

青龙证而径投大青龙汤加黄芩清肺热,2剂后汗出、恶寒已罢,又服3剂而自汗、高热不退。按《内经》曰:“体若燔炭,汗出而散”,此证汗出而热不退,以高热、自汗、口干、气喘、面红、脉数、苔腻为主症,且发病时值春季,又按叶天士“春日受风,其气已温”的理论而诊为风温,再结合当时天阴多雨与症状特点,断为风温夹湿之候,治以银翘散减荆芥、薄荷、豆豉,加入苏梗、豆卷轻宣达表,知母、黄芩清肺凉胃,藿佩、厚朴芳香化湿,药后热势顿挫,喘息渐平。再如例2,首诊时以目黄、尿黄、脉滑、苔黄腻不燥,伴以恶心、纳呆、便干不畅、脘腹痞胀为主症,符合中医黄

疸证之湿热并重型,以王氏连朴饮为主方加减施治。再诊时脾湿已化而胃热不减,故治用茵陈蒿汤参入泽泻、车前、海金沙之类利尿退黄,此符合前人“治黄疸不利小便,非其治也”的理论,前后服药共10余剂后复查肝功能已经正常。当然在以上两例治疗过程中不能排除所用西药的良好效果,但就中医而言,如果当时不采用平脉辨证、药随证变的传统治疗方法,而从现代医学的病毒感染、药物损害等病理考虑,那么在院内外几次会诊中均未发现治疗巨细胞病毒感染确凿有效的治疗药物与有关成功的临床报告,若据此而应用中药,也就无所适从了。

中药治疗急性白血病合并肺脓疡1例

李海燕* 薛艳萍*

肺部感染是急性白血病治疗中最常见的合并症之一,虽然多数用抗生素可以控制,但有些单用抗生素亦难奏效,影响白血病继续治疗。本文报告1例急性白血病化疗后并发肺部感染,用多种抗生素治疗疗效欠佳,后经中医辨证施治肺部感染迅速控制。

顾某某,男,37岁,病案号51813。因胸背痛、乏力1个月,伴发热、咳嗽1周,查血发现白细胞增多及幼稚细胞于1993年6月住院。经骨穿等检查确诊为急性髓细胞白血病—M5b,上呼吸道感染。即予青霉素、丁胺卡那霉素、先锋美他醇等抗感染。同时予HAD方案化疗(高三尖杉酯碱4mg/日,6日;阿糖胞苷200mg/日,6天;柔红霉素60mg/日,3日)。化疗期间病人发热、咳嗽,胸片示右肺轻度肺炎感染。化疗后骨髓抑制期因白细胞减少,血白细胞计数 $0.5 \times 10^9/L$,中性粒细胞绝对值为0,肺部感染加重致高热($40^\circ C$),咳嗽,痰中带血。至停止化疗2周至3周时胸片示双肺炎症,两肺肺脓疡。此间交替联合使用多种抗感染药物:先锋必、优力欣、妥布霉素、万古霉素、甲硝唑、二性霉素等。至停止化疗30天时血白细胞达 $7.6 \times 10^9/L$,白血病已获完全缓解,但2次复查胸片肺脓疡仍无明显好转。为治疗白血病,此时以给予第2疗程HAD化疗。之后病人发烧、咳嗽明显加剧,痰中血量增多,呈鲜红血块状,痰呈黄色

脓样,使用新灭菌、环丙氟哌酸4日体温未降,因肺部感染长期不能控制,于停止化疗第8日请中医会诊。血白细胞 $1.0 \times 10^9/L$,中性粒细胞 $0.28 \times 10^9/L$,血小板计数 $14 \times 10^9/L$,体温 $39^\circ C$,精神差,呼吸促,咳脓血痰,大便略燥,舌质红苔黄,脉滑数。辨证为肺痈。因其化疗后正气受损,热灼肺络,故咯血量多,成脓排毒不力,致邪毒深陷难愈。治疗以清热凉血解毒,宣肺化痰排脓为法,处方用苇茎汤加味:苇茎30g,苡仁30g,冬瓜仁25g,桃仁10g,桑白皮15g,黄芩12g,半夏10g,陈皮12g,白及20g,鱼腥草30g,桔梗15g,生地30g,丹皮10g,赤芍10g,阿胶10g(烔化),生甘草6g。7剂。每日1剂,分2~3次服。同时体位引流。病人服药后咳出多量腥臭脓痰,血痰渐无,顿觉胸中舒畅,3剂热退,体温降至正常。二诊于前方中去白及,加知母10g,北沙参20g,百部15g,浙贝母15g,茯苓10g,以养阴润肺,止咳祛痰,7剂。服后咳嗽痰易咯出,无血,痰色渐由脓样转为白色。复查胸片示炎症已有吸收,带药7剂出院。

本例患者不同于一般肺脓疡病人,因其急性白血病治疗不容延迟,而其兼证亦不容忽视,其起病自上呼吸道感染渐至双肺炎症及至双肺脓疡时逾2月,病邪由表及里,渐深至损肺耗血,呈加重趋势,加之身经2次化疗致骨髓抑制,全血细胞减少,免疫功能低下,正虚更难敌邪,故虽先后使用多种抗感染药物,仍迁延难愈,而中医药的辨证施治此处显示了独到优势。经中西医结合治疗,终获满意疗效。

* 中国医学科学院血液病研究所血液病医院,天津市南京路288号(300020)

收稿日期:1994-11-24