

脉弦滑。续予上方加减。处方:黄芪 30 g,生地黄 20 g,熟地黄 20 g,砂仁 6 g,黄连 5 g,黄柏 6 g,黄芩 6 g,煅牡蛎 30 g,麻黄根 10 g,白芍 20 g,糯稻根 30 g,桑螵蛸 10 g,酸枣仁 30 g,枳实 10 g,厚朴 10 g,浮小麦 30 g,甘草 5 g,当归 10 g。14 剂。配合针刺治疗(取穴同前)。经治疗后患者汗证明显好转,睡眠亦佳,病情基本痊愈。

按语:本案患者为汗证,兼有自汗、盗汗。患者为老年女性,天癸已竭,肾阴亏耗,虚火内生,阴津被扰,加之平素思虑过多,损伤心脾,血不养心,心不敛营,故汗液外泄、心烦失眠;且患者素体薄弱,肺气不足,表虚不固,故白昼汗出,根据其舌脉诊,证属肾阴亏耗、心神失养、气虚不固,故治以益气固表、养血安神、敛阴止汗之法,方用当归六黄汤合牡蛎散加减。方中生地黄、熟地黄滋阴补肾;黄连、黄芩、黄柏清火除烦;重用黄芪益气固表;煅牡蛎敛阴潜阳、固涩止汗;鳖甲、桑螵蛸滋补肾阴、固涩助阳;麻黄根、糯稻根、白芍收敛止汗;酸枣仁、柏子仁养心安神、敛汗通便;大枣、浮小麦、甘草益气养血、宁心安神;砂仁化湿行气;枳实、厚朴豁痰开窍;此上诸药合而成方,补敛并用,兼潜心阳,共奏益气固表、敛阴止汗之功,可使得气阴得复,汗出自止。涌泉为肾经井穴、复溜为肾经经穴,功在滋阴补肾、止汗;心俞、脾俞有补益心脾、益气养血之功;阴郄为心经郄穴,后溪为小肠经的输穴,两经相为表里,以奏补益心气、止汗之功;三阴交为三阴经之交会穴,调三经气血,配以神门、内关,有敛阴止汗、安神助眠之效。

《医宗必读·汗》中提到:“心之所藏,在内者为血,在外者为汗。汗者心之液也,而肾主五液,故汗证未有不由心肾虚而得者。”赵师总结多年临床经验,认为治疗汗证需兼顾心肾,在滋阴潜阳、敛阴止汗的同时,更应兼顾养血安神,如此才能使得心肾相交、阴阳相调,则汗证自止。

参考文献

- [1] 赵玲瑜. 汗证辨治体会[J]. 中医药导报, 2020, 26(6): 123-125.
- [2] 吴晗晗, 刘洋, 陈园. 吴华强教授治疗汗证临床特色探析[J]. 甘肃中医学院学报, 2016, 33(4): 27-29.

基金项目:湖南省中医药科研计划项目(201639)

第一作者:高娇娇,女,2018 级硕士研究生,研究方向:针灸推拿学

通讯作者:赵瑞成,男,主任医师,硕士研究生导师,研究方向:中医内科学,E-mail:zrc20070822@163.com

(收稿日期:2020-09-08)

中西医结合治疗 肠系膜脂膜炎验案 1 则

李玲,岳妍

(天津中医药大学第一附属医院,天津,300193)

[关键词] 肠系膜脂膜炎;中西医结合疗法;验案

[中图分类号] R269.572 [文献标识码] B

DOI:10.16808/j.cnki.issn1003-7705.2021.05.037

肠系膜脂膜炎(mesenteric panniculitis, MP)是临床少见的发生在肠系膜脂肪组织的一种慢性非特异性炎症病变,常累及小肠系膜^[1-2]。其病理特征为肠系膜脂肪组织慢性炎症细胞浸润、坏死、纤维化形成“假肿瘤肿块”^[3]。目前 MP 发病机制不明,临床表现复杂。西医临床治疗以激素和免疫抑制剂等为主,但患者仍有症状反复的情况。小柴胡汤出自《伤寒论》,具有和解少阳之功效。岳妍教授运用小柴胡汤加减联合西药治疗肠系膜脂膜炎验案 1 则,疗效满意,现报告如下。

