

病例讨论

多发性肌炎合并肺间质纤维化、肺部感染病案

张 孟 仁*整理

主题词 肌炎/诊断 肺炎/诊断 肺纤维化/诊断

1 病例摘要

陈某某,女,45岁,已婚,病案号C460560。因咳嗽、咳痰、逐渐出现呼吸困难1年余,加重伴发热10天,于1997年1月8日入院。

患者于1995年10月8日受风寒后出现发热,体温38℃,伴咳嗽、咳痰,初为白粘痰,逐渐转为黄脓痰,且有右下胸痛。胸片示:右下肺野密度增高,诊为“右下肺炎”。予静滴西力欣等药,2周后热退症减,改用口服红霉素等药治疗,咳嗽未完全缓解,病情时轻时重。1996年2月起出现活动后气短,晨起为重,伴咳嗽、咳白色泡沫样痰。1996年3月胸片示:左下肺条索状阴影,考虑为“肺部感染后肺间质纤维化”,予抗炎及中药治疗后好转。1996年12月29日受凉后出现恶寒、发热,体温39℃,且咳嗽剧烈,咳白色泡沫样痰、量多,伴胸闷胸痛,呼吸困难,查血常规:白细胞 $15.0 \times 10^9/L$,中性0.88。胸片示:双肺间质纹理增粗,部分趋于融合,以右肺更著。先后予安塞隆、贝司特克、红霉素静滴,效果不显,于1997年1月8日收入中医科病房。

既往:曾行“子宫切除术”及“阑尾切除术”。有光过敏史,无食物及药物过敏史。

入院查体:体温38.8℃,脉搏82次/分,呼吸20次/分,血压115/65mmHg。急性热病病容,浅表淋巴结未触及,胸廓对称,双肺叩诊呈清音,双肺呼吸音粗,双下肺可闻及干湿性罗音,心、腹无阳性发现,双手指皮肤薄紧、轻度杵

状指。舌紫暗、苔黄厚腻少津,脉弦细。

辅助检查:血白细胞 $(21.7 \sim 9.5) \times 10^9/L$,中性粒细胞0.95~0.80;血沉62mm/h;谷草转氨酶(AST)153U/L(正常<37U/L),肌酸激酶(CK)3299U/L(正常18~196U/L),乳酸脱氢酶(LDH)500U/L(正常97~270U/L), α -羟丁酸脱氢酶(HBD)602U/L(正常72~182U/L);肺功能测定提示重度限制性通气功能障碍及弥散功能障碍;胸部CT示双肺间质纤维化及间质肺炎;左三角肌和左股四头肌肌电图未见异常,横纹肌组织病理所见符合多发性肌炎改变。

诊断:多发性肌炎合并肺间质纤维化、肺部感染。

入院后因咳嗽明显,咯痰量多色白呈泡沫样,苔厚腻,考虑痰湿内蕴之证,治以祛湿化痰,用藿朴夏苓汤加减,药用藿香10g,厚朴10g,半夏10g,茯苓10g,杏仁10g,薏苡仁10g,薏苡仁30g,猪苓10g,淡豆豉10g,滑石15g(打),柴胡12g,黄芩6g,6剂水煎服,每日1剂。同时用抗生素治疗。药后患者仍咳嗽剧烈、咯痰量多,口中粘腻,苔黄腻,湿热之象显著。中医认为“湿得温则化”,故于1997年1月15日加干姜6g以化湿邪,同时加大滑石用量至30g以清利湿热,并加前胡10g、浙贝10g以清肺化痰止咳,予上方5剂水煎服,每日1剂。药后咳嗽有所好转,但仍咯大量白色泡沫样痰。

2 病例讨论

从1997年1月8日入院后,给予中医为主的中西医结合治疗,病情未见明显好转,乃于1997年1月21日在梁晓春主任医师查房时对本病例进行了讨论。

张孟仁主治医师:本例特点:(1)患者为中

* 中国医学科学院中国协和医科大学北京协和医院,北京市东城区帅府园1号(100730)

收稿日期:1997-10-06

年女性,病程较长。(2)慢性咳嗽,咳白色泡沫样痰,间断出现发热、咳黄痰,逐渐出现呼吸困难。(3)查体:双肺叩清音,呼吸音粗,双下肺可闻及干湿性罗音,双手指皮肤薄紧、有轻度杵状指。(4)胸片及胸部CT均提示肺间质病变。(5)有光过敏史。根据以上特点,肺间质纤维化诊断明确,但造成肺间质纤维化的原因不清,应进一步检查明确。肺间质纤维化的病因很多,病毒感染、尘肺、变态反应、免疫性疾病(如多发性肌炎、硬皮病、红斑狼疮等)均可导致本病。本患者临床表现为慢性咳嗽、呼吸困难,反复发作肺部感染,先后住院两次,曾查血抗核抗体、抗DNA抗体正常,诊断为“肺部感染、感染后肺间质纤维化”,抗炎治疗后咳嗽咳痰减轻,但未获痊愈。患者为中年女性,有光敏史,查体见双手指皮肤薄紧,且抗炎治疗并未使咳嗽咳痰完全缓解,因此用肺部感染不能解释疾病的全貌,应考虑免疫性疾病的可能。许多免疫性疾病可发生肺间质纤维化,且可先于系统性基础病变而最早出现,同时肺间质纤维化可并发肺部感染,故基础病的诊断对指导治疗非常重要。入院后可继续查免疫指标,必要时行皮肤肌肉活检协助诊断。

