

吕承全治疗深部霉菌病的经验

彭勃

主题词 真菌病/中医药疗法 @吕承全 名医经验

吕承全是河南中医学院第一附属医院主任医师、教授,为全国五百名老中医专家之一,精于中医内科、急症。笔者有幸拜师继承学习。现将其治疗深部霉菌病的临床经验介绍如下。

1 抓病机,扶正为要

霉菌病分为浅部霉菌病与深部霉菌病,后者主要侵犯内脏及皮肤深层组织,危害性较大。吕老认为,深部霉菌病多是在全身慢性疾病的基础上发生,其内因为久病体衰、正气不足、脾肾阳虚;外因是感受湿浊秽毒之邪。因此,尽管其发病部位和临床表现有异,但其基本病机都是相同的。临证应紧紧抓住病机,切不可一见感染引起的发烧,就妄施大队清热泻火之品,而应详察细辨,凡有精神萎靡、面白肢冷等阳虚证,就应果断地用附子、干姜、肉桂等辛热回阳之品,蠲除阴霾。

例1:马某某,男,62岁。患慢性支气管炎、肺气肿病史20余年,每遇劳累、进食生冷及外感风寒辄发,用抗生素治疗可暂获缓解。近因暑天贪食生冷,遂出现背部发紧,继之恶寒高烧,咳喘不能平卧,心悸、汗多,体温达 $39^{\circ}\text{C}\sim 40^{\circ}\text{C}$,心率130次/分,两肺满布湿性罗音,下肢轻度水肿。血常规:白细胞 $10.8\times 10^9/\text{L}$,中性0.80,痰液检出霉菌孢子。诊断为肺心病心衰合并肺部霉菌感染。病情危重,邀吕老会诊。病人精神萎靡,面白唇紫,语声低微,咳喘痰鸣,张口抬肩,端坐呼吸,大汗淋漓,口干痰粘,心慌气短,胸闷腹胀,畏寒肢冷,舌质暗淡、苔灰腻、舌边有灰白斑点,脉数无力。四诊合参,吕老认为,患者素体较胖,内蕴痰湿,肺气失宣,久喘伤肾,复贪凉饮冷,损伤脾阳,运化失常,痰湿益盛,阴

寒内结,清阳不升,浊阴不降,阴霾四布,脾肾阳衰,而成危重之症,急予回阳救逆,宣肺化浊。处方:附片15g,干姜10g,上肉桂3g(冲服),炙款冬10g,炙紫菀10g,陈皮10g,半夏10g,葶苈子15g,川贝母10g,瓜蒌仁30g,茯苓30g,黄连15g,败酱草30g,红参10g(另煎兑),水煎服。服方1剂,当夜咳喘减轻,汗出减少,能平卧入眠;3剂后,体温降至 37.2°C ,吐痰减少,精神好转,口腔白斑大部消退,舌苔稍灰腻,脉较前有力,原方再进。两周后,体温完全恢复正常,口腔白斑消失,两肺呼吸音清晰,痰涎量少,胃纳渐增,脉静神安。痰涎涂片检查,霉菌孢子消失。

按:此例病人,症见高烧大汗,喘闷心悸、心烦脉数,且病发于盛夏,若无独到经验,此时断不敢施附、桂、姜等大辛大热之剂。吕老正是在错综复杂的临床表现中,抓住了病人体胖多痰湿,久咳伤肾气,贪凉损脾阳的病机和全身畏寒,语声低微,四肢清冷,脉数无力,舌苔灰白而腻等阴寒之证,抓住关键,治病求本,热因热用,方使阳回阴化,正复邪退,转危为安。

2 祛湿毒,寒热并用

深部霉菌病除了回阳扶正以治本外,还须祛除湿浊秽毒之邪。吕老认为,脾肾阳虚导致寒湿内盛,秽浊之邪乘虚内犯,聚而生热化毒,故临床常见发烧等热象。此时,一味清热泻火,易伤阳损正;但仅施回阳之品,则湿火毒邪难除。因此,宜在以辛热之品回阳扶正的同时,用黄连、黄芩、败酱草、蒲公英等清热燥湿解毒。尤其是黄连一味,调胃厚肠,去湿毒,是为要药。吕老治疗深部霉菌感染,常以黄连与肉桂配伍,寒热并用,标本同治,疗效颇佳。

例2:苏某,男,56岁。因过食肥腻,复贪生冷,致夜半肠鸣腹痛,畏寒发热,体温 38°C ,腹泻如注。在某院诊为“痢疾”,服氯霉素3天,不效;又用磺胺、庆大霉素等,效仍不佳。血常规检

* 河南中医学院,郑州市金水大道东段东明路1号
收稿日期:1996-10-15

查:白细胞 $10.6 \times 10^9/L$, 中性 0.74。大便化验, 发现霉菌孢子。邀吕老会诊。病人精神萎靡, 语声低微, 腹胀痛, 纳差, 肢凉, 大便日泻 10 余次, 舌淡红、苔白腻, 脉沉细无力。据此脉证, 吕老认为饮食不节, 过食肥甘, 损伤脾胃, 湿浊内生, 复贪生冷, 脾阳更伤, 泻泄日久, 伤及肾阳, 而成脾肾阳衰、湿浊内盛之证。治予温中回阳、健脾化湿。处方: 附片 15g, 干姜 10g, 上肉桂 3g (冲服), 党参 20g, 白术 20g, 山楂 30g, 茯苓 15g, 苡仁 30g, 诃子肉 10g, 米壳 10g, 黄连 15g, 败酱草

