

12(3):123-135.

[13] 李辉,潘黎明,戚锋锋. ADNP 基因变异导致 Helsmoortel-van der Aa 综合征 1 例[J]. 中国优生与遗传杂志, 2021,29(8):1133-1136.

[14] BREEN M S, GARG P, TANG L, et al. Episignatures stratifying helsmoortel-Van Der Aa syndrome show modest correlation with phenotype[J]. Am J Hum Genet, 2020,107(3):555-563.

[15] MAGEN I, GOZES I. Microtubule-stabilizing peptides and small molecules protecting axonal transport and brain function: focus on davunetide (NAP) [J]. Neuropeptides, 2013,47(6):489-495.

[16] VULIH-SHULTZMAN I, PINHASOV A, MANDEL S, et al. Activity-dependent neuroprotective protein snippet NAP reduces tau hyperphosphorylation and enhances learning in a novel transgenic mouse model[J]. J Pharmacol Exp Ther, 2007,323(2):438-449.

[17] AMRAM N, HACOHEM-KLEIMAN G, SRAGOVICH S, et al. Sexual divergence in microtubule function: The

novel intranasal microtubule targeting SKIP normalizes axonal transport and enhances memory[J]. Mol Psychiatry, 2016,21(10):1467-1476.

[18] HACOHEM-KLEIMAN G, SRAGOVICH S, KARMON G, et al. Activity-dependent neuroprotective protein deficiency models synaptic and developmental phenotypes of autism-like syndrome[J]. J Clin Invest, 2018,128(11):4956-4969.

[19] SRAGOVICH S, MALISHKEVICH A, PIONTKIEWITZ Y, et al. The autism/neuroprotection-linked ADNP/NAP regulate the excitatory glutamatergic synapse[J]. Transl Psychiatry, 2019,9(1):2.

[20] KOLEVZON A, LEVY T, BARKLEY S, et al. An open-label study evaluating the safety, behavioral, and electrophysiological outcomes of low-dose ketamine in children with ADNP syndrome [J]. HGG Adv, 2022, 3(4):100138.

(收稿日期:2024-07-11 修回日期:2024-10-15)

• 案例分析 •

灸药结合辅助治疗结核性多浆膜腔积液 1 例

黄 晋,潘静洁,刘堂营,黎仁彬

(广州市胸科医院/广州市结核病防治所中医科,广东 广州 510095)

【摘要】 目前,结核性多浆膜腔积液治疗上仍以正规抗结核治疗为主,视情况或辅助以抗炎药物。灸药结合是祖国医学重要的治疗手段,该文报道了运用艾灸和中药配合规律抗结核治疗 1 例结核性多浆膜腔积液患者的治疗过程,体现了中医辨证论治、扶正固本的诊疗原则,为临床治疗结核性多浆膜腔积液提供了宝贵的临床经验。

【关键词】 结核性多浆膜腔积液; 中药; 艾灸; 病案报道

DOI:10.3969/j.issn.1009-5519.2025.02.064

文章编号:1009-5519(2025)02-0574-03

中图法分类号:R521

文献标识码:B

在世界卫生组织发布的《2023 年全球结核病报告概况》中^[1],结核病仍是全球第二大传染病杀手,我国结核病发病率在全球 30 个结核病高负担国家中排行第三^[2]。结核性多浆膜腔积液是肺外结核的一种严重形式,表现为患者胸腔、腹腔和(或)心包中 2 个部位以上同时存在积液^[3]。目前,结核性多浆膜腔积液治疗上仍以正规抗结核治疗为主,视情况或辅助以抗炎药物^[4]。结核性多浆膜腔积液病情严重程度不等,预后不一,部分患者经正规治疗后仍出现浆膜增厚、积液反复、缩窄性心包炎、肠穿孔等严重并发症,而且结核性多浆膜腔积液病程较长,在漫长的治疗过程中,患者常伴随出现各种不同临床症状,以上种种均给临床工作带来了许多困难与挑战。结核性多浆膜腔积液的病机与肺癆病相似,祖国医学治疗癆病历史悠久,经验丰富。针灸和中药是传统医学最重要的方法,本文将介绍 1 例应用针药治疗结核性多浆膜腔积

