

中医药临床典型案例（第一批）

- 1.肝脾肾同调序贯分期治疗高龄反复行体外受精-胚胎移植失败自然妊娠验案
- 2.吴氏升板饮加减在原发免疫性血小板减少症治疗中的成功实践
- 3.益气健脾、活血育阴法治疗扩张型心肌病并心力衰竭的临床案例与疗效分析
- 4.从脾虚湿热辨治溃疡性结肠炎一例
- 5.甘草泻心汤治疗以顽固严重粘膜损害为主要表现的天疱疮一例

肝脾肾同调序贯分期治疗高龄反复行体外受精-胚胎移植失败自然妊娠验案

钟函芝¹，李彦欣¹，宾城利¹，魏绍斌^{2*}

(1. 成都中医药大学，成都 610072；2. 成都中医药大学附属医院妇科，成都 610075)

【摘要】

病史摘要 患者，女，40岁，因“未避孕未孕4⁺年，IVF-ET失败3次”于2024年2月3日初次就诊。2018年因孕8⁺周胚胎停育行清宫术，曾于2019年体检时发现子宫肌瘤（大小约1 cm），2020年行输卵管造影提示双侧输卵管通畅，夫妻性生活正常。因未避孕未孕3⁺年，遂于2023年3月至四川大学华西第二医院寻求辅助生殖技术助孕，完善相关检查发现“高胰岛素血症”，行体外受精-胚胎移植（*in vitro* fertilization and embryo transfer, IVF-ET）2次均未着床（2023年6月、9月），2023年10月于四川大学华西第二医院行宫腔镜检查，病检提示“子宫内膜炎”，2023年11月再次行IVF-ET，于2023年12月孕7⁺周发现胚胎停育行清宫术。患者生育愿望迫切，高龄多年备孕无果，遂至魏绍斌教授门诊就诊，欲中医药调理后再次行IVF-ET。就诊时情绪焦虑，生育压力大，纳可，眠差，二便调，舌偏红，苔白微腻，脉弦滑。

中医诊断 不孕症（脾肾不足，肝郁血瘀证）；癥瘕（肝郁血瘀证）

西医诊断 1.继发性不孕；2.高胰岛素血症；3.子宫肌瘤

干预措施 中药汤剂、中成药口服，耳针、穴位贴敷

疗效转归 经魏绍斌教授单用中医药调治4月即自然妊娠，孕后经中西医结合住院保胎治疗1月余，出院时彩超提示宫内探及7.3 cm×3.6 cm×3.3 cm的孕囊回声，内见胎儿头臀径约4.0 cm，胎盘位于前壁，胎心搏动可见，为11⁺周孕。现患者于当地医院产科建卡定期产检，为孕13周，各项指标正常。

【关键词】 继发性不孕；反复IVF-ET失败；复发性流产；肝脾肾同调；序贯分期治疗

【适合阅读专业】 中医妇科；中西医结合妇科

引言

反复IVF-ET失败是指行体外受精-胚胎移植（*in vitro* fertilization and embryo transfer, IVF-ET）或单精子内胞浆注射（intracellular sperm injection, ICSI），胚胎移植失败2次及2次以上未能妊娠者^[1]。西医主要予以黄体支持、改善子宫内膜容受性、改善血栓前状态、纠正免疫紊乱等治疗措施，部分患者可能获得成功妊娠，但若合并诸多影响不孕的因素，如不孕年限、高龄、内分泌疾病、免疫失调等，则难以提高胚胎种植率和活产率。对此，充分发挥中医药围试管期调治的优势，介入反复IVF-ET失败的治疗，通过改善患者的卵巢功能、输卵管通畅度、盆腔免疫炎症微环境、子宫内膜容受性，有望改善反复IVF-ET失败患者的妊娠结局或获得自然妊娠。

针对本案例高龄不孕反复IVF-ET失败的患者，魏绍斌教授认为其主要病机为脾肾不足，肝郁血瘀。在调治过程中，注重辨病与辨证结合，根据导致患者不孕的疾病和反复IVF-ET失败的原因，分析其是否有自然妊娠可能，拟定经后期（卵泡期）和经前期（黄体期）肝脾肾同调序贯分期助孕方案，同时注意悉心疏解和指导，身心同调，孕后重视补肾健脾、固任安胎，中西医结合保胎。本文报道魏绍斌教授运用中医药治疗高龄反复IVF-ET失败患者自然妊娠案例1则，旨在为类似疑难病症的诊治提供借鉴。

临床资料

一、病史资料

1. 一般信息

患者，女，40岁，就诊日期：2024年2月3日，就诊节气：大寒后。

2. 病史

主诉：未避孕未孕4⁺年，IVF-ET失败3次。

现病史：2018 年患者因孕 8⁺周胚胎停育行清宫术，2019 年体检时发现子宫肌瘤（大小约 1 cm），2020 年行输卵管造影提示双侧输卵管通畅，夫妻性生活正常。因未避孕未孕 3⁺年，遂于 2023 年 3 月至四川大学华西第二医院寻求辅助生殖技术助孕，查夫妻双方染色体正常，胰岛素释放试验提示：空腹 INS：28.32 μ IU/mL $\uparrow$ ，0.5h INS：173.46 μ IU/mL $\uparrow$ ，1h INS：207.43 μ IU/mL $\uparrow$ ，2h INS：125.2 μ IU/mL $\uparrow$ ，3h INS：57.71 μ IU/mL $\uparrow$ ，诊断为“高胰岛素血症”，予以二甲双胍 0.5 g tid 口服。2023 年 6 月、9 月行 IVF-ET 均未着床，遂于 2023 年 10 月 8 日于四川大学华西第二医院行宫腔镜检查术，病检结果提示“子宫内膜炎”。2023 年 11 月再次行 IVF-ET，2023 年 12 月 29 日移植后孕 7⁺周胚胎停育行清宫术，胚胎染色体为 13-三体。患者高龄生育要求急迫，因 3 次试管失败，现无冻胚、囊胚，欲求中医药调治后再行 IVF-ET，遂至魏绍斌教授门诊就诊。

刻下症：情绪焦虑，生育压力大，纳可，眠差，二便调，舌偏红，苔白微腻，脉弦滑。

既往史：平素健康状况一般，“慢性湿疹”病史 10⁺年；否认“冠心病、高血压、糖尿病”等慢性病史。否认“乙肝、结核”等传染病史。否认输血史，否认重大外伤史。预防接种史不详。

个人史及过敏史：否认烟酒等不良嗜好；花生、鳕鱼过敏，否认其他食物、药物过敏史。

月经及婚育史：12 岁初潮，经期 5~7 天，周期 27~31 天，量中，色红；LMP：2024 年 1 月 25 日，8 天净，量中，色红，小腹胀痛可忍，余无特殊。已婚，G2P0⁺2，2018 年因孕 8⁺周胚胎停育于当地医院行清宫术。2023 年 12 月移植后孕 7⁺周胚胎停育行清宫术，胚胎染色体为 13-三体。

家族史：父母体健，否认家族遗传病史。

二、体格检查

外院妇科检查：外阴：已婚未产式；阴道：畅；宫颈：常大，光滑；子宫：前位，常大，活动，质中，无压痛；双附件未扪及异常。

三、辅助检查

1.（2023 年 3 月 10 日 外院）性激素：PRL：5.6 ng/mL；FSH：8.0 IU/L；LH：5.0 IU/L；E₂：54 pg/mL；P：0.64 ng/mL；T：0.17 nmol/L；AMH：4.83 ng/mL；甲状腺功能正常。

2.（2023 年 3 月 29 日 四川大学华西第二医院）TORCH：单纯疱疹病毒型 IgM：0.94 PEIU/mL（可疑）；胰岛素释放试验：空腹 INS：28.32 μ IU/mL $\uparrow$ ，0.5h INS：173.46 μ IU/mL $\uparrow$ ，1h INS：207.43 μ IU/mL $\uparrow$ ，2h INS：125.2 μ IU/mL $\uparrow$ ，3h INS：57.71 μ IU/mL $\uparrow$ ；不孕不育抗体、衣原体、肿标 CA125（-）。

3.（2024 年 1 月 12 日 四川大学华西第二医院）阴道彩超：子宫 3.7 cm $\times$ 4.4 cm $\times$ 4.8 cm，内膜 0.3 cm（单层），子宫内膜回声欠均匀，子宫肌瘤（左前壁 1.7 cm，右前壁 1.2 cm），右卵巢上强回声（钙化灶）？

四、中西医诊断与诊断依据

1. 中医诊断

不孕症（脾肾不足，肝郁血瘀证）；癥瘕（肝郁血瘀证）

中医诊断依据：患者因“未避孕未孕 4⁺年，IVF-ET 失败 3 次”就诊，夫妻性生活正常，双方染色体正常，彩超发现子宫肌瘤，故诊断为不孕症、癥瘕。患者 34 岁初孕流产后 4⁺年未避孕未孕、又反复 IVF-ET 失败，有两次胎停流产清宫史，提示脾肾之本不足，冲任胞宫受损，无以结胎、系胎、载胎和养胎；金刃损伤冲任胞宫，离经之血聚而成瘀，加之肝郁气滞，气血运行不畅，积而成块，又渐成癥瘕。就诊时患者已年近六七，肾精气渐虚，生育压力倍增，致情绪焦虑。结合患者舌偏红，苔白微腻，脉弦滑，故辨证为脾肾不足，肝郁血瘀证。

2. 西医诊断

（1）继发性不孕；（2）高胰岛素血症；（3）子宫肌瘤

西医诊断依据：（1）患者未避孕未孕 4⁺年，既往有 1 次自然妊娠胚胎停育史，1 次 IVF 移植后胚胎停育史；（2）2023 年 3 月胰岛素释放试验提示空腹 INS：28.32 μ IU/mL $\uparrow$ ，0.5h INS：173.46 μ IU/mL $\uparrow$ ，1h INS：207.43 μ IU/mL $\uparrow$ ，2h INS：125.2 μ IU/mL $\uparrow$ ，3h INS：57.71 μ IU/mL $\uparrow$ ；（3）2019 年体检发现子宫肌瘤，2024 年彩超再次提示子宫肌瘤。

五、干预措施

1. 方药

治法：疏肝健脾，活血通络，益气扶正。

处方：四逆玉屏风散加减。

用药：醋北柴胡、白芍、麸炒枳壳等 17 味药，共 8 剂，水煎服，3 日 2 剂，1 次 150 mL，每日 3 次。

方义：四逆散出自《伤寒论》，柴胡为君药，疏解内郁之肝气，配以白芍，养肝血，柔肝阴，条达肝气；枳壳疏肝理气，与白芍相佐，理气和血，气血同调；使以甘草，调和诸药。玉屏风散出自《究原方》，黄芪补三焦、脾胃之气，白术培脾土以固里，佐以防风周卫全身固护表气，三者犹如御屏之风。魏绍斌教授选用玉屏风散之意，实为考虑患者多次 IVF-ET 失败，机体脾肾不足，正气受损，故取此方健脾实卫，益气扶正，党参、绞股蓝、炒扁豆益气健脾，灵芝补气安神，以助玉屏风散健脾益气扶正之功。丝瓜络、路路通、三棱、莪术活血通络，以散胞宫胞络之瘀阻，香附疏肝解郁，理气宽中。诸药合用，共奏疏肝健脾，活血通络，益气扶正之效。魏绍斌教授认为患者 3 次 IVF-ET 失败，脾肾不足为其本，初诊时患者情绪焦虑，生育压力颇大，以肝气郁结为主要证候表现，恐肝木反克脾土，血不养肝致肾精亏虚更甚，故首诊治疗以疏调肝气、健脾益气为主，使肝气得舒，脾气健运，正气以复，后天以养先天，从而起到肝脾肾三脏同调之效。

