

引用:裴方好,吴吉,朱沁泉,张涤.张涤运用柴葛解肌汤加味治疗菊池病验案 1 则[J].湖南中医杂志,2023,39(4):82-84.

张涤运用柴葛解肌汤加味治疗菊池病验案 1 则

裴方好¹,吴吉¹,朱沁泉²,张涤²

(1. 湖南中医药大学,湖南长沙,410208;

2. 湖南中医药大学第一附属医院,湖南长沙,410007)

[关键词] 菊池病;柴葛解肌汤加味;验案;张涤

[中图分类号] R259.512 [文献标识码] B DOI:10.16808/j.cnki.issn1003-7705.2023.04.021

菊池病(kikuchi disease, KD),又称菊池-藤本病及组织细胞坏死性淋巴结炎,是一种良性的自限性疾病^[1]。本病是以发病率低、特发性、复发率低为特点的一类非肿瘤性淋巴结肿大性疾病,属淋巴结反应性增生病变^[2]。其多发于青年女性^[3],5%~10%的患者小于21岁,男女比例约为1:4,年龄为19个月至75岁^[4]。其主要临床表现为发热、淋巴结肿大和白细胞减少,病因尚未明确,西医主要治疗方法为系统性应用糖皮质激素^[5]。本病属中医学“痰核”“温毒”“痰毒”范畴^[6]。柴葛解肌汤出自《伤寒六书》,主治外感风寒,郁而化热证,临床常用于治疗流行性感、结膜炎、牙龈炎等^[7]。张涤教授基于“三阳合病”思想,运用六经辨证选用柴葛解肌汤加味治疗菊池病1例,收效颇佳,现介绍如下。

患者,女,15岁,2022年6月18日初诊。因“无明显诱因出现反复发热13d,颈部淋巴结肿大10d”就诊,患儿腋温最高达40℃,口服美林后温度降至正常,间隔6~8h发热1次,然后出现右侧颈部肿痛,无法触碰。6月15日至当地医院行血常规及颈部淋巴结彩超示:淋巴结肿大查因。服用中药汤剂3剂后症状均未缓解,为进一步治疗求诊于张教授门诊。现症见:体温36.8℃,右侧颈部疼痛,精神欠佳,汗出,头晕,前额头痛,畏寒,心烦易怒,恶心欲呕,纳减,平素喜食厚味,夜寐不安,大便偏稀,每天一行,小便可,舌红、苔黄腻,脉浮紧。查体:右侧颈部可扪及多个大小不一的淋巴结,最大约2.5cm×1.0cm,质韧,活动度可,边界清,无融合。血常规示:白细胞 $8.30\times10^9/L$,

嗜中性粒细胞百分比77.10%,淋巴细胞百分比44.10%,血红蛋白114g/L,血小板 $170\times10^9/L$ 。颈部淋巴结+甲状腺彩超示:双侧颈部多发淋巴结肿大(右侧较多、较大),考虑炎性反应性增大;甲状腺未见明显异常。西医诊断:颈部淋巴结肿大。中医诊断:瘰癧,风热痰毒证。治以疏风解肌、清热解毒为法,采用柴葛解肌汤加味治之。处方:柴胡10g,葛根10g,白芷10g,羌活5g,荆芥10g,芦根15g,连翘10g,紫花地丁10g,蒲公英10g,淡竹叶10g,生石膏20g,蔓荆子10g,甘草3g,茵陈10g。3剂,每天1剂,水煎,分早晚温服,每次150ml。6月21日二诊:头痛、心烦缓解,仍反复发热,体温最高达39.4℃,口服布洛芬体温可降至正常,间隔6h发热1次,右侧颈部仍有疼痛。现症见:体温39.0℃,右侧颈部疼痛,精神欠佳,咳嗽,有痰难咳,咽痛,纳减,寐安,二便调,舌尖红、苔黄腻,脉数。查体:右侧颈部可扪及多个大小不一的淋巴结,质韧,活动度可,边界清,无融合。血常规示:白细胞 $7.14\times10^9/L$,嗜中性粒细胞百分比79.90%,淋巴细胞百分比11.00%,血红蛋白102g/L,血小板 $182\times10^9/L$;C反应蛋白25.79mg/L;颈部淋巴结+甲状腺彩超示:右侧颈部多发淋巴结肿大,病理性质待定,考虑菊池病?甲状腺未见明显异常。因患儿头痛、心烦缓解,新增咳嗽症状,故在一诊方基础上去蔓荆子、羌活、紫花地丁、蒲公英、茵陈、芦根、白芷,加桔梗10g、杏仁10g、牛蒡子10g、桑白皮10g、地骨皮10g、紫菀10g、款冬花10g、防风10g。5剂,每天1剂,煎服法同前。

