

病例报道

弥漫性肺间质纤维化病案

魏品康*主治 孙大志*整理

主题词 肺纤维化/中医药疗法 @ 魏品康

1 病历摘要

患者,贺某某,住院号 219955,因“反复咳嗽、咳痰 10 年余,加重 2 年”于 2002 年 8 月 2 日入院。患者 1993 年 5 月和 7 月因自发性左侧气胸发作 2 次,先后行人工气胸器抽气减压、胸腔闭式引流、肺大泡去顶折叠及肺纤维膜剥脱术,术后恢复好,左肺基本张开,伤口愈合出院。1994 年 2 月因胸痛、胸闷、气急入院,X 线胸片示:右肺压缩 90%,在局麻下行右肺闭式引流术及负压吸引后,X 线胸片示:肺部膨胀满意,手术愈合后出院。出院后稍受寒即咳嗽、咳痰、胸闷、气急,并呈进行性加重,活动后则有气喘,易出汗。为求进一步治疗,由门诊收入我科。入院时咳嗽频繁,咳痰量多,色黄,质粘稠,时呈泡沫样白痰,不易咳出,痰咳出后胸闷减轻,活动后心慌、气急加重,吸氧可缓解,动则全身汗出如雨,口干,口渴喜饮,夜尿频。查体:体温 36.8℃,脉搏 109 次/分,呼吸 14 次/分,血压 130/80mmHg,双下肢皮肤干燥,有红色斑片样改变,双脚皮肤干燥,皮肤紫暗有脱屑,胸廓对称无畸形,左腋前线沿及背部有一长约 30cm 的手术疤痕,两侧胸前锁骨中线第二肋间各有一引流管疤痕,两肺叩诊呈清音,呼吸音粗,左侧背部肺底闻及湿罗音,心率 109 次/分,律齐,双侧足背呈凹陷性水肿。入院检查:血常规:中性粒细胞 0.80,血红蛋白 176g/L;肝炎免疫:HbsAg(+),核心抗体 1:30(+).心电图示:窦性心动过速,右房大,右室肥厚,完全性右束支传导阻滞。X 线胸片示:弥漫性肺纤维化并胸膜增厚。自身免疫性抗体:抗核抗体 1:100 滴度呈阳性;抗“O”及类风湿因子呈阴性。肺功能测定示:(1)限制型通气损害,(2)肺容量缩小,(3)肺顺应性降低,(4)弥散功能极差。CT 示:(1)双肺间质纤维化,(2)肺动脉高压,肺心病可能,(3)双肺肺大泡,(4)心包积液。肌电图示:神经原性损害可能;皮肤病理活检示:肢端型硬皮病。最后诊断:(1)肢端硬皮病,(2)肺间质纤维化,(3)慢性支气管炎急性发作,(4)肺

部感染,(5)肺心病,(6)肺气肿。

2 诊治经过

入院时咳嗽频繁,咳痰量多,色黄,质粘稠,时呈泡沫样白痰,不易咳出,伴有胸闷,痰咳出后胸闷减轻,活动后心慌、气急,吸氧后可缓解,动则汗出,喘息不定,张口抬肩,口干,口渴喜饮,夜尿频。舌质暗红、苔黄腻,脉滑数。中医诊断:肺胀,证属痰热壅肺。处方:炙麻黄 15g,生石膏 30g(先煎),白芍 18g,杏仁 9g,桔梗 6g,浙贝母、川贝母各 6g,炙桑白皮 15g,炙枇杷叶 15g,地骨皮 15g,黄芩 9g,沉香 6g(后下),炙甘草 6g。

