

病例讨论

肺心病急性发作病案

张连伟* 宋元禄* 整理

主题词 肺心病/中医药疗法

1 病史摘要

患者崔某,男,68岁,因咳喘反复发作20年,近发作10天,加重3天,于1997年2月9日12时住院。住院号989。

患者咳喘、咯痰反复发作20年,冬春季较频繁,近3年有时出现心慌、下肢浮肿。于10天前外感风寒,又咳喘咯痰,痰色白而粘,呼吸困难,心慌,胸闷,下肢浮肿,在家服药不见好转,病情加重,活动即感心慌胸闷喘憋,不能平卧,并见腹胀、纳呆、尿少、面目浮肿,近3天不活动也觉心慌喘憋,气不接续,夜不能眠,心烦易怒,即来院治疗。

检查:体温36℃,脉搏130次/分,呼吸20次/分,血压17/10kPa。神志清,精神不振,烦躁不安,面目浮肿,形体消瘦,端坐体位。语声低弱,呼吸极度困难,鼻扇唇绀,喉中痰鸣,颈部静脉怒张,桶状胸,肋间隙饱满,双肺可闻及干湿罗音。心音低,心率130次/分,心律齐。腹胀,肝肋下3cm、剑下5cm、质韧边钝,肝颈静脉回流征阳性。双下肢凹陷性浮肿至膝部,肢端紫绀。舌质紫暗,舌体胖大,舌边有瘀斑、舌下青筋、苔白润,脉弦疾。血化验检查:血红蛋白120g/L,红细胞 $4.24 \times 10^{12}/L$,白细胞 $8.8 \times 10^9/L$,中性0.86,淋巴0.14。谷丙转氨酶162U,血尿素氮11.4mmol/L。胸透示:慢性支气管炎合并感染、肺气肿、肺心病。心电图报告:窦性心动过速、肺型P波、右心室肥厚及劳累。

入院诊断:中医诊断:肺胀、上盛下虚、痰浊阻肺、气虚血瘀。西医诊断:慢性支气管炎合并

感染、肺气肿、肺心病、心衰III度。

入院治疗原则以强心利尿,消炎平喘,持续低流量吸氧。所用药物:毒毛旋花子甙K0.25mg加50%葡萄糖20ml静注,速尿20mg静注,青霉素800万U、丁胺卡那霉素0.4g、病毒唑0.5g、氟美松10mg加10%葡萄糖250ml静脉滴注,氨茶碱0.5g、洛贝林9g加10%葡萄糖250ml静脉滴注,复方丹参注射液16ml加10%葡萄糖250ml静脉滴注,10%氯化钾10ml,肌苷0.3g分别溶于以上液体中。口服喘舒片6片,祛痰灵10ml,每日3次。于20时又静注毒毛旋花子甙K0.25mg、速尿20mg。

2月10日8时查房,患者仍烦躁不安,精神不振,端坐体位,心慌喘憋、浮肿仍无缓解之势,缺氧和心衰仍无转机,乃于当日上午进行病例讨论。

2 病例讨论

某住院医师:慢性肺心病,根据慢性胸肺疾病病史和体征、肺动脉高压、右心室肥大及X线检查、心电图检查即可做出诊断。但咳喘咯痰,呼吸困难应与其他肺部疾患相鉴别。心衰要与其他心脏病引起的心衰相鉴别。如二尖瓣狭窄有风湿病史和体征,二尖瓣区有舒张期杂音,X线心影呈梨形,心电图示二尖瓣P波,无肺气肿体征。冠心病有心绞痛或心梗史,伴高血压、高血脂症。先天性室间隔缺损胸骨下段左缘有收缩期杂音。下肢水肿,肾功能损伤还要与慢性肾脏病相鉴别。

慢性肺心病常见的并发症有酸碱平衡失调和电解质紊乱及水钠潴留,严重者出现肺性脑病,肾功能损害和肝功能障碍。病情危重者还可出现上消化道出血、休克和DIC等。该患者今次发病已10天,病程较长,已出现严重并发症,

* 山东省无棣县中医院(251900)

收稿日期:1997-08-11

病情危重,治疗是很困难的。

某住院医师:祖国医学中无肺心病的记载,该病的临床症状:归属于咳、喘、肺胀、痰饮中论述。涉及的脏腑有肺脾肾三脏,病因为外感六淫,内伤七情,劳倦过度,饮食不节。病机为痰饮内停,外邪引动,痰气相搏,肺气郁闭,升降失常。病久伤气,肺不主气,肾不纳气,气无归根,脾失健运,水湿内停外溢。治法有清热化痰,温肺化痰,降逆平喘,补肺健脾益肾。对烦躁不安、昏迷、抽搐等症状,祖国医学认为是痰热风所致,治法有清热涤痰,熄风开窍。

