

杨毅运用中药治疗吸入性外源性脂质肺炎恢复期验案1例

方 圆¹, 杨 毅²

¹湖北中医药大学, 湖北 武汉

²湖北省中医院(湖北省中医药研究院, 湖北中医药大学附属医院), 湖北 武汉

收稿日期: 2022年8月5日; 录用日期: 2022年8月31日; 发布日期: 2022年9月7日

摘 要

吸入性外源性脂质肺炎是一种临床少见的疾病, 现未有明确的临床指南或专家共识, 杨毅教授从病机出发, 认为该病属于中医“肺痿”范畴, 治以“补肺生津, 活血止痛”, 并指导患者自我管理疾病, 临床效果显著。附验案及临床思路和用药分析。

关键词

吸入性外源性脂质肺炎, 中医药疗法, 杨毅, 名医经验, 个案报道

A Case of Yang Yi's Use of Traditional Chinese Medicine to Treat Inhaled Exogenous Lipid Pneumonia during Convalescence

Yuan Fang¹, Yi Yang²

¹Hubei University of Chinese Medicine, Wuhan Hubei

²Hubei Provincial Hospital of Traditional Chinese Medicine (Hubei Provincial Institute of Traditional Chinese Medicine, Affiliated Hospital of Hubei University of Chinese Medicine), Wuhan Hubei

Received: Aug. 5th, 2022; accepted: Aug. 31st, 2022; published: Sep. 7th, 2022

Abstract

Inhaled exogenous lipid pneumonia is a rare clinical disease, there are no clear clinical guidelines

or expert consensus; starting from the pathogenesis, professor Yang Yi believes that the disease belongs to the category of "lung atrophy" in traditional Chinese medicine. The treatment is to invigorate the lungs, promote blood circulation and relieve pain, and guide patients to self-manage the disease. The clinical effect is remarkable. The test case, clinical thinking and medication analysis are attached.

Keywords

Inhaled Exogenous Lipid Pneumonia, Traditional Chinese Medicine Therapy, Yang Yi, Doctors Experience, Case Reports

Copyright © 2022 by author(s) and Hans Publishers Inc.

This work is licensed under the Creative Commons Attribution International License (CC BY 4.0).

<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>



Open Access

1. 引言

脂质肺炎(lipoid pneumonia)是肺对一些脂类物质的一种慢性炎症反应[1]。根据发生的不同原因可分为外源性和内源性。内源性类脂性肺炎亦称“胆固醇肺炎”，病因尚不明确，可能与胆固醇的代谢或者肺泡上皮的分泌异常和组织细胞吞噬过度释放的脂质相关[2]。外源性类脂性肺炎大多是因吸入植物性、动物性或矿物性油类所致。外源性脂质肺炎常见临床症状为咳嗽、活动后呼吸困难，可发生胸痛、咯血、发热(多为低热)、寒战、盗汗、体重减轻等[1]。因该病临床较为少见，多为个案报道，且目前国内对其没有明确的指南或专家共识指导治疗。杨毅教授为湖北省中医药学会肺系病专业委员会主任委员，师从国医大师涂晋文教授，擅长中医治疗肺系疾病，临床经验丰富，重视辨病辨证，有幸跟从杨毅教授学习抄方，现整理杨教授治疗吸入性外源性脂质肺炎恢复期验案一则，并附临床思路及用药分析。