基金项目:湖南中医药大学中医学国内一流建设学科(4901-020000200207);湖南省政府特批专项“张涤中医儿科临床研究专项”(99-16);湖南中医药大学中医学一流学科开放基金项目(2022ZYX02);湖南中医药大学研究生创新课题(2022CX157)

第一作者:裴方好,女,2020级硕士研究生,研究方向:中医药防治儿科疾病

通信作者:张涤,男,教授,博士研究生导师,研究方向:中医药防治儿科疾病,E-mail:2655357548@qq.com

6月27日三诊:咳嗽缓解,仍发热、体温最高达40.4℃,口服布洛芬后体温可降至正常,间隔8h发热1次。咽痛,右侧颈部仍有肿痛,在当地医院诊断为菊池病(组织坏死性淋巴结炎),后就诊于张教授处。现症见:体温39.4℃,面赤,右侧颈部疼痛,精神一般,偶有咳嗽,以干咳为主,纳增,夜寐安,腹稍胀,大便稀少,每天2~3行,小便黄。舌尖红、苔黄腻,脉滑数。查体:右侧颈部可扪及多个大小不一的淋巴结,质韧,活动度可,边界清,无融合。血常规示:白细胞 $3.63 \times 10^9/L$,嗜中性粒细胞百分比73.00%,淋巴细胞百分比19.30%,血红蛋白93 g/L,血小板 $157 \times 10^9/L$;C反应蛋白25.79mg/L。于二诊方基础上去紫菀、款冬花、连翘,将生石膏增至30g,加滑石30g、羌活5g、芦根15g。5剂,煎服法同前。

6月30日四诊:发热未缓解,偶有咳嗽,时有头身困重、乏力,恶心欲呕,右侧颈部肿痛稍有减轻,左侧耳后、右侧耳前新增肿大淋巴结,伴触痛,纳寐尚可,大便稀,小便如常。三诊方去荆芥、防风、桔梗、牛蒡子、葛根、羌活、石膏,将杏仁减至5g,加用香薷5g、茵陈10g、紫花地丁10g、蒲公英10g。5剂,每天1剂,煎服法同前。

7月4日五诊:服药期间,体温最高达39℃,咳嗽阵作,无头痛、头身困重、乏力、恶心欲呕,右侧颈部淋巴结肿痛减轻,淋巴结较前缩小,无压痛,左侧耳后、右侧耳前淋巴结肿大,伴有触痛,纳欠佳,寐尚可,二便如常。舌红、苔黄腻,脉数。于四诊方基础上去香薷、淡竹叶、芦根,加葛根10g、生石膏30g、桔梗10g、白芷10g、鸡内金5g、山楂炭10g、杏仁加量至10g。5剂,每天1剂,煎服同前。

7月8日六诊:服药期间,体温最高达39.4℃,每天发热1次,颌下有新增肿大淋巴结,右侧颈部淋巴结肿痛减轻,淋巴结较前缩小,无压痛,左侧耳后、右侧耳前淋巴结肿痛减轻,咳嗽缓解,无头痛、头晕、乏力,纳一般,寐安,二便调。舌红、苔黄稍腻,脉数。于五诊方基础上去桑白皮、白芷、茵陈、杏仁、桔梗,加淡竹叶10g、牛蒡子10g、金银花10g、板蓝根15g、连翘10g、羚羊角3g。3剂,煎服法同前。

7月11日七诊:服药期间发热2次,体温最高达39.4℃,时有四肢关节疼痛,时有咳嗽,少痰,无新增肿大淋巴结,右侧颈部、左耳后、右耳前、颌下淋巴结肿痛缓解,部分较前缩小,易于干呕,口干,无头痛、头晕,纳可,寐安,二便调。舌稍红、苔薄黄,脉浮数。于六诊方基础上去牛蒡子、连翘、蒲公英、金银花、板蓝根、牛蒡子,加忍冬藤10g、白芷10g、紫苏叶5g、知母10g、牡丹皮10g、桑白皮10g、

桔梗10g。3剂,煎服法同前。

7月14日八诊:服药期间发热1次,热势减低,体温最高达38.0℃,体温可自行降至正常,右侧颈部、左耳后、右耳前、颌下淋巴结较前缩小,无肿痛,咳嗽偶作,有痰难咳,无四肢疼痛、恶心干呕,寐时张口呼吸,纳差,进食后大便稀,每天4~5行,甚时有稀水样便,小便可。舌红、苔白腻,脉滑。于七诊方基础上去羚羊角、生石膏、牡丹皮、地骨皮、淡竹叶、忍冬藤、紫苏叶、紫花地丁,加前胡10g、茯苓10g、桔梗10g、款冬花10g、紫菀10g、白前10g、百部10g、炒麦芽10g、砂仁3g、厚朴5g、滑石30g。3剂。煎服用法同前。

