

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] 肖绍玮.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

下肢肌力4级,四肢肌张力增高。舌淡红、苔薄白,脉沉。血常规:血红蛋白101 g/L,红细胞压积27.5%;肾功能:尿素氮7.14 mmol/L,肌酐68.62 μ mol/L,尿酸214.95 μ mol/L;电解质:钠120.11 mmol/L,氯92.59 mmol/L;计算血渗透压260.56 mmol/L;C反应蛋白24.57 mg/L;空腹血糖4.93 mmol/L;尿常规、大便常规及隐血试验、肝功能、心肌酶均未见异常。腹部+泌尿系彩超示右肝囊性病变,前列腺增生;胸部CT示右下肺感染,冠状动脉PCI术后改变,主动脉硬化。头部MRI示左侧基底节区陈旧性腔隙性脑梗死。入院中医诊断考虑虚劳病,辨证为肾气亏虚证。西医诊断考虑:1)低钠血症查因:药物导致?甲状腺功能减退症?肾上腺皮质功能减退症?2)帕金森氏病。3)冠心病 心绞痛型室性期前收缩 支架植入术后状态 心功能II级。4)高血压病3级 很高危组。5)肺部感染。6)轻度贫血。7)前列腺增生。治疗上予以高渗盐水静脉泵入补钠、抗感染、改善脑循环、限水、高盐饮食等对症治疗。9月14日复查电解质:钠124.56 mmol/L、氯93.46 mmol/L,仍示低钠血症,遂转入内分泌科明确病因继续治疗。转科后完善24 h尿电解质:尿钠91.84 mmol/L;随机血糖6.73 mmol/L;B型钠尿肽测定、血气分析、皮质醇节律、性激素六项、甲功三项均未见异常。诊断为抗利尿激素分泌不适综合征。西医治疗同前,中医予大补元煎加减治之,方药组成:人参15 g,黄芪30 g,熟地黄15 g,枸杞15 g,山茱萸10 g,杜仲10 g,炙甘草6 g。服药1周后,复查电解质:钠130.19 mmol/L,氯96.55 mmol/L。双下肢乏力症状较前明显改善,已能独自步行约100 m。患者病情好转予以出院,出院后间断门诊复查,血清钠并未再进一步降低,且生活质量较前改善。

按语:SIADH的诊断包括两步,定性诊断和病因诊断。诊断标准为:1)血清钠<130 mmol/L;2)血浆渗透压<270mOsm/L,尿渗透压大于血浆渗透压;3)血容量正常;4)尿钠>20 mmol/L;5)心、肝、肾、肾上腺皮质及甲状腺功能正常^[2]。尿渗透压高于血渗透压不是诊断必需条件^[3]。其主要与以下病因有关:1)恶性肿瘤;2)肺部疾病;3)中枢神经系统疾病,如脑外伤、脑血栓形成、蛛网膜下腔出血、硬膜下血肿形成、脑脓肿、脑萎缩、脑部急性感染、垂体后叶手术后等;4)某些药物,如卡马西平、长春新碱、环磷酰胺、三环类抗抑郁剂、巴比妥类药物等。其中肺恶性肿瘤及肺部感染是导致SIADH最常见的原因。但临床上仍有39.2%的患者难以明确病因^[4],对此类患者应密切随访以便及时发现原发病因。临床首先是针对病因治疗^[5];其次是针对SIADH的治疗,基础治疗是限水,美国低钠血症指南对限水治疗做出如下推荐:1)不仅仅限水,还应限制所有液体摄入;2)每天液体摄入量应 $\leq$ 500 ml,低于24h尿量;3)除非禁忌,不限制钠盐、蛋白质摄

入。而对于限水、高钠饮食仍无法纠正的低钠血症可以予以加压素受体拮抗剂治疗^[6-7]。

本案患者SIADH诊断明确,但病因不明。此次住院虽完善胸部CT示肺部感染,但与低钠血症病史不符,排除肺部疾病所致。既往已排除肿瘤病史、中枢神经病史及药物服用情况。后期需密切随访以期能及时发现病因。