液的治疗过程,为临床治疗提供参考。

1 临床资料

患者,男,64 岁,因“咳嗽、咳痰 3 个月余,发热 1 个月”于 2023 年 5 月 16 日就诊于本院。患者 3 个月前无明显诱因下出现咳嗽,咯少量白痰,无发热、气促,无胸痛,一直未特殊处理。1 个月前,患者出现发热,热峰不详,以下午多见。2023 年 5 月 15 日,外院胸部 CT 提示心包积液、胸腔积液、双侧胸膜增厚。2023 年 5 月 16 日首次于本院就诊,查血示结核分枝杆菌特异性细胞免疫反应检测阳性,痰未找到抗酸杆菌。入院后完善相关检查,2023 年 5 月 19 日心脏彩色多普勒超声(彩超)提示心包积液,右心室前壁前暗区宽度 12 mm,左心室后壁后暗区宽度 13 mm,心尖暗区宽度 12 mm。胸水彩超提示双侧胸腔少量积液,左侧最大前后径 21 mm,右侧最大前后径 13 mm。排除手术禁忌,经患者及家属同意,2023 年 5 月 19 日行

B 超引导下心包穿刺置管术, 心包积液常规检查示: 李凡它试验阳性(十+), 白细胞计数(WBC) $0.882 \times 10^9/L$, 心包积液生化检查示: 总蛋白(TP) $49.16 g/L$, 乳酸脱氢酶(LDH) $499.90 U/L$, 腺苷脱氨酶(ADA) $37.80 U/L$ 。血清 γ 干扰素诱导蛋白 10(IP-10) 阳性, (痰、心包积液) 涂片、(痰、心包积液) 结核分枝杆菌复合群核酸检测、血清癌胚抗原未见异常, 因心包积液引流量少, 未能进一步行心包积液 γ -干扰素释放试验(IGRAS)。根据检验结果, 考虑结核性心包积液。因患者合并慢性乙型病毒性肝炎(乙肝), 转氨酶水平轻度升高, 2023 年 5 月 21 日开始予 INH-EMB-LFX 方案抗结核, 醋酸泼尼松抗炎减少渗出, 艾普拉唑肠溶片抑酸护胃, 水飞蓟宾胶囊护肝, 恩替卡韦抗乙肝病毒, 同时补充清蛋白提高血浆胶体渗透压。2023 年 5 月 24 日复查, 肝功能未见异常, 心脏彩超提示心包积液较前明显减少, 右心室前壁前暗区宽度 3 mm, 左心室后壁后暗区宽度 5 mm, 心尖暗区宽度 4 mm, 右心室壁右侧暗区宽度 7 mm, 心包膜稍增厚, 最厚处约 4 mm。胸水彩超提示胸水较前明显增多, 左侧最大前后径 40 mm, 右侧胸腔未见积液, 遂拔除心包引流管, 于 2023 年 5 月 24 日行左侧胸膜活检术及胸腔置管引流术, 胸水生化检查示: TP $31.84 g/L$, LDH $164.20 U/L$, ADA $16.10 U/L$ 。胸水常规检查示: 李凡它试验阳性(+), WBC $1.606 \times 10^9/L$, 胸水 IGRAS 阳性。胸膜病理提示慢性炎症。根据检验结果诊断: 结核性多浆膜腔积液(心包、胸腔), 加用利福平抗结核治疗。中医诊断: 四诊合参, 本病属癆病、悬饮病范畴, 证型为肺脾两虚、饮停胸胁, 患者就诊首要临床表现为午后潮热、干咳、舌红少苔、脉细数等阴虚症状。因此, 治疗上先以柴枳半夏汤配合参苓白术汤加减, 治标祛癆邪的同时, 滋阴益气以固卫机体后天脾胃之本, 具体方药为: 柴胡 15 g, 枳壳 15 g, 法夏 15 g, 炒薏苡仁 20 g, 瓜蒌皮 15 g, 青皮 10 g, 陈皮 10 g, 党参 10 g, 茯苓 15 g, 炒白术 10 g, 甘草 5 g, 每天 1 剂。待患者阴虚发热症状减轻后, 逐渐配用温和灸治疗, 选穴气海、关元、脾俞、肾俞等, 每次施灸 20 min, 每周 5 次, 滋补脾肾气血之源, 增强并调和机体气血正气以驱邪外出。2023 年 5 月 26 日复查, 胸水彩超提示左胸腔少量积液, 最大前后径 4 mm, 予以拔除引流管。2023 年 5 月 29 日复查, 肝功能大致正常, 胸片病灶较前明显改善, 但自觉疲倦乏力, 偶有胸闷心悸, 舌边红, 脉弦, 予续前方加香附、白芍, 予吡嗪酰胺抗结核治疗。2023 年 7 月 4 日门诊复诊, 诉胸闷心悸症状减轻, 但见咳嗽, 咯黏稠痰, 双指关节、膝关节疼痛, 舌苔白腻, 予改香附、白芍为桃仁、陈皮, 考虑痛风性关节炎可能, 改吡嗪酰胺为左氧氟沙星继续抗结核。本例患者全程抗癆期间门诊继续追踪治疗, 咳嗽、咯痰、乏力症状持续减轻, 偶有纳差、胸胁疼痛、舌淡、苔白滑、脉弱, 中药在守方柴枳半夏汤配伍参苓白术汤