患者临床主要表现为咳嗽、咳痰,故归属于中医的“咳嗽”之证。究其病因,不外乎外感与内伤。患者素有肝郁脾虚,湿热内蕴,多因起居不慎,感受风寒,外邪引动内邪,致病情加重。目前邪已入里,表证不显。依其舌脉症状,当属痰热阻肺为标,肝郁脾虚为本,治当清热化痰,疏肝健脾,标本同治。

贾力主治医师:患者在不到1年半的时间里出现3次肺部感染,且抗炎治疗后体温虽降至正常,而仍有咳嗽、咳痰,伴进行性呼吸困难。从影像学检查看,逐步出现肺间质纤维化,提示患者不是单纯的肺部感染,而是一个慢性进行性病变——肺间质病。本病病因较多,已清楚的只占35%左右,大部分病因不明。患者前两次住院时曾行有关检查(包括免疫指标)未见异常,故本院呼吸科全科查房时诊为炎症后肺间质改变。患者虽无关节痛、口腔溃疡、肌痛等症

状,但病史提供有光过敏,应进一步检查明确有无免疫性疾病。

从中医角度讲,患者主要表现为咳嗽。《内经》云:“五脏六腑皆令人咳,非独肺也”,即指咳嗽其因较多;陈修园又说:“肺为气之主,诸气上逆于肺则呛而咳,其咳嗽不止于肺,而亦不离于肺也”,又说明无论咳嗽起因于何,终必牵及于肺,为肺气不降所致。患者咳嗽经年累月,是为痼疾。肺合皮毛,久咳肺伤,皮毛失却固护之能,外邪易于乘虚而入,故屡屡外感;内外合邪,又加重咳嗽。本次外感风寒,症见发热,午后为重,汗出不解,咳嗽,咳痰色白有泡沫,尿黄,面色晦暗,舌苔黄腻少津。“汗出不解,非风即湿”,患者无自汗、恶风、脉浮缓之象,故应为湿邪阻滞。湿属阴性,故面晦暗;湿邪蕴久化热,而见尿黄,苔黄腻;肺失宣降,不能通调水道,津液停聚而为痰为饮,故咯痰色白有泡沫;脉细为湿阻脉道而然。故四诊合参,属湿热内蕴,治应清热祛湿。

章军住院医师:患者主要症见咳嗽咳痰,痰色白呈泡沫状,偶有喘憋,乏力气短,口干口渴欲饮,小便黄,舌暗红、苔黄厚腻,脉沉滑,证属中医“咳嗽”范畴。患者素体柔弱,易感外邪,邪自口鼻而入,从皮毛而受,肺开窍于鼻,外合皮毛,内为五脏之华盖,不耐寒热,为“娇脏”,故易受外邪所伤。加之患者平素性急易怒,肝气郁结,肝木克脾土,脾气虚则水谷精微运化失常,痰浊内生。“脾为生痰之源,肺为贮痰之器”,痰湿内蕴,上渍于肺,加之外邪所伤,壅遏肺气,肺气上逆,故见咳嗽咳痰;脾气虚则见乏力;痰湿郁久化热,湿热熏蒸,故以午后发热为主。因此,辨证为肝郁脾虚,痰湿内蕴,治以藿朴夏苓汤加减,疏肝健脾,祛湿化痰。

梁晓春主任医师:患者肺间质纤维化是肯定存在的,关于导致其发生肺纤维化的病因,以上大夫已详述,此不赘述。应按诊疗计划进行,尽快明确病因,以便更好指导临床用药。

本例患者病程较长,慢性咳嗽已达1年之久,并伴有间断发热、咳嗽咳痰加重,咯吐大量泡沫样痰,渐至出现呼吸困难等重症。论临床表现可属于“咳嗽”之证,但究其病本,当属“肺痿”

