辨证诊治乳房疾病

□门成福

案例一

王某,女,19岁,未婚。

初诊:患者16岁月经初潮,经期和经量尚正常,时有两乳跳动,经期稍有加重,自以为与发育有关,未介意。随着病情发展,患者逐渐发现两乳胀痛明显加重,增大,下垂,超过正常发育,左乳尤甚。因患者未及时治疗,两乳已下垂至腰带处。当地某院诊断为巨乳症,建议手术切除,患者未采纳建议。诊查患者发育正常,营养中等,体质较胖,情志抑郁,两乳胀大,下垂至腰带处,长约40厘米,胸围100厘米,皮肤发凉,质软,青筋暴露,其色紫暗,饮食尚可,二便尚可,舌苔白腻,脉细沉滑。脉证合参,当系痰湿内结,气滞血瘀所致。

辨证:肝郁气滞,痰湿凝聚。

治则:燥湿化痰,理气活血。

处方:二陈汤加味。法半夏、陈皮、炮山甲、赤芍各12克,茯苓、白芥子、红花、柴胡、香附、鹿角霜各15克,当归24克,丹参30克,生甘草6克。共10剂,每天1剂,水煎,分早、晚两次温服。

二诊:上方服药9剂后,患者自觉两乳跳痛明显减轻,皮肤转温,乳房未再增大,紫暗之青筋亦渐转红,药已中病,守方继续治疗。

三诊:上方服药12剂后,患者乳房跳痛基本消失,外观已明显缩小,右乳较著。上方去红花、当归、鹿角霜,加郁金12克,青皮15克,全瓜蒌15克,山慈菇9克。

四诊:上方连续服用数月余,患者乳房基本回缩至正常,跳痛及青筋消失,长度约30厘米,胸围78厘米,唯有左乳稍大。为巩固疗效,更方于下,以善其后。

处方:醋柴胡15克,漏芦12克,醋白芍15克,青皮12克,丹参30克,山慈菇15克,茯苓15克,全瓜蒌30克,焦白术15克,炮山甲10克,炙甘草6克。共10剂,每天1剂,水煎,分早、晚两次温服。

按语:巨乳症又称乳房肥大、大乳房或巨乳房,是指女性乳房过度发育,含腺体及脂肪结缔组织过度增生,体积超常,与躯体明显失调。临床常见胸部压迫感,双乳胀痛、肩部酸痛沉重及乳房下皮肤糜烂等。该病多发于青春期少女或妊娠期女性,以青春期少女为多见,原因不是十分清楚,可能与乳腺组织对求偶素过度敏感所致,并非求偶素过多引起,且应与乳腺肿瘤相鉴别。该病西医多采用手术切除。中医学认为巨乳症多主乎肝胃心脾,以乳头属肝经,乳房属胃经,而心脾郁结者,尤多见之。该患者两乳胀大垂脐,当属"怪症"范畴。古代医家有"怪病多痰""百病皆为痰作祟""肥人多湿""气滞则血凝"等说法。综合患者脉症,从"气、血、痰、湿"施治,故用二陈汤健脾除湿化痰;加活血化瘀之当归、丹参、赤芍、红花;通络散结之鹿角霜、穿山甲,更配以疏肝理气止痛之柴胡、香附,竟获痊愈。说明医者欲施疗痰之法,当穷受病之源,如是则怪病不怪,怪病亦可治也。

案例二

郑某,女,49岁。

初诊:患者右侧乳头不断流出少量血液,常感头晕急躁,未引起重视。近3个月以来,患者乳头溢血量增多,质稠、色红,浸渍内衣。经当地医院检查,未发现恶性病变。

症见:右乳头不断溢血,胸胁乳房胀闷不舒,生气则甚,两下肢浮肿,口渴喜饮,小便黄,大便正常。检查:右乳头左侧有一青筋粗大暴起,表面破裂流血,用手挤之则出血更甚,无红肿,按之无块,舌质红,苔薄黄,脉弦细而数。