2. 病例资料

患者，男性，56岁，既往体健。2021年11月4日初诊，主诉：胸痛1年。患者一年前因工作原因误吸汽油，量不详。随后出现发热，体温最高可达39.2℃，咳嗽，咳痰，痰中带有少量血丝，伴胸闷胸痛，自觉胸部仿佛有辣椒在灼烧气管。立即送往医院救治，予以局部麻醉下行肺泡灌洗术、吸氧、抗感染、抗炎、止咳化痰等对症治疗，症状较入院减轻，因经济原因及家属意见分歧要求出院治疗。后陆续在院外门诊间断服药诊治(具体不详)，但疗效欠佳。现来我院门诊初诊，刻下症：间断咳嗽，咳痰，痰量较少，难以咯出，胸闷，胸部伴有烧灼痛，喘气或者大声说话时疼痛加重，语声低微，神疲乏力，精神不济，全身轻度浮肿，以颜面及双上肢为甚，纳食尚可，夜寐欠佳，入睡困难且中途易醒，二便调。舌暗红苔薄黄中有裂纹，脉弦滑。西医查体：双肺呼吸音稍粗，可闻及少许细湿罗音。辅助检查：血常规未见异常。西医诊断：吸入性脂质肺炎。中医诊断：胸痹病，证属痰瘀阻络证。药用：瓜蒌皮15g、薤白10g、法半夏10g、桂枝10g、柴胡10g、黄芩10g、橘红10g、茯苓15g、茯神15g、桔梗10g、枳壳10g、丹参15g、郁金10g、木香6g、酸枣仁30g、炙甘草6g。14剂，水煎服，早晚各1次温服。

2021年11月18日二诊：患者服药后自觉胸部疼痛改善不明显，喘息时仍有撕裂疼痛感，全身轻度水肿，咳嗽频率较前延长，痰较易排出，睡眠中断较前改善，纳食一般，二便可。舌暗红少苔，脉弦。药用：法半夏12g、陈皮10g、炒白术15g、浙贝20g、黄精10g、皂角刺20g、赤芍10g、红花10g、桃仁10g、枳壳10g、地骨皮15g、杏仁10g、甘草6g、预知子15g、延胡索15g、川楝子10g、蒲黄

15 g、百合 15 g。14 剂, 煎服法同前。

2022 年 12 月 16 日三诊: 患者自觉胸部疼痛感较前减轻, 偶咳, 痰少或无痰, 入睡困难较前好转, 全身水肿较前改善, 但诉近日口腔溃疡。问诊时感觉患者的语音较前增大, 舌暗红苔少, 脉弦缓。予二诊方加黄连 10 g, 14 剂, 煎服法同前。并告知患者一剂药物最好只服用一天, 不能一剂吃两天, 也不能两剂吃三天。

2022 年 2 月 17 日四诊: 患者诉因出差、过年未能按时复诊, 但仍按照三诊方服药。现胸痛较首诊明显减轻, 胸部疼痛对睡眠的影响能进一步减少, 但运动剧烈时还会出现胸部灼痛感, 颜面浮肿减轻, 余未见浮肿, 纳眠可, 二便调。舌暗红苔薄白, 脉弦缓。予三诊方去黄连 10 g, 加乳香 10 g、没药 10 g。14 剂, 煎服法同前。嘱患者尽量避免剧烈运动。

2022 年 3 月 2 日五诊: 患者的症状较前进一步改善, 但当运动强度稍大时会有气道灼烧感, 余未诉特殊不适。舌暗红苔薄白, 脉缓。予四诊方原方, 30 剂, 煎服法同前。

3. 讨论

脂质肺炎是一种由于类脂物质在肺内集聚引起的非常见疾病[3]。该患者在工作中不慎吸入汽油后引起的脂质肺炎, 因汽油主要成分是 C4~C12 烃类, 主要成分为脂肪烃和环烃类, 含有少量芳香烃和硫化物, 其易挥发, 不溶于水, 易溶于脂肪及有机溶剂。汽油吸入后, 可损伤假复层纤毛运动系统进入肺泡腔, 一方面可破坏肺泡表面活性物质, 使肺泡血管通透性增高, 进而导致肺泡渗出增多; 另一方面, 在肺内沉积的脂质物质可激发局部细胞调控的炎症反应, 引起局灶性肺炎, 继发异物性肉芽肿和肺纤维化形成[4]。本病的诊断主要依靠于详细的询问病史, 肺泡灌洗液或痰液中查见充满脂质的巨噬细胞有助于协助诊断。治疗上, 因脂质肺炎病例较少见, 尚未有明确的临床指南和专家共识, 参考相关的病例报告, 总结如下: 在吸入初期, 尽早行纤维支气管镜下肺泡灌洗, 充分排出体内脂类, 同时运用抗生素预防感染, 根据炎症程度酌情使用糖皮质激素等[3]。