的范畴。肺痿是指肺叶痿弱不用,以咳吐浊唾涎沫为主症的肺脏慢性虚损性疾患。肺痿何以得之,或因肺燥伤津,或因肺气虚冷。如《金匱要略心典·肺痿肺癰咳嗽上气病》载:“盖肺为娇脏,热则气灼,故不用而痿,冷则气沮,故亦不用而痿也”。本例患者反复发热、咳嗽,肺气受伤,热灼肺津,清肃之令不行,水津四布失度。脾气虽将津液上归于肺,而肺非但不能自滋其干,亦不能洒陈于五脏六腑,津液贮留胸中,得热煎熬,化作涎沫浊唾。肺失濡润,久致肺叶枯萎。肺气受损,升降失司,故见反复咳嗽、乏力、语低懒言。上焦热盛,故见身热、口干。热灼肺津则大量咳吐泡沫状痰。肺叶痿而不用,出现呼吸困难,同时伴有食欲不振、舌淡体胖有齿痕、苔薄微黄,脉沉细,为子病累母所致的脾虚之证候。根据虚则补其母之原则,应以培土生金为法进行治疗,如《高注金匱要略·肺痿肺癰咳嗽上气病》:“虚则补其母,非温脾胃之中土以温肺金,无他法也……”,故选用香砂六君子汤合二陈汤加减化裁治疗。治疗 1 周后观察疗效。

3 结果

1997 年 1 月 21 日梁晓春主任医师查房,见患者咳嗽、咯痰量多呈泡沫样,口干,腿沉,食欲尚可,二便正常,舌质暗红、体胖有齿痕、苔白厚微黄,脉沉细。中医认为“脾为生痰之源,肺为贮痰之器”,“肺不伤不咳,脾不伤不久咳”,故辨证为脾虚湿盛、标实本虚,治以健脾化痰止咳,方用香砂六君子汤合二陈汤加减。药用:木香 6g,砂仁 6g(后下),党参 10g,白术 10g,茯苓 30g,甘草 6g,陈皮 10g,半夏 10g,藿香 10g,佩兰 10g,百部 10g,鱼腥草 30g,远志 10g,水煎服,每日 1 剂。先后加瓜蒌、薤白、浙贝等清肺化痰止咳。治疗 3 周,咳嗽减轻,咳痰减少。1997 年 2 月 24 日复查血沉 20mm/h,肌酶谱 AST 123U/L,CK 2360U/L,LDH 464U/L, HBD 576U/L。

1997 年 2 月 26 日加用强的松龙 60mg/日,3 月 4 日加甲氨蝶呤 15mg/周,咳嗽、咯痰逐渐好转。4 月 11 日复查肌酶谱 AST30U/L,CK225U/L,LDH266U/L,HBD334U/L,于 5

月 6 日出院。

出院后强的松龙逐渐减量至 20mg/日,甲氨蝶呤仍用 15mg/周。9 月 8 日随访,患者咳嗽、咳痰明显好转,肌酶谱 AST13U/L,CK35U/L,LDH183U/L,HBD231U/L。

4 体会

疾病治疗的效果取决于准确的诊断及合理的治疗,尤以诊断更为重要,只有准确的诊断才能指导正确的治疗。准确的诊断来源于详细的病史、仔细的查体和必要的辅助检查,因此临床医生要养成良好的思维方式,全面分析病人的症状、体征及辅助检查,寻找其内在联系、演变过程及先后顺序,去伪存真,做出正确的诊断,有的放矢地用药,才不致于误诊和误治。本患者主要表现为咳嗽、咳痰,辅助检查提示肺间质纤维化,如果轻率地诊断为感染后肺间质纤维化,则延误了肌炎的治疗,影响预后。通过仔细询问病史,发现患者有光敏等症状,有免疫病的线索,以此深入检查,最终明确了诊断,积极治疗后病情明显好转。

古人云“治病必求于本”,所以临床必须“审证求因”,不能见咳止咳,应找出致咳之因,标本同治才能取得好的疗效。本患者临床表现为咳嗽、咳痰、苔厚腻,单纯认为是痰湿阻肺之咳嗽,予祛湿化痰,则效果不显。经深入探讨,认识到患者本为脾虚,标为湿盛之肺痿,扶正祛邪,标本同治,则效果显著。同时中西医结合倡导“辨病与辨证相结合”,明确西医诊断,加上相应治疗,与中药相辅相成,相得益彰,则可进一步提高疗效。对于肺间质纤维化,有人曾提出用活血化瘀中药进行肺泡灌洗,使中药直达病所,从而提高疗效的思路,有待于今后深入探讨。

[本刊讯]为纪念中国医疗队派出 35 周年和中华人民共和国成立 50 周年,由卫生部国际合作司、援外办公室组织策划和监督,北京友联协和医学科技开发公司、北京金泽文化传播有限责任公司等单位策划、拍摄的电视专题纪录片《历史不会忘记你们——中国医疗队》于 4 月 17 日在北京隆重举行首映式。该片从不同角度介绍了中国医疗队这一段长达 35 年的鲜为人知的历史。