辨证:肝肾失调,郁久化火,波及血分,迫血妄行。

治则:疏肝健脾,清热凉血。

处方:丹栀逍遥散加味。醋柴胡、川楝子、白芍、当归、牡丹皮、栀子、白术、茯苓各12克,生地黄15克,丹参20克,全瓜蒌30克,白芷10克,甘草6克。共3剂,每天1剂,水煎,分早、晚两次温服。

二诊:患者欣喜而至,谓其乳头溢血已减,青筋暴露消失,余症皆轻。守上方加青皮、陈皮各12克,枸杞子30克,共6剂。每天1剂,水煎,分早、晚两次温服。

处方:醋柴胡、川楝子、白芍、当归、牡丹皮、栀子、白术、青皮、陈皮、茯苓各12克,生地黄15克,丹参20克,全瓜蒌30克,白芷10克,枸杞子30克,甘草6克。

按语:乳衄,属中医学衄血范畴。《张氏医通》记载:"其衄血种种,各有所从,不独出于鼻者为衄也。"其原因复杂,以张景岳将出血之由概之为"气""火""血动之由,惟火惟气耳"。该患者系病久体弱,加之精神抑郁多怒,肝失调达,气机郁滞。郁久化火横逆犯胃,其统摄无权,血不循经,逆于阳明而发本病。《疡医大全》谓:"乳衄乃属忧思过度,肝脾受伤,肝不戴血,脾不统血,肝火亢盛,血失统藏,所以成衄也。"从该患者脉证可以看出,气郁化火之势,已向血分波及,故以丹栀逍遥散疏肝健脾清热;全瓜蒌、川楝子清热散结;宽胸理气以止痛;配茯苓、白术以健脾;白芷、甘草如阳明经引诸药直趋病所,澄源以清流,不治衄血而衄自止矣。

(作者为全国名老中医)

验案举隅

心力衰竭的经方疗法

□王彦权

王某,女,75岁。

诊见:患者稍走路或弯腰即胸闷,上不来气,曾因心力衰竭和房颤住院治疗两次,平素服用地高辛等药品,但效果不佳。伴见下肢水肿,有白痰,口不干,身体无力,腰困,怕冷,大便溏,舌质淡红,苔薄白,脉沉弦。

处方:制附片8克(久煎),茯苓30克,白术15克,杏仁10克,丹参15克,薤白15克,干姜8克,甘草10克,大枣6枚。共7剂。

疗效:上药服完后,患者复诊,主诉服完1剂后症状即转轻,所有药剂都服完后,下肢水肿、胸闷、身无力等诸症消失,疗效佳,故守方继续服用7剂以巩固疗效。

按语:此患者稍动即上不来气,西医称为心力衰竭,中医认为只要劳累后加重的病,多属虚证;身体无力,腰痛,便溏,口不渴,怕冷,虚寒表现,太阴少阴合证,脾肾阳虚,提振无力、温煦失司之四逆汤证;水往低处流,弯腰胸闷明显,有白痰,痰湿阻塞气道,即西医说的肺水肿,中医认为是水饮阻肺,影响肺之通气之杏仁茯苓甘草汤证;下肢水肿、有白痰、身无力,肾阳不足,不能化气行水,水饮停聚,真武汤证(因有白痰,胸闷又为主证,故去阴柔之白芍)。久病必瘀,主证为胸闷,加薤白通心阳,散结滞;加丹参,活血化瘀。全方应用四逆汤温肾健脾,又可强心;杏仁茯苓真武汤宣肺温肾利水;薤白、丹参温通活血扩血管,纵观全方既有西医治心力衰竭之强心、利尿、扩血管之效,又符合中医整体观念、辨证论治。

(作者供职于偃师市高龙镇石牛村集体卫生室)

小儿常用推拿手法

之四

小儿常见推拿手法强调轻柔深透,平稳着实,有频率快、次数多、用力轻的特点。小儿推拿的特定穴位较多,而且与十四经穴、经外奇穴有区别,既有点状,又有线状和面状。小儿常见推拿法主要适用于3岁以下小儿。