治疗痰饮仲景提出了“当以温药和之”的大法,并提出“咳逆倚息不得卧小青龙汤主之”、“支饮不得息葶苈大枣泻肺汤主之”、“心下有痰饮、胸肋支满苓桂术甘汤主之”的具体症状和方药。以后各家在此基础上又有了新的发展,提出了新的治疗法则和方药。其中祛痰有二陈汤、涤痰汤,降气有苏子降气汤,利尿消肿有五苓散、实脾饮、真武汤,熄风开窍有镇肝熄风汤、安宫牛黄丸、紫雪丹等许多方药,均是先人积累的经验,供我们在治疗中借鉴。

某副主任医师:科学是不断发展的,理论是不断更新的,在现代医学理论的影响下,许多报道提出瘀血论点。生理上肺内循环应是低阻低压状态,由于长期的胸肺疾患,改变了这一生理状态,产生肺内高阻高压的病理现象。肺内循环受阻,血流缓慢,肺内组织水肿,气血交换率下降。右心室负荷加重,右心衰竭,上下腔静脉瘀血,血流缓慢,改变了细胞液。组织间液和血液的动态平衡时,血液中的水钠渗透到组织间形成组织水肿。下腔静脉瘀血,肾脏血流缓慢,不利于水钠排出。活血化瘀药物能降低血液粘稠度,加快血流速度,一方面改善肺内微循环,改善肺功能,使呼吸衰竭和缺氧较早缓解。另一方面改善静脉回流状态,增加肾血流量,增强肾脏的排泄功能。水肿的治疗,中西医均主张利尿消肿,通过肾脏使水钠排出,静脉压降低,心脏前后负荷减小,改善心功能,心衰可较早缓解。

从患者临床症状和体征看,心肺功能代偿期,右心室肥厚,肝瘀血肿大,慢性缺氧紫绀等,

无形之痰凝滞,瘀血阻络早有存在。心肺功能失代偿期,出现低氧血症,如口唇肢端紫绀、心悸胸闷、颈静脉怒张、舌质紫暗、舌下静脉曲张等,与祖国医学论述的瘀血证候相吻合。

祖国医学论述脏腑的生理功能是肺主气司呼吸,主宣发肃降通调水道,肺朝百脉。脾主运化水谷和统摄血液,肾主水为一身之真阴真阳,心主血脉主神志。人体脏腑功能正常,则血气治,百脉畅。脏腑功能失常,则血气乱,脉络塞。气血津液是人体生命活动的基本物质,气失推动温煦作用,则血液凝滞,津液输布紊乱,失其濡润营养,津液停聚成痰饮,又影响气血的运行,出现气滞血瘀。由于痰饮内停形成了胸肺疾患,肺气郁闭,气郁痰阻,日久影响了心血的运行,瘀血阻络,又阻碍了肺气的出入。气血痰相互影响,相互搏结,即发展成复杂的慢性肺心病。在祛痰平喘药中加入活血化瘀之品,通过近2年的临床观察,确能收到事半功倍的疗效。

某主任:该患者有较长的胸肺病史,今次发病有外感风寒史,正属祖国医学的痰饮内停,外邪引动的病机。痰气相搏,气道阻塞,肺气出入不利,因而喘憋、呼吸困难。心与肺同居胸中,为宗气所主,肺气郁闭日久伤气,宗气虚弱故心慌。脾肾阳虚,脾失健运,故腹胀纳呆。水湿停聚外溢肌肤,则面目肢体浮肿;上冲心肺,则加重心慌喘憋;扰乱心神,则烦躁不安。气郁痰阻影响血运则见瘀血阻络症状:口唇肢端紫绀,静脉怒张,腹内痞块。舌质紫暗、舌下青筋、舌体胖大边有瘀斑、苔白润,脉弦疾为气虚血瘀,痰饮内停之象。治宜急治其标,祛痰平喘,温阳利水,益气化瘀。方药用苓桂术甘汤、苏子降气汤加减。拟方:麻黄 10g,杏仁 10g,苏子 12g,半夏 10g,厚朴 15g,桂枝 10g,白术 15g,茯苓 20g,陈皮 15g,泽泻 20g,肉桂 6g,熟附子 10g,当归 15g,丹参 20g,甘草 6g。水煎服,每日 1 剂。

方中麻黄宣肺平喘利尿,杏仁、苏子降气平喘,苓、桂、术、甘温阳利水,半夏、陈皮、厚朴理气化痰,泽泻有利尿作用,附子、肉桂温肾壮阳,丹参、当归活血化瘀,共奏祛痰平喘、温阳利水、益气化瘀之效。

