

日起感觉四肢关节痠痛,咽痛,发热, $T38^{\circ}\sim 39^{\circ}\text{C}$, 在外院用青、链霉素、SMZ Co 等,治疗6天发热未退,体温反而上升至 $39^{\circ}\sim 40^{\circ}\text{C}$,并出现心慌、气急、伴剧烈腹痛而住院。查体:急性热病容,咽充血,胸背部及眼结膜有散在出血点,呼吸音粗。心界向左扩大,心率120次/分,律齐,心尖区可闻及收缩期吹风样杂音Ⅱ级,舒张期滚筒样杂音Ⅱ级,主动脉瓣区可闻及收缩期吹风样杂音Ⅱ级,性质粗糙。腹部有压痛,无反跳痛,肝脾未及。脊柱关节未见畸形或红肿,神经系统(一)。实验室检查:血 WBC12,000,中性78%;Hb10.5g,ESR145mm/h。咽培养有草绿色链球菌生长,EKG示左心室肥大,部分ST-T波变化。肝肾功能正常。肥达氏反应(一),血培养(一),抗链“O”500u,粘蛋白5mg%。入院时诊断为风湿性心脏病合并亚急性细菌性心内膜炎。

治疗经过:先用青霉素1,000万u,庆大霉素32万u/日治疗;高热6天不退而改用氨基苄青霉素4.5g/日,5天后仍不退烧,又加氯霉素1.5g/日,同时加用中药。当时因见高热发斑,中医辨证属温病热入营血,治以凉血解毒、清心泻火,方用犀角地黄汤合黄连解毒汤加减:水牛角30g 生地15g 赤芍15g 丹皮6g 青黛9g 玄参15g 黄芩15g 焦山栀9g 黄连4.5g 生石膏30g 知母12g 生大黄9g。

经中西药合并治疗,心悸、气急好转,心脏杂音稍有减弱,皮肤未再出现新的出血点,腹痛也解除

(据分析腹痛可能由肠系膜栓塞所致)。但高烧依然不退,直至7月28日起关节疼痛加剧,膝、踝关节游走疼痛,局部红肿、发热,两小腿内侧出现环形红斑,周身出汗甚多,结合血沉及粘蛋白之增高,考虑发热不退除亚急性细菌性心内膜炎之外,还合并有风湿热。激素是治疗风湿热较佳的药物,但本例病情特殊,应用激素有顾虑,而决定用中药来抗风湿。患者关节痹痛,局部红肿热痛,游走不定,为典型之热痹,故方予桂枝白虎汤加减:桂枝9g 白芍15g 知母12g 生石膏30g 生甘草9g 防己15g 桑枝30g 虎杖12g 络石藤15g 西河柳30g,山海棠2片,3次/日。药后体温逐渐下降,3天后热已退清,关节红肿,多汗之症状均已好转,乃加入养血壮筋之品调治,抗菌素逐步减量停用,体温未再上升,血沉恢复至10mm/h,收到满意的疗效。

本病例同时存在两个矛盾,一个是亚急性细菌性心内膜炎,一个是风湿热,我们以西药为主来控制感染,用中药来治疗风湿热,用药合理,防止了激素可能引起之弊端,使两个矛盾得以顺利解决。

从以上3个病例可以看到,有计划、有分工、有阶段地运用中西医结合治疗方法,可以充分发挥中西医之所长,达到合理用药,提高疗效的目的。不断总结这方面的经验,展开充分的讨论,探索中西医结合治疗疑难疾病的规律,这是内科临床医生值得研究的课题之一。

感染性休克中医辨证分型标准(试行草案)

中华医学会和中国中西医结合研究会于1982年11月初在杭州共同召开了全国危重病急救医学学术会议。会议期间从事中西医结合研究工作的与会代表共同讨论了感染性休克中医辨证分型的标准,现将讨论结果归纳如下,供各地参考,经实践后再行修订。

一、热伤气阴(拟似轻度休克)

精神淡漠,语音低微,气短自汗,唇甲发绀,四肢逆冷,口干喜饮,小便短赤,舌质发红,苔黄少津,脉象细数。

二、阴竭阳脱(拟似重度休克)

神志恍惚,气促息微,四肢逆冷,身出冷汗,舌卷囊缩,舌绛苔燥,脉微欲绝。

三、热盛腑实(拟似成人呼吸窘迫综合征)

壮热面赤,烦躁不安,腹满便结,气息粗急,口

干喜饮,小便短赤,舌苔黄燥,舌质红绛,脉象细数或浮大而数。

四、热伤营血(拟似弥散性血管内凝血)

精神淡漠,语音低微,唇甲紫绀,四末不温,发斑出血,舌紫暗或有瘀斑,脉象细数。

【附】感染性休克中医辨证论治参考方

证型	立法	参考方
热伤气阴	清热益气养阴	生脉散加减
阴竭阳脱	回阳救逆固脱	四逆汤,参附汤加龙骨、牡蛎等
热盛腑实	通腑泻热破结	承气汤加减
热伤营血	清营凉血活血	清营汤,血府逐瘀汤加减

(廖家桢整理)