低钠血症根据患者不同临床表现可归属于中医学中的“虚劳”“恶心”“头痛”“汗证”“厥证”等范畴。现代医学中的电解质可归属于中医学中所论述的后天之精。人们摄入谷物后,经脾脏的运化生成后天之精,形成人体所需的营养,以及精气血津液化生所需的物质基础,并吸收、传输到全身脏腑:上传心肺,化生气血,通过心肺布散全身;下输至肾,与先天之精相互资助,相互合用,化为肾精,精藏于肾而不无流失,肾精封藏则精气充盈,人体生机旺盛。本案患者既往行心脏支架植入术导致心气受损,心气推动作用减弱,精微上传心肺后,无法布散全身,故见血清低钠。本案患者年老,肾气亏虚,封藏失职,精微从小便排出,故见尿钠升高。若迁延不愈进一步发展则可导致阴虚、血虚。四诊合参,该患者辨证为肾气亏虚证,故以补为主,方以大补元煎加减益气补肾。方中人参、黄芪大补元气,化生心气助精布散,化生肾精促封藏;熟地黄、枸杞子、山茱萸、杜仲滋补肝肾,益精血,意在乙癸同源,肾藏精,肝藏血,精血互生。诸药合用,大补元气、益精养血。因患者需严格限水,故未予以传统中药汤剂服用,而以中药配方颗粒开水冲服。患者在院期间服用数剂后乏力较前明显好转,且血钠水平较前上升,疗效颇佳。

参考文献

- [1] SCHWARTZ WB, BENNETT M, CURELOP S, et al. A syndrome of renal sodium loss and hyponatremia probably resulting from inappropriate secretion of antidiuretic hormone[J]. Am J Med, 1957, 23(4): 529-542.
- [2] 廖二元, 超楚生. 内分泌学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2001: 506.
- [3] 陈光, 李乐乐, 窦京涛. 抗利尿激素不当分泌综合征的临床管理和治疗新选择[J]. 药物与临床, 2014, 11(23): 16-21.
- [4] HSU CY, CHEN CL, HUANG WC, et al. Retrospective evaluation of standard diagnostic procedures in identification of the causes of new-onset syndrome of inappropriate antidiuresis[J]. Int J Med Sci, 2014, 11(2): 192-198.
- [5] 杨林英, 邸雅南, 彭德银, 等. 抗利尿激素分泌不当综合征1例[J]. 中国现代医药杂志, 2017, 19(2): 87-88.

- [6] VERBALIS JG, GOLDSMITH SR, GREENBERG A, et al. Diagnosis, evaluation, and treatment of hyponatremia: expert panel recommendations[J]. Am J Med, 2013, 126(10 Suppl 1): S1-S42.
- [7] 单鹏飞, 盛志峰, 廖二元. 内分泌代谢病学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2012: 317.

第一作者: 张依伦, 女, 2018 级硕士研究生, 研究方向: 中医药防治内分泌代谢疾病

通讯作者: 周卫东, 女, 主任医师, 硕士研究生导师, 研究方向: 中西医结合防治内分泌代谢疾病, E-mail: 2662681684@qq.com (收稿日期: 2020-08-10)

匡继林诊治

薄型子宫内膜不孕症验案 1 则

黄玉颖¹, 匡继林²

(1. 湖南中医药大学, 湖南 长沙, 410208;

2. 湖南中医药大学第二附属医院,
湖南 长沙, 410005)

[关键词] 薄型子宫内膜不孕症; 养巢增膜汤; 验案; 匡继林

[中图分类号] R271.916, R271.917.4 [文献标识码] B

DOI: 10.16808/j.cnki.issn1003-7705.2021.06.034

适宜的子宫内膜厚度是成功妊娠的保障。在正常范围内的子宫内膜厚度与子宫内膜容受性呈正相关, 从而影响着女性的生殖健康。薄型子宫内膜是指在排卵日前后测量子宫内膜厚度小于 7 mm, 亦即小于女性可以妊娠的最低厚度^[1]。本病西医以激素序贯疗法治疗为主, 毒副作用明显, 不宜长期使用。匡继林教授系湖南省名中医, 行医近三十载, 临床经验丰富, 对薄型子宫内膜所致不孕有独到见解。匡教授认为, 肾精气不足, 瘀血阻滞为薄型子宫内膜不孕症的基本病机, 治当补肾活血、祛瘀生新, 自拟养巢增膜汤促进子宫内膜增长, 提高子宫内膜容受性, 并辅以“戊酸雌二醇+地屈孕酮片”行人工周期疗法, 从而提高受孕机率, 常获佳效。现介绍其临证验案 1 则, 以期临床提供有效参考。