定坤丹 2 盒，滋补气血，调经舒郁。1 日 2 次，1 次 3.5 g。

2. 中医外治法

(1) 耳针

治法：健脾疏肝补肾。

选穴：肝、脾、肾、子宫、卵巢、内分泌。

操作要点：选用中药王不留行籽贴压，每天按压穴位 2~3 次，每次 1~2 分钟，以加强局部刺激，增强治疗效果。

选穴思路：选用肝、脾、肾三穴以三脏同调，子宫、卵巢、内分泌改善整体卵巢、子宫功能。

(2) 穴位贴敷

治法：补肾健脾。

选穴：双肾俞、双足三里、中脘、关元。

操作要点：按取穴方法准确选取对应穴位，常规消毒取穴部位皮肤，取适量补肾健脾药物研粉调制成膏状，置于大小合适的空白穴位贴上，贴敷于相应穴位。每日 1 次，每次贴敷 4~6 小时。

选穴思路：选取肾俞补肾益精、蓄养冲任；双足三里、中脘扶正培元，补脏腑之虚损，调节脾胃功能；关元穴为肝脾肾三阴经与任脉之会，可补肾益精，调理三阴。

患者诉目前尚无自然妊娠的信心，魏绍斌教授耐心宽慰患者，由于有 3 次 IVF-ET 失败的病史，可在中医药调治的过程中尝试自然妊娠，建议行免疫相关检查并复查甲状腺功能，因现为流产清宫术后 2 月，建议暂时严格避孕。

六、病情变化与转归

二诊（2024 年 3 月 9 日）：刻下症：现月经周期第 18 天，LMP：2024 年 2 月 21 日，7 天净，量偏多，色红，少块，小腹胀痛可忍，余无特殊。情绪焦虑好转，纳眠可，二便调，舌偏红，苔白微腻，脉滑。患者末次 IVF-ET 胚胎停育清宫术后已 3 月，建议患者开始备孕，尝试自然妊娠。现为经前期，治以补肾健脾，调经助孕，予四子四君子汤加减：盐大菟丝子、盐覆盆子、枸杞子等 17 味药，共 8 剂，煎服法同前。另予叶酸片，1 次 1 片，1 日 1 次，口服。耳针、穴位贴敷补肾健脾。四子为《丹溪心法》五子衍宗丸化裁而来，魏绍斌教授常去酸敛收涩之五味子和甘寒滑利之车前子，同时加桑椹以滋阴益肾组成四子方，共奏补肾益精之效。四君子汤健脾益气，加巴戟天温肾助阳，黄精、石斛健脾益气养阴，陈皮理气行滞，防补益药之滋腻，茯苓、百合清心宁神。嘱患者月经应期未至查尿 HCG。

三诊（2024 年 4 月 25 日）：刻下症：现月经周期第 7 天，LMP：2024 年 4 月 19 日，5 天净，量中，色红，多块，稍痛经，小腹胀痛。神疲乏力，情绪焦虑好转，纳眠可，二便调，舌暗红，苔薄白，脉弦滑。辅助检查：（2024 年 3 月 19 日 四川大学华西第二医院）胰岛素释放试验：0.5h INS：162.68 μ IU/mL $\uparrow$ ；1h INS：123.03 μ IU/mL $\uparrow$ ；2h INS：203.92 μ IU/mL $\uparrow$ ；OGTT：2h 血糖：8.99 mmol/L $\uparrow$ ，余正常；维生素 D：13.7 ng/mL $\downarrow$ ；狼疮抗凝物检测：LAI：39.6 $\uparrow$ ；自身免疫抗体谱、抗精子抗体、抗子宫内膜抗体、D 二聚体、同型半胱氨酸未见异常。补充诊断：血栓前状态。中医辨证为脾肾不足，肝郁血瘀证，此时为经后期，治以补肾健脾益气，疏肝活血通络，予四子四君玉屏风

散加疏肝活血通络之品：盐大菟丝子、盐覆盆子、枸杞子等 16 味药，共 8 剂，煎服法同前。继予耳针、穴位贴敷治疗。嘱咐患者监测卵泡，指导排卵期同房。

四诊（2024 年 5 月 18 日）：刻下症：现月经周期第 2 天，LMP：2024 年 5 月 17 日，量中，色红，夹块，稍痛经，小腹坠胀，伴腰酸。神疲乏力较前好转，情绪焦虑，纳眠可，二便调，舌暗红，苔薄白，脉弦滑。辅助检查：（2024 年 4 月 29 日 外院）甲功三项：TSH：6.87 mIU/L↑，余正常。补充诊断：亚临床甲状腺功能减退，外院就诊予以口服左甲状腺素钠片 100 μg qd。中医辨证为肾虚肝郁兼血瘀证，治以补肾疏肝，养血活血，予四逆四物四子玉屏风散加减：醋北柴胡、白芍、枳壳等 15 味药，共 8 剂，免煎剂，开水冲服，1 次 1 格，1 日 2 次。耳针、穴位贴敷补肾健脾。经净后注意监测卵泡，适时同房。

五诊（2024 年 5 月 31 日）：刻下症：现月经周期第 15 天，LMP：2024 年 5 月 17 日，6 天净，量中，色红，稍痛经，小腹坠胀，伴腰酸。疲倦较前好转，情绪尚可，纳眠可，大便不成形，1 日 2~4 次，小便调，舌暗红，苔白微腻，脉弦滑。辅助检查：（2024 年 5 月 21 日 外院）阴道彩超：子宫 4.7 cm×4.9 cm×5.4 cm，内膜 0.5 cm（双层），子宫肌瘤（最大 1.2 cm×1.0 cm），左卵巢最大卵泡 1.3 cm×0.9 cm，右卵巢稍强回声 0.3 cm×0.3 cm。患者诉已排卵，排卵期有同房，故治以补肾健脾，调经助孕，予四子四君子汤加减，于二诊方中，加以粉葛健脾升阳止泻，共 6 剂，煎服法同前。继予耳针、穴位贴敷。嘱月经应期未至查尿 HCG。

六诊（2024 年 6 月 27 日）：刻下症：现患者停经 42 天，发现血 HCG 升高 15 天。就诊时恶心欲吐，偶有腰酸，无阴道出血及腹痛，疲倦，情绪可，纳差，眠可，大便不成形，1 日 1~2 次，小便调，舌暗红，边齿痕，苔薄白，脉滑。患者诉本以为此次月经周期可能仍无法受孕，遂于 2024 年 6 月 12 日（月经周期第 27 天）至四川大学华西第二医院生殖医学中心就诊，欲下个月月经周期再行辅助生殖技术助孕，完善检查提示已自然妊娠，倍感惊喜，门诊医生考虑既往多次 IVF-ET 失败史及血栓前状态，予以口服补佳乐 2 mg bid、地屈孕酮 10 mg q8h、阿司匹林 25 mg tid，皮下注射依诺肝素钠 4000 IU qd。辅助检查：（2024 年 6 月 12 日 四川大学华西第二医院）性激素三项：E₂：132.5 pg/mL；P：30.56 ng/mL；β-HCG：280.1 mIU/mL；感染标志物、抗心磷脂抗体未见异常。（2024 年 6 月 20 日 四川大学华西第二医院）甲状腺功能：TSH：4.317 mIU/L，T₄：193.5 nmol/L↑，TGAb：5.1 IU/mL↑；狼疮抗凝物检测：LAI：39.1↑；性激素三项：E₂：241.3 pg/mL；P：15.54 ng/mL；β-HCG：7899.7 mIU/mL。补充诊断：中医诊断：早早孕；异位妊娠待排；胎动不安；滑胎（脾肾不足证）；西医诊断：早早孕；异位妊娠待排；先兆流产？复发性流产。治以补肾健脾，固任安胎，予寿胎四君子汤加减方：盐菟丝子、桑寄生、续断等 13 味药，共 6 剂，免煎剂，冲服法同前。寿胎丸出自《医学衷中参西录》，菟丝子补肾益精，桑寄生、续断肝肾同补，去阿胶之滋腻，加盐覆盆子补肾固精，四君子汤健脾益气，去茯苓之淡渗利下，加陈皮理气行滞，防补益药之滋腻，炒稻芽健脾开胃，山药、石斛、黄精健脾益气养阴。魏绍斌教授结合患者不良孕产史、高龄、免疫、内分泌等相关情况，建议患者入院中西医结合保胎治疗。

患者 2024 年 6 月 27 日于我院妇科住院行中西医结合保胎治疗，继续予寿胎四君子汤加减，叶酸片、补佳乐、地屈孕酮、左甲状腺素钠片、阿司匹林、依诺肝素钠，用法同前。同时予黄体支持治疗，肌注黄体酮注射液 40 mg qd、注射用绒促性素 3000 iu qod。住院期间动态监测性激素三项及腹部彩超，出院前查性激素三项（2024 年 8 月 1 日）：E₂：2202 pg/mL；P：34.3 ng/mL；β-HCG：115901 mIU/mL；腹部彩超（2024 年 8 月 2 日）：子宫 7.7 cm×8.6 cm×6.3 cm，宫内探及 7.3 cm×3.6 cm×3.3 cm 孕囊回声，内见胎儿头臀径约 4.0 cm，胎盘位于前壁，胎心搏动可见。肌层回声稍欠均匀，子宫前壁探及 2.2 cm×1.9 cm 的稍弱回声团，边界欠清，宫颈前后径 3.5 cm。左卵巢探及 1.7 cm×1.4 cm 的欠规则无回声团，右附件区未见异常回声。超声诊断：早孕（超声估测孕 11 周）；子宫肌瘤；左卵巢黄体。患者于 2024 年 8 月 5 日孕 11⁺周保胎成功出院。

疗效转归：患者 40 岁，有 1 次自然妊娠胚胎停育史，行 IVF-ET 失败 3 次，合并诸多可能导致不孕及流产的因素，生育压力颇大，经魏绍斌教授运用肝脾肾同调序贯分期治疗 4 个月月经周期后自然妊娠，孕后于魏绍斌教授门诊就诊，予以中医药补肾健脾、固任安胎，同时建议患者入院中西医结合保胎治疗。经中西医结合保胎治疗 1⁺月，出院时彩超提示为 11 周宫内孕。现孕 13 周，在当地医院产科 NT 检查未见异常，并于产科建卡定期产检。

临证体会

近年来不孕不育患病率逐年上升,全球不孕不育率约为 17.8%^[2],中国不孕不育夫妻人数在 2020 年达 5050 万^[3]。在此背景下,辅助生殖技术(Assisted reproductive technology, ART)在不孕症的治疗中取得了显著进展,每年辅助生殖周期超过 100 万,但由于引起不孕症的病因错综复杂,ART 总体成功率并不理想。我国 2019 年 ART 数据统计显示,在寻求 ART 的不孕女性中有 28.61% 为 35 岁以上,有 8.18% 为 38~40 岁^[4]。女性年龄是影响生育力及妊娠结局的独立危险因素,也与辅助生殖妊娠结局明确相关。高龄妇女因其卵母细胞质量受损,表现为非整倍体胚胎发生率增加^[5],且同样面临不孕、高流产率、低活产率、不良出生结局^[6]等严峻现状。不仅如此,影响生育的妇科疾病如子宫肌瘤、子宫内膜病变和内分泌、免疫系统疾病等发病率亦随年龄增长而升高。因此,如何提高女性生育能力,特别是针对高龄不孕女性助孕策略,根据影响不孕的诸多因素,制定个体化治疗方案,改善妊娠结局,成为目前妇科领域亟待解决的难点问题。

