性率很低, 甚至在发热第三、四周该实验依然是阴性的临床并不罕见, 而血清变形杆菌凝集反应虽

然阳性率高但并非所有医院都有开展), 对现代实验室标准过分依赖, 常常会对溃疡焦痂的忽视或人为漠视, 加上部分患者白细胞低, 嗜酸性粒细胞低(这本来就是恙虫病临床表现之一, 不知是因为投鼠忌器, 顾忌氯霉素对骨髓影响的原因, 还是更喜欢“血液病”的猜想心理原因), 常常放弃对氯霉素的选择使用, 哪怕是诊断性治疗决策也被否认。恙虫病立克次体对诺氟沙星、阿奇霉素敏感性低、疗效差, 选择这些药物做诊断性治疗就有误诊和漏诊的可能。十余年前笔者曾诊治过一例类似患者, 由于患者血常规白细胞始终很低, 上级医生坚持认为“高度怀疑血液病”病例而不敢使用氯霉素。在施展各科检查和诊断性治疗等手段, 历经发热21天之后, 最终无可奈何用了氯霉素做恙虫病诊断性治疗, 8小时后患者体温下降, 2天后体温正常, 配合中药清瘟败毒饮一周后病愈。

人群流动带来病患的流动。本例患者虽然自身居住地非疫区, 但患者娘家在恙虫病高发区, 而且发病前三天去过娘家, 这样的旅游史被忽视了。

老一辈农村医学工作者临床经验丰富, 但不少人员缺乏规范的现代医学系统的理论知识培训和应有的继续教育, 看病时凭感觉和经验诊断治疗, 难免有盲目之嫌。而年轻一代虽然经过系统的理论知识培训, 但临床经验不足, 在很“骨感”的临床病人面前常常会使踌躇满志变得踌躇不前。医学需要理论指导, 也需要在实践中亲历体验。“三折肱而成良医”, “医不三世, 其药不服”无不提示着医学实践的重要性。中医如此, 现代医学又何尝不是如此? 那种看病不看人, 或以体检单看病的会酿成失误。

● 停留在大城市三甲医院的全科医学培训与农村基层并不少见的地方性、流行性疾病还有脱节的地方, 因此, 有志于临床事业者还需要在基层接受实践的再培训。

例二、陈某, 男, 32岁, 因发热在福建省协和医院住院治疗17天无改善, 患者每天下午3-5点开始恶寒, 直至寒战, 随之体温逐渐升高, 每次发烧时都给予物理降温, 配合退热药或激素, 夜间十二点后出汗, 第二天清晨再测体温全部正常。患者虽然发热半月余, 但精神良好, 仅有发热、寒战、身痛、头痛难受, 热退后一切正常, 饮食、睡眠、大小便无明显改变, 生化、血常规、各项指标均无特征性改变, 腹部彩超提示“脾脏稍肿大”, 心、肺、肝、胆、胰腺、颅脑CT、PETCT、MR等各项检查均无异常表现, 血液中未检出疟原虫。患者为现役军人, 常外出训练和执行任务, 平素跨区域流动性大。综合患者临床表现, 似乎“疟疾”最大可能, 只因血液中未查出疟原虫, 且始终未表现出间日疟或三日疟那种典型的热型曲线而不能被诊断, 连诊断性治疗的机会都否定了。无奈之下, 患者自行溜出医院, 来我院诊治, 给予青蒿琥酯诊断性治疗, 配合中药小柴胡汤, 并嘱其停用其他药, 治疗第二天下午发热即减轻, 体温最高仅38.3℃, 自觉轻松, 未采取其他措施, 8小时后体温自然下降至36.8℃。继续治疗2天, 寒战、发热即不再发作, 规范治疗六天, 并服用中药益气养阴凉血辅助治疗, 随访三月一切正常。

该患者热型非间日疟或三日疟典型热型, 也无恶性疟临

(下转第139页)