30g, 水煎服。服药 3 剂, 腹泻腹痛大减, 四肢较温, 食纳增加。仍以此法再进 9 剂, 泻泄止, 体温正常, 体力渐复, 大便检查, 霉菌孢子消失。

按: 此例患者, 属饮食不节, 损脾伤肾, 阳气虚衰、湿浊内盛之证。但在一派虚寒之象中, 又有发烧、腹胀痛等症, 吕老一方面回阳温中涩肠, 以扶固正气; 另一方面健脾消积利湿。针对深部霉菌病之病机特点, 在扶正温补药中, 配以黄连、败酱草, 寒热并施, 以祛湿热毒邪。如此, 方药对证, 病获痊愈。

中西医结合治疗失盐性肾炎 1 例

吴守远¹ 彭晓江²

失盐性肾炎又称失钠性肾病, 临床较少见, 1944 年 Thorn 氏首先报道 2 例。我院采用中西医疗法治疗本病 1 例取得较好疗效, 现报告如下。

患者赵某某, 女, 35 岁, 某厂工人。患者面部浮肿, 呕吐不能进食 3 天于 1996 年元旦急诊入院。入院时神志清, 面苍白, 呻吟头痛, 血压测不到, 体温 35°C , 脉搏 120 次/分, 听诊: 双肺(-), 心律紊乱有早搏。肢凉, 下肢凹肿, 双侧输尿管压痛, 白细胞 $15.2 \times 10^9/L$, 分类: $\text{N}0.86, \text{E}0.01, \text{L}0.12, \text{M}0.01$ 。尿蛋白 $+++\sim++++$, 颗粒管型偶见, $\text{NPN}31.1 \text{ mmol/L}$, $\text{CO}_2\text{CP}17 \text{ mmol/L}$, $\text{K}3.6 \text{ mmol/L}$, $\text{Na}8.5 \text{ mmol/L}$, 入院时诊断: (1) 失水性休克; (2) 慢性肾盂肾炎肾病型; (3) 尿路感染; (4) 低钠血症。经快速扩容、升压等抢救措施治疗 3 天后, 血压稳定在 $14.7/9.33 \text{ kPa}$ 之间, 但患者仍呕恶难忍, 至元月 4 日, 患者精神好转, 呕吐已止, 自诉口干, 出现全身浮肿, 尿少。元月 6 日中医首次会诊: 患者面皤浮肿, 尿少, 胸闷腹胀, 舌苔白浮黄垢, 脉沉细, 治以温化气滞, 以利水道, 西药除输液、抗菌、补钠外, 兼服环戊甲噻嗪等利尿剂, 至元月 23 日患者情况更差, 一天未补钠即感不适, 呕吐不能进食。经有关专家会诊, 认为是失盐性肾炎。治疗仍以补液补钠, 加输血和安体舒通等利尿。但患者浮肿不减、尿量少, 又是腹水症。中医第 2 次会诊, 处方仍以利尿理气为主, 在前方

基础上加五皮饮合滋肾通关丸法。至 2 月 15 日患者尿量增多, 肿消而腹仍胀, 脉细无力, 舌苔薄白边淡红, 处方改用脾肾双补, 参以养血, 黄芪、白术、生地、当归、白芍、仙茅各 12g, 苡仁 30g, 龟板 20g (先煎), 木香、官桂各 6g, 至 2 月 18 日, 患者尿量增至 2000ml/日, 浮腫腹水明显消退, 饮食增加, 尿蛋白 $++$ 。2 月 27 日患者尿量又时多时少, 常有呕恶, 饮食减少, 病情反复。3 月 3 日中医第 3 次会诊, 患者精神萎靡, 嗜睡, 恶心纳差, 口干, 尿少, 脉沉细滑, 舌边红少津, 苔淡黄腻, 处方: 红参、太子参、黄芪、知母各 12g, 茯苓、白茅根各 30g, 苡仁 21g, 橘皮、竹茹各 9g, 后加猪苓、泽泻、石斛各 12g, 至 3 月 7 日患者精神好转, 纳谷渐香, 脉软细不滑, 舌苔薄润, 尿量有一天突增至 4850ml。中药处方: 红参、白术各 12g, 黄芪、茯苓、山药各 15g, 陈皮、砂仁、龟板胶、鹿角胶 (化冲) 各 9g, 至 3 月 24 日上方共服 15 剂。中医复诊, 上法加减: 白参、黄芪、白术、山药、茯苓各 12g, 龟板胶、鹿角胶、陈皮、枳壳各 9g, 至 4 月 20 日又服上方 20 多剂, 患者面色红润, 饮食增加, 精神良好, 各种症状及化验均趋正常, 准备出院。出院诊断: (1) 失盐性肾病、低钠性酸中毒 (临床痊愈); (2) 慢性肾盂肾炎 (缓解)。

讨论: 患者住院 110 天, 西药曾用激素、抗生素、利尿剂外, 共输 5% 碳酸氢钠 218.0ml, 乳酸钠 480ml, 其它糖盐水及单纯用氯化钠等, 病情始终反复。中医会诊三次, 最后用脾肾双补加用红参、黄芪及龟鹿二仙胶法后, 始见症状消失, 病情稳定而出院。可见中药脾肾双补对本病确有较好疗效。

1 蚌埠医学院附属医院, 蚌埠市长淮路 (233004)

2 蚌埠铁路分局中心医院

收稿日期: 1997-05-15