门诊随诊,后随访3个月,患儿未再发热,原肿大淋巴结较前缩小,无新增肿大淋巴结,咳嗽缓解,未再复发。

按语:菊池病在1972年分别由日本学者 Kikuchi 和 Fujimoto 提出,病因尚未明确,起病急,主要临床表现为颈部淋巴结肿大和发热,白细胞减少,肿大的淋巴结为0.5 cm~4.0 cm,大小不等,常伴有上呼吸道相关症状,一般持续1周左右后症状缓解,少数持续1个月以上^[8-9]。本案患儿的发病症状符合菊池病诊断。因发热持续1个月以上,属于疑难病例。

明代周慎斋在《慎斋遗书》中提出:“痰核,即瘰癧也,少阳经郁火所结。”外邪侵犯少阳,易致气机不畅,三焦气化不利,导致气血津液输布障碍,津行不畅,稽留成湿,而湿邪易凝聚成痰。朱丹溪在《丹溪手镜·瘰癧》中记载:“因食味之厚,郁气之积曰毒,曰风热,实者易治,虚者可虑,夫初发于少阳,不守禁戒,延及阳明。”患儿平素喜食厚味,易致脾胃运化失司,脾失健运,不能运化水湿,凝结成痰,痰结于阳明,发为瘰癧。综上所述,瘰癧的发病与少阳经、阳明经密切相关。

张教授认为,本案患儿属风热痰毒证。正如《灵枢·寒热》有云:“寒热瘰癧在于颈腋者,皆何气使生?”“此皆鼠瘻寒气之毒气也,留于脉而不去者也。”发病时节正值春夏交替,气候转暖,患儿易外感寒热邪气,邪气进入人体肌表,出现发热、恶寒、头痛、脉浮紧,与太阳病证相符合,然则太阳表证未解,寒热之邪入少阳,邪气稽留于经脉之中,郁而化热,发为瘰癧。纵观整个病程,恶心欲呕、烦躁、畏寒、纳减等症,皆符合少阳病证,其脏腑薄、藩篱疏,疾病易于传变,少阳之邪入阳明,患儿头痛六部位前额,此为阳明经头痛,病邪侵入阳明,患儿隶属纯阳之体,病邪亢盛入里,可见高热、腹胀、大便稀溏、恶心欲呕、舌苔黄腻等阳明经实证,因此,三阳合病是此病的病机关键。

综上,本病是太阳表证未解而病邪即入少阳半表

半里,正邪交争,引动胆经郁热,上迫心神,横逆犯胃,邪热亦可内传于阳明之经,里热蒸腾可见高热^[10],出现一系列太阳、少阳、阳明热症表现,即是三阳合病。据此,张教授选用柴葛解肌汤加减,治以疏风解肌、清热解毒为法。

柴葛解肌汤出自于明代陶节庵的《伤寒六书》,本方又名“干葛解肌汤”“柴胡解肌汤”。方中羌活善走太阳而解表散寒,为太阳经表寒之用;葛根为阳明经之表药,辛凉解肌,透阳明经之郁热;白芷亦入阳明,辛温解表,以散阳明之表邪;石膏性寒,清泄里热,解阳明之郁热,善走太阳而解表散寒,为太阳经表寒而用。诸药合而用之,太阳、阳明皆可兼顾。方中柴胡为少阳经之表药,解表散邪,如张秉成所言:“治三阳合病,风邪外客,表不解而时有热者,以柴胡解少阳之表,葛根、白芷解阳明之表,羌活解太阳之表。”

初诊时患儿发热,腋温最高可达40℃,头痛、恶寒,舌红、苔黄腻,脉浮紧。“有一分恶寒,就有一分表证”,张教授加蔓荆子助羌活解太阳之表邪,荆芥加强疏散风邪之功,连翘清上焦之热,茵陈清利中焦湿热,紫花地丁、蒲公英清热解毒消肿,加用芦根、淡竹叶清心利尿以缓解心烦不寐。二诊患儿头痛缓解,故去蔓荆子、羌活;心烦症状缓解,且口不渴,故去芦根;新增咳嗽症状,去紫花地丁、蒲公英、茵陈防清泄太甚而伤肺阴,在此基础上加用桔梗、杏仁一升一降,升降调和,宣通肺气,止咳化痰,桑白皮清利肺热,款冬花、紫菀润肺止咳。三诊时患儿反复高热,张教授考虑患儿太阳表证仍未解,入里化热,湿热搏结于阳明,则发热甚、腹胀、大便稀,故重新加入羌活解太阳之表,加芦根清热生津,增石膏之量,强清里热之功,加滑石利尿通淋,利小便,实大便,患儿咳嗽稍减,故去紫菀、款冬花、连翘。四诊时,患儿时有头身困重、伴乏力,左侧耳后、右侧耳前有新增肿大淋巴结,考虑太阳表证已解,病邪侵犯少阳,三焦气化不利,湿邪蕴于中焦,故去荆芥、防风、桔梗、牛蒡子、葛根、羌活、石膏,杏仁减量,加香薷芳香解表化湿,茵陈清热利湿退热,芦根清热泻火生津,因新增肿大淋巴结,故加紫花地丁、蒲公英清热解毒消肿。五诊时,患儿仍有咳嗽,故加大杏仁剂量,降气止咳,用桑白皮、地骨皮、桔梗清利肺热,患儿虽无头身困重、乏力、恶心欲呕等症,但仍有发热、淋巴结肿大疼痛,考虑少阳之邪热未清,热邪入阳明,故加葛根、白芷清阳明之表,加生石膏清阳明之里热,同时兼顾中焦脾胃,加鸡内金、山楂炭健脾化积。六诊时,阳明表热已解,故去白芷;咳嗽缓

