

验案采撷 ·

周平安治疗先天性胸腔胃致慢性咳嗽病案

焦 扬¹ 刘锡瞳²

(1. 北京中医药大学东方医院呼吸科, 北京市丰台区方庄芳星园1区6号, 100078; 2. 首都医科大学附属北京中医医院)

[关键词] 先天性胸腔胃; 慢性咳嗽; 验案

1 病历摘要

患者, 女, 63岁, 退休, 现居国外。主因“咳嗽咽痒反复发作13年”于2007年9月18日门诊就诊。患者13年前因“感冒”引起咳嗽, 痰少, 之后咳嗽症状反复发作, 迁延难愈。曾于1999年查过敏源, 对花粉、小麦等过敏。胸部X线片、肺功能、肺部CT均无明显异常。2000年进行气管镜检查, 未见明显异常。气道激发试验(一)。耳鼻喉科检查亦为阴性。无明确诊断。用多种中西药物及雾化、针刺、艾灸治疗, 咳嗽症状改善不明显。半年前无明显诱因再次出现咳嗽症状, 现咽痒即咳, 阵咳剧烈, 咳引尿失禁, 时有呕吐, 咯出少量黏痰则缓解。夜咳甚, 对冷热风、油烟异味敏感, 时有头晕。无反酸, 偶有饭后暖气。来我院门诊前曾间断服用中药汤剂3个月, 现胃痛, 食欲欠佳, 纳少, 眠差, 大便调。既往史: 先天性胸腔胃。平素易反胃, 对冷热空气、刺激性气体过敏。否认高血压、冠心病等其他慢性病史, 否认家族遗传性病史, 否认药物过敏史。查体: 一般情况可, 形体中等, 营养尚可, 全身浅表淋巴结未触及肿大, 两肺未闻及干湿啰音, 心脏各瓣膜听诊区均未闻及病理性杂音, 腹部平坦, 腹软无压痛, 肝、脾肋下未及, 神经系统检查生理反射存在, 病理反射未引出。2007年6月23日辅助检查: 胸部CT: 右下肺少许条索状影, 考虑为陈旧病灶。左膈肌位置较高。肺功能: 第一秒用力呼吸容积(FEV₁) 82.3%, 第一秒用力呼吸容积/用力肺活量(FEV₁/FVC) 82.88%, TLCO SB 71.5%。

2007年9月初诊时咳嗽剧烈, 咳甚则吐, 咳而遗溺。头晕, 胃痛。脉细滑, 舌淡苔白。患者之前曾服用清热化痰止咳药物, 效不显, 胃痛日甚。考虑患者胃体位于胸腔, 平素患者即有痞满暖气, 为胃气壅滞, 不能敛降之故, 13年前外感咳嗽, 即肺气上逆引动胃气。剧咳日久, 肺气已伤, 肺脾气虚, 治以香砂六君子汤合小青龙汤化裁, 方药: 党参10g, 炒白术10g, 茯苓15g, 炙甘草6g, 陈

