

肖绍玮诊治

儿童蛋白丢失性肠病验案 1 则

马榕花

(福州市中医院, 福建 福州, 350001)

[关键词] 蛋白丢失性肠病; 儿童疳证; 肖绍玮; 验案

[中图分类号] R272.57 [文献标识码] B

DOI: 10.16808/j.cnki.issn1003-7705.2021.06.032

蛋白丢失性肠病 (protein-losing enteropathy, PLE) 是指大量血浆蛋白从胃肠道丢失引起低蛋白血症的一种临床综合征^[1]。本病临床少见, 目前尚无特效治疗方法, 主要是针对原发病对症支持治疗。肖绍玮主任系福建省名老中医、全国老中医药专家学术经验继承指导老师、福州桂枝里陈氏中医儿科代表性传承人, 从事中医临床近 60 年, 学验俱丰, 擅治疑难病证。笔者有幸跟师临床, 获益良多。现将其诊治儿童蛋白丢失性肠病验案 1 则介绍如下。

林某, 男, 3 岁, 2009 年 6 月 29 日初诊。主诉: 反复发热 6 周, 腹胀、水肿 3 周。患儿 6 周前因高热、咽喉疼痛入住某院, 经抗感染、抗病毒治疗 1 周后, 咽喉疼痛缓解、咽峡部疱疹消退出院。2 d 后因反复发热再次入院, 体温波动在 38℃~39℃, 伴腹部胀痛, 食欲减退, 恶心呕吐, 大便稀水样, 每天 2~3 次, 精神疲惫, 逐渐消瘦。患儿 3 周前出现腹胀膨隆, 双下肢水肿。查肝、肾功能正常, 总蛋白 32 g/L, 白蛋白 15 g/L, 球蛋白 17 g/L。腹部 CT 示: 腹腔部分肠管扩张, 并可见气液平面。给予补液、抗感染、肠道益生菌以及每周 1 次静脉滴注白蛋白等对症治疗, 患儿体温降至 37.5℃。多次复查, 仍有低蛋白血症, 伴腹胀, 食少, 体质量持续下降, 乏力, 大便稀, 双下肢膝以下水肿。病情未好转, 遂出院。出院诊断: 1) 蛋白丢失性肠病; 2) 低蛋白血症; 3) 肠道感染。现症见: 体温 37.5℃, 体质量 13 kg (患病前 16 kg), 神疲乏力, 少气懒言, 面色萎黄, 食少纳呆, 腹部膨隆, 时而作痛, 大便稀、黏滞, 每天 2~3 次, 小便短, 双下肢水肿 (踝以下明显), 舌淡嫩, 苔白厚、根微黄腻, 脉沉细。实验室检查: 总蛋白 30 g/L, 白蛋白 17 g/L, 球蛋白 13 g/L。中医诊断: 疳证 (脾肾阳虚, 清阳下陷)。治法: 健脾温肾, 升阳益胃, 利湿消肿。方选升阳益胃汤加減。方药组成: 红参 (另炖兑服) 3 g, 焦白术 6 g, 黄芪 12 g, 黄连 3 g, 姜半夏 6 g, 陈皮 6 g, 茯苓 10 g, 泽泻 6 g, 防风 6 g, 羌活 3 g, 独活 3 g, 柴胡 6 g, 白芍 6 g, 炙甘草 3 g, 炒山药 15 g, 葫芦巴 6 g, 石榴皮 15 g, 车前子 6 g。10 剂, 水煎服, 每天 1 剂。嘱患者勿食寒凉饮食。二诊: 体温 36.5℃, 精神佳, 面色少华, 腹痛、腹胀减轻, 大便软, 每天 1~2 次, 小便正常, 水肿消退至踝以下, 食欲改善, 舌淡、苔薄白微腻, 脉细。于上方去红参、羌活、独活、防风、黄连、车前子, 改柴

胡为 3 g, 加党参 12 g、升麻 3 g、黄精 10 g、扁豆 15 g、麦芽 15 g, 继进 15 剂。三诊: 诸症减轻, 体质量上升。方以四君子汤加減: 黄芪 12 g, 党参 12 g, 山药 15 g, 白术 (土炒) 9 g, 茯苓 9 g, 当归 6 g, 白芍 6 g, 益智仁 9 g, 木香 6 g, 肉豆蔻 3 g, 赤石脂 (先煎) 9 g, 焦神曲 15 g, 焦麦芽 15 g, 焦山楂 15 g, 生姜 3 g, 大枣 6 g, 甘草 3 g。每天 1 剂, 水煎服, 调理巩固 1 个月余, 双足部水肿消退, 神情活泼, 纳佳, 二便正常, 体质量增至 16 kg。实验室检查: 总蛋白 62 g/L, 白蛋白 37 g/L, 球蛋白 25 g/L。随访半年未再复发。