二诊:以上述中药为主,随症状变化服 20 余剂后,咳嗽减轻仍较频繁,痰色由黄转白,质粘稠,尚易咳出,精神较差,食欲不佳,出汗较多,重则如雨,舌质红、苔白腻,脉滑数。中医辨证:肺肾阴虚,痰湿内蕴。拟金水六君煎加味:当归 9g,熟地黄 15g,陈皮 15g,法半夏 15g,茯苓 30g,浙贝母、川贝母各 9g,沉香 6g(后下),全蝎 6g,蜈蚣 3 条,葶苈子 15g(包煎),杏仁 9g,麻黄根 30g,地骨皮 15g,黄芩 9g,炙甘草 6g。

三诊:服上述中药 8 剂后,精神较差,食欲不佳,稍动则气急,出汗较多,咳嗽、咳痰量少,睡眠较差,舌质红、苔少,脉滑数。查体:双下肢无浮肿,四肢肘膝关节以下皮肤颜色暗红,脱屑,多处红斑,红斑中央有散在脓疮,剧痒难忍。肺部听诊:左肺可闻及少量湿罗音,右肺下叶可闻及湿罗音及哨鸣音。中医辨证:气阴两虚,痰湿阻滞。处方:黄芪 30g,太子参 30g,南沙参 15g,蚤休(七叶一支花)30g,白花蛇舌草 30g,徐长卿 15g,青蒿 30g,蟾皮 6g,沉香 6g(后下),浙贝母、川贝母各 9g,桔梗 6g,龙骨、牡蛎各 30g,杏仁 9g,瓜蒌 9g,黄连 6g,清甘草 6g。

服用 10 余剂后病情明显好转,无咳嗽咳痰,活动后稍有气急、微汗出,静息时无明显不适。下肢硬皮病外用洗方:苦参 6g,浮萍草 30g,苍术 9g,煎汤浸泡,加适量醋外洗。2 周后,皮肤脱屑,红色斑块,瘙痒感基本消失。

3 讨论

肺间质纤维化属 WHO 所列的疑难病之一,病死率高,5 年生存率仅为 50%,终末期患者不得不考虑肺移植手术治疗。如何控制肺间质纤维化的进展,缓解患

* 第二军医大学附属长征医院中医科,上海市凤阳路 415 号 (200003)

收稿日期:2003-05-19

者的症状,改善患者的生存质量,减少病死率,是临床医学难题之一,倍受学者的关注^[1]。魏师认为,该病属中医学“咳嗽”、“喘证”、“痰饮”、“肺痿”、“肺胀”等范畴。其发病特点为上实下虚,上实为外邪干肺或痰浊壅肺,下虚为肾不纳气,正如《证治汇补·咳嗽》篇曰:“又有气散而胀者,宜补肺,气逆而胀者宜降气,当参虚实而施治”。病位主要在于肺与肾,并与脾关系密切,病机重点为痰与虚两方面。随着发病率的不断提高,寻求安全有效的治法已受到国内外学者的广泛重视。因本病属器质性病变,难以逆转,因此临床上主要治疗目的是改善患者生存质量、减少患者痛苦、延长其寿命是对肺纤维化治疗的宗旨^[2]。此患者病情较重,魏师在本着辨证与辨病的基础上遣方用药,认为患者入院时辨证为痰热壅肺,方中用麻杏石甘汤清热化痰平喘,桑白皮汤泻肺平喘,肺喜润恶燥,故加用浙川贝、炙枇杷叶共奏润肺化痰;加桔梗开提肺气,沉香降气使气机通畅,邪有出路。二诊时患者咳痰由黄转白,质地粘稠,尚易咳出,舌质红、苔白腻,脉滑数,故辨证为肺肾阴虚,痰湿内蕴。此时实热象已去(出汗为肺气虚表现),故换用金水六君煎为主方,滋养肺肾,祛湿化痰,久病血瘀阻络加入全蝎、蜈蚣通络散结,浙贝母、川贝母润肺,沉香、