的基础上随症加减, 每 2 天 1 剂, 坚持服用中药 1 年, 同时辅以温和灸, 取穴神阙、关元、气海, 每周 1 次。西药继续予 HRZE 方案抗结核, 醋酸泼尼松抗炎减少渗出, 每周逐渐减量, 并予艾普拉唑肠溶片抑酸护胃。本例患者经针药结合治疗, 临床完全治愈, 症状消失。2024 年 5 月复诊, 彩超提示心包、双侧胸腔均未见积液, 胸片提示心肺未见异常。

2 讨论

结核性多浆膜腔积液是结核性多浆膜炎的临床表现形式, 多为原发感染后产生菌血症而侵犯浆膜, 或直接侵犯浆膜, 浆膜对结核菌产生迟发型超敏反应^[5], 引起炎症渗出, 导致出现胸腔积液、腹水、心包积液、盆腔积液等。健康人腔内积液滤出的压力梯度与再吸收的压力梯度几乎相等, 壁层毛细血管的液体滤出与脏层吸收液体速度的动态平衡被打破时, 则形成浆膜腔积液^[6]。胸膜或心包的活检如发现肉芽肿、干酪样坏死等典型的结核病改变时可明确诊断, 积液 ADA 水平明显升高也对结核性感染的诊断有很高的特异性和灵敏性^[7]。结核性多浆膜腔积液是一种严重的结核感染类型, 大量心包积液可引起心脏压塞症状, 甚至产生心包缩窄的表现, 严重病例需要进行心包剥离手术, 治疗上除了给予正规的抗结核治疗外, 也应积极引流, 避免纤维渗出的过分增多^[8]。本例患者在入院时进行心包穿刺引流, 以防止发展为缩窄性心包炎, 同时利用胸腔抽液、加用糖皮质激素减轻胸腔、心包的变态反应和炎症渗出, 这样有助于减少纤维蛋白沉着和胸膜增厚。但是, 临床上仍有部分患者积液不能完全被吸收, 容易发生增厚粘连, 甚至复发, 反复产生积液, 肺功能、胸膜粘连引起的不适得不到改善^[9]。

