

## [参考文献]

- [1] 陈海燕. 茵栀黄口服液用于新生儿黄疸 83 例临床分析[J]. 中国社区医师: 医学专业, 2013, 15(1): 208-209.
- [2] 王卫平. 儿科学[M]. 8 版. 北京: 人民卫生出版社, 2013.
- [3] American Academy of Pediatrics Clinical Practice Guideline Subcommittee on Hyperbilirubinemia. Management of hyperbilirubinemia in the newborn infant 35 or more weeks of gestation[J]. Pediatrics, 2004, 114(1): 297-316.
- [4] 黄敏. 白蛋白对新生儿黄疸治疗效果的研究[J]. 海南医学院学报, 2013, 19(3): 374-376.
- [5] Oysu C, Asian I, Ulubil A, et al. Incidence of cochlear involvement in hyperbilirubinemic deafness[J]. Ann Otol Rhinol Laryngol, 2002, 111(11): 1021-1025.
- [6] Paludetto R, Mansi G, Raimondi F, et al. Moderate hyperbilirubinemia induces a transient alteration of neonatal behavior[J]. Pediatrics, 2002, 110(4): 443-446.
- [7] 刘亚. 退黄汤佐治 182 例新生儿黄疸疗效分析[J]. 中国妇幼保健, 2011, 26(6): 956-957.
- [8] 任章平. 茵栀黄联合蓝光照射治疗新生儿黄疸临床观察[J]. 中国医药指南, 2012, 10(7): 244-245.

(责任编辑: 吴凌)

## ◆医案研究◆

## 王小云治疗盆腔包裹性积液验案介绍

朱敏, 骆赞韵, 王小云

广东省中医院, 广东 广州 510105

[关键词] 盆腔包裹性积液; 医案; 王小云

[中图分类号] R249

[文献标志码] B

[文章编号] 0256-7415 (2016) 03-0202-03

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2016.03.080

近年来, 随着妇女盆腔炎发病率的上升及妇科手术的增加, 盆腔包裹性积液的发生也逐渐增多。盆腔包裹性积液亦称盆腔腹膜假性囊肿、盆腔腹膜炎性囊肿, 是一种上皮性囊肿, 多发生于生育年龄妇女<sup>[1]</sup>, 往往继发于盆腔手术后<sup>[2]</sup>, 多由妇科手术或慢性盆腔炎、腹膜炎或其它下腹部手术导致盆腔粘连而形成, 病人多有慢性盆腹腔疼痛症状, 可通过超声、CT 扫描诊断<sup>[3]</sup>。目前西医多采用开腹或腹腔镜手术切除、B 超引导下囊肿穿刺抽液或穿刺同时注入抗生素及粘连松解剂、激素等药物治疗。但由于手术的创伤性大, 费用昂贵, 再次手术往往会加重盆腔粘连, 使盆

腔包裹性积液反复难愈。穿刺治疗是继上述治疗方法后所探求的一种微创治疗法, 通过临床观察该疗法疗效不理想, 且复发率高, 患者不易接受。故寻求一种创伤小, 费用低, 不易复发的治疗方法是目前临床各医家努力的方向。应用中医药辨证治疗本病有其明显优势, 且费用较低, 患者可免去手术之苦, 是一种经济方便有效的治疗方法。越来越多的患者倾向于选择中医药保守治疗, 且有研究报道疗效显著<sup>[4]</sup>。导师王小云教授经过多年临证经验, 对于盆腔包裹性积液的形成及治疗有其独到的见解, 且临床疗效满意, 现将导师治疗本病的经验介绍如下, 供同道参考。

[收稿日期] 2015-06-11

[基金项目] 广东省科技计划项目 (20130314c)

[作者简介] 朱敏 (1983-), 女, 主治医师, 研究方向: 女性生殖内分泌。

[通讯作者] 王小云, E-mail: zhumintry@163.com.

## 1 病因病机

本病属中医学癥瘕、肠覃范畴。古文献即有关于本病发病的记载,如《中藏经》中说:“积聚癥瘕皆五脏六腑真气失,而邪气并,遂乃生焉”。《景岳全书·妇人规》云:“瘀血留滞作癥,唯妇人育之,其证则或由经期,或由产后,凡内伤生冷,或外受风寒,或恚怒伤肝,气逆而血留,或忧思伤脾,气虚而血滞,或积劳积弱,气弱而不行,总由血动之时,余血未净,而一有所逆,则留滞日积,而渐以成癥矣。”王教授认为,本病多继发于盆腔手术后,手术容易损伤正气,正气亏虚,邪气(瘀血、气滞、痰湿等)留著于冲任,血行不畅,瘀血内结,阻于胞脉发为本病。《丹溪心法》云:“瘀夹瘀血,遂成窠囊。”脾为后天之本,喜燥恶湿,主运化水湿。脾胃居中焦,为气机升降之枢纽,气机调畅则运行水液功能正常,脾脏运化功能失司,则气机停滞,气不行水,湿浊困阻冲任胞脉,瘀血阻滞,湿瘀互结,日久化热,可致湿热下注,壅遏气血,导致气滞血瘀,甚至积结成块。