运 法

以拇指或中指指端在一定的穴位上由此往返做弧形或环形推动,称运法。

动作要领:1.运法操作指面一定要贴紧施术部位,宜轻不宜重,宜缓不宜急,是用指端在体表穴位上做旋转摩擦移动,不带动皮下组织。

2.操作频率每分钟80次~120次。

临床应用:本法能理气和血,舒筋活络,常用于小儿的头面及手部。

运法是小儿推拿手法中最轻的一种,常用于面状穴或线状穴,一般可配合使用润滑剂作为介质,也可用于点状穴。

运法的方向常与补泻有关,使用时可视病情而定。

手法操作较推法和摩法轻而缓慢。

掐 法

以拇指垂直用力,或用指甲重刺患儿某处或穴位,称掐法。

动作要领:1.手握空拳,伸直拇指,指腹紧贴于食指桡侧。

2.用拇指指甲逐渐用力,垂直掐压穴位,掐时缓缓用力,切忌爆发用力。

临床应用:本法具有定惊醒神,通关开窍的作用,适用于头面部穴位和手足部穴位,以救治小儿急性惊症,如掐人中、掐十宣等。

1.掐法是强刺激手法,能以掐代针,常用于点状穴,是急救时常用的手法。

2.应用时,可重刺激穴位,但次数少,一般可不用润滑剂,要注意不要掐破皮肤。掐后常在穴位上继续应用指揉法,缓解不适之感。

捏 法

以拇指桡侧缘顶住皮肤,食指、中指前按,三指同时用力提拿皮肤,双手交替捻动向前。或食指屈曲,用食指中节桡侧顶住皮肤,拇指前按,两指同时用力提拿皮肤,双手交替捻动向前。

动作要领:1.拇指和食指或拇指、食指、中指提拿皮肤,次数以及用力大小要适当,不可带有拧转。提拿皮肤过多,则手法不易捻动向前,提拿过少,则易滑脱停滞不前。

2.操作时两手交替进行,不可间断,捻动须直线进行,不可歪斜。

3.捏脊方向须根据病情,或由上而下,或由下而上。

临床应用:本法具有调和阴阳,健脾和胃,疏通经络,行气活血,镇惊安神的作用。

捏法俗称"翻皮肤"。主要用于背脊线状部位,因为能在脊背部治疗疳积等,故称为提脊疗法,对疳积有显著疗效,又称为捏积疗法。治疗小儿积滞、疳积、厌食、腹泻、呕吐等有特效。操作时,可捏三下提拿一下,称之为"捏三提一法",是临床上治疗小儿常用的方法。根据病情需要,在捏脊过程中,可以一一提拿膀胱经的有关俞穴,则可取得更为满意的疗效。

(河南省卫生健康委提供)

中医特色技术·我知道 ZHONGYITESEJISHU

枇杷清肺饮加减治疗痤疮

□张红跃

枇杷清肺饮出自《医宗金鉴·外科心法要诀·鼻部》主要是治疗肺经血热引起的脸面及鼻部痤疮,色赤肿痛,挤出有白粉脓汁。

成分:人参3分(古时计量单位),枇杷叶2钱(古时计量单位),生甘草3分,黄连1钱,鲜桑白皮2钱,黄柏1钱。

段某,女,40岁,面部及脖子以下出现痤疮半年余,痤疮为小碎疙瘩,色赤发红,并伴有肿痛,挤压有白脓汁,平素月经会提前5天~7天,量少,末次月经7天干净,量少,色黑红,脉沉细数,舌质红苔薄黄。

辨证:肺经血热侵袭面部,血虚风燥所致。

方药:枇杷叶20克,牛蒡子10克,当归15克,生地黄20克,赤芍10克,川芎9克,天花粉9克,金银花20克,连翘15克,浙贝母10克,苦参10克,陈皮9克,黄芩10克,甘草6克,桑白皮10克。