本案例根据其病史和临床表现,归属于中医“不孕”“屡孕屡堕”“滑胎”等病范畴。魏绍斌教授认为本案例脾肾亏虚为本,肝郁血瘀为标,病机虚实互见又错综复杂。《上古天真论》言:“六七,三阳脉衰于上,面皆焦,发始白”,究其本源为脾虚气血失荣,肾虚精血不足。《傅青主女科》种子篇则强调“精满则子宫易于摄精,血足则子宫易于容物,皆有子之道也”,若肾精亏虚,气血不足,胞宫则难以摄精成孕。“胞络者系于肾”,胎孕初凝不离肾精充足,胎元之固在于肾气充盛,若肾精不足,结胎不实,肾气亏虚,系胞无力,则胎元虽成,但仍有欲堕之势。因“胎茎系于脾”,《女科经纶》曰:“保胎之法,节斋之论,在养脾胃其本也。”若脾虚气血乏源既难以载胎养胎,更难以充养先天肾精、滋养胎元,以致屡孕屡堕。患者高龄、久不受孕、反复 IVF-ET 失败,且有两次自然流产,生育压力倍增,以致肝气郁结,冲任不能相资,亦难以摄精成孕。既往流产清宫史,金刃损伤又致瘀阻胞宫胞脉,新血难生胚胎则难以着床和孕育生长。

魏绍斌教授认为本案例治疗难点有三:一为高龄不孕女性,虽月经规律来潮、生殖激素正常,但卵母细胞质量下降,胚胎非整倍体的发生率增高,且孕后多有黄体功能不足,囊胚与子宫内膜发育不同步,难以着床发育,从而导致胚胎种植失败、流产或复发性流产。二为免疫因素,母体免疫学异常是反复 IVF-ET 失败的病因之一,本案例患者合并狼疮抗凝物阳性,可能会损伤母-胎界面内皮细胞,形成局部微血栓,增加流产风险,导致不良妊娠结局。三为高胰岛素血症和亚临床甲状腺功能减退,前者不仅会降低子宫糖基化蛋白,导致子宫内膜能量稳态失衡,同时亦损伤血管内皮,减少一氧化氮的产生导致血管收缩,从而影响胚胎植入和妊娠维持;后者可增加育龄期女性不孕发生率,亦是导致不良妊娠结局的重要影响因素。

魏绍斌教授详细分析病情,综合评估后认为患者虽高龄未避孕未孕 4⁺年,有 2 次胚胎停育史,3 次 IVF-ET 失败史,合并高胰岛素血症、免疫失调等多种影响不孕的因素,但双侧输卵管通畅,卵巢储备功能尚可,夫精正常,仍有自然妊娠的希望,故在诊治过程中注意疏解患者焦虑情绪,鼓励和引导患者在 IVF-ET 前调理期间尝试自然试孕,通过身心同调,终以如愿。川派中医妇科源远流长,名家荟萃,在不孕症、滑胎的治疗方面形成了独特的学术思想体系、临床治法特点,重视肝脾肾同治、气血并调以调经助孕安胎。魏绍斌教授传承川派中医妇科名家的学术特点,善用经典名方加减化裁,并根据多年临床经验形成治疗不孕症的肝脾肾同调序贯分期助孕方案。针对本案例患者,魏绍斌教授紧扣虚实复杂的病机特点,临证分两期调治,卵泡期予补肾疏肝,养血活血通络,以促进卵泡发育和排卵,黄体期重视健脾补肾益精,调经以助孕,促进孕卵着床、胚胎发育和成功妊娠。经中医药调治后患者于第 4 个月经周期自然受孕,孕后予寿胎四君子汤加减补肾健脾,固任安胎,同时考虑患者合并诸多影响妊娠结局的不利因素,建议入院中西医结合保胎治疗,经住院保胎 1⁺月后出院,现患者已孕 13 周,于产科建卡定期产检。本案例患者为高龄不孕且反复 IVF-ET 失败,病症疑难,魏绍斌教授根据患者不孕及 IVF-ET 反复失败的病因,注重辨病与辨证相结合,肝脾肾同调,分期论治,身心同调,最终患者成功自然妊娠,为其家庭减轻了沉重的精神压力和经济负担,收获了快乐和喜悦。这充分体现了中医药调治不孕症的特色与优势,具有重要的临床借鉴和参考价值。

吴氏升板饮加减在原发免疫性血小板减少症治疗中的成功实践

朱丰林¹, 王淼¹, 周腊梅², 张莹¹, 李成荫¹, 吴斌^{1*}

(1.重庆中医院/重庆中医药学院附属第一医院, 重庆 400021; 2.江苏无锡市中医医院, 无锡 214000)

【摘要】

病史摘要 患者, 女, 23岁, 因“反复肢体瘀斑10年”就诊。症见下肢瘀斑。刻下下肢散在新发瘀斑、紫癜, 疲倦乏力, 汗多, 纳寐可, 哺乳期; 舌淡红, 苔薄白, 脉细。血常规: 血小板计数 $53 \times 10^9/L$ 。既往有原发免疫性血小板减少病史10年, 血小板计数最低 $9 \times 10^9/L$, 使用激素联合环孢素有效, 停药后复发, 并出现满月脸等副作用。

中医诊断 血证(气血两虚证)。

西医诊断 原发免疫性血小板减少症。

干预措施 单用中药煎剂吴氏升板饮加减治疗。

疗效转归 使用吴氏升板饮治疗1周开始血小板计数稳步升高, 紫癜瘀斑症状逐渐消退; 停药3年多后病情复发, 再次使用吴氏升板饮疗效同前。随访4年期间患者无肝肾功能损害、无高血压、糖尿病、满月脸等副作用。

【关键词】 原发免疫性血小板减少症; 吴氏升板饮; 气血两虚证

【适合阅读专业】 中医学; 风湿病学; 血液学

引言

原发免疫性血小板减少症(primary immune thrombocytopenia, ITP)是一种获得性自身免疫性出血性疾病, 以无明确诱因的孤立性外周血血小板计数减少为主要特点。国外报道的成人ITP年发病率为(2~10)/10万^[1-2], 60岁以上老年人是高发群体, 育龄期女性略高于同年龄组男性。该病临床表现变化较大, 无症状血小板减少、皮肤黏膜出血、严重内脏出血、致命性颅内出血均可发生。部分患者有乏力、焦虑表现^[1]。ITP主要发病机制是血小板自身抗原免疫耐受性丢失, 导致体液和细胞免疫异常活化, 共同介导血小板破坏加速及巨核细胞产生血小板不足^[1]。

目前西医一线治疗仍以糖皮质激素为主, 二线治疗则以脾切除、血小板生成素受体激动剂等^[1], 其效果不确切且易复发, 而中医药在整体观念及辨证论治思维的指导下, 可以稳定提高患者生活质量^[4-5]。

ITP属于中医“虚劳”“血证”“发斑”等范畴。外感六淫、情志异常、饮食偏嗜或劳倦、病久耗损气血等病因可引起脉道受损、溢于脉外而发病。重庆市名中医、巴渝岐黄学者吴斌主任中医师, 提出该病责之于脾肾气虚为主, 兼夹血虚气滞, 其病位在血分, 主要涉及脾、肾、肝三脏, 临床常采用健脾补肾、疏肝止血法屡获奇效^[4], 并由此创立“吴氏升板饮”; 现报道吴斌主任中医师成功运用“吴氏升板饮”治疗ITP验案1例, 旨在为临床治疗提供参考。

临床资料

一、病史资料

1. 一般信息

张某, 女, 23岁, 已婚。初诊时间: 2020年7月22日。发病节气: 大暑。

2. 病史

主诉: 反复肢体瘀斑10年。

现病史: 诉自2010年7月起患者自述无明显诱因出现肢体瘀斑瘀点, 活动后或碰撞后明显, 当地三甲西医院住院完善相关检查, 无明确结缔组织病、肿瘤、感染及脾大等其他疾病依据, 诊断为“原发免疫性血小板减少症”, 血小板计数最低 $9 \times 10^9/L$, 使用激素联合环

孢素有效，停药后再次减少，治疗过程中逐渐出现满月脸等副作用，为求中医治疗于2020年7月22日来诊。平素易疲倦乏力，活动后汗多，月经正常，纳寐可。

刻下症：双下肢散在新发紫癜、瘀斑，疲倦乏力，汗多，纳寐可；舌淡红，苔薄白；脉细。

生育史：已婚，孕1产1，目前哺乳期。

既往史：既往体健。

个人史、过敏史、家族史：无特殊。

二、体格检查

心、肺及腹部脏器查体未及异常；双下肢散在弥散性形状扁平，圆形或不规则型，淡紫色紫癜、瘀斑。

三、辅助检查

血常规：血小板计数： $53 \times 10^9/L$ 。

四、中西医诊断与诊断依据

1. 中医诊断：血证（气血两虚证）

中医诊断依据：患者反复肢体紫癜10年，刻下症见双下肢散在新发紫癜、瘀斑，故诊断“血证”。本例患者青年女性，久居西南潮湿之地，湿邪伤脾，脾失健运，脾气渐虚，则疲倦乏力；气虚不固、阴津外泄则自汗、动则汗多；脾虚生化无源则血虚脉细。脾主统血，脾虚则血失于统摄，血不循脉，血溢脉外而现紫癜、瘀斑。病程缠绵，迁延难愈，久病及肾，肾主藏精生髓，髓能化血，肾虚则精髓不足，血之生化无源，且肾主封藏，肾虚则封藏失职，血溢脉外，故见紫癜、瘀斑；病情反复，病久不愈，情志不舒，肝失疏泄，肝不藏血，导致血液逸出而见紫癜、瘀斑。综上，本病病性属气血两虚，病位在肝脾肾三脏，气血不足为本，脾肾两虚为根，肝郁气滞为标。

2. 西医诊断：原发免疫性血小板减少症

西医诊断依据：（1）患者符合至少连续2次血常规检查示血小板计数减少，外周血涂片镜检血细胞形态无明显异常。（2）既往彩超未见脾脏增大。（3）既往骨髓检查：ITP患者骨髓细胞形态学特点为增生性骨髓象，巨核细胞增生伴核左移。（4）明确诊断时排除了明确诊断的结缔组织病、感染、肿瘤等其他疾病继发血小板减少。

五、干预措施

治法：益气养血、健脾补肾。

处方：吴氏升板饮加减。

用药：黄芪、当归、党参等17味药，共7剂，每日1付，水煎3次，三餐后温服。

六、病情变化与转归

二诊复诊（2020年7月29日）：患者见双下肢散在瘀斑紫癜较前明显消退，乏力倦怠及汗多症状较前好转，复查血常规，血小板计数： $86 \times 10^9/L$ ；原方共14剂，每日1付，水煎3次，三餐后温服。

