

从湿温论治老年真菌性肺炎 38 例

符文明

(浙江省新华医院 杭州 310005)

关键词: 湿温;老年人;真菌性肺炎;氟康唑胶囊;中药煎剂

中图分类号: R 563.1

文献标识码: B

文献编号: 1671-4040(2008)01-0073-02

随着抗生素的大量使用及老年群体的不断增加,真菌性肺炎近几年来变得十分常见。由于本病通常伴有营养不良和饮食下降,补充蛋白质常常受制于经济条件,常影响疗效。笔者从湿温论治,取得了良好的效果。兹介绍如下:

1 资料与方法

1.1 临床资料 所选确诊病例共 76 例,均为本院住院患者。随机分为试验组和对照组各 38 例:试验组 38 例,男 36 例,女 2 例;年龄 65~94 岁;病程 2~5d。对照组 38 例,男 37 例,女 1 例;年龄 63~89 岁;病程 2~4d。2 组性别、年龄、病程差异无统计学意义。按公式计算量补液,治疗过程中均出现少尿,其中 6 例出现血尿甚至无尿,12 例烦躁、口渴明显,经加快补液速度,增加补液量,部分病例适当利尿,尿量增加,尿色均恢复正常,烦躁口渴症状均明显改善或消失。所有病例实际补液量均超出公式计算量,其中第 1 个 24h 实际补充晶胶体平均为 3.5mL/(kg·1%TBSA),最多者达 5.9mL/(kg·1%TBSA),晶胶比约为 4:1,第 2 个 24h 实际补充晶胶体平均为 1.6mL/(kg·1%TBSA)。所有病例均较平稳渡过休克期,未出现肺水肿、脑水肿、应激性溃疡等并发症。

3 讨论

由于小儿各种器官发育不完善,相对于成人,小儿烧伤后更容易发生休克,应及早补液,积极地进行液体复苏治疗^[1]。本组病例根据目前国内常用补液公式进行液体复苏治疗时,均出现少尿,部分病例甚至出现血尿或无尿,通过加快补液速度,增加补液量,症状好转乃至消失,所有病例均平稳渡过休克期,实际补液量超过公式计算量,最多者达 5.9mL/(kg·1%TBSA),未出现肺水肿、脑水肿等并发症,创面肿胀 48h 左右开始消退。本组病例实际补液量超出公式计算量较多,考虑患儿个体差异较大,液体除经肾脏排泄外,大部分渗入组织间隙或经创面丢失。临床治疗时不应拘泥于公式,而应从实际出发,根据病情谨慎进行个体化治疗,维持有效循环血量以防休克。

尿量是液体复苏治疗时一个非常重要的指标,一般认为小儿尿量应维持在 1mL/(kg·h)以上^[2]。临床实践中,除了观察精神神志、皮肤色泽及温度等外,笔者主要通过观察尿色尿量,结合心率来判断休克纠正的程度及补液量的多少,从而调整补液速度及补液量。本组病例液体复苏时,尤其是第 1 个 24h 内,尿量变化很大,需时常调整补液速度,必要时使用利尿剂。具体的做法是:一般情况稳定,无休克症状,出现尿色偏深,尿量过少,甚至血尿、无尿,心率加快(>140 次/min),而补液已达公式计算量时,适当加快补液速度,输液 30min 后如尿量不增,心率下降,则继续输液,如尿量、心率无变化,则静脉点滴小剂量甘露醇或速尿尝试性利尿,使用的甘露醇浓度为 5%(速尿为 0.005%),输注速度为 10 滴/min,

显著性意义($P>0.05$)。

1.2 诊断标准 参照《内科诊断标准》制定。(1)发热,畏寒,咯吐白色黏痰;(2)血液白细胞总数或中性粒细胞增高;(3)胸片可见分布于肺段的炎性阴影,可呈片絮状、浓淡不等的阴影,在一侧或两侧;(4)3 次以上痰培养发现真菌。