该患者缺氧心衰严重,并有肺脑前兆和肝肾损害,仅用中药治疗势单力薄,还必须结合西医治法,其中增强心肌收缩力、改善肺通气、改善血循环、利尿、抗感染都是必要的。在缺氧心衰未缓解前,应持续低流量吸氧,每次静注毒毛旋花子甙 K0.25mg、速尿 20mg,视心衰和浮肿情况可重复用药。氨茶碱用 0.5g、洛贝林用 9mg,加 10%葡萄糖 250ml 中静滴,既解除支气管平滑肌痉挛,又刺激呼吸中枢,有利于气体交换。抗感染用青霉素较安全,每日用 800 万 U。对肝肾有损害作用的丁胺卡那霉素应停用。皮质激素能抑制炎症反应,减少渗出,对支气管平滑肌痉挛引起的哮喘有缓解作用,用氟美松 10mg,病情缓解后逐渐减量。肺脑有不同程度的脑水肿,脱水用 20%甘露醇。对肝肾脑有保护作用的维生素类、肌苷、能量合剂也不能缺少。镇静药能诱发和加重肺脑,必须慎重使用镇静药,否则易出现嗜睡,甚至昏迷加重呼吸衰

弱。在用强心利尿剂的同时,根据辅助检查及尿量适当补钾。呼吸性酸碱平衡失调合并代谢性酸碱平衡失调复杂多变,在纠正时应特别注意,防止纠正过偏,在不具备检查血气分析的情况下,不能掌握血液的酸碱度和二氧化碳结合力情况下,纠正酸碱失调更应慎重。液体用量不宜过大,以能溶解所用药物为度,滴速不宜过快。复方丹参注射液由丹参和降香组成,均为活血化瘀之品,每日用 16ml 加 10%葡萄糖 250ml 静滴。另外限制钠盐摄入,卧床休息,精神安慰与药物治疗相结合,对该病的治疗有一定作用。

3 后记

通过上述治疗,5 天后缺氧有所改善,7 天后心衰有所缓解,浮肿消退,13 天后复查肝功能和肾功能;谷丙转氨酶 31U、血尿素氮 5.6mmol/L,17 天后自觉症状缓解,能下床活动,饮食睡眠正常而出院。

参苓白术散治疗子宫全切术后腹泻 31 例

王 汧 玉*

子宫全切术后腹泻常发生于术后第 2~4 天内。这不仅影响病人术后体力的恢复、腹部刀口的愈合,还可能引起阴道残端出血。过去临床上多采用抗生素、止泻剂等治疗,效果不够理想。我们采用中药参苓白术散治疗 31 例,取得了良好的效果,现介绍如下。

1 临床资料

1989 年 1 月至 1996 年 12 月,我科共行子宫全切术 247 例,其中 49 例患者术后 2~4 天内出现腹泻,对其中 31 例采用参苓白术散方剂进行治疗为治疗组,同期只用常规西药治疗的 18 例为对照组。

所有患者均于子宫全切术后 2~4 天内出现腹泻,大便每日 5 次以上;无高热、呕吐、里急后重症状,大便常规无异常。

2 治疗方法

治疗组予参苓白术散:人参 9g,白术 12g,茯苓 15g,山药 20g,白扁豆 12g,莲子 9g,薏苡仁 9g,砂仁 9g,桔梗 9g。腹胀甚者加陈皮 9g,大便次数每日超过 10

次者加升麻 6g。每日 1 剂,水煎服。3 天为一疗程。对照组予常规西药治疗,疗程同上。

3 治疗结果

大便成形,每日 <2 次。随访 1 个月无腹泻发生为治愈。治疗组服药 3 日内治愈者 28 例,另 3 例服药 6 日内治愈。治愈率 100%。所有病例均治愈后继服药 2 天巩固疗效。对照组 3 天内治愈 6 例,另 5 例服药 6 日内治愈。治愈率 61.1%。

4 体会

子宫全切术后腹泻多属神经性腹泻,是由于子宫切除后腹腔内环境发生改变,加之手术所产生的病理反射导致肠运动的紊乱而引起。

中医认为手术后元气大伤,脾胃虚弱,运化无权,水谷不化,清浊不分,故大便溏泄。过去人们采用消炎、止泻的常规西药进行治疗,未针对患者的体质及胃肠功能进行调理,故临床疗效不满意。我们采用健脾益气、和胃渗湿的方剂参苓白术散进行治疗,标本兼顾,取得了较好的疗效。两组疗效相比较,中药组明显优于西药组。

* 福建省厦门市湖里医院(361006)

收稿日期:1998-01-09