## 2 治疗经验

《医宗金鉴·妇科心法要诀》:“凡治诸癥积,宜先审身形之壮弱,病势之缓急,而治之。妇人虚,则气血虚弱,不任攻伐,病势虽盛,当先扶正气,而后治其病;若形证俱实,宜先攻其病也。”对于本病的治疗,王教授认为,应根据患者病因、体质强弱、伴随症状之不同,辨证用药,不能一味通下,使虚者愈虚。王教授在临床中常告诫我们,攻伐峻下之剂不可多用或常用,中病即止。故治疗应以扶正祛邪,攻补兼施为大法。病患术后多气血损伤,脏腑虚弱,宜用党参、五爪龙、炙黄芪、白术、茯苓等健脾利湿之品以益气扶正,使“正气存内,邪不可干”。逐邪是治疗本病的关键,但祛邪并不是指一味通下,王教授认为,盆腔包裹性积液系水湿停滞、气血瘀阻,治疗应保持大便通畅,使邪有出路,对于体质偏盛壅塞之邪明显者,可与大黄、地榆、黄柏、枳实、大腹皮、厚朴等理气通腑祛邪;水湿停滞者,可予泽泻、猪苓、车前子、萹蓄、浙贝母、薏苡仁等利水渗湿;瘀血阻滞者,可予三棱、莪术、丹参、赤芍、当归、川芎、桃仁、郁金等活血化瘀。“久病多虚”,王教授治疗本病多重视扶助正气,待包块消失后一段时间还要益气健脾,以防再发。

在治疗本病时王教授还强调要辨清善恶,择善而

从之。盆腔包裹性积液主要靠影像学检查诊断,临床上需与盆腔恶性肿瘤相鉴别,在治疗过程中对于盆腔包块可行妇科彩色B超或MRI等动态观察,主要观察肿物周围血流、肿物内有无乳头状突起及肿瘤标志物是否正常,以免漏诊盆腔恶性肿瘤,延误治疗。

## 3 病案举例

例1:杨某,女,56岁,教师,2014年6月27日初诊。主诉:腹胀痛伴大便排出不畅10天。患者于2004年因子宫腺肌症及右侧卵巢巧克力囊肿于外院行全子宫切除+右附件切除术。术后8天因粘连性肠梗阻再次行手术治疗,手术后一年因腹部胀痛行B超检查发现盆腔包块12cm×10cm×9cm,行第3次手术,术后诊断为盆腔包裹性积液。第3次手术后半年B超复查盆腔包块9cm×6cm×8cm,考虑盆腔包裹性积液复发,多年保守治疗未效。近10天下腹胀痛,伴大便排出不畅,胃胀,嗝气,打嗝,矢气及便后腹痛减,乏力,纳可,无发热。舌淡暗、舌底静脉增粗、苔薄白,脉沉滑。查B超:盆腔混合性包块62mm×10mm×97mm。慕名寻找王教授中医诊治。诊断肠覃,证属脾虚湿瘀阻络。处方:大腹皮、枳实、厚朴、陈皮、法半夏各15g,大黄(后下)、芒硝(另熔)各10g,五爪龙30g。上方水煎,每天1剂,分2次温服,共服7剂。2014年7月4日二诊:服药后腹胀痛消失,矢气多,大便通畅,精神好转,舌暗、苔薄白,脉滑细。处方:大腹皮、法半夏、厚朴、苍术各15g,青皮10g,木香(后下)5g,茯苓30g,肉桂(焗服)3g。上方水煎,每天1剂,分2次温服,共服14剂。加减治疗2月余,复查B超盆腔囊性包块全消,患者腹痛乏力明显好转,大便通畅。现随访近1年未见复发。

按:该患者经历3次手术打击,耗气伤血,正气亏虚,健运失职,气不行水,湿浊既停。加之长期便秘,日久化热,湿瘀热互结,因虚致实,发为本病。湿瘀之邪阻于胞脉,气血闭阻,“不通则痛”,故见下腹坠胀痛;湿瘀阻于肠道,故腹胀、大便不通;湿瘀留滞日久成癥,故见盆腔包块形成。一诊患者以腑气不通为主要表现,故治疗以行气通腑为主,予大承气汤以峻下热结,加大腹皮以下气宽中,利水消肿;因湿为脾之所病,利湿之余固脾健脾则可事半功倍,故佐五爪龙、陈皮、法半夏以益气运脾和土脏,气足可以利水行湿,气旺可以活血消癥。二诊患者腑气