解,去桑白皮、茵陈、杏仁、桔梗,患儿颌下有新增肿大淋巴结,考虑阳明里热未解,继续加强清热解毒之功,而加解阳明经热之淡竹叶、牛蒡子、金银花、板蓝根、连翘,同时加用羚羊角凉血解毒,防止病邪传变。七诊时,患儿热程缩短,淋巴结缩小,时有四肢关节疼痛,易干呕,舌稍红,苔薄黄,脉浮数,考虑其卫表不固,风邪湿邪袭表,去牛蒡子、连翘、蒲公英、金银花、板蓝根;患儿四肢关节疼痛,仍有咳嗽,加桔梗宣肺利气,加忍冬藤与紫苏叶、白芷合用祛风散寒、解表除湿;口干,加知母、牡丹皮、桑白皮养阴除热。八诊时,热势降低,仍有咳嗽,进食后大便稀,日4~5行,甚时有稀水样便,小便可,舌红、苔白腻,脉滑。此时太阳之表已解,少阳、阳明之热已清,故去羚羊角、生石膏、牡丹皮、地骨皮、忍冬藤、紫苏叶、紫花地丁、淡竹叶,加前胡、桔梗、紫菀、款冬花、白前、百部止咳化痰,茯苓、炒麦芽、砂仁、厚朴、滑石合用除湿健脾。

菊池病病位在淋巴结,该患儿病机表现为三阳合病,有表证为主的太阳证,有邪伏半表半里的少阳病证,亦有邪热郁里的阳明证,张教授通过六经辨证,运用柴葛解肌汤加减,前期解太阳之表,后期注重祛少阳之邪、清阳明之热,兼顾三阳,收效显著,为中医药治疗疑难杂症提供了参考。

参考文献

- [1] 管炜,胡爱民. 银翘散治疗菊池病报告1例[J]. 中国中西医结合杂志,2014,34(5):631-632.
- [2] GISM E I, OSMAN H, AHMEDFIQI O, et al. Kikuchi-fujimoto disease: A rare benign cause of lymphadenopathy that mimics malignant lymphoma[J]. Cureus, 2022, 14(3): e23177.
- [3] SEO JH, SHIM HS, PARK JJ, et al. A clinical study of histiocytic necrotizing lymphadenitis (Kikuchi's disease) in children[J]. Int J Pediatr Otorhinolaryngol, 2008, 72(11): 1637-1642.
- [4] PAYNE JH, EVANS M, GERRARD MP. Kikuchi-Fujimoto disease: A rare but important cause of lymphadenopathy[J]. Acta Paediatr, 2003, 92(2): 261-264.
- [5] 王楠,田昭涛. 菊池病1例报告[J]. 山东医药, 2007, 47(8): 28.
- [6] 郝瑞,李敏,荀筱雯,等. 全小林院士治疗反复发作性坏死性组织淋巴结炎案1例[J]. 吉林中医药, 2022, 42(10): 1195-1197.
- [7] 邹秀洪,胡爱民. 胡爱民教授运用柴葛解肌汤治疗外感发热经验[J]. 中西医结合研究, 2022, 14(3): 206-207.
- [8] BOSCH X, GUILABERT A, MIQUEL R, et al. Enigmatic kikuchi-fujimoto disease: A comprehensive review[J]. Am J Clin Pathol, 2004, 122(1): 141-152.
- [9] 杨贵芳,彭文,赵琴,等. 菊池病1例[J]. 疑难病杂志, 2014, 13(6): 641.
- [10] 叶勇,张涤. 张涤教授治疗小儿流行性腮腺炎临床经验[J]. 湖南中医药大学学报, 2020, 40(6): 701-704.

(收稿日期:2022-11-03)