OHSS 的妇女的肾功能; 如有恶心症状、体重增加每天 1kg 以上或尿量减少 (<500mL/d) 的 OHSS 妇女, 应及时去医院检查, 行超声及实验室检查。重度 OHSS 者则应住院积极治疗。重度 OHSS 患者具体治疗如下: 1) 扩容治疗: OHSS 的补液治疗的目的主要是维持血容量, 确保组织和器官的灌注, 防止血液浓缩及血栓形成, 减少血管内液体外渗, 维持水电解质平衡; 保护肝肾功能, 预防低血容量性休克; 防止呼吸、循环及凝血功能障碍, 避免向多器官功能衰竭发展。2) 穿刺治疗: 对于大量胸水、腹水的患者可在超声下行胸穿、腹穿或阴道穿刺, 穿刺后不增加流产率, 尤其是在张力性腹水的患者, 扩容后 HCT 下降, 但尿量不增多, 这种情况下最好的治疗就是腹穿, 放掉腹水后腹压下降, 可以迅速增加肾血流量, 随即尿量增多。3) 预防血栓的治疗: 必要时肝素 5000U, 皮下注射, 每天 2 次; 若血栓形成可进行溶栓治疗或血栓切除术。4) 降低毛细血管渗透性, 阻止液体渗漏, 可给予糖皮质激素, 如强的松 5mg, 每日 3 次, 以减少各种炎症因子的释放。5) 少尿处理, 发病早期的少尿属肾前性, 及时扩充血容量一般能维持正常的尿量, 病情严重有肾功能损害而发生少尿者, 可采用甘露醇利尿。6) 保守治疗无效时, 可考虑终止妊娠。全身情况不良者应预防感染^[3]。

中医古代没有关于此病的描述, 根据其临床表现和体征, 可以归为“水肿”“鼓胀”等范畴, 又因为其合并妊娠, 可以归为“子满”“子肿”“胞阻”“水饮”“子嗽”等病名。该疾病以咳嗽为主症, 与“妊娠咳嗽”(子嗽)之痰饮证型颇为相合。治宜泻肺止咳, 利水消肿。该患者素体脾虚, 因胚胎移

植, 应用了促排药物损伤了阳气, 导致阳气不足, 运化失司, 水湿内停, 痰饮上犯, 肺失宣降。加之孕后血聚冲任养胎, 胎阻气机, 肺失肃降, 故咳嗽, 胸闷, 气促。故予葶苈大枣泻肺汤治之。《本草经疏》: “葶苈, 为手太阴经正药, 故仲景泻肺汤用之, 亦入手阳明、足太阳经。肺属金, 主皮毛, 膀胱属水, 藏津液, 肺气壅塞则膀胱与焉, 譬之上窍闭则下窍不通, 下窍不通, 则水湿泛溢为喘满、为肿胀、为积聚, 种种之病生矣。”方中葶苈子入肺泻气, 开结利水, 使肺气通利, 痰水俱下, 则喘可平, 肿可退; 《本草汇言》: “方龙潭云, 泽泻有固肾治水之功, 然与猪苓又有不同者, 盖猪苓利水, 能分泄表间之邪; 泽泻利水, 能宣通内脏之湿。泽泻, 利水之主药。利水, 人皆知之矣。”故用泽泻利水消肿; 大枣之甘温安中而缓和药力, 使驱邪而不伤正; 白术、茯苓温阳健脾, 利水消肿; 桑白皮泻肺平喘, 利水消肿。全方配伍, 共奏健脾除湿、行水消肿之效。因此, 采用泻肺平喘, 健脾利水法可改善卵巢过度刺激综合征患者症状指标, 值得临床推广应用。

参考文献

- [1] 杨芳, 赵亚琼, 包俊华, 等. 体外受精 N 胚胎移植中发生中重度卵巢过度刺激综合征危险因素分析 [J]. 宁夏医学杂志, 2012, 34(9): 878—890.
- [2] 翁懿清, 谈晓红, 陈锋燕, 等. 一例重度卵巢过度刺激综合征伴早期妊娠的观察与护理 [J]. 海南医学, 2015 (4): 623—624.
- [3] 官文征, 王秀霞. 卵巢过度刺激综合征的研究进展 [J]. 辽宁医学杂志, 2015, (03): 164—167.

(上接第 136 页)

床指征, 然而, 临床上初次感染疟疾患者可以有这种不典型表现。难为的是血液中未查出疟原虫。当临床患者症状或体征以及实验室检查无法套上现代医学诊断的标准时, 能否使用诊断性治疗, 在紧张的医患关系下, 涉及到情、理、法权衡优化选择, 是对医生、患者、社会法律法规的一个重要考量。诊断性治疗使用不当, 可能给患者带来某些损害; 选择得当, 可以让患者得到及时有效的治疗, 减轻痛苦、减少疾病并发症、阻止疾病对机体进一步损害, 减少经济负担、节约医疗资源。只要诊断性治疗所使用药物副作用轻微, 利弊权衡对患者、对社会都是利大于弊。