三诊复诊（2020年8月12日）：双下肢未见明显瘀斑紫癜，下肢仍乏力，汗多较前进一步减轻，近日因受凉出现咽喉疼痛。舌淡红，苔薄白，脉细。复查血常规，血小板计数： $117 \times 10^9/L$ ；原方去牡蛎，加板蓝根30g，21剂，水煎3次，三餐后温服。

四诊复诊（2020年9月2日）：汗多症状反复，下肢稍乏力，四肢未见新发紫癜及瘀斑，舌淡红，苔薄白，脉细；复查血常规：血小板计数： $139 \times 10^9/L$ 。原方加炒槐花15g，14剂，水煎3次，三餐后温服。

五诊复诊（2020年9月23日）：汗多，舌淡红，苔薄白，脉沉。复查血常规：血小板： $170 \times 10^9/L$ ，前方基础上去当归15g，改熟地黄为生地黄30g，改地榆炭为地榆15g，14剂，水煎3次，三餐后温服，患者无不适，当地医院复查血常规未见明显异常，自行停药，病情稳定。

六诊复诊（2023年11月15日）：间断出现紫癜，伴神疲乏力，舌淡红，苔薄白，脉细。复查：血常规：血小板计数： $43 \times 10^9/L$ 。在首诊（2020年7月22日）方“吴氏升板饮”基础上去竹叶柴胡15g、麻黄根15g，加炒槐花15g、炙甘草10g；14剂、水煎3次，三餐后温服。患者于服药后1周（2023年11月22日）外院查：血常规：血小板计数： $97 \times 10^9/L$ 。药后2周

（2023 年 11 月 27 日）外院查血常规提示血小板计数： $103\times 10^9/L$ ，疗效可自行继续前方巩固治疗。

七诊复诊（2024 年 1 月 23 日）：患者无明显皮肤紫癜、口腔出血、牙龈出血等。舌淡红，苔薄白，脉滑。复查血常规示血小板计数： $136\times 10^9/L$ 。

七诊后患者再次停药，6 个月后电话随访，患者无明显皮肤紫癜等不适。上述诊治过程中吴氏升板饮对该 ITP 患者血小板计数影响趋势总结如下，详见图 1。

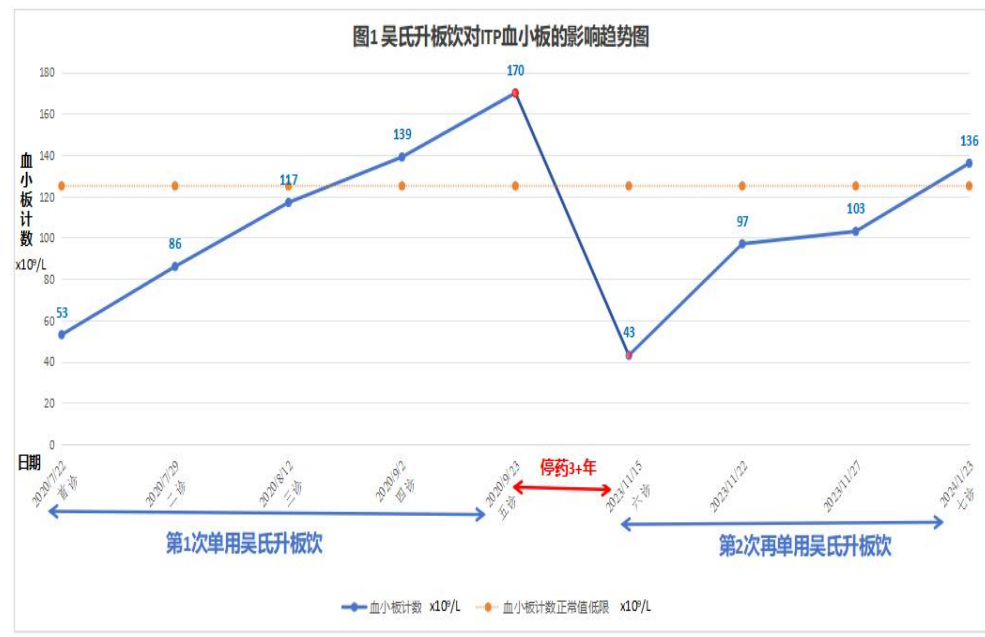


图 1 吴氏升板饮对 ITP 血小板的影响趋势图

根据 2020 年版成人 ITP 诊断与治疗中国指南，ITP 的治疗遵循个体化原则，兼顾患者意愿，在治疗不良反应最小化基础上提升血小板计数至安全水平，减少出血事件，同时需关注患者健康相关生活质量（HRQoL）。对于血小板计数 $\geq 30\times 10^9/L$ 、无出血表现且不从事增加出血风险工作、无出血风险因素的 ITP 患者，可予以观察随访。但若患者有活动性出血症状（出血症状评分 ≥ 2 分^[6]），不论血小板减少程度如何，都应给予治疗^[1]。而 ITP 目前西医一线治疗仍以糖皮质激素为主，也可选根据病情选用脾切除、血小板生成素受体激动剂、免疫制剂、生物制剂等，然其效果不确切、易复发，或价格昂贵^[1]，部分患者治疗过程中还易出现类似该案例患者的满月脸、免疫力低下等激素副作用。

中医无 ITP 记载，但以皮下紫癜、瘀点瘀斑或乏力为主症，属于中医“血证”“虚劳”“发斑”等范畴。现代诸多医家沿用《景岳全书》“盖动者多由于火，火盛则逼血妄行，损者多由于气，气伤则血无以存”经验，强调血证气虚与火盛贯穿发病整个过程^[7]。如麻柔^[8]认为 ITP 急性期以“火盛”为特点，慢性期以“气伤”为特点；孙伟正^[9]将 ITP 的病机概括为火热偏盛、迫血妄行，阴虚火旺、灼伤脉络和气虚失摄血溢脉外等 3 个方面。周永明^[7]认为 ITP 主要是本虚标实，本虚当责之脾肾亏损，标实当责之火伤血络。

重庆市名中医、巴渝岐黄学者吴斌主任中医师，因地、因病、因人辨证，认为本病以气血不足为基本病机，或兼见肝郁气滞，其发病与西南地域潮湿气候密切相关，但核心仍在于脾肾亏虚，气血生化不足。（1）气血不足为本，脾肾两虚为根：脾为气血生化之源，主统血；肾主骨生髓，藏精，精能化血。西南巴渝之地，湿气氤氲，易困脾阳，使脾失健运，气血生化乏源，故见血虚脉细、面色少华；脾虚统摄无权，血溢脉外，则见紫癜、瘀斑、齿衄、鼻衄；久病及肾，肾气亏虚，精不化血，髓海失充，故见头晕、乏力、动则汗出。气血互根，气虚则血无以生，血虚则气无所附，二者互为因果，使病情缠绵难愈。（2）肝郁气滞为标，加重出血倾向：肝主疏泄，性喜条达。湿邪困脾，脾阳不振，气机壅滞，可影响肝之疏泄，致肝气郁结；加之久病忧思，情志不畅，肝失条达，气机郁滞，进一步影响血液运行与统摄，使出血加重。若肝

郁化火，或兼阴血不足，则可见烦躁易怒、胁肋隐痛等症。总而言之，病之本在脾肾亏虚、气血不足，兼见肝失疏泄，血不归经；治疗当以健脾补肾、疏肝止血为基本大法，改善机体固摄功能，缓解出血倾向。由此提出该病“责于脾肾气虚为主，兼夹血虚气滞，其病位在血分，主要涉及肝、脾、肾三脏”的病机学术思想，临床常采用健脾补肾、疏肝止血法治疗^[4]。并创立了“吴氏升板饮”，用于 ITP 属气血不足证，或兼肝郁证者。

方解略。该患者首诊及停药后 3 年余病情复发时均有活动性出血症状，结合 Buchanan 出血评分患者出血症状评分 ≥ 2 分^[5]，应患者强烈要求单纯使用中药治疗。该患者初诊时肢体多处瘀斑瘀点，伴症见疲倦乏力，活动后汗多，脉细，未见身热夜甚、舌绛、脉数等热入营血之象。追溯病史，患者发病正值哺乳期，盖因产后肾精亏虚，哺乳复耗气血，终致气血两虚、脾失统摄、肾精不足之证。故取“益气养血、健脾补肾”之法，缘 ITP 病程迁延，患者多因久病而情志抑郁，肝失条达，气机不畅，反碍肝藏血之功，故在补益气血、固本培元基础上，辅以疏肝调气，一则调和枢机，助气血生化；二则调达肝气，复其藏血之职。方选“吴氏升板饮”，既补脾肾、益气血，又兼疏肝解郁，契合病机。该 ITP 患者停用所有西药后，单纯采用中药“吴氏升板饮”治疗，1 周后血小板计数稳步升高，皮肤瘀斑紫癜瘀斑等出血症状逐渐消退。停药后病情稳定，远期疗效显著。停药 3 年后病情复发，再次予以“吴氏升板饮”干预后，患者血小板计数仍可恢复至既往有效水平（见图 1），进一步验证了该方剂的持续疗效。随访 4 年期间，未观察到肝肾功能异常、代谢紊乱（如高血压、糖尿病）或类库欣综合征表现（如满月脸、向心性肥胖等），提示该治疗方案具有良好的长期安全性。

在临床实践中，对于血小板计数 $<30 \times 10^9/L$ 或出血评分 ≥ 2 分的 ITP 患者，基于循证医学原则及患者安全考虑，糖皮质激素、静脉免疫球蛋白（IVIG）或血小板输注仍为一线治疗选择。目前，“吴氏升板饮”作为单纯中医方案治疗 ITP 的疗效证据仍限于个案报告或小样本病例系列，尚缺乏大样本随机对照试验（RCT）或长期队列研究的验证。然而，笔者通过跟随名老中医经验的深入学习、对这些成功案例的系统分析，我们发现该方剂在特定证型（如脾肾两虚兼肝郁证）患者中展现出令人鼓舞的疗效。这一发现不仅深化了我们对中医药治疗 ITP 作用机制的理解，增强了笔者对中医治疗 ITP 的信心，更显著提升了我们在临床实践中灵活运用中西医结合策略的能力。目前，该方案已成我们 ITP 临床中个体化治疗的重要组成部分，在严格把握适应证的前提下应用于临床，并取得了显著的临床改善。

益气健脾、活血育阴法治疗扩张型心肌病 并心力衰竭的临床案例与疗效分析

李琳，黄力*

(1 中日友好医院中西医结合心内科，北京 100029)

【摘要】

病史摘要 主诉：活动后胸闷、喘憋 1 月余。关键病史：患者 1 月余前出现活动后胸闷、喘憋，活动耐量下降，休息后可缓解，夜间可平卧入睡，未曾就诊。20 天前夜间喘憋症状加重，难以平卧，伴汗出。刻下症：活动后胸闷憋气，夜间尤重，不能平卧，伴乏力、多汗，活动耐量下降，纳差，睡眠可，大便时不成形，双下肢无水肿。主要体征：面色略黄，口唇暗；舌淡暗，苔白根部微腻；脉沉细。辅助检查结果：心电图：心房颤动；心梗四项 TNI: 0.22 ng/mL, NT-proBNP: 5870 pg/mL；超声心动图：左室壁运动普遍减低，左心扩大、右房扩大、二、三尖瓣轻度反流、左室收缩功能减低 (LVEF: 37%)，冠脉造影：左主干未见狭窄，前降支散在斑块，未见狭窄，回旋支未见狭窄，右冠状动脉中段轻度狭窄。