温某,男,48 岁。主诉:脐周痛间作 2 年余,加重 5 d。患者 2 年余来脐周痛间作,伴午后发热,最高 37.8℃,恶寒,无寒战,无汗,四肢厥冷,恶心、纳差,便秘。近半年体质量下降 5kg。患者曾多地多次诊疗,未明确诊断。2018 年 5 月外院查腹平片、上腹彩超均显示正常,胃镜示:慢性浅表性胃炎(Ⅲ级)。2019 年 5 月查结肠镜并行结直肠多发息肉切除术。病理检查示:(结、直肠)2 枚符合管状腺瘤。2019 年 7 月查腹部+盆腔 CT 示:左侧髂总动脉硬化。曾服用雷贝拉唑、马来酸曲美布汀片、枸橼酸莫沙必利片、散利痛片、左氧氟沙星片、头孢拉定片等药物治疗,病情反复发作。入院前 5 d 脐周痛较前加重,进食后明显,伴午后发热,入院前 1 d 于我院消化科门诊查腹平片正常,血常规示:白细胞 $10.78 \times 10^9/L$, C 反应蛋白 39.04 mg/L,提示炎症反应。否认手术外伤及其他疾病史。入院症见:脐周痛,恶心,纳差,便秘,舌红、苔薄白,脉弦细。查体:体温 36.5℃,脉搏 80 次/min,呼吸 20 次/min,血压 104/79 mmHg(1 mmHg $\approx$ 0.133 kPa),神清,呼吸平稳,全身皮肤黏膜未见黄染、皮疹及出血点,全身浅表淋巴结未触及肿大,咽无充血,双侧扁桃体无肿大,甲状腺无肿大。心肺查体未见异常。腹部平坦,未见胃肠型,脐左侧压痛,无反跳痛,无肌紧张,肝脾未及,墨菲征(-),麦氏点压痛(-),振水音(-),移动性浊音(-),肠鸣音正常。双下肢未见水肿,双肾叩击痛(-),神经系统检查未见异常。复查血常规:淋巴细胞绝对值 $1.01 \times 10^9/L$,中性粒细胞百分比 77.4%,淋巴细胞百分比 14.4%,C 反应蛋白值增高,提示

感染。便潜血阳性、红细胞沉降率正常。免疫全项仅免疫球蛋白 G(IgG)、IgM 轻度偏低,类风湿因子、风湿病抗体、甲亢初筛三项、甲状腺彩超未见明显异常。胸部 CT 提示左肺下叶背段陈旧性结核、钙化灶。腹主动脉彩超、肠系膜上动脉彩超均正常。生化全项、肿瘤全项、腹部彩超、腹部 CT 未见明显异常,结合外院胃肠镜结果,可初步除外腹腔感染及腹膜、腹部实质性脏器(肝、胰腺)与空腔脏器(胃、结肠)等的占位性病变。后进行全消化道造影,结果示:1)慢性胃炎伴食管裂孔功能不全;2)小肠功能紊乱(动力增强-肠易激综合征)? 胶囊内镜无明显异常,腹部增强 CT 示:中腹部腹主动脉前区域见多发大小不等结节影,增强后呈较明显强化,周围脂肪密度增高、边缘模糊,考虑脂膜炎并多发增大淋巴结。西医诊断:肠系膜脂膜炎;慢性胃炎;结直肠多发息肉切除术后。中医诊断:腹痛,半表半里证。治以和解少阳为法,方用小柴胡汤加减。处方:北柴胡 24 g,清半夏 10 g,黄芩 15 g,干姜 6 g,太子参 10 g,炒苦杏仁 10 g,生地黄 30 g,当归 20 g,白芍 30 g,大腹毛 10 g,六一散 30 g。3 剂,每天 1 剂,早晚餐后 30 min 后服用。西药以双歧杆菌三联活菌胶囊及洛索洛芬钠片等补充肠道菌群、解热镇痛及对症支持为主,服药 3 剂后二诊:脐周痛症状好转,无发热,偶恶心欲吐,纳可,寐安,二便调。舌暗、苔白,脉弦。守上方去干姜、生地黄,加丹参 30 g、北败酱草 30 g、大血藤 15 g、醋莪术 6 g、桃仁 20 g,改北柴胡、黄芩、六一散为 10 g,7 剂。继续西药治疗。三诊:药后患者脐周痛消失,午后未再发热,大便通畅,每天 1 次,纳食增加,心情愉悦,病情好转、稳定后出院,于门诊服用中药,1 个月后随访,未再出现腹痛及发热。