例三. 林某, 女, 36 岁, 因非何杰金氏病在省立医院行第二次化疗, 化疗第三天患者出现咳嗽, 气喘、咽痛、高热, 遂暂停化疗, 行肺 CT 检查: 双肺中下野斑片状改变, ESR: 98mm/h, CRP: 126mg/L, WBC: $2.86 \times 10^9/L$, N%: 72%, 给予舒普深、阿奇霉素、万古霉素、拜复乐治疗一周体温仍波动在 38.2—40.3℃之间, 患者厌食、恶心、呕吐、腹泻, 肝功异常: ALT: 78, AST: 65。尿常规: 尿蛋白 ±、白细胞 +、红细胞 +。无奈之下要求中医治疗。中医诊时: 患者面色无华, 双颧绯红, 咳喘无力, 舌尖红, 无苔, 舌边齿印, 舌中根苔白厚腻微黄, 脉细促, 双肺可闻及啰音, 心律不齐, 心率约 92—96 次/分, 体温 38.7℃。一日间, 频繁使用物理降温 and 退热药。考虑患

者痰热内蕴, 热毒犯及营血分, 伤及气阴, 予以化痰清热宣肺, 益气养阴凉血, 红参 15g, 太子参 15g, 淮山药 15g, 杏仁 12g, 石膏 60g, 麻黄 6g, 黄芩 30g, 石斛 15g, 枳壳 15g, 白芍 15g, 蝉蜕 6g, 川贝母 6g, 鱼腥草 30g, 竹茹 g, 甘草 6g, 干姜 3g, 大黄 6g, 板蓝根 15g, 青黛 3g, 桔梗 6g, 上述中药水煎约 300ml, 约每 10 分钟喝 10—50ml, 第二天 8 点体温降至 37.8, 停用所有抗生素, 仅补充水电解质维持生理需要量, 嘱频服米汤 (加少许糖、盐), 每次 50—100ml, 防止因一次喝多而呕吐。中药则原方续服两剂。中药治疗三天, 热退, 可自行素食半流质饮食。中药更方为: 麻黄 6g, 杏仁 10g, 黄芩 30g, 甘草 6g, 淮山药 30g, 太子参 15g, 板蓝根 15g, 再服三剂后停药, 以饮食药膳调养。随访 3 年, 除偶尔感冒发热, 给予中药即康复, 正常生活、工作。

中医中药在难治性发热疾病如肿瘤性发热等确实有某些物特殊疗效, 即便严重感染, 只要辨证得当, 它也能退热, 而且一旦有效, 很少象西药退热那样反弹, 而是持续好转。中医中药配合西药有很好的协同抗炎作用, 其机理虽不尚被现代科学理论所揭示, 但疗效是切切实实的。

国内医生对中医中药的冷漠确实是不应该的。人之所病病多, 医之所病病方少, 愿所有中国医生能够理解中药, 或在心态上瞧得起中医中药, 让中医中药在危急重症中发挥的更好的作用。

(上接第 137 页)

促进微循环再生, 恢复患者健康, 适合在临床上推广和应用。

参考文献

- [1] 赵宝祥, 孙丙银. 活血生骨汤治疗中老年激素性股骨头坏死的临床疗效 [J]. 中国老年学杂志, 2015, (19): 5564—5565, 5566.
- [2] 顾明. 使用活血生骨汤治疗中老年激素性股骨头坏死的效果分析 [J]. 当代医药论丛, 2016, 15(15): 134—135.
- [3] 孙娅妮. 浅析活血生骨汤治疗中老年激素性股骨头坏死的临床效果观察 [J]. 东方食疗与保健, 2016, (6): 40—40.
- [4] 齐振熙, 陈磊. 桃红四物汤对激素性股骨头缺血坏死模型

兔血管内皮生长因子表达和血液流变学的影响 [J]. 中国临床康复, 2006, 10(43): 70—72.

- [5] 陈雷雷, 陈晓波, 洪郭驹等. 活血祛瘀法干预激素性股骨头坏死骨组织的修复 [J]. 中国组织工程研究, 2016, 20(15): 2148—2155.
- [6] 丁志清, 江蓉星, 郭小平等. 活血通络汤在激素性股骨头缺血性坏死兔造模过程中对 VEGF、BGP 和 DLL4 的影响 [J]. 世界科学技术—中医药现代化, 2015, 17(12): 2584—2590.
- [7] 姚晨, 沈计荣, 杜斌等. 口服补肾活血汤联合微创保髋术治疗股骨头坏死肾虚血瘀证的临床研究 [J]. 中医正骨, 2016, 28(11): 7—12.