中医治疗恰好可以弥补目前治疗方案的不足。传统医学并无单一病名与结核性多浆膜腔积液相对应, 从临床表现来看, 可归属于“肺癆”“悬饮”病范畴, 此病与痰湿水液的代谢循环功能紊乱、肺卫气机功能失调密切相关。张仲景著有痰饮病的专篇论述, 如《伤寒论》, 其中经典方药小青龙汤可治疗“伤寒表不解, 心下有水气, 干呕, 发热而咳, 或渴, 或利, 或小便不利、少腹满, 或喘者”, 体现了解表化饮驱邪的原则。但肺癆患者往往表证不足, 多表现体内正气不足, 癆虫先袭肺阴, 正虚不足以御外, 使癆虫外邪循经传变, 外邪逐渐入里, 邪正相争于半表半里, 机体枢机不利, 癆虫内侵, 损及后天脾胃之本, 脾虚不运, 水湿内停聚集于胸腹腔, 影响肺气的宣发肃降功能。此时治疗则应“培土生金”, 顾护脾胃之气使水湿痰饮之邪自去。本例患者年高体弱, 脾肺本虚, 加之表感癆虫, 癆虫伤肺, 致肺阴虚, 肺虚耗夺脾气以自养, 则脾亦虚, 脾虚不能化水谷为精微上输以养肺, 脾虚不能运化水湿, 致水饮停积为患, 反为痰饮而干肺, 不能助肾以制水, 水饮流溢各处, 波及五脏。临床工作中, 结核病患者

多气血亏虚,脏腑气化功能失常,虚实夹杂,需标本兼治。根据本科多年临证经验,以柴枳半夏汤为基础方,能减少结核性胸膜炎渗出,调节机体气机,同时治病求本,配伍以参苓白术汤培土生金,培土调中,不损至高之气^[10]。本例治则与李杰教授“诸湿肿满,皆属于脾”的理论^[11]不谋而合,中药调和脏腑阴阳平衡的优势与西药相结合,能更好地改善浆膜腔积液患者症状。左志通等^[12]应用泻肺消水汤配合胸腔局部化疗,能明显减少肺部肿瘤引起的恶性胸腔积液总量。李振云等^[13]应用三子牵牛汤配合尿激酶胸腔内注入,能明显改善结核性胸膜炎胸膜粘连情况,减少炎症所致的胸膜增厚。李庆海教授^[14]应用补中益气汤合葶苈大枣泻肺汤能减少非特异性心包炎所致的心包积液,改善患者心功能。现代研究多认为中药可能通过调节炎症细胞因子的平衡治疗浆膜腔积液^[15]。另一方面,免疫系统失调在结核病的发生、发展中扮演极其重要的角色,调理免疫功能,可辅助治疗结核病^[16]。传统中医理论认为,艾灸能温补气血,气海、关元作为先天元气聚会之处,系男子生气之海,主一身之疾。《针灸资生经》曰:“关元,乃丹田也。诸经不言,惟难经疏云,丹田在脐下三寸。”气海穴能调气机、益元气,灸之能增加元气,调摄气机。关元为足三阴、任脉之交会穴,小肠募穴,配合气海穴能益气升阳,补益气血。脾俞、肾俞均为膀胱经背俞穴,能补益、调节脾肾两脏经气,有助于肺、脾、肾等脏腑的功能恢复。艾灸关元、气海可以补益气血和提高患者免疫功能。有研究应用深部热疗治疗化疗期恶性胸腔积液患者,在改善呼吸困难、胸痛等临床症状的同时调节血清中 T 淋巴细胞亚群 CD4⁺/CD8⁺ 的动态平衡^[17]。艾灸刺激不仅可以产生局部治疗作用,更能通过神经-内分泌-免疫网络系统调节人体免疫功能^[18]。有研究自拟熟地黄、桑白皮、葶苈子等中药制成姜泥,沿督脉与髂后上棘作垂直线平铺,用艾柱灸于其上治疗阳虚证结核性胸膜炎,可明显改善胸水 ADA、LDH 等炎症渗出指标^[19]。本例患者脏腑虚弱,不能耐受针刺,应用艾灸辅助治疗能提高安全性和依从性。取穴气海、关元、脾俞、肾俞等,既可通过穴位疏通经络调节肺脾肾脏腑功能,又不增加患者胃肠道负担,便于施行。

目前,中西医联合诊治结核性多浆膜腔积液的文献报道较少见,本文运用灸药辅助治疗结核性多浆膜腔积液,既体现了中西合璧各取所长的优势,又体现了祖国医学辨证论治、扶正祛邪、培土生金的具体诊疗思路。本案例临床疗效确切,可为今后的结核性多浆膜腔积液诊疗打开思路。

参考文献

[1] 舒薇,刘宇红. 笃志创新躬行致远:世界卫生组织《2023 年全球结核病报告》结核病科学研究章节解读[J]. 中国防痨杂志,2024,46(6):613-617.