按语: 现代医学认为, 儿童蛋白丢失性肠病常见病因有胃肠道感染、非感染性炎症性病变、淋巴管阻塞-肠道淋巴管扩张^[2]。主要表现为因低蛋白血症引起的相应症状和体征, 如水肿、营养不良、贫血、低蛋白血症、免疫功能降低等。低蛋白血症的原因主要是蛋白从消化道大量丢失^[3]。在血浆白蛋白和免疫球蛋白 G 严重缺乏时, 可见皮肤干燥、色素沉着、头发干枯、记忆力减退、表情淡漠等, 儿童还会出现生长发育障碍, 甚至死亡^[4]。《幼科铁镜·辨疳积》曰: “疳者……或因吐久、泻久、痢久、疔久、热久、汗久、咳久、疮久, 以致脾胃亏损, 亡失津液而成也。” 本例患者因外感时行湿热邪毒侵入肺胃, 起于发热、口咽疱疹, 伴泄泻。经治后, 热毒虽除, 脾胃亦伤, 津液亏耗, 日久脾胃虚衰, 生化乏源, 气血不足, 诸脏失养, 而成疳证。脾虚失运, 升降失常, 故见腹胀膨隆; 气血亏虚故神疲、面色萎黄、消瘦; 脾病及肾, 肾阳亏乏, 脾虚清阳下陷, 肾虚气不化水, 水湿泛滥则见泄泻、水肿。低热, 舌苔白厚、根微黄腻是水湿内郁化热的表现。故中医辨证为脾肾亏虚, 清阳下陷, 水湿内停, 病性为虚实夹杂, 治疗应抓住脾胃本病为主兼及他脏病变。其病机以升降失调为关键。治宜健脾益肾, 除湿升阳。方选李东垣升阳益胃汤加減治疗。方中红参、黄芪温补肺脾之气; 陈皮、半夏、白术燥湿健脾; 茯苓、泽泻淡渗除湿; 羌活、独活、防风、柴胡皆属风药, 辛温升散, 祛风升阳, 解肌达表, 且能鼓舞脾胃清气上升, 发越脾土之郁遏; 白芍、甘草甘缓、酸收敛阴, 调和营血; 黄连清热燥湿; 山药补脾益肾; 葫芦巴温肾阳, 除寒祛湿; 石榴皮涩肠止泻; 车前子利湿消肿。患儿服药 10 剂后, 脾胃枢机运转, 湿热得化, 故二诊去羌活、独活、防风、黄连等, 加升麻等取补中益气汤之意, 继续培补中焦, 益气升阳, 固本祛邪。三诊以四君子汤加味调理脾胃, 培护先天而善后。

中医学理论认为, 脾胃为后天之本, 气血生化之源。小儿脏腑娇嫩, 形气未充。五脏的特点是

肺、脾、肾不足，心、肝有余。根据本病临床症状将其归属于中医学“痞证”“水肿”范畴。肖老学术崇尚温病，临证重视脾胃运化在疾病发生、发展及治疗转归中的重要作用。其认为：“全婴活幼，健脾为先”“脾健贵在运”“健脾宜动，切忌壅补”^[5]。调理脾胃重在升降相宜而顾其润燥，宜升脾气、降胃气、养胃阴、助脾阳，同时重视肝的疏泄与脾胃运化的关系。

本案中肖老的用药特点：1) 本例患者泄泻日久，脾肾虚衰，气虚固摄失职，血浆蛋白不断丢失，亦属于中医阴血类物质亏损，血虚气益虚，如此恶性循环，肌肉瘦削，肢体水肿，病情较重。故治疗首要益气，气能摄血救阴。红参，《本草正义》载其：“气味浓厚，色亦重浊，具有温养生发之性，今用之于脾肾虚寒，真阳衰弱及中气不振，阴寒用事诸证，功效甚捷。”本例唯红参功专力宏，大补元气，温阳固脱，方能胜任。2) 《素问·阴阳应象大论》云：“湿胜则濡泄”，患儿病性为虚实寒热错杂，病机为脾肾亏虚，脾虚不运，清阳不升，水湿不化，肝木偏旺，故应温补脾肾，升清降浊，使气机调畅，水湿得化，泄泻自止，诸恙可安。故首诊立意益气温阳，兼利水除湿。3) 风能胜湿，风药祛湿解表，可透达湿邪，升举清阳，鼓舞胃气，宣通气机，从而有利于湿浊之邪排出。《医宗金鉴·删补名医方论》记载：“人参属补，不知君子于枳、朴中，即为补中泻也。羌、防辈为散，不知佐于参、芪中，即为补中升也。”4) 舌苔微黄为湿邪化热之端倪，故合黄连清热燥湿。综上，本例虚实夹杂，虚多实少，当培土祛邪，补而不滞，温而不燥，以冀脾胃升降有常，诸恙可安。