1.3 治疗方法 对照组根据痰培养及药敏结果,予以氟康唑胶囊,首剂 0.4g/d,以后 0.2g/d,并予以常规补液、化痰、对症治疗,同时注意吸痰及口腔护理。试验组在对照组用药基础上,加中药治疗,基本方药为:陈皮 12g,制半夏 12g,藿香时间约 10min。如利尿剂使用后尿色转清、尿量增加、心率减慢,考虑为容量基本足够或偏多,适当控制补液量并利尿;如尿量不增加且心率反而加快,则考虑容量不足,停止利尿,适当加快补液,以进一步补充血容量。大面积深度烧伤适当使用碳酸氢钠碱化尿液。本组病例经上述方法治疗后,症状缓解、消失,尿量超过 1mL/(kg·h),平均约 1.4 mL/(kg·h),其中仅 9 例使用了利尿剂。本组定时检测血生化,无 1 例出现肾功能明显异常及电解质紊乱。4 例治疗过程中心率超过 160 次/min,其中 2 例伴发热,经退热后好转,2 例经强心、调整补液速度后心率降至正常。所有病例未出现其他并发症。笔者认为,如无心、肾基础性疾病,小儿烧伤液体复苏时,除其他一般指标外,联合监测尿色、尿量及心率可以有效评估补液量,从而为进一步调整治疗方案提供依据。另外,充分的液体复苏有利于改善内脏器官的血供,更好地防治休克。由于利尿剂使用的时间短,剂量有限,不会造成急剧的脱水,在严密观察的前提下,适当增加补液量并利尿是可行的。计算尿量时应剔除利尿剂的因素。但小儿的器官发育未完善,自身调节能力差,治疗过程中应避免为追求尿量而盲目超量补液。

早期进食有助于促进胃肠蠕动,维护胃肠黏膜的完整性,恢复胃肠道功能^[3]。本组病例治疗过程中,无明显胃肠道症状者入院后即开始进食,但控制摄入量,尤其口渴明显者,严格控制单次口服量。第 1 个 24h 内,婴幼儿每小时口服约 10mL,其他儿童约 10~20mL,根据有无呕吐、腹胀、腹泻等适当增减,第 2 个 24h 内视情况调整,所有口服量相应从总补液量中扣除。本组进食者无 1 例出现呕血、黑便等消化道症状。尽管休克期口服进食所提供的能量有限,但对促进胃肠道复苏有重要意义,类似病例可及早进食。

参考文献

[1]黎鳌,杨宗城.黎鳌烧伤学[M].上海:上海科学技术出版社,2001. 246-253
[2]杨宗城.烧伤治疗学[M].第 3 版.北京:人民卫生出版社,2006. 391-406
[3]蒋朱明,吴蔚然.肠内营养[M].第 2 版.北京:人民卫生出版社,2002. 340-349

(收稿日期: 2007-07-10)

局部汗出的治疗体会

叶水利

(陕西省西安市临潼区中医院 西安 710600)

关键词: 汗证; 中医药疗法

中图分类号: R 256

文献标识码: B

文献编号: 1671-4040(2008)01-0074-02

汗证是指由于阴阳失调, 腠理不固, 汗液过度外泄的病证。汗出失常既可见于外感热病, 又可见于内伤杂病。在内伤杂病中, 对自汗、盗汗论述较多, 而对局部汗出则较少涉猎。现就本人治疗局部汗出的成功案例分述如下:

1 头汗

1.1 病例资料 王某, 男, 42 岁, 2005 年 4 月 15 日初诊。自述头面部经常汗出 3 年余。3 年前次子车祸身亡, 遂致失眠忧忿, 恶梦纷纭, 心悸易惊, 闻及声响则头面汗出如洗。经治疗其余诸症渐愈, 唯头面汗出如故, 曾服中药百余剂无效。舌淡苔薄黄而干, 脉浮大。中医诊断: 汗证。辨证: 心肝失养, 虚阳上浮。治宜甘润滋养, 镇纳固摄。方用甘麦大枣汤合二加龙骨汤。处方: 甘草 12g, 陈小麦 30g, 白芍 10g, 附片 6g, 白薇 15g, 煅龙骨 30g, 煅牡蛎 30g, 大枣 5 枚, 5 剂。二诊: 头面汗出减少, 继用上方共 20 剂而愈。

1.2 讨论 头汗一症, 以阳明热盛和湿热证为多见, 该患者缘于亲子横夭, 悲哀忧忿, 五志过极以致心肝失养, 虚阳上浮。“肝苦急, 急食甘以缓之”。故用甘麦大枣汤甘润缓急, 用二加龙骨汤滋阴潜阳, 镇纳固摄。陈修园在桂枝加龙骨牡蛎汤曰: “小品云, 虚羸浮热汗出者, 除桂加白薇附子各一钱五分, 曰二加龙骨汤, 桂枝虽调荣卫所首重, 倘其人虚阳浮越于

10g, 佩兰 10g, 荷叶 10g, 芦根 20g, 冬瓜仁 15g。舌苔白厚而腻者, 加厚朴 10g, 草果 6g, 槟榔 10g; 意识模糊者加石菖蒲 10g, 远志 10g, 郁金 10g 或苏合香丸 1 粒, 2 次 /d, 鼻饲; 阴虚者加熟地 24g, 炒白术 12g; 神疲懒言或面白肢冷者加炮附子、生晒参各 6-9g, 去半夏; 胃纳差者加川木瓜 12g, 炒麦芽 30g; 自汗者加生、煅牡蛎各 15g, 先煎。用药后 4d, 对患者作血常规, 并结合热型、咯痰量、肺部体征作疗效评估。对病情无明显进步或加重者重新选择抗生素治疗 (4d 无效即淘汰)。疗程共 14d。