- [2] 刘桂珍,邓国防.《结核病政策指南制订过程中发现的证据和研究缺口(第 2 版)》解读——结核病相关共病[J]. 中国防痨杂志,2024,46(6):618-624.
- [3] 王英英,高第,祝新风. 实用呼吸内科疾病诊疗[M]. 北京:科学技术文献出版社,2019:139-140.
- [4] 袁媛,卢水华.《世界卫生组织结核病整合指南模块 4:药物敏感结核病的治疗》解读[J]. 中国防痨杂志,2022,44(11):1122-1125.
- [5] 陈燕玲,吴迪,陈秀平,等. 肺结核及并发肺外结核患者淋巴细胞亚群变化的研究及其临床意义[J]. 结核与肺部疾病杂志,2024,5(4):294-304.
- [6] 刘莉云. 结核性胸膜炎发生脓胸的临床分析[J]. 中国药物与临床,2024,24(10):655-657.
- [7] 周超杰,乐军. 白细胞介素 27、腺苷脱氨酶和 γ -干扰素对结核性胸膜炎的诊断效能分析[J]. 重庆医学,2024,53(8):1132-1136.
- [8] 卢彦娜,田天,唐群中,等. 狭窄性心包炎诊治现状及进展[J]. 中华老年多器官疾病杂志,2019,18(7):557-560.
- [9] 程凌晨,李兴伟,郑洁,等. 结核性胸膜炎发生胸膜粘连包裹与胸膜增厚的危险因素分析[J]. 临床内科杂志,2024,41(6):420-422.
- [10] 潘静洁,黄晋,刘堂营. 柴枳半夏汤加减对结核性胸膜炎治疗前后胸膜厚度及炎症因子的影响[J]. 实用医学杂志,2019,35(13):2180-2184.
- [11] 韩莹莹,李杰,吴静远,等. 基于“诸湿肿满,皆属于脾”探讨恶性胸腔积液的辨治[J]. 中国中医基础医学杂志,2022,28(10):1715-1717.
- [12] 左志通,徐书,孙燕,等. 自拟泻肺消水汤治疗肺癌伴恶性胸腔积液的临床观察[J]. 中华中医药杂志,2021,36(10):6262-6264.
- [13] 李振云,崔俊伟,高远,等. 三子牵牛汤结合胸腔微创置管辅助尿激酶治疗结核性胸膜炎临床疗效及安全性观察[J]. 中华中医药学刊,2021,39(12):201-205.
- [14] 郭小乐,谢秋利,徐江雁. 李庆海治疗心包积液经验[J]. 中医杂志,2019,60(2):104-106.
- [15] 阳柳,范先基,宁雪坚,等. 葶苈泽漆汤对肺癌恶性胸腔积液患者生存期及 Th1、Th2 细胞因子失衡的影响[J]. 解放军预防医学杂志,2019,37(7):150-151.
- [16] 凌寅,曾令武. 莫西沙星配合四联抗结核药物治疗方案对结核性胸膜炎患者的疗效与炎症因子及免疫功能改善的影响[J]. 抗感染药学,2022,19(11):1622-1624.
- [17] 姜泓宇,马燕凌. 深部热疗联合恩度、顺铂胸腔热灌注化疗对恶性胸腔积液患者免疫功能、肿瘤标志物影响及短期疗效的临床观察[J]. 江汉大学学报(自然科学版),2024,52(5):71-78.
- [18] 汤玉婷,桑莹莹,夏超. 中医适宜技术在结核病治疗中临床应用效果的研究进展[J]. 中国防痨杂志,2020,42(12):1339-1342.
- [19] 郭庆娟,马晓曼,王婕,等. 督灸联合微波治疗阳虚体质结核性胸膜炎的临床效果[J]. 中国当代医药,2024,31(13):76-79.