二诊:患者痤疮明显减轻,脉弦细,舌质淡红苔薄白,继续按上方服用7剂。

三诊:痤疮已消失,仅有痘印,月经再次来潮时,量较以前多,继续按上方服用7剂,以巩固治疗。

分析:《医宗金鉴·外科心法要诀》记载:"此证由肺经血热而成,每发于面鼻,起碎疙瘩,形如黍屑,色赤肿痛,破出白粉刺,日久皆成白屑,形如黍米白屑,宜内服清肺饮,外敷颠倒散。"与患者症状基本符合,故用枇杷清肺饮,用黄芩代替黄连、黄柏,使药物偏走于上焦;月经提前伴有量少可加四物汤;囊肿伴有肿痛(有结节),故合用当归贝母苦参丸。药证符合,方证对应故效如桴鼓。

(作者供职于偃师市高龙镇左村集体卫生室)

胆管癌的诊断与介入治疗

□任建庄 韩新巍

胆管癌是除肝细胞癌外的肝脏第二大恶性肿瘤。从组织学类型上说主要表现为腺癌。从组织形态上分为肿块型、管内浸润型和管周生长型肿块型较为常见。根据肿瘤位于胆管的位置不同,分为肝内胆管癌(Intrahepatic cholangiocarcinoma)、肝门胆管癌(Hilar cholangiocarcinoma)和肝外胆管癌(Extrahepatic cholangiocarcinoma)。肝内胆管癌位于肝内左右肝管二级及二级以上分支;肝门胆管癌位于肝内的左右肝管的一级分支或肝总管;肝外胆管癌位于胆总管,分别占胆管癌的10%,50%和40%。在临床上,肝内胆管癌发现时常常表现为较大的肿块,在其早期不引起相关临床症状;肝外胆管癌常在其早期出现黄疸,病灶多且较小。

在传统观念中,外科切除和肝移植在治疗没有血管侵犯和淋巴结转移的患者中具有优先性。因为其是可治愈该病的方法。外科切除达到治愈要满足以下条件:肿块全部切除,切缘阴性,并且梗阻缓解和胆肠吻合顺畅。部分肝内胆管癌,不需要考虑胆汁的因素,直接彻底损毁肝内肿块,可达到治愈肿瘤的目的。

病 因

胆管癌常常不像肝细胞癌那样有明确的病因,又与肝细胞癌的病因相似,表现为散发。近来,病毒性肝炎和肝硬化被认为是形成胆管癌的风险因素。在西方国家,丙型病毒性肝炎流行,而在亚洲国家,乙型病毒性肝炎流行。来自国外的有关研究显示丙型肝炎与肝内胆管癌有较强的相关性,而来自国内有关研究则显示乙型肝炎与肝内胆管癌有较强的相关性。这些研究中都显示肝硬化是形成胆管癌的风险因素。但总体上说病毒性肝炎和肝硬化是肝内胆管癌的致病因素,但不是那么强烈。原发性硬化性胆管炎(Primary sclerosing cholangitis)与胆管癌之间有着比较确切的关系。在原发性硬化性胆管炎患者的一生中有5%到10%的机会患胆管癌。并且有50%的患者是在诊断为原发性硬化性胆管炎24个月的时候进展为胆管癌的。随着时间的延长,在未来的2年~10年患胆管癌的风险会逐步降低。原发性硬化性胆管炎患者多在40岁诊断为胆管癌,而普通人群多在70岁诊断为胆管癌。其他报道的一些因素包括胆管囊肿、家族性息肉病、肝内胆管结石、先天性肝纤维化、华支睾吸虫病和钍造影剂暴露等。

临床表现

胆管癌的临床特征与肿瘤的位置紧密相关。肝外胆管癌常因胆道梗阻表现为无痛性黄疸,而肝内胆管癌常出现疼痛。因此,肝内胆管癌患者缺少特异性症状,多表现为腹痛,食欲减退,体重下降,烦躁不适和夜汗等。部分患者因肿块向肝门生长压迫或侵犯胆管等,也可表现为黄疸。当疼痛出现时,基本上表现为右上腹持续钝痛。