患者素来身体健康, 但因工作不慎, 汽油侵入肺脏, 起初人体内正气旺盛, 抵御外来之邪, 正邪交争, 可见高热; 汽油阻肺, 导致肺气的宣发肃降失常, 可见咳嗽, 津液代谢出现障碍, 津液凝聚成痰, 故可见咳痰, 津液溢于皮肤, 可见全身浮肿; 肺络不能正常的吸入清气化生宗气, 而宗气贯心脉行气血, 宗气生成不足导致胸部血液运行不畅, 血脉瘀滞, 不通则痛, 汽油灼烧气道和肺小叶, 故可见胸痛并伴有呼吸时的灼烧感。予以对症治疗后, 病情好转, 但由于外因中断治疗, 只在症状影响难以入睡时采取间断门诊治疗, 前来就诊时距发病已过去 1 年, 胸痛迁延不愈, 余毒未清, 灼伤肺阴, 且久咳耗伤肺气, 气不化津, 肺叶失去濡养, 发为肺痿。

首诊时运用瓜蒌薤白半夏汤合小柴胡汤加减, 以涤痰宽胸、理气活血。《金匱要略·胸痹心痛短气病脉证治》曰: “胸痹不得卧, 心痛彻背者, 瓜蒌薤白半夏汤主之。” 组方以瓜蒌皮为君药, 可利气散结以宽胸、涤痰散结。臣以薤白行气止痛、通阳散结; 法半夏燥湿化痰, 和胃降逆; 柴胡调气机而疏散郁结, 黄芩清泻肺火。四药相伍, 使少阳枢机得利, 三焦元气通畅, 气的升降出入和气化能有序进行。佐以橘红、木香理气醒脾; 因脾为生湿生痰之源, 茯苓、茯神健脾渗湿以治生痰之源。化痰与理气兼顾, 既寓“治痰先治气”之意, 又使气机升降复常, 有助于肺气的开阖。桔梗辛散苦泄, 开宣肺气、化痰宽胸, 枳壳苦辛酸温, 归行气消积、理气宽胸、化痰散痞。二者合用, 辛开苦降以调气机升降, 使得气顺津布, 痰化痞散。配以丹参、郁金活血祛瘀, 通络止痛, 《血证论·吐血》说: “气为血之帅, 血随之而运行。” 当气血运行顺畅时, 络脉瘀阻易去, 新血易生, 症状亦会随之好转。

患者二诊时诉胸部疼痛感无明显改善, 杨毅教授认为患者误吸汽油, 汽油灼伤了气道、支气管、肺泡管、肺泡囊、淋巴管和肺泡毛细血管等结构, 破坏了肺部的微循环, 导致肺通气和肺换气功能下降,

故可见胸闷胸痛以及呼吸时的灼伤感。而患者发病时间较长, 结合中医“久病多瘀”、“久病多虚”、“久病入络”等理论, 肺络瘀滞, 导致痰浊、水饮、气滞、瘀血互结, 耗伤肺气, 灼伤肺津。又因患者年龄较大, 脏腑机能减退, 阴阳气血日渐虚衰, 故阴愈不足。遂调整治则为“补肺生津, 活血止痛”: 方中法半夏辛温而燥, 燥湿化痰, 散结消痞为君药。痰饮既成, 阻滞肺部气机升降出入, 故臣以陈皮理气行滞, 燥湿化痰, 炒白术补气健脾, 燥湿利水以杜生痰之源, 二者与法半夏配伍, 现了朱丹溪“燥湿渗湿则不生痰”之理。佐以浙贝清热润肺, 化痰止咳, 配以百合、黄精滋阴润肺, 在养肺阴的同时又能补益肺脾之气。皂角刺通行肺络, 辛散能通利气道, 咸能软化胶结之痰, 其治顽痰壅盛之功, 正如徐灵胎所言: “稠痰黏肺, 不能清涤, 非此不可。”桃仁破血行滞而润燥, 红花活血祛瘀以止痛, 赤芍、延胡索、蒲黄活血祛瘀, 配以理气止痛之川楝子、预知子使得“气行则血行”, 既有利于恢复瘀血的祛除, 又可调节气机运动。杏仁肃降肺气、地骨皮清肺降火, 配以枳壳利肺膈之结。甘草调和诸药, 为使药。全方共奏“补肺生津, 活血止痛”之功。