中医诊断 心衰病（宗气下陷兼气阴两虚证）。

西医诊断 1.慢性心力衰竭 心功能III级（NYHA 分级）；2.扩张型心肌病；3.心房颤动。

干预措施 补中益气汤合生脉散加减。

疗效转归 LVEF 升高至 63%，运动耐量提高，未再发喘憋、呼吸困难等不适。

【关键词】 慢性心力衰竭 1；扩张型心肌病 2；益气健脾、活血育阴法 3

【适合阅读专业】 中医内科学；心血管内科学

引言

扩张型心肌病（dilated cardiomyopathy, DCM）是一种异质性心肌病，以左心室或双心室扩大伴收缩功能障碍为特征。早期可无症状，随着病情的发展可能发生心力衰竭，表现为呼吸困难、咳嗽、咯血等。本病预后差，患者可因心力衰竭和严重心律失常死亡，部分患者可能会出现栓塞或猝死，确诊后 5 年生存率约 50%，10 年生存率约 25%。中医对扩张型心肌病可起到辅助治疗的作用，主要包括改善症状及预后两方面，我们报道 1 例以中医治疗为主要干预措施的扩张型心肌病，旨在体现中医治疗心衰方面的特色与优势。

临床资料

一、病史资料

1. 一般信息

首诊 2018 年 6 月 5 日，患者丁某，男，61 岁，退休。

2. 病史

主诉：活动后胸闷、喘憋 1 月余。

现病史：患者 1 月余前出现活动后胸闷、喘憋，活动耐量下降，休息后可缓解，夜间可平卧入睡，未予以重视，未曾就诊。20 天前（2018 年 5 月 15 日）夜间无明显诱因出现喘憋症状加重，难以平卧，伴汗出。无恶心呕吐，无头晕头痛。就诊于当地医院，查心电图提示：心房颤动。心梗四项 TNI: 0.22 ng/mL, NT-proBNP: 5870 pg/mL。考虑“房颤、心功能不全”，给予洋地黄类强心、呋塞米利尿等对症治疗，症状有所减轻。为求进一步诊治，遂至我院门诊就诊。考虑“急性左心衰”于 2018 年 05 月 16 日收入我院。查心电图（2018 年 5 月 16 日）提示：心房颤动；心梗四项（2018-05-17）TNT: 0.027 ng/mL, NT-proBNP: 6328 pg/mL；超声心动图（2018 年 5 月 18 日）：左室壁运动普遍减低，左心扩大、右房扩大、二、三尖瓣轻度反流、左室收缩功能减低 (LVEF: 37%)；冠脉造影（2018 年 5 月 24 日）：左主干未见狭窄，前降支散在斑块，未见狭窄，回旋支未见狭窄，

五、干预措施

1. 方药

治法：益气升阳，养阴敛汗。

方药：补中益气汤合生脉散加减。

生黄芪、炒白术、陈皮等 15 味药，共 14 剂，用法：水煎服，频次：每日 1 剂，分 2 次饭后温服。

六、病情变化与转归

2018 年 6 月 19 日复诊：患者自诉服药后乏力较前减轻，仍行走缓慢，汗多，大便基本成形，纳可。舌暗苔水滑，脉沉滑。测血压 108/62 mmHg，心率：75 bpm，守上方基础上去升麻，加葛根以升阳止泻、通经活络，加前胡以降气化痰，生黄芪增量，加强其补气之功，麦冬、山萸肉增量，以培养阴敛汗之效。处方：生黄芪、炒白术、陈皮等 16 味药，共 14 剂，水煎服，每日 1 剂，分 2 次饭后温服。

后患者规律门诊复诊中药方剂随证加减，逐渐加大黄芪用量，最高达 100 g。

2019 年 4 月 16 日门诊复诊：诉步行可行走 3~4 km，速度较正常人略缓慢，仍有乏力、偶感胸闷，纳眠可，大便成形，日两次。舌暗苔根微腻，脉沉细结代。2019 年 4 月 22 日复查超声心动示：左室舒张径 53 mm，左室收缩径 38 mm，左室短轴缩短率：38%，左室射血分数 54%。考虑患者心功能较前明显改善，汗出缓解，调整治疗思路予益气温阳、活血利水法继续治疗。处方：生黄芪、麸炒白术、党参等 18 味药，共 14 剂，水煎服，每日 1 剂，分 2 次饭后温服。

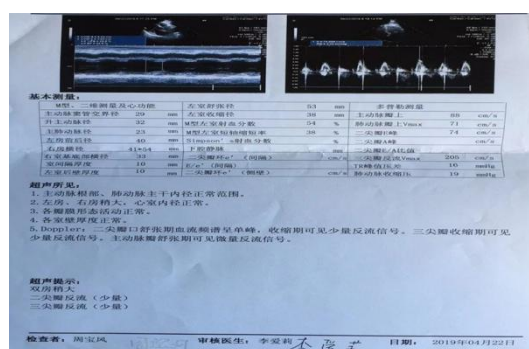


图 2 超声心动图(2019 年 4 月 22 日)

2019 年 6 月 18 日复诊，患者诉可在中途休息的状态下爬 6 层楼，平地步行 6000 米无明显不适，行走速度可如正常人，汗出减少，纳眠可，大便 1~2 次/日，成形。舌暗苔白脉沉细。处方：生黄芪、麸炒白术、党参等 18 味药。共 14 剂，水煎服，每日 1 剂，分 2 次饭后温服。

后续定期 1 个月复诊 1 次以巩固疗效。2020 年 2 月 4 日复查超声心动示：左室舒张径 51 mm，左室收缩径 33 mm，左室短轴缩短率：34%，左室射血分数：63%。复诊无不适主诉，纳眠可、二便调，舌暗苔白脉沉细。继以益气健脾大法治疗。处方：生黄芪、麸炒白术、党参等 18 味药。



图 3 超声心动图(2020 年 2 月 4 日)

此后继续守前方治疗，随证略有加减。2022 年 10 月 11 日复查超声心动示：左室舒张径 52 mm，左室收缩径 34 mm，左室短轴缩短率：34%，左室射血分数：63%；心梗四项（2022 年 10 月 11 日）NT-proBNP：574 pg/mL。随访至今，整体病情稳定，患者运动耐量较前明显提高，未再发喘憋、呼吸困难等不适。

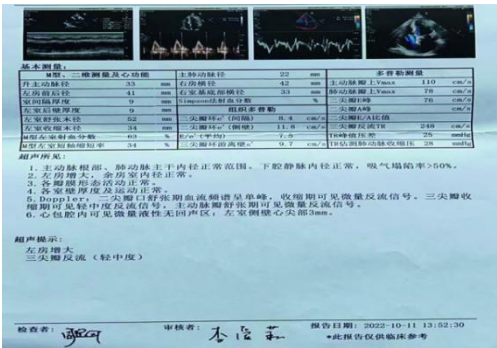


图 4 超声心动图(2022 年 10 月 11 日)

临证体会

按语：本患者老年男性，以胸闷、喘憋为主症，早期劳累后胸闷气短，随着病情发展心悸频发，夜间不能平卧，超声心动图（UCG）提示左室壁运动普遍减低，左心扩大、右房扩大、二、三尖瓣轻度反流、左室收缩功能减低（LVEF：37%），符合中医心衰病范畴，冠脉造影除外冠心病导致心衰，根据病史及UCG除外高血压、心脏瓣膜病、先天性心脏病等，故考虑心衰病因是扩张型心肌病（DCM），DCM以心室扩大和收缩功能障碍为特征，导致心输出量降低、心室充盈压升高，进而引发心衰症状。本例患者LVEF显著降低至37%、NT-proBNP升高（5870~6328 pg/mL）及房颤，均符合DCM进展为心衰的典型表现。经入院规范化抗心衰治疗后症状有所缓解，但仍存明显喘憋、乏力、自汗、纳差、便溏等心脾两虚、宗气下陷之证，遂来门诊就诊。

综合四诊信息患者活动后胸闷憋气，夜间尤重，易憋醒，不能平卧，伴有乏力、多汗，纳差，大便不成形，考虑辨证为心脾两虚证，宗气下陷。心主血脉，心主神明、汗为心之液。由于心气虚衰，心动无力，气血运行不畅则见气短、乏力、心悸、胸闷憋气，不能平卧。气虚腠理不固，心液外泄故见多汗。脾胃为营卫气血生化之源，脾胃气虚，纳运乏力，故见饮食减少，大便稀溏，四肢乏力。舌暗脉沉细均为患者心脾气虚，宗气下陷之证。故首诊治疗原则为：益气升阳、养阴敛汗。以补中益气汤合生脉散加减。

方中生芪、炒白术、党参补益心肺脾胃之气，发挥补益中气、益气固表止汗之功，陈皮既可助参、芪补气之力又可防补气之药过于壅塞，正如清罗美《古今名医方论》：“凡脾胃一虚，肺气先绝，故用黄芪护皮毛而闭腠理，不令自汗；元气不足，懒言气喘，人参以补之；佐白术以健脾；当归以和血；气乱于胸，清浊相干，用陈皮以理之，且以散诸甘药之滞，此用药有相须之妙也。”升麻、柴胡、桔梗、苏子四药有升有降，调节人体气机之循环，一方面协助补气药物上升，同时又可引药物入于下焦，山萸肉、煅龙骨、煅牡蛎补益肝肾、收敛固涩、重镇降逆引药物入下焦培补肾中之阳气，乃是顾护肾阳之表现，麦冬、五味子、山药滋补津液、敛阴止汗、补益脾胃，防风固表止汗蕴含玉屏风散之意。同时合生脉散如明代名医吴崑所说：本方“一补、一清、一敛，养气之道备矣。名曰生脉，以脉得气则充，失气则弱”。

二诊患者气虚之证仍在，加大益气养阴补肾之黄芪、麦冬、山萸肉的剂量，针对患者舌苔水滑等痰湿之象，加用前胡降气化痰，葛根升发清阳，鼓舞胃气上行，以绝生痰之源，同时前胡、葛根一升一降亦蕴含调节气机升降之意。

两年后复诊活动耐量已恢复正常，症状消失，继以益气健脾大法巩固治疗，方中生黄芪从 30 g 渐增至 100 g，与防风并用，扶正气、升清阳，加一味白术，为玉屏风散，可用于表虚自汗，以及虚人易感风邪者；四君子汤参苓白术健脾补气，同时考虑气虚日久必损心阳，脾肾阳虚，故后加用温补肾阳之附子、淫羊藿、更用涩肠收敛的赤石脂、芡实，兼顾心脾肾诸脏。

气行则血行，气虚则血滞。心衰病血瘀贯穿始终，患者舌暗胸闷为血瘀之象，但患者因房颤长期服用利伐沙班，考虑中药活血化瘀之品与西药同用避免出血倾向，故没有用破血的三棱莪术，配有三七粉、降香、红景天、仙鹤草等比较温和的活血祛瘀之品。

“气、血、水”为中医心衰的基本病机，患者虽然水肿不明显，但从中医理论考虑，加强了健脾利水，茯苓用到 30 g。

历经 3 年余规律的门诊治疗后，喘憋、乏力、气短等症状消失，运动耐量较前明显增加，生活如常人。超声心动图显示左室舒张径、左室收缩径、左室短轴缩短率较前明显缩小，心脏结构逆转，左室舒张径（60 mm→51 mm）和 LVEF 提升（37%→63%）表明，中医治疗可能通过改善心肌能量代谢（益气）和减轻纤维化（活血）发挥作用，从而显著改善心脏功能，提升了患者的生活质量。

