

各项化验指标改善,危象缓解平均时间的缩短,以及有效例数与对照组相比,中西医结合治疗本病既可明显缩短病程又可提高疗效。

关于 SLE 发生危象的诱因是一个值得探讨的问题。据我们手头涉猎的文献资料,尚未发现对此问题有比较满意的论述。我们依据两组病例的资料认为有如下几个可能性:(1)长期误诊:两组病例中有 5 例 SLE 患者误诊肾炎长达 2~3 年之久,入院时病情已急剧恶化。(2)不规则用药:有 6 例已确诊为 SLE,平时用强的松 15mg/日,但未经医师许可擅自停药数月而使病情恶化。(3)合并感染未及时处理:9 例

有严重多脏器损害,低蛋白血症明显,合并感染后病情急剧恶化。以上几点,似乎与两组病例发生危象有关。

在危象期,西医一般采用较大剂量的激素来挽救生命,但副作用大,我们体会主要是感染难以控制,使病情反复发作,我们在对照组每日用 20~30mg 的地塞米松,其中有二例患者的危象似有缓解的趋势,但终因败血症无法控制而死亡。观察组以中药为主辅以每天 10mg 地塞米松的短程治疗,疗效较好,副作用少。因此,我们认为在危象期采取中西医结合治疗本病是有价值的,方法是可取的。

肾小管性酸中毒 1 例治验

江西医学院九江分院附属医院内科教研室 彭汉基 李蓉蓉 邱平

病历摘要 患者××,女性,25岁,已婚,农民,住院号:13927,住院日期:1983年8月29日。因烦渴、多尿、乏力二月余而入院。患者于二个月前步行 10 华里后突感四肢乏力,翌日清晨卧床不起,四肢乏力加重并有麻胀感,经当地针刺治疗后好转,但出现口干渴思饮,每天需饮 5~6 暖水瓶水,尿频而量多,每晚一痰盂(约 2000ml),大便干结,纳差思睡,当地医院诊为“低血钾”,用氯化钾治疗后,四肢乏力改善,烦渴及多尿亦有好转,但停药后口干多尿病情如旧。既往无类似病史,家族中亦无类似患者。已妊娠 6+月。

体检:体温 36°C,脉搏 96 次/分,血压 110/70mmHg,神志清楚,营养中等,发育正常,全身皮肤干燥。五官端正,颈软,甲状腺中度肿大,无杂音。两肺呼吸音清晰。心界不扩大,心率 96 次/分,律齐,心尖第一心音较低钝,无杂音。腹部稍膨隆,肝脾均未触及,子宫底平脐。四肢可自由活动,膝腱反射消失,未引出病理反射。脉弦细数,舌质红,苔薄白中剥。

实验室检查:Hb9.5g, WBC7600,中性多核73%,淋巴 26%,嗜酸细胞 1%。尿常规:尿蛋白弱阳性,白细胞 0~1,尿比重 1.008,尿糖阴性,尿 pH6.8,24 小时尿量 3200ml。血钾 2.40mEq/L,血氯 120mEq/L,血钠 255mg%,血钙 9.2mg%,血糖 114mg%,二氧化碳结合力 31.36 容积%,尿素氮 11.62mg%,PSP 总量 68%,血沉 25mm/h,碱性磷酸酶 9.8μ(金氏)。心电图检查:心肌损害(提示低血钾),X 线胸透未见异

常。临床诊断:1.肾小管性酸中毒,2.妊娠 6+月。

入院后口服氯化钾,碳酸氢钠片 2 天,口干多饮好转,尿量亦较前减少,但患者诉说服氯化钾后出现恶心,呕吐及胃部烧灼不适,自觉难于坚持,而要求服中药治疗,故停用氯化钾及碳酸氢钠,采用中医辨证论治。根据上述主证以烦渴而多饮,为上消,属肺燥,尿频数而量多,为下消,属阴虚。以肾阴虚为本,肺燥为标,乃拟以滋阴补肾,清热润肺,生津止渴之法调治,药用山萸肉 6g 山药 20g 泽泻 6g 复盆子 9g 生地 30g 麦冬 15g 天冬 12g 五味子 9g 太子参 12g 黄芩 9g 黄连 3g 生黄芪 15g 石斛 12g,服 5 剂后诸证大减。原方再进 5 剂,服至 7 剂后诸证皆除,舌中剥消失。实验室检查:血钾 4.8mEq/L,二氧化碳结合力 44.8 容积%,血氯 108mEq/L,尿常规正常,尿 pH 6,服 9 剂时,患者自诉一切如常,要求出院,乃带原方 7 剂以巩固疗效。出院后随访 5 个月,患者健好。于 1983 年 12 月顺产一男婴。

体会 中医学中论述的消渴是以多饮、多食、多尿为特征的一类病证,历代医家论述消渴的重点侧重于现代医学的糖尿病,本例肾小管性酸中毒主证以烦渴而多饮,口干舌燥,尿频数而量多等,根据中医辨证属于消渴范畴。尿频数而量多,乃肾虚精亏,封藏失职。肾阴不足而导致肺燥,肺燥伤津则口渴多饮,故阴虚为本,燥热为标。两者又可互为因果。据此,乃以滋阴补肾,清热润肺,生津止渴之法调治而获效验。