三诊时患者自觉症状较前减轻, 且问诊时明显感觉患者语音较前增大, 精神好转, 但诉今日口腔有少许溃疡, 遂在原方的基础上加黄连 10 g 以清泻胃火, 根据患者复诊的时间, 询问患者有无院外续方, 得知患者起初一剂药服用两天, 后因第二天药味太淡, 改为两剂药吃三天。告知患者为了疗效, 一副药尽量只服用一天。杨教授在选方用药上不仅考虑患者的病情, 还考虑到患者的经济条件及依从性, 忧患者之所忧, 这种“见彼苦恼, 若己有之”的心态让我深受感悟。四诊时患者因外部原因未能按时复诊, 但仍按照三诊原方服药。胸痛较首诊明显减轻, 胸痛对睡眠的影响能进一步减小, 但运动剧烈时还会出现胸部灼痛感, 颜面稍肿减轻, 余未见浮肿, 口腔溃疡已除, 遂予三诊方去黄连, 避免苦寒伤阴, 另加乳香、没药祛瘀行气, 消肿止痛。问诊时发现患者平素喜欢篮球、乒乓球、羽毛球等球类运动, 并习惯晨跑, 先前因为胸痛难忍, 遂中断运动, 现症状缓解, 患者又开始运动。杨教授劝说患者, 该病治疗时间较长, 要安心养病, 不可急躁。嘱患者尽量避免剧烈运动, 可以选择散步、易筋经、太极拳等方式锻炼身体, 同时晨起运动注意全身防寒保暖。饮食要清淡, 忌寒凉油腻。居处要清洁, 避免烟尘刺激。五诊时患者的症状进一步改善, 胸痛基本消失, 但当运动强度稍大时会有气道灼烧感, 余未诉特殊不适。继续服用原方。

4. 小结

杨教授认为, 在临床中要先辨病后辨证, 辨病时需结合现代医学技术, 先将病看准, 再行辨证论证。当患者效果改善不符合预期时, 要学会溯源病因, 调整治则。此外, 还要多角度思考问题, 详细询问病史, 指导患者配合治疗。外源性类脂性肺炎在临床上较少见, 本案仅为个案研究, 辨证思路仅供临床参考。

参考文献

- [1] 钟南山, 主编. 呼吸病学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2012.
- [2] Lin, J., Huang, L.L., Zhang, J.W., Ye, M.H. and Feng, J.X. (2015) Endogenous Lipoid Pneumonia Presenting as Solitary Pulmonary Nodule: A Case Report. *International Journal of Clinical and Experimental Pathology*, **8**, 9727-9730.
- [3] Rahaghi, F., Varasteh, A., Memarpour, R. and Tashtoush, B. (2016) Teppanyaki/Hibachi Pneumonitis: An Exotic Cause of Exogenous Lipoid Pneumonia. *Case Reports in Pulmonology*, **2016**, Article ID: 1035601. <https://doi.org/10.1155/2016/1035601>
- [4] Baron, S.E., Haramati, L.B. and Rivera, V.T. (2003) Radiological and Clinical Findings in Acute and Chronic Exogenous Lipoid Pneumonia. *Journal of Thoracic Imaging*, **18**, 217-224. <https://doi.org/10.1097/00005382-200310000-00002>