时间 项目	左房前后 径	左室舒张 径	射血分数	左室短轴 缩短率
2018-05-18	46 mm	60 mm	37%	18%
2019-04-22	40 mm	53 mm	54%	38%
2020-02-04	43 mm	51 mm	63%	34%
2022-10-11	41 mm	52 mm	63%	34%

表 1 超声心动图检查指标治疗前后对比

心衰病的症状在《黄帝内经》中即有描述，《素问·调经论》曰：“夫不得卧，卧则喘者，水气之客也”；早期多由于气虚无力推动血液运行而形成血瘀水停，水饮与瘀血密切相关，故《金匮要略·水气篇》指出“血不利则为水”。进而影响心、肝、脾、肺、肾等脏腑机能活动。

故黄力教授认为气虚贯穿心衰发生发展始终，益气是治疗心衰的关键，同时黄力教授强调对心衰的治疗，必须病证结合、分期论治。根据心衰的不同病因适当调整治疗方案，强调早期以本虚为主，心脾肾阳气亏虚（宗气下陷、气阴两虚），症见乏力、汗出、纳差、脉沉细等，固护脾胃为关键，因脾为后天之本，主运化、升清降浊，为一身气机之枢纽。脾旺则四脏气机通达，气血调和，真气内充，病去正安。相反，脾之功能失司，则周身气血运行不畅，生化无源，气滞血瘀，水湿内停，必然会诱发和加重心衰的发生，乃“子盗母气”之理也。随着病情进展，若兼见血瘀（舌暗）、水饮（苔腻）等标实证，则以益气健脾为主，辅以养阴、活血、利水，使气血津液复归常道，从而改善症状、延缓病程、提高生存质量。该治法充分体现中医“治病求本、标本兼顾”的优势，通过调整整体气化功能，达到扶正祛邪、调和阴阳的治疗目标。从而提高患者的生活质量，延长患者寿命。

从脾虚湿热辨治溃疡性结肠炎一例

骆云丰¹，林禹¹，杨正宁¹，杨春波^{1*}

(福建中医药大学附属第二人民医院，福州 350003)

【摘要】

患者，林某，男，35岁，以“反复排黏液脓血便5月余”为主诉于2013年8月就诊于福建中医药大学附属第二人民医院。肠镜显示全结肠溃疡，结合病理诊断为溃疡性结肠炎，经临床综合评估诊断为溃疡性结肠炎（初发型，广泛结肠，活动期轻度）；以清热化湿、补气舒络，兼调心肾为大法，选用经验方清化肠饮为基础方。随症演化，遵清热、化湿、解毒诸法，守法八月，终得佳效，随访4年，兼以调理，终未复发。

中医诊断 大瘕泄（脾虚湿热证）

西医诊断 溃疡性结肠炎

干预措施 健脾清热化湿类中药，中药汤剂以清化肠饮加减，中成药予补脾益肠丸。

疗效转归 患者粘液脓血便消失，大便成形，复查肠镜提示溃疡消失，仅直肠存在炎症改变，后巩固治疗4年，再次复查肠镜示全结肠黏膜基本正常。

【关键词】 溃疡性结肠炎；大瘕泄；健脾清化法

【适合阅读专业】 中医内科学；消化内科

引言

溃疡性结肠炎(Ulcerative Colitis, UC)是一种病因不明的以结直肠黏膜呈连续性、弥漫性炎症改变为特点的慢性非特异性大肠炎症性疾病，病变部位主要累及黏膜和黏膜下层，是炎症性肠病的一种类型^[1]。临床多以黏液脓血便、腹痛、腹泻为主要表现。本病具有难治愈、易复发、癌变风险高的特点^[2]。中医药对于轻中度的UC的治疗具有快速缓解症状、改善体质、黏膜愈合等优势。本案报道杨春波国医大师从脾虚湿热论治溃疡性结肠炎，守健脾清热化湿为大法，权衡“扶脾胃”与“化湿热”次第，于“扶脾胃”处以“治体达用”“脾肾双调”之法，于“化湿热”处以“湿热两分”“三焦分治”之法，处方攻补兼施，寒温并用，气血同调，利湿并举。患者前后来诊4次，治疗8月余，症状及内镜下表现明显改善，疗效甚佳。

临床资料

一、病史资料

1.一般信息

林某，男，35岁，2013年8月5日就诊，大暑。

2.病史

主诉：反复排黏液脓血便5月余。

刻下症：大便溏，夹黏液脓血，3次/日，纳可，夜寐差（3~4h），多梦，疲乏无力。舌尖红质暗红，苔薄黄腻，脉细软无力。

既往史：既往健康状况一般。否认“高血压病、心脏病、脑血管意外”等心脑血管疾病史。否认“急慢性肾炎、肾衰”等肾脏疾病史；否认“糖尿病、甲状腺功能亢进症”等内分泌疾病史；否认病毒性肝炎、肺结核等传染病史。

过敏史：否认食物及药物过敏史。

个人史：出生自福建省。长期居留福州。生活居住条件一般。职业为职员。无工业毒物、粉尘、放射性物质接触史。否认疫情。否认吸毒史，否认饮酒史、吸烟史否认冶游史。

家族史：父母以及兄弟姐妹健康。否认高血压病、糖尿病、肿瘤等家族遗传倾向的疾病。

二、辅助检查

（2013年3月1日）肠镜示：回盲部、升结肠、横结肠、降结肠、乙状结肠、直肠见多发的溃疡，以直肠、乙状结肠尤其明显，溃疡底被黄白苔，溃疡间黏膜充血潮红，活检质地软。诊断：全结肠炎性改变（溃疡性结肠炎？）；病理：乙状结肠黏膜慢性炎症，回盲部黏膜慢性炎症伴间质内中性粒细胞浸润，灶区微脓肿成。

三、中西医诊断与诊断依据

1. 中医诊断

病名：大瘕泄

辨证：脾虚湿热证

辨证思路：脾胃虚弱，运化失司，水谷不别，故大便溏；脾虚生湿而下注大肠，故大便时夹黏液，湿浊郁而化热，灼伤肠络故见便血，湿热上蒙心神故夜寐多梦易醒，湿热困阻周身经络故疲乏。舌尖红质暗红，苔薄黄腻，脉细软无力，亦属脾虚湿热之象。

2. 西医诊断

诊断：溃疡性结肠炎（初发型、广泛结肠，活动期轻度）

诊断依据：患者腹泻，排黏液脓血便5月，结合肠镜下表现及病理描述可诊断为溃疡性结肠炎，全结肠可见多发溃疡分型诊断为广泛结肠，血便不多，心率不快，无发热，根据改良 Truelove 评分诊断为轻度。

四、干预措施

治以健脾清化，佐以益肾安神。给予清化肠饮加减，处方：太子参、生扁豆、黄连等14味药，7剂，水煎服，1日2次，早晚餐后2小时温服。

五、疗效转归

二诊：（2013年8月26日）：服药后大便黏液脓血减少，日1~2次，质溏，左下腹时痛，痛则欲便，小便黄，纳可，寐增（4~5 h/晚），早醒。舌尖红质暗红，苔白少腻，脉细软。守方去扁豆、枳壳、骨碎补，加白术、煅牡蛎、煅龙骨、砂仁，增五味子、茯苓用量，减炙甘草量。10剂，水煎服，1日2次，早晚餐后2小时温服。因挂号困难，患者自行续方30剂。

三诊：（2013年11月1日）：服药后大便黏液消失，时夹脓血，质溏，2~3次/日，左下腹时痛，痛则欲便，纳可，夜寐改善（5~6 h/晚），多梦。舌尖红质暗红，苔薄黄根少腻，脉细软。守方去太子参、白术等，加生扁豆、白头翁、赤芍、槐花、侧柏叶、佩兰、白薏仁、萆薢，增地榆炭、白芍、茵陈用量。10剂，水煎服，1日2次，早晚餐后2小时温服；因挂号困难，患者自行续方30剂。

四诊：（2014年2月20日）：服药后大便脓血消失，渐成形，日2~3次，左下腹痛偶发，纳可，夜寐可（6~7 h/晚），多梦。舌质少红，苔薄黄，脉细缓。守方去茵陈、生扁豆等，加太子参、白术、炙甘草、生黄芪、骨碎补、煨诃子、五味子、川芎，减仙鹤草、地榆炭用量。14剂，水煎服，1日2次，早晚餐后2小时温服。另备补脾益肠丸2瓶（一次6 g，一天3次）。

后以上方先后稍作加减治疗2月余，（2014年4月24日）复查肠镜示：回盲部、升结肠、横结肠、降结肠黏膜如常；乙状结肠下血管稍模糊，距肛缘5 cm以下直肠黏膜见多发片状红斑，血管稍模糊；未见溃疡及新生物。继续巩固治疗4年，于（2018年7月5日）复查肠镜示：回盲部、升结肠、横结肠、降结肠、乙状结肠、直肠黏膜基本正常。未见溃疡及新生物。

临证体会

杨老认为溃疡性结肠炎根据其症状可归属中医“大瘕泄”范畴，本案核心病机当属脾虚湿热。脾胃虚弱，水谷不运，水液内停，聚湿成邪，湿蕴化热，诸症蜂起，便血、寐差、疲乏均是湿热所致，湿热一化，脾虚即现。故治法拟健脾清化，方拟清化肠饮加减。方解略。二诊服药后大便黏液脓血、次数减少，方证合拍。左下腹时痛，痛则欲便，考虑为肝脾不调，守方以白术易扁豆一合白芍仿痛泻药方之义，二增全方补脾之力，去枳壳加辛微温之砂仁，温中化湿，加煅龙牡增重镇安神之效。三诊服药后大便黏液消失，时夹脓血，大便次数稍增多，痛泻未见改善考虑此系湿热困阻气机所致，遂转清化湿热为先。故守方去太子参、白术，加白头翁清热解毒，加槐花、侧柏叶增涩肠止血之力，加佩兰之芳化，薏仁、扁豆之温化，萆薢之渗化，导湿从三焦而去，加赤芍活血舒络，宗刘完素“行血则便脓自愈”之义。四诊服药后大便脓血消失，大便渐成形，左下腹痛减轻，夜寐较

前进一步改善，湿热已去，专事补脾。故去白头翁、茵陈等清热化湿之品，加太子参、白术、黄芪大补脾气，骨碎补补肾以养后天，加煨诃子、五味子增涩肠止泻之效，加辛香走窜之川芎活血舒络，此为血中之气药，使补而不滞，另配中成药补脾益肠丸巩固脾气。守方续服 2 月余复查肠镜仅余直肠段炎性改变，继以清化肠饮加减治疗 4 年后复查肠镜示全结肠黏膜正常，未见溃疡及新生物，疗效明显。