皮10g, 半夏10g, 炙麻黄6g, 杏仁10g, 桂枝10g, 细辛6g, 干姜6g, 五味子10g, 白芍15g, 当归10g, 大枣10g, 诃子10g。7剂药后咳引呕吐情况减轻, 痰仍多, 白黏难咯出, 头晕减轻, 仍有咳而遗溺。胃痛减轻。大便日一行, 便质正常, 夜晚咳甚, 夜眠差, 纳差不欲食。守方, 略作调整, 予以赭石、旋覆花重镇潜降止呕, 方药: 党参10g, 炒白术15g, 陈皮10g, 半夏10g, 茯苓15g, 旋覆花10g(包), 赭石30g(先下), 炙麻黄6g, 杏仁10g, 桂枝10g, 白芍15g, 甘草5g, 细辛6g, 五味子10g, 干姜6g, 大枣10g。此7剂药后诸症减轻不明显, 痰仍多, 白黏不易出, 咳引小便出。咳而呕吐, 胃中仍有不适。大便日2~3行, 成形。夜眠差, 纳少, 脉细, 舌红苔薄白。改方为: 炙麻黄6g, 白果10g, 补骨脂15g, 桑螵蛸10g, 姜半夏10g, 紫苏叶10g, 炙枇杷叶10g, 生姜15g, 黄连5g, 覆盆子10g, 莱菔子10g。意欲化痰止咳、纳气平喘、降逆止呕, 兼顾涩肠止遗。服用此方14剂后咳嗽明显减轻, 呕吐减少, 纳眠渐增。遗有咽痒痰黏难咯。守方针对其咽痒症状, 调整方药, 治以疏风利咽: 炙麻黄6g, 白果10g, 补骨脂15g, 桑螵蛸15g, 姜半夏10g, 紫苏叶10g, 黄连6g, 生姜15g, 天竹黄10g, 射干10g, 蝉蜕10g, 木蝴蝶10g, 僵蚕10g, 锦灯笼10g。服用上方17剂, 2007年11月30日复诊, 咳减, 咽痒好转, 眠差, 夜尿多。舌淡红苔微黄, 脉细。原方增合欢皮、石菖蒲养心安神, 杜仲温阳补肾: 炙麻黄6g, 白果10g, 补骨脂15g, 桑螵蛸15g, 姜半夏10g, 紫苏叶10g, 黄连6g, 杜仲10g, 射干10g, 蝉蜕10g, 茯苓15g, 石菖蒲10g, 陈皮10g, 合欢皮30g, 甘草6g。守方服用近1个月, 咳嗽痰减, 无恶心呕吐, 胃纳渐佳。2007年12月复诊, 少咳, 咽痒, 胃纳佳, 舌红、苔薄白, 脉弦细滑。于原方基础上调整为止咳利咽, 益气健脾。炙麻黄6g, 白果10g, 补骨脂15g, 桑螵蛸15g, 姜半夏10g, 姜竹茹10g, 旋覆花10g(包煎), 莱菔子10g, 橘红10g, 炒白术15g, 厚朴10g, 茯苓15g, 木蝴蝶10g, 天竹黄10g, 甘草5g。

2 讨论

先天性胸腔胃病例是于1936年第一次由 Bright 以一尸检病例发现并加以报道的, 后由 Balay 命名为胸腔胃。正常情况下, 胚胎3个月胃应该在膈肌没闭合之前, 自胸腔进入腹腔, 此期因某种原因则胃之全部或

部分留在胸腔内,造成胃泡长期压迫肺组织和心脏。同时胸腔之内压力的变化和心脏搏动会对胃产生一定的刺激,患者多表现为易呕吐,易出现消化性溃疡;胸闷,反流性食管炎引起的胸骨后疼痛;易患上呼吸道感染和肺炎,并且由于肺结构的改变,导致呼吸道疾病常迁延不愈。

从中医角度分析,该患者先天禀赋异于常人,平素胃纳不佳,胃气壅滞,稍有引动,胃气不降,引发疼痛及呕吐。每每外感风寒邪气犯肺,肺不肃降,引发胃气上逆,伴见胃痛难安。针对其胃气不降,周老先试用赅石、旋覆花降逆止呕,然患者先天禀赋使然,难以猝然成效,药后气机不畅,胃部不适感无明显缓解。后改用薛生白《湿热条辨》斡旋中焦气机的黄连苏叶饮,后世医

家王世雄曾评价:“川连不但治湿热,仍苦以降胃火之上冲,苏叶味甘辛而气芳香,通降顺气,独擅其长,然性温散,故虽与黄连并驾,尚减用分许而节制之,可谓方成知约矣……,盖气遗流通,而邪气绕之则周行窒滞,失其清虚灵动之机,反觉实矣。”紫苏叶辛通,黄连苦降,两者相合,中焦气机得畅,患者胃部症状逐渐减轻。同时方中加强纳气平喘止咳功效,麻黄配白果辛散而不留邪,宣肺而不耗气;补骨脂、桑螵蛸缩尿止遗。后守方调理,随标症逐渐减轻,咳嗽渐无,呕逆胃痛均缓解。因其久咳,考虑肺脾气虚,治以益气健脾和胃,以期治本收功。

(收稿日期:2008-08-29)

[编辑:洪涛]

调补脾肾化湿解毒法治疗乙型肝炎血清标记物阳性150例

康日新 高莉 高敬利 孟宪红 高社光

(鸡泽县中西医结合医院,河北省鸡泽县鸡泽镇城内北,057350)