参考文献

- [1] 刘艳, 黄志华, 徐三清, 等. 儿童蛋白丢失性肠病的临床及病理分析[J]. 临床儿科杂志, 2009, 27(10): 938-941.
- [2] 李冀, 董梅. 儿童蛋白丢失性肠病[J]. 山东医药, 2008, 48(32): 150-152.
- [3] 吴清儒, 王厚伟. 蛋白丢失性胃肠病低蛋白血症及水肿病理机制探讨与中西医治疗方法研究进展[J]. 辽宁中医药大学学报, 2019, 21(6): 150-153.
- [4] 董华, 张遵城. 蛋白丢失性胃肠病诊治进展[J]. 医学综述, 2013, 19(4): 661-664.
- [5] 肖诏玮. 榕荫医谭[M]. 福州: 福建科学技术出版社, 2018: 36.

基金项目: 福建省中医学术流派传承工作室建设项目 (闽卫中医[2019]129号)

作者简介: 马榕花, 女, 主任医师, 研究方向: 儿科疾病的临床诊治

(收稿日期: 2020-10-21)

中医药治疗抗利尿激素分泌不适综合征验案 1 则

张依伦¹, 周卫东²

(1. 湖南中医药大学, 湖南 长沙, 410208;

2. 湖南中医药大学附属长沙市中医医院, 湖南 长沙, 410100)

[关键词] 抗利尿激素分泌不适综合征; 中医药疗法; 虚则补之; 验案

[中图分类号] R458⁺.4 **[文献标识码]** B

DOI: 10.16808/j.cnki.issn1003-7705.2021.06.033

抗利尿激素分泌不适综合征 (syndrome of inappropriate secretion of antidiuretic hormone, SIADH) 于 1957 年由 Schwartzd 等^[1]报道, 是由于多种原因导致抗利尿激素 (ADH) 不受血浆渗透压的调节而分泌异常增多, 引起体内水潴留、稀释性低钠血症的临床综合征。西医主要针对病因进行治疗及限水。周卫东主任医师临床中遵循“虚则补之”的治疗原则, 通过益气补肾加强肾脏封藏作用, 获得一定疗效, 现介绍验案 1 则如下。

患者, 男, 72 岁, 因“双下肢乏力、行走迟缓 2 年, 加重 1 个月”于 2020 年 9 月 11 日入神经内科住院治疗, 9 月 14 日因反复低钠血症难以纠正转入内分泌科继续治疗。既往史: 2018 年 11 月 15 日因“双下肢乏力, 行走迟缓 2 个月”亦在神经内科住院治疗, 诊断为“帕金森氏病”, 住院期间查血清钠 129.97 mmol/L, 予以浓钠稀释口服后无明显改善。后多次因帕金森氏病住院治疗, 完善电解质常规检查, 血清钠最低为 117.79 mmol/L, 当时均仅有双下肢乏力, 无恶心、呕吐、头痛嗜睡及反应迟钝等症, 经补钠均无明显改善。2013 年行心脏血管支架植入术, 有高血压病病史 4 年, 血压最高达 180/60 mmHg (1 mmHg ≈ 0.133 kPa), 血压控制在 130/80 mmHg, 长期服用“琥珀酸美托洛尔 47.5 mg/次、1 次/d, 厄贝沙坦 0.15 g/次, 1 次/d, 拜阿司匹林 0.1 g/次, 1 次/d, 阿托伐他汀钙 20 mg/次, 1 次/d, 睡前服, 多巴丝肼 187.5 mg/次, 3 次/d”。否认糖尿病等其他慢性病史, 肝炎、结核、伤寒等传染病史, 重大外伤及输血史以及利尿剂、糖皮质激素、保健用品使用史。1 个月前自觉双下肢乏力、行走迟缓较前加重, 主要表现为步起困难, 行走呈碎步且难以止步, 转身迟缓困难, 双上肢活动自如, 无头晕、头痛、恶心、呕吐、腹泻、水肿。纳寐及二便正常。入院查体: 体温 36.5℃, 心率 75 次/min, 呼吸 18 次/min, 血压 136/72 mmHg, 发育正常, 营养良好, 神清合作, 自动体位, 面具脸, 慌张步态, 口腔黏膜、牙龈及舌系带无色素沉着, 阴毛、腋毛无脱落, 心肺腹无异常体征, 双下肢无水肿, 双上肢肌力正常, 双