《难经·五十七难》云：“大瘕泄者，里急后重，数至圊而不能便”，故常根据症状将 UC 归属于“大瘕泄”范畴，又因 UC 多以腹痛、腹泻、黏液脓血便为主要表现，常反复发作，又可归属于“痢疾”“休息痢”范畴。《明医杂著·痢疾》：“痢是湿热及食积”“白者湿热伤气分，赤者湿热伤血分”。阐述赤白痢皆因湿热为患，但有气血之别。《诸病源候论》云：“凡痢皆由荣卫不足，肠胃虚弱”，《医宗必读》曰：“痢之为证，多本脾肾”，阐述脾肾与痢疾的相关性。杨老认为中医药对于轻、中度 UC 的治疗，在快速缓解症状、改善体质、黏膜愈合上具有优势。认为 UC 病机为本虚标实，本在脾胃，标在湿热，处方常以清化肠饮加减，清化肠饮为杨老自创经验方，经过 70 多年临床验证，确有疗效。另外杨老认为对于病变局限于直肠段可予灌肠方（苦参片、生地榆等）^[7]，灌肠有助于快速缓解症状，促进肠黏膜的修复。

甘草泻心汤治疗以顽固严重粘膜损害为主要表现的天疱疮一例

林颖*

(广州中医药大学第二附属医院皮肤科, 广州 510120)

【摘要】

病史摘要 患者, 男, 56 岁, 反复口腔外阴溃烂半年, 全身起水疱、大疱 4 月。半年前无明显诱因开始反复口腔溃烂, 逐渐发展, 全身起水疱, 遂至外院就诊, 诊断为“寻常型天疱疮”, 服用甲强龙 40 mg qd 后躯干四肢水疱减少, 但口腔外阴粘膜溃烂基本无好转, 患者因服用激素后烦躁、向心性肥胖、失眠, 遂自行将激素减量至 32 mg qd, 随后出现粘膜均溃烂, 唇、舌面、颊部、上颌等全口腔粘膜糜烂, 眼部结膜充血, 眼角糜烂分泌物, 外阴红斑糜烂, 肛周粘膜糜烂, 便后喷射出血, 肛管多发溃疡, 手掌、四肢散在暗红斑和少许松弛性水疱。治疗上中药辨证治疗处方甘草泻心汤加减, 患者诉服药第 3 天自觉口腔疼痛和便血明显改善, 中药加减治疗 2 月, 口腔外阴粘膜基本修复, 激素开始减量; 继续巩固治疗至 4 月, 病情稳定无复发。

中医诊断 天疱疮 (寒热错杂)

西医诊断 天疱疮

干预措施 中药辨证治疗

疗效转归 眼部、全口腔、肛周、外阴粘膜全部愈合。

【关键词】 天疱疮; 寒热错杂; 清上温下; 甘草泻心汤

【适合阅读专业】 中医皮肤病学, 中医外科学

引言

天疱疮是一类严重威胁人类健康的自身免疫性大疱性疾病, 属于祖国医学文献中记载的“天疱疮”“火赤疮”的范畴。天疱疮主要表现皮肤和粘膜的水疱、大疱、糜烂, 尤其口腔粘膜受损成为影响患者生活质量的重要因素, 且常规治疗效果差。天疱疮治疗的主要目的是控制病情、减少复发, 其一线治疗用药是早期足量系统使用糖皮质激素, 疗程一般 3~5 年, 约有 1/4 的患者发病第十年仍需要服用糖皮质激素治疗。糖皮质激素的使用是一把双刃剑, 长期使用导致向心性肥胖、骨质疏松、电解质紊乱等多种并发症。近年来, B 细胞 CD20 单克隆抗体——利妥昔单抗成为治疗天疱疮的一线治疗, 但该药对免疫的抑制作用很强, 临床观察大部分的患者在 2~3 月内容易出现一定程度的感染, 重症感染可导致患者死亡风险, 使该药的使用受到一定限制。粘膜损害是天疱疮的常见症状, 也是本病的一大治疗难点。本例报道诊断明确, 且详尽地呈现中医辨证治疗的全过程, 疗效显著, 为今后以顽固严重粘膜损害为主要表现的天疱疮的中医治疗提供一定参考依据。

临床资料

一、病史资料

1. 一般信息

陈某, 男, 56 岁。就诊时间: 2021 年 5 月 19 日。发病节气: 立夏。

2. 病史

主诉: 因“反复口腔外阴溃烂半年, 全身起水疱、大疱 4 月”来诊。

现病史: 半年前无明显诱因开始反复口腔溃烂, 逐渐发展到全身, 起较多水疱、大疱, 遂至外院就诊, 数月前患者在外院行皮肤组织病理提示表皮内水疱, DIF 提示棘细胞间 IgG、C3 沉积, 查血常规、自免免疫、感染指标、肿瘤标记物等检查全部阴性, 初步诊断为“寻常型天疱疮”, 服用甲强龙 40 mg qd 口服后躯干四肢水疱减少, 但口腔外阴粘膜溃烂基本无好转, 患者因服用激素后烦

躁、向心性肥胖、失眠，遂自行将激素减量至 32 mg qd 口服，随后粘膜溃烂症状进一步加重，无法进食，现为求进一步中医诊治来我科就诊。

四诊情况：神清，精神可，全口腔粘膜糜烂，剧烈疼痛，大量清稀分泌物，每晚均需多次起夜吐出才罢；张口困难，喋喋不休但吐字不清，影响进食；眼部结膜充血，眼角糜烂，少许分泌物，畏光流泪；前后二阴可见糜烂，水疱；手掌、四肢散在暗红斑和少许松弛性水疱；小便黄，便后喷射状出血，颜色鲜红，大便硬，烦躁，眠差。舌质淡嫩，齿印，苔上大量粘液，脉弦。无发热恶寒，汗出正常，无头晕头痛，无胸闷腹痛，无口干口苦。

既往史：患者因便后喷射状出血 5 月，2021 年 5 月 13 日至我院肛肠科就诊，诊断肛管多发溃疡，予太宁栓外用、地奥司明片和中药内服，症状无缓解。个人史：无特殊。家族史：否认家族性遗传病史。过敏史：否认食物及药物过敏史。

二、体格检查

全身浅表淋巴结未及肿大。心肺查体未见异常。腹软，压之无抵触感。唇、舌面、颊部、上颚等全口腔粘膜糜烂，眼部结膜充血，眼角糜烂，少许分泌物，前后二阴可见红斑、糜烂，手掌、四肢散在暗红斑和少许松弛性水疱，尼氏征阳性。

三、辅助检查

外院组织病理检查提示表皮内水疱，DIF 提示棘细胞间 IgG、C3 沉积。

四、中西医诊断与诊断依据

1. 中医诊断：天疱疮（寒热错杂）

《外科大成》记载：“天疱疮者，初来白色燎浆水泡，小如芡实，大如棋子，延及遍身，疼痛难忍”。本患者皮肤、口腔黏膜起水疱、糜烂伴疼痛，属“天疱疮”范畴。该例患者全口腔外阴粘膜损害，舌淡嫩，齿印，苔上大量粘液，皮肤松弛性水疱为寒证水饮；烦躁、小便黄、大便干、便后鲜血为热证，为典型的寒热错杂证。

2. 西医诊断：天疱疮

患者口腔、眼部、前后二阴粘膜糜烂，全身起水疱、大疱，疱壁松弛，尼氏征阳性，结合外院病理检查，初步诊断为寻常型天疱疮；但患者口腔粘膜损害严重顽固，累及唇红，应与副肿瘤性天疱疮相鉴别，虽既往在外院行全身各项检查未发现肿瘤，仍需进一步密切随访。肛管粘膜多发溃疡，考虑与天疱疮相关。

五、干预措施

1. 中药辨证治疗 2021 年 5 月 19 日首诊

治法：清上温下。

处方：甘草泻心汤加减。

用药：生甘草、黄芩、黄连等 12 味药，7 剂，水煎服。每日 1 剂，水煎 2 次，早、晚温服。

方义：该病例临床表现与“狐惑病”类似，“狐惑之为病，状如伤寒，默默欲眠，目不得闭，卧起不安，蚀于喉为惑，蚀于阴为狐……甘草泻心汤主之”；故以甘草泻心汤为主方加减。因疼痛不能食，但胃口尚可，烦躁、大便干、便后鲜血，此阶段以心火、肠热等邪实为主，故处方去补中之参枣，以薏苡仁健脾渗湿，枳壳行气通便，槐花炭清肠热利湿止血，地榆炭凉血止血解毒敛疮，连翘去心火除疮毒，配以淡竹叶、芦根使心火湿热从小便而去。

2. 西医方案

嘱患者继续维持原外院西医方案（甲泼尼龙片 32 mg qd 口服）以及西药护胃、补钙等保驾药口服。碳酸氢钠与温开水 1:1 稀释后漱口预防感染，莫匹罗星软膏 tid 外用结痂处软化痂皮，银荷漱口液（院内制剂，主要成分为虎杖、金银花、防风等）25 mL 漱口以清热利湿解毒。同时完善天疱疮桥粒芯蛋白抗体检查。

六、病情变化与转归

2021 年 6 月 2 日二诊：患者诉服药第三天已觉口腔疼痛和便血明显改善，服用 7 剂诸症均减。口腔黏膜明显好转，能张口，眼睛分泌物减少，仍有畏光流泪，轻度脚肿，口腔疼痛减轻，可进食，肛周粘膜部分修复，大便通畅基本无出血，大便粘液减少，舌淡胖齿印，苔白水滑脉弦。处方：生甘草、黄芩、黄连等 14 味药。7 剂，每日 1 剂。（处方调整分析：脚肿、舌淡嫩为太阴土不制水，故黄连减量以防苦寒太过，加白术以健脾燥湿利水，加山药健脾益气培土）。余方案同前。天疱疮

抗体检查结果回报：桥粒芯蛋白抗体 1 IgG：51 μ mL（升高，范围： ≥ 20 阳性， < 7 阴性），桥粒芯蛋白抗体 3 IgG：17 μ mL（正常范围）。

2021 年 6 月 24 日三诊：唇粘膜部分修复，痂皮脱落，舌和牙龈仍有糜烂，仍有较多分泌物，晚上一睡觉一般两小时吐一次分泌物，直到凌晨 5 天才休止。左侧大腿新起钱币大小皮下结节伴疼痛，无发热。大便无出血，但肛门坠胀感，舌淡胖，齿印，苔白，脉弦。处方：生甘草、黄芩、黄柏等 13 味药。7 剂，每日 1 剂。痔外瘘洗剂（院内制剂，主要成分为毛冬青、芒硝等）50 mL bid 坐浴。余方案同前。（处方调整分析：考虑大腿肿痛有局部化热之象、肛门坠胀为下焦湿热，处方加连翘清热消疮，黄连改黄柏，与薏苡仁、苍术、牛膝合为四妙丸以清下焦湿热；无便血，地榆炭可改为地榆以加强清热利湿之功。但口腔大量清晰分泌物仍提示中焦寒湿、水饮内停，半夏、干姜加量，以温化水饮，去淡竹叶、芦根、白术。配合痔外瘘洗剂坐浴减轻肛门坠胀不适感）。

2021 年 7 月 6 日四诊：唇部口腔外阴黏膜基本修复，眼部粘膜畏光流泪减轻，无糜烂，轻度充血，夜间吐分泌物较前明显减少，左侧大腿红色结节仍肿痛，舌淡苔薄白脉细。处方：生甘草、黄芩、黄柏等 15 味药。7 剂，每日 1 剂。（处方调整分析：皮肤硬结疼痛，考虑下焦湿邪痰热凝结局部，将法半夏加量，以化痰散结；加蒲公英、皂角刺、桔梗、白芷以清热解毒、托毒排脓；去槐花炭、山药。）西医方案，考虑患者粘膜修复、皮肤有感染，建议激素减量至甲泼尼龙片 28 mg qd。患者因长期服用激素，免疫功能低下，加用头孢克肟胶囊 0.2 g bid po 共 7 天以加强抗感染。