我们自2005年12月~2008年3月,采用调补脾肾化湿解毒法治疗乙型肝炎血清标记物阳性150例,取得较好的疗效,现报告如下。

1 临床资料

1.1 病例选择

乙型肝炎血清标记物阳性诊断标准依据2000年9月西安第十次全国病毒性肝炎及肝病学术会议讨论修订的《病毒性肝炎防治方案》和梅国强主编的《乙型肝炎的中医治疗》而制定。①血清HBsAg阳性;②血清HBV-DNA阳性或HBeAg阳性;③血清抗-HBc-IgM阳性;④肝内HBcAg阳性或/及HBsAg阳性或HBV-DNA阳性;凡具有以上任何一项者。可诊断为现症乙型肝炎病毒(HBV)感染。排除病例:即使有乙型肝炎的临床症状或体征,肝功能异常,而不具备上述现症HBV感染诊断条件者。

1.2 一般资料

150例乙型肝炎血清标记物阳性患者,从门诊患者或健康体检者中随机抽取。其中男性89例,女性61例;年龄2~82岁,16~40岁者占92%;病程3个月~31年,平均724天;临床无任何症状和体征,肝功能检查,B超无异常发现者120例;丙氨酸氨基转移酶(ALT)增高者29例,麝香草酚浊度试验(TTT)增高者10例,直接胆红素(DBiL)增高者8例,白蛋白/球蛋白(A/G)比例倒置者7例,γ谷氨酰转肽酶(γGT)增高者10例,B超提示肝脏回声不均匀,肝脏门静脉>12mm者12例,脾大者7例,合并慢性胆囊炎者8例;HBsAg、HBeAg、HBcAb阳性者(大三阳)90例,HBsAg、HBeAb、HBcAb阳性者(小三阳)30例,HBsAg阳性者20例,HBsAg、HBcAb阳性者10例,HBV-DNA增高者128例。

2 治疗方法

患者全部采用门诊治疗,治宜调补脾肾,化湿解毒。方由仙茅、淫羊藿、露蜂房、巴戟天、黄芪、白术、白矾、郁金、垂盆草、藿

香、白花蛇舌草等组成,由我院制剂室负责调剂,采用中药煎药机,煎取浓液,取汁200ml装袋密封,每次口服1袋,每日2次,3个月为1个疗程,连续观察4个疗程。

3 疗效观察

3.1 疗效标准

参照1990年5月上海第六届全国病毒性肝炎会议修订的《病毒性肝炎防治方案》和梅国强主编的《乙型肝炎的中医治疗》中的疗效标准。显效:DNA-P、HBV-DNA-HBeAg、血清抗-HBc-IgM(以上4项中选2项)及HBsAg于治疗完毕及治疗完毕后3、6、12个月均持续阴转者;有效:除HBsAg未阴转外,其他同上;无效:未达到上述标准者。

3.2 治疗结果

90例大三阳患者中,1个疗程转为小三阳者10例,2个疗程转为小三阳者14例,3~4个疗程转为小三阳者23例,HBeAg阴转率52.22%;30例小三阳患者中,1~4个疗程HBsAg阴转14例,阴转率43.66%;HBsAg阳性20例和HBsAg、HBcAb阳性10例中,HBsAg阴转16例,阴转率53.33%;128例HBV-DNA阳性患者中,阴转61例,阴转率47.65%,好转126例,阴转率98.43%。30例肝功能异常患者经1~4个疗程全部恢复正常标准,B超提示脾大者2例,肝脏回声不均者3例,均有明显好转。

4 讨论

综观临床诸症,本病多符合脾肾两虚,湿毒内阻之病机特点。遵循“当先实其脾气”,肝肾同治的原则,我们采用调补脾肾,化湿解毒法治疗乙型肝炎血清标记物阳性,取得了较好疗效。方用仙茅、淫羊藿、露蜂房、巴戟天、黄芪、白术、白矾、郁金、垂盆草、鸡骨草、藿香、白花蛇舌草等药物组成,具有调补脾肾,化湿解毒之功。

(收稿日期:2009-07-08)

[编辑:黄健]