按语:MP 具有自限性,大部分患者不治疗可自愈。对于有症状者可运用中西药物治疗,出现严重并发症,如肠梗阻等,则应手术治疗^[4]。本病属中医学膜原病症范畴。膜原是津气升降出入及病邪入侵的通道,膜原发生病变,应疏通三焦。膜原又称“募原”,泛指膈膜或肠胃之外的脂膜。《增订通俗伤寒论》记载:“膜者,横隔之膜,原者,空隙之处,外通肌腠,内近胃腑,即三焦之关键,为内外交界之地,实一身之半表半里也”,认为膜原部位在横膈之膜和其空隙之处,位于半表半里、内外交界之间。吴又可首创膜原学说,揭示了“邪伏膜原证”的半表半里病位,治疗应力求用药鼓动正气以攻逐邪气,而攻逐邪气过程中往往使得正气受到不同程度的耗伤,故应适当扶补正气。

《伤寒论·辨太阳病脉证并治》载:“伤寒五六日,中风,往来寒热,胸胁苦满,默默不欲饮食,心烦喜呕,或胸中烦而不呕,或渴,或腹中痛,或胁下痞

硬,或心下悸,小便不利,或不渴,身有微热,或咳者,小柴胡汤主之。”从症状上分析,本案患者有往来寒热、恶心、纳差、腹中痛、手足冷、大便硬等症,符合小柴胡汤证,故运用小柴胡汤加减治疗。方中柴胡气质轻清,可疏解少阳,散腹中痞结,驱寒清热,推陈出新;黄芩味苦性寒,清泄少阳胆腑邪热,协柴胡散胃肠饮食积聚之痞结,调节寒热;二者合用,疏解少阳半表半里之邪。半夏、太子参消除心下胀满,可使邪气得解,少阳得和,上焦得通,津液得下,胃气得和,有汗出热解之功效。干姜温中散寒;白芍柔肝止痛;生地黄清热生津;大腹毛宽中行气;当归、杏仁润肠通便;六一散清热利湿,使脏腑邪热自小便而出。后期患者腹痛、发热症状减轻,故减柴、芩之量,加清热解毒、活血化瘀药物如败酱草、大血藤、丹参、莪术、桃仁等,使得津气升降出入调达。整方有升降温清消补之效,可疏利三焦、和解少阳、健运脾胃,对改善患者脐周痛、发热等症疗效显著。

结合本案例,对于以脐周痛、发热、消瘦为主要表现,且已除外胃肠道、腹膜占位、腹腔感染、血管源性疾病的患者,应考虑 MP,结合病史和腹部 CT 结果进行系统分析,有助于及早明确诊断并尽早展开正确的治疗。中西医结合对治疗 MP 有显著疗效,因本病临床症状缺乏特异性,对患者的症状需要认真分析,对于小柴胡汤的运用,抓住邪伏膜原、半表半里的病机,开拓思路,治疗上需审时度势把握时机,究其病位,治病求本。

参考文献

- [1] 杨柯,白少君,彭凤娥. 肠系膜脂膜炎的临床症状、CT 影像特点及病理分析[J]. 世界最新医学信息文摘,2017,17(68): 147-149.
- [2] KNAIAZKOVA IRYNA, KORCHEVSKAYA ANNA, BOGUN MARYNA. Clinical case of mesenteric panniculitis[J]. Reumatologia, 2019,57(5):297-300.
- [3] 周碧,杨凯,申玉兰,等. 肠系膜脂膜炎多层螺旋 CT 表现[J]. 中华实用诊断与治疗杂志,2018,32(6):586-588.
- [4] 孙美洲,唐小鹤,王春晖,等. 肠系膜脂膜炎临床诊治的研究进展[J]. 世界华人消化杂志,2014,22(28):4276-4280.

第一作者:李玲,女,2017 级硕士研究生,研究方向:中医内科学

通讯作者:岳妍,女,主任医师,研究方向:消化系统疾病的临床诊疗,E-mail: yueyanyy@163.com

(收稿日期:2020-08-28)