2021 年 7 月 15 日五诊后：患者唇部、眼部、前后二阴粘膜糜烂完全愈合，原手足水疱已完全干涸；患者之前突出症状每晚唾液清稀，每 2 小时一次，已完全缓解。下肢皮肤红肿结节已消退。舌淡齿印苔薄白脉纤细。此阶段病情稳定，水疱无发作，口腔等粘膜均正常，激素撤减至甲泼尼龙片 24 mg qd，处方继续以甘草泻心汤为主方，并加强顾护脾胃，如改用炒黄连避免苦寒伤正，加用党参、大枣扶正，苍术、陈皮健脾运脾以善后巩固。至 2021 年 10 月 14 日随访，患者皮肤粘膜情况均稳定无复发。后患者未再复诊。

临证体会

对于天疱疮等自身免疫性大疱病如此复杂疑难的疾病，中医是否有可为之处？结合这个典型病例，答案是肯定的。中医治疗的优势主要体现在三方面。其一，中医辨证治疗有助于控制天疱疮的病情，尤其是顽固性的口腔等粘膜损害。口腔黏膜损害的治疗是攻克大疱病的一大难点。90%的天疱疮病例涉及口腔。约 70%的天疱疮患者口腔黏膜为其初发部位；50%患者终生只累及口腔黏膜。口腔黏膜损害往往比皮肤损害更顽固，有些患者即使皮肤状况缓解，仍存在反复的口腔溃疡^[1]。尤其副肿瘤天疱疮，可特征表现为疼痛性、进行性、难以控制的口腔黏膜炎。该病例患者服用大剂量激素后躯干四肢水疱基本控制，但粘膜损害严重且顽固，尤其是全口腔粘膜糜烂，眼角糜烂，结膜潮红畏光流泪，最突出的是肛管多发溃疡便后出血已持续 5 个月不能缓解。从临床表现上需要高度警惕，排除副肿瘤天疱疮，但我院无 Desmoplakin、A2ML1 等副肿瘤性天疱疮相关自身抗体的检测手段，且患者曾外院组织病理，不愿意再次行有创检查，并抗拒增加任何其他西药治疗，故采用中医药的治疗手段。用药仅 1 周，持续 5 月的大便出血情况就得以缓解，用药 2 月粘膜损害全部修复，疗效之迅速令人惊叹！其二，中医药治疗可有助于自身免疫性大疱病的西药激素撤减。寻常型天疱疮西医治疗一线用药选用糖皮质激素、利妥昔单抗。对于中重度及顽固性天疱疮患者，可考虑吗替麦考酚酯、环磷酰胺、静脉注射免疫球蛋白（IVIG）等。疗程因治疗方案选择的不同有所差异。减量方法以泼尼松为例，指南推荐 60~90 mg/d 时，控制病情后每 2 周减 10%；40~60 mg/d 时，每 2 周减 5 mg；20~40 mg/d 时，每月减 5 mg；达 20 mg/d 时，每 3 个月减 2.5 mg，减至 10 mg/d 可长期维持；约等于每年递减上一年度 50%糖皮质激素剂量^[2-3]。该病例患者在就诊前已在外院使用甲泼尼龙片 40 mg qd 治疗超过 3 个月，但病情未得到完全控制，而经过加用中药治疗 2 月余，激素即已顺利撤减两片且随访数月均病情稳定。其三，中医辨证治疗有助于减轻激素等西药的不良反应，使中西医结合治疗抢救危急疑难重症发挥最大作用。该患者因服用激素后烦躁、向心性肥胖、失眠等不良反应，尤其是烦躁难以忍受，严重影响生活质量，而在服用中药后这些症状均一一得以解除。既往我们在大疱病重症患者早期抢救采用以西医为主的中西医结合方案，患者使用西药后常出现打嗝、腹胀、便秘、失眠、烦躁、大量汗出等症状，而长期临床观察发现，当配合服用中药后可减轻大剂

量激素、免疫抑制剂等上述药物的不良反应，更好发挥中西医结合的优势，提高治疗的疗效和依从性。

该病例的临床表现与“狐惑病”类似。《金匱要略·百合狐惑阴阳毒病脉证治》：“狐惑之为病，状如伤寒，默默欲眠，目不得闭，卧起不安，蚀于喉为惑，蚀于阴为狐，不欲饮食，恶闻食臭，其面目乍赤、乍黑、乍白。蚀于上部则声喝，甘草泻心汤主之”。近代医家治疗天疱疮的经验大多以时方为主，从皮损辨证心火、风热、湿热等论治；而笔者临证时突破常规治疗思路，紧扣“眼、口腔、外阴疮，分泌物多”等辨证眼目，方证对应，大胆处方用药，效如桴鼓。

笔者观察，天疱疮等大疱性皮肤病在临床常见甘草泻心汤、竹叶石膏汤、六味地黄汤、小柴胡汤、黄连解毒汤等方证。其中甘草泻心汤方证约占十之六七，从侧面反应了寒热错杂是该类疾病的主要中医证候。自该典型病例以来，笔者近三年在临床上以甘草泻心汤加减治疗一百多例各种类型的大疱性皮肤病，包括寻常型天疱疮、副肿瘤性天疱疮、大疱性类天疱疮、粘膜性类天疱疮等，通过临床的反复验证和总结，表明甘草泻心汤对大疱病的病情控制，尤其是大疱病粘膜损害的修复疗效突出。

泻心汤系列方药配伍体现出“治中焦如衡”之法，以辛甘发散为阳、苦寒泄下为阴，寒热并用，燮理阴阳，辛开苦降以畅达气机，补泻兼施以顾其虚实；体现了脾胃枢轴是寒热错杂证候的病机关键。甘草泻心汤为半夏泻心汤的变异方，重用甘草，故较半夏泻心汤虚的程度更为明显，证本为太阳病误下太阳成痞证，兼夹有呕、烦、下利，也治疗狐惑病，“蚀于喉者，甘草泻心汤主之”，该证“此非结热，以胃中虚，客气上逆”而成。方中寒热并用，既有黄芩、黄连苦寒清热燥湿，又有干姜、半夏辛温燥湿，更加参、枣、草补中扶正。

甘草泻心汤内包含四个方根，其中甘草干姜汤方根为其基本方根。甘草泻心汤是以甘草干姜汤为核心，是从半夏泻心汤重用甘草衍化过来的。《黄帝内经》病机十九条谓：“诸病水液，澄澈清冷，皆属于寒。”甘草干姜汤是仲景治疗澄澈清冷之涎、沫、便、溺、脓液等排泄物、分泌物、渗出物的主方。所以甘草泻心汤治狐惑病的关键药物是甘草，甘草用于外科溃疡、渗出性疾病，现代药理研究提示甘草具有皮质激素样作用，可以稳定生物膜，减少炎症物质释放，并可以缓解粘膜刺激，保护粘膜，修复粘膜溃疡。故针对粘膜糜烂严重的病例，甘草应倍量使用，极少数敏感患者长期服用可能会出现眼睑和脚肿，与甘草水钠潴留的作用有关，故使用中可逐渐增加剂量，笔者经验一般可以从20g开始，逐渐增加到30~60g。干姜主要针对清稀的分泌物、排泄物、渗出物。现代药理研究提示干姜有调节免疫功能的作用。笔者体会干姜的用量可从小量如3~5g起始，以免服用时加重其口腔刺激和疼痛，得效后如粘膜部分修复但仍有大量清稀分泌物时，则可大胆增量到15~20g。黄连黄芩方根主要作用为清热燥湿、清心除烦，大疱病患者多有烦躁，此烦为热扰心神、热蕴胸膈所致，用之对症。《金匱·疮痍肠痍浸淫病脉证治》云：“浸淫疮，黄连粉主之”。黄连有很好的清热燥湿作用，对于皮肤粘膜炎症有非常好的作用。一般用量为3~15g。半夏方根可苦温燥湿、消痞止呕、去腐生肌，如苦酒汤；且半夏有安眠、安神作用，如半夏秫米汤、竹叶石膏汤。生半夏有毒，一般炮制后使用，但炮制后药效有所下降，笔者经验如用之安神，法夏一般用量为3~15g，如用之温化水饮痰凝，可从常规量逐渐加量至25~30g。大枣、甘草方根主要作用为补中扶正则不再赘述。

胡希恕教授提出，“方证是辨证的尖端”，运用甘草泻心汤治疗天疱疮，对方证的把握、应用时机及处方加减等细微之处最为重要。甘草泻心汤主治上呕、中痞、下利的上热下寒之寒热错杂之症，然辨病治疗狐惑病粘膜损害之突出表现有其疗效，有一定现代药理依据支持；但中医的核心为辨证，笔者认为，应用时应把握好上热下寒的方证特征，虽临床上未必一定具有呕、痞、利等症状，但一定具有以下寒为主，存在大量清稀分泌物（白天需不断吞咽分泌的唾液，夜间需起身多次吐出大量淡清涎），舌苔水滑，并伴随口疮、烦躁等上热的临床表现，此时以原方原量使用甘草泻心汤可起到立竿见影的疗效。在疑难重症皮肤病的治疗中，症候繁杂，能精准对应方证、原方原量应用经方的临床病例十之二三，余七八则有所变化。笔者体会六经辨证和脏腑辨证思路结合、经方和时方合用，能显著提高临床疗效。该病例在辨证处方用药上，还结合了脏腑辨证思路和师承国医大师禰国维教授、岐黄学者陈达灿教授的皮肤科用药经验。

从脏腑辨证思路，传统认识天疱疮急性期多为心火妄动，湿热内蕴，毒热炽盛，熏蒸不解，外越肌肤而发；久病则致脾虚湿盛，湿热蕴久化燥，灼津耗气，故后期见气阴两虚。急性期治以

“清热泻火、解毒除湿”为法，久病则以“健脾祛湿、益气养阴”为主；治疗上分为毒热炽盛证、心火脾湿证、脾虚湿蕴证、气阴两虚证四型，分别以犀角地黄汤合黄连解毒汤、清脾除湿饮加减、除湿胃苓汤合参苓白术散加减、解毒养阴汤治疗。而根据“诸痛痒疮，皆属于心”“诸湿肿满，皆属于脾”“脾开窍于口，其华在唇”中医理论，禡老、陈师认为口腔粘膜损害、糜烂性大疱性皮肤病可主从心、脾和湿邪论治，故笔者师承沿用了这个思路，在甘草泻心汤的基础上针对心火、脾虚和湿邪以中药加减，以达到精准用药以增效的作用。

方解略。综上，该典型病例充分验证了中医方证对应、配合脏腑辨证加减治疗可发挥中医优势，较西药更能控制西医难以解决的口腔肠道眼部粘膜损害这一治疗难点，有助控制和稳定病情及减少激素用量和不良反应。皮肤疑难重症疾病的中医治疗大有可为，精准对应方证、六经辨证和脏腑辨证思路结合、经方和时方合用，是提高临床疗效的关键。时代在变化，疾病的中医证候谱在变化，不变的是中医辨证的内核，青年医师临证应守正创新，勇于突破，大胆用药，在临床中不断地验证和总结，必能突破疑难重大疾病既往中西医治疗难以逾越的治疗瓶颈。



扫码学习观看更多中医药临床案例，如有相关案例，欢迎投稿，（投稿网址：<http://cccl-tcm.cacm.org.cn/homeNav>）