1.4 统计方法 采用 Ridit 分析。

2 疗效观察

2.1 疗效评定标准 根据卫生部药政局 1993 年发布《抗菌药物临床研究指导原则》, 疗效共分 4 级。痊愈: 症状、体征、实验室检查及病原学检查完全恢复正常; 显效: 病情明显好转, 以上四项中有一半完全恢复正常; 进步: 病情好转, 但不够明显; 无效: 病情无明显进步或有加重者。

2.2 治疗结果 见表 1。2 组比较, 经 Ridit 分析, $P < 0.01$, 差异有显著性, 试验组优于对照组。

表 1 2 组疗效比较 例 (%)						
组别	n	痊愈	显效	进步	无效	总有效率 (%)
试验组	38	15 (39.5)	19 (50.0)	3 (7.9)	1 (2.6)	97.4
对照组	38	7 (18.4)	12 (31.6)	10 (26.3)	9 (23.7)	76.3

外, 既当加附子白薇以固其阳而助收涩。桂枝在所不取也。”

2 手足汗出

2.1 病例资料 赵某, 男, 50 岁, 2003 年 12 月 10 日初诊。手足心汗多 1 年余, 近 1 年来, 手足心经常汗出溱溱, 以手心为甚, 伴见乏力, 腰困, 不耐劳作, 偶觉气短, 舌嫩红, 脉细数。辨证: 心肾阴虚, 方用六味地黄汤合生脉散加味。处方: 熟地 30g, 山茱萸 30g, 山药 12g, 丹皮 10g, 泽泻 10g, 茯苓 10g, 党参 15g, 麦冬 10g, 五味子 10g, 煅牡蛎 30g, 守上方共服 15 剂而愈。近访 2 年来未见复发。

2.2 讨论 手足多汗, 伴见腰困、乏力气短、舌质嫩红、脉细数, 综观脉证, 可判定为心肾阴虚。心主汗, 肾为先天, 内藏真阴, 虚热内扰, 则汗外泄。故用六味地黄补肾养阴, 重用山茱萸、煅牡蛎合生脉散益气敛阴止汗。

3 半身汗出

3.1 病例资料 宁某, 女, 30 岁, 1990 年 3 月 15 日初诊。主诉左半身汗出半年余, 半年前, 因家务纠纷吵架之后, 致失眠、胸闷、咽中梗阻。继后左半侧经常汗出, 伴见胸满口苦, 烦躁不安。虽经多次治疗, 见效甚微。舌苔薄黄, 脉弦细数。辨证: 肝胆失调、营卫不和、气血运行不周, 方用柴胡桂枝汤加味。处方: 柴胡 10g, 黄芩 10g, 半夏 10g, 桂枝 10g, 白芍 10g,

3 讨论

之所以从湿温论治, 是因为真菌性肺炎的临床表现符合中医湿温的特点: (1) 全年可发, 尤好发于春夏炎热多湿之季; (2) 起病缓慢, 初起以身热、恶寒少汗、头重肢困、胸闷脘痞、苔腻等湿重于热为主要表现; (3) 病势缠绵、病程较长, 在一定条件下易于复发、再燃; (4) 存在着不同程度饮食下降。而老年真菌性肺炎还有自己的特点: (1) 器官功能衰退, 蛋白质产、耗失衡, 营养不良, 存在阴阳两虚或气阴两虚, 而以阳气不足为主; (2) 消化功能明显下降, 故整体表现出湿盛阳微、热象不显的特点。因此, 在治疗上, 苦寒药当慎用或不用, 应以芳香开郁、苦温燥湿为法, 寓退热于化湿之中, 并注意扶正补虚。方中主药藿香、佩兰芳香化湿; 臣以陈皮、半夏苦温燥湿; 荷叶升阳助脾、开胃消食; 佐以芦根清热生津以制方中燥热; 冬瓜仁化湿排脓。而本方中主要成分, 经药理研究证实有下列作用: (1) 增强胃肠张力及胃液分泌, 促进胃肠排气, 改善消化功能; (2) 显著的祛痰作用; (3) 一定的抗真菌作用; (4) 有强心、扩张血管、抗缺氧、抗溃疡、免疫增强作用。笔者经验: 化湿作用厚朴、草果、槟榔较藿香、佩兰强, 较适合于湿重难化者; 对于阴虚夹湿病人养阴, 建议首选熟地“大补真水”, 熟地与炒白术 2:1 比例同用, 可使滋阴而不助湿, 祛湿而不伤阴。再将中药与敏感抗真菌西药配合使用, 临床上通常可取得满意的疗效。

(收稿日期: 2007-06-21)