通，减大黄、枳实，加青皮以破气散结，少佐肉桂以温通经脉，苍术以燥湿健脾。纵观本患者治疗全过程，总以攻下利湿、健运脾胃为主，使大便通畅，邪有出路，癥瘕得散。

例2：林某，女，48岁。2008年7月10日初诊。主诉：下腹胀痛1月余。患者2006年因子宫肌瘤在外院行腹式全子宫切除术。2008年6月初出现下腹胀痛，持续不能缓解，就诊于外院，查B超示：左附件区包裹性积液？(大小约11 cm×10 cm×9 cm)，未排除卵巢肿瘤。行剖腹探查手术，术中见盆腹腔粘连，左输卵管积水，行左侧附件切除术。术后一个半月复查B超示：盆腔包裹性积液(范围约10 cm×10 cm×8 cm)。医生再次建议患者手术治疗，患者拒绝，遂至本院就诊，要求中医药保守治疗。诊见：患者诉下腹持续性胀痛，伴胃胀，口干口苦，大便不畅，小便正常。舌暗、苔腻边有瘀点，脉弦涩。查体：下腹膨隆，可触及质囊肿物，欠活动，无触痛。妇科彩色B超检查：盆腔积液10 cm×11 cm×10 cm，内见多房改变，未见明显异常血流信号。查血癌抗原125(CA125)、癌胚抗原(CEA)、甲胎蛋白(AFP)结果均正常。诊断：肠覃，证属湿瘀蕴结。治法：理气活血，利湿通腑。处方：桃仁、赤芍、刘寄奴、枳实、没药、浙贝母、茯苓皮各15 g，酒大黄(后下)10 g。7剂，每天1剂。服药后大便通畅，气臭，矢气多，腹胀痛明显好转，继续服原方20剂。2008年9月5日二诊：腹胀痛消失，胃纳改善，二便正常。舌暗、苔白厚，脉弦涩。处方：五爪龙、莱菔子、枳实、赤芍、大腹皮、法半夏、鸡内金各15 g，茯苓25 g。30剂，每天1剂。同年10月B超复查：盆腔液性包块较前明显缩小(2.0 cm×2.5 cm×2.0 cm)。改用扶正祛邪的中药巩固疗效。3月后B超检查示：子宫缺如，盆腔未见明显包块。至今已4年，每年复查盆腹腔均未见异常。

按：该患者处在慢性炎症阶段，由于湿热胶结，阻碍气机，热灼血络，血脉凝涩，瘀阻胞中，往往缠绵难愈。与例1不同之处在于，该患者为湿瘀互结为主，故治疗以活血行气，化痰利水为法。方中桃仁祛

瘀之力较强，善于治疗瘀血阻滞之妇科病证，又可润肠通便泄热；赤芍祛瘀行滞，缓解疼痛，可泻肝火；刘寄奴、没药破血通经，散瘀止痛；酒大黄既可泻下，又可活血祛瘀；枳实破气消积，化痰除痞；浙贝母苦寒，清热散结。“血不利则为水”，酌加茯苓皮利水消肿。全方活血、理气、通腑，故患者服后气机通畅，瘀阻渐消。王教授临让时刻强调当察患者体质之盛衰，知病邪之进退，辨而治之，尤要时时注意扶助正气。二诊患者腹胀痛消失，胃纳改善，舌暗、苔白厚，脉弦涩，减活血理气之力，予五爪龙、茯苓、鸡内金等健运脾气，使后天得固，邪气自除。

盆腔包裹性积液属于妇科疑难病，临床治疗棘手。其形成多因手术后盆腔炎性渗出物渗出导致盆腔脏器粘连，渗出物包裹形成，症状多为下腹部隐痛或胀痛。中医药因其特有的优势，在治疗本病中疗效肯定。治疗本病应“辨证与辨病”相结合，通过现代医学检查方法明确诊断，中医辨证施治用药。王教授认为该病多因湿热下注或湿热内生导致，多为虚实夹杂。脾为阴土，喜燥恶湿。湿邪困脾，脾失健运，不能正常运化水液，易生痰湿阻络；或脾精不守，不能化为营血，日久使络脉瘀阻，致病情迁延反复。故治疗须标本兼治，根据辨证，攻伐为主，辅以补益，或攻补兼施，并可配合脏腑调理，遵中医的整体观，悉心辨治，方可达到理想的疗效。

#### [参考文献]

- [1] Nayak S, Parate RC, Bobhate S. Multilocular peritoneal inclusion cysts a case report[J]. Indian J Pathol Microbio, 2005, 48(2): 247-249.
- [2] 吴钟瑜. 实用妇产科超声诊断学[M]. 天津: 天津科技翻译出版公司, 2001: 346.
- [3] Guzzo MH, Davis CA, Belzer G E, et al. Multiloculated peritoneal inclusion cysts with splenic involvement: A case report[J]. Am Surg, 2001, 67(7): 619-621.
- [4] 沈关桢, 周欢. 中药治疗盆腔包裹性积液11例[J]. 江苏中医药, 2007, 39(2): 36.

(责任编辑: 骆欢欢)