杏仁降气止咳平喘,葶苈子泻肺利水平喘,有效改善心肺功能,减轻症状,提高患者生存质量。三诊时患者精神较差,食欲不佳,稍动则气急,出汗较多,咳嗽、咳痰量少,双下肢剧痒,睡眠较差,舌质暗红、苔少,脉滑数。此时痰湿已去,辨证为气阴两虚,痰湿阻滞,加用黄芪、太子参、南沙参益气养阴润肺;黄连、瓜蒌宽胸理气散结,七叶一支花、白花蛇舌草、徐长卿、青蒿清除血中残留毒热,蟾皮祛肺中陈实老痰,桔梗开提肺气,龙骨、牡蛎、沉香镇心降逆,综观全方有清有散使益气滋阴而无邪碍之弊,气机升降调和而无留陈痰之窠。目前西医西药治疗本病,以应用免疫抑制剂和激素为主^[3],免疫抑制剂可暂时缓解患者症状,而继发患者免疫力低下,易再发肺部感染,形成恶性循环,大剂量激素冲击疗法副作用更大。中医中药在此方面有较大优势,急则治标,缓则治本,既可以驱邪,又能扶正,达到标本兼治。

参考文献

- 1 辛洪涛,周晓辉,柳澄,等.益气活血法治疗肺间质纤维化临床研究,山东医药,2001,41(24):9-11.
- 2 张纾难,孙瑞华,张威建立肺纤维化生存质量评价体系方法初探,中医杂志,2001,42(7):436-437.
- 3 陈灏珠主编.实用内科学,第10版.北京:人民卫生出版社,1997:1459-1461.

全国中西医结合风湿病进修班招生通知

一. 授课教授及科目

(1) 中华医学会风湿病分会:原主任委员张乃峥教授讲“类风湿性关节炎”;原主任委员董怡教授讲“干燥综合征”;主任委员福林教授讲“系统性红斑狼疮、风湿性疾病中的自身抗体”;秘书长张奉春教授讲“抗风湿病药物的合理应用”。

(2) 中国中西医结合学会风湿类疾病专业委员会:主任委员张凤山教授讲“风湿病概论”、“系统性红斑狼疮的治疗”;副主任委员吴启富教授讲“从中药马钱子、通络开痹片的临床应用谈中医药治疗风湿病的经验与创新”;秘书长王振宇教授讲“中西医结合治疗风湿病的进展”。

(3) 中华中医药学会风湿病分会:主任委员路志正教授讲“治痹心得”、“痛风病刍议”;副主任委员胡荫奇教授讲“风湿病的中医药科研思路”、“类风湿性关节炎的治疗与科研设计”;副秘书长姜泉教授讲“中西医治疗系统性红斑狼疮”。

(4) 中华中医药学会中成药专业委员会:主任委员金世元教授讲“风湿病常用中成药”。

(5) 北京中医药学会风湿病专业委员会:主任委员周乃玉教授讲“痛风的临床与治疗”、“类风湿性关节炎的临床与治疗”;副主任委员冯兴华教授讲“脉痹辨治及新进展”、“骨性关节炎”;副主任委员商宪敏教授讲“干燥综合征的中医治疗”;副主任委员石玉山院长讲“中药新药和保健食品报批的有关要求及申报风湿类药品的注意事项”。卫生部中日友好医院阎小萍教授讲“强直性脊柱炎的中西医诊治”;中国中医研究院广安门医院谢海洲教授讲“治痹的三宜与四要”。北京友谊医院刘凤英教授讲“中医药治疗干燥综合征”;北京中医医院张志真教授讲“中医治疗白塞氏综合征”。

二. 授课时间与地点:定于2004年6月6日~15日在北京举办。

三. 学分及费用:学习结业后颁发国家继续教育学分证书、授予24学分。学费980元,报名费10元。统一安排食宿,费用自理。

四. 报名地址:北京市东城区新中街18号阳光都市1号楼0803室“全国中西医结合风湿病进修班报名处”,邮编:100027,联系人:石书皎,电话010-84472057,传真:010-84472059。

“四大风湿病学会”主任委员联合讲课,机会难得,欢迎参加!