李某, 女, 28 岁, 已婚, 2019 年 5 月 6 日初诊。主诉: 正常性生活未避孕未孕 1 年余。现在症: 月经量少或点滴即净, 色暗红有血块, 伴腰酸、耳鸣、性欲不佳, 纳一般, 寐可, 夜尿频, 大便调, 舌紫暗或有瘀斑、瘀点, 脉弦细或沉涩。既往月经规律, 3~4/30 d, 量少, 色暗, 偶有少量血块。排卵期多次行经阴道腔内彩超示: 可见成熟卵泡(直径达 18~23 mm), 内膜厚度 5~7 mm。中医诊断: 全不产, 肾虚血瘀证。治宜补肾活血化瘀, 方以自拟养巢增膜汤加減。方药组成: 菟丝子 30 g, 丹参 15 g, 当归 15 g, 川芎 6 g, 熟地黄

15 g, 石斛 10 g, 淫羊藿 10 g, 山药 15 g, 鸡血藤 15 g, 路路通 10 g, 黄精 10 g, 桑椹 10 g, 杜仲 10 g, 狗脊 10 g, 川牛膝 10 g。18 剂。月经干净 2 d 后服用。同时于月经第 5 天起持续口服戊酸雌二醇片(补佳乐), 1 次/次, 1 次/d, 连服 21 d; 经阴道彩色超声于月经第 8~11 天起监测卵泡发育, 当优势卵泡直径达到 18~22 mm 时, 肌内注射人绒毛膜促性腺激素(HCG) 5000~10000 iu, 并指导同房, 予阴道彩色超声检测到卵泡排出后, 加服地屈孕酮片(达芙通) 1 片/次, 1 次/d, 连服 10 d。6 月 7 日二诊: 患者月经量较前增多 1/3 左右, 色鲜红, 少量血块, 无痛经, 腰酸痛较前明显减轻, 诉夜寐难安。继以初诊方加首乌藤 15 g, 远志 6 g, 珍珠母 20 g, 酸枣仁 10 g, 18 剂, 避开月经期服用。同时予以初诊促卵泡方案并指导同房。7 月 10 日三诊: 患者月经量恢复正常, 色暗红, 无明显血块, 无痛经及腰酸。予以初诊原方服用, 18 剂。同时予初诊促卵泡方案并指导同房。8 月 15 日四诊: 患者自测尿妊娠阳性, 血 HCG 647 mIU/ml, 孕酮 40.70 ng/ml, 予以保胎治疗。

按语: 薄型子宫内膜不孕症属于中医学“不孕”范畴。肾藏精, 系胞脉, 主生殖功能。《素问·奇病论》载: “胞络者, 系于肾”, 《傅青主女科》载: “经水出诸肾”, 说明肾脏与月经、生殖有着密切联系。肾精充盛可濡养胞宫, 则经调、有子, 反之则易致子宫内膜过薄, 月经量少, 冲任、胞脉内气血运行受阻而影响生育功能。匡教授认为, 顺利妊娠及月经调顺都离不开“肾-天癸-冲任-胞宫生殖轴”正常, 薄型子宫内膜不孕症多见肾虚血瘀证, 病机以肾虚为主, 与心、肝、脾密切相关, 常表现为多虚、多瘀。

自拟养巢增膜汤是匡教授临床用于治薄型子宫内膜不孕症的常用方药。方中菟丝子、丹参为君药, 菟丝子温肾助阳、填补精血, 丹参活血祛瘀、调经止痛; 当归、鸡血藤、熟地黄、淫羊藿、黄精、桑椹、石斛、山药为臣药, 加强养血活血、益肾填精之效, 同时健脾养胃、滋阴生津; 路路通、川芎为佐药, 行气活血通经。诸药合用, 共奏补肾活血、祛瘀生新之功。加杜仲、狗脊、川牛膝补肾强筋骨, 缓解腰痛。二诊加首乌藤、远志、珍珠母、酸枣仁安神助眠。现代药理研究证明, 补肾类中药能促进下丘脑-垂体-卵巢-子宫生殖轴功能的恢复, 具有类雌激素作用, 可改善子宫内膜容受性、增加子宫内膜厚度^[2]。同时予以“戊酸雌二醇+地屈孕酮片”行人工周期疗法, 并指导同房从而提高受孕机率。

现代女性往往因经多次人流术或生殖内分泌激素失调、炎症反应、子宫及卵巢血液循环不良等因素导致内膜增长缓慢, 出现月经量少、闭经、甚至不孕等症状。匡教授临证善于发挥中医药调节