辅助检查

因为肝内胆管癌不存在大胆管梗阻,常表现为血清碱性磷酸酶升高而胆红素基本正常。广泛使用的肿瘤标志物是癌胚抗原(Carcinoembryonic antigen,CEA)和糖类抗原(Carbohydrate antigen,CA)19-9。在胆管癌中,CEA和CA19-9均升高,但CEA的升高既不敏感也不特异,而CA19-9在其数值超过100单位/毫升时敏感度达67%~89%,特异度达86%~98%。

经腹超声检查对胆管扩张的程度及部位等较敏感,是初步了解疾病常用的方法,但易受操作者和腹部气体的影响。增强CT或MR(磁共振检查)对肝内胆管的肿瘤、梗阻的程度和肝萎缩的出现等均较敏感。此外,MR不仅能对肿瘤结节有较好的显示,而且能通过磁共振胰胆管造影(MRCP)对肿瘤在胆管系统的浸润程度和血管的侵犯有较清晰直观显示。

诊 断

肝内胆管癌被诊断时常因局部进展或远处转移而失去手术机会。其典型表现为肝周巨大肿块,临床症状却较少。大部分患者没有特异性症状,如右上腹钝痛、体重下降和碱性磷酸酶升高等。也有少数患者表现为无痛性黄疸。也有一些早期的小肝内胆管癌患者在肝细胞癌的筛查中得到发现。结合临床症状、实验室检查和影像学表现,多可对肝内胆管癌进行初步诊断,但最终结果还是以外科手术标本或经皮肝穿刺活检病理结果为准。

介入治疗

肝内胆管癌多进展快,疗效差,特别是在出现肝内或肝外转移时。如果病变处于早期,外科切除、消融治疗和肝移植等能够治愈患者的方法是首选的方法。射频消融或微波消融较酒精消融或氩氦刀冷冻消融效果好;超声引导下的热消融治疗,要求单发病灶并≤3厘米;对CT引导下的热消融治疗,在医者经验丰富时,单发病灶直径可适当放大,病灶数目可适当增多。对于不能选择可治愈方案的患者,系统化疗,放疗,经动脉化疗灌注或化疗栓塞等均是可选择的方案。在患者有梗阻性黄疸时,经皮肝穿胆道引流是首选的方案。吉西他滨联合顺铂是有一类证据支持的系统化疗方案,其他以吉西他滨或氟尿嘧啶为基础的化疗方案也是可选择的化疗方案。以氟脲苷为基础的持续经动脉灌注化疗是有回顾性研究证据支持的治疗方式之一。本节重点阐述的特色介入治疗方式是经动脉化疗栓塞术联合经典系统化疗方案。

疾病治疗的基本过程:结合患者的病史、症状体征、影像学表现(上腹部增强CT或MR)和肿瘤标志物(CEA和CA19-9)检测高度怀疑患者肝内胆管癌;行肝占位经皮穿刺活检术,送检病理标本并结合免疫组化最终确诊肝内胆管癌;行相关化验检查和影像检查并对症处理做好术前准备;根据患者的体表面积决定化疗药物吉西他滨(1000毫克/平方米)和顺铂(60毫克/平方米)的用量,行腹股沟穿刺区备皮并空腹6小时,准备行介入治疗;介入手术中行肝动脉造影明确病变,成功插管至供血动脉,灌注适量吉西他滨和全部顺铂,将碘化油和剩余吉西他滨混合后栓塞肿瘤供养动脉;手术结束后患者转至病房积极给予保肝、降黄、止吐、营养支持并对症处理;术后第3天复查肝肾功能和血常规;术后第8天,行吉西他滨(1000毫克/平方米)静脉滴注;21天或28天后重复介入治疗。

经动脉化疗栓塞术是患者不能进行外科切除的肝恶性肿瘤经典介入治疗方案,在多个回顾性研究中显示出了良好的临床效果,以局部治疗为主。吉西他滨联合顺铂是肝内胆管癌的经典化疗方案,以全身治疗为主。两者联合达到即有效控制肝脏病灶又有效控制肝外转移的效果。

(作者供职于郑州大学第一附属医院)

健康你我 原装生活 98
JIANKANGNIWO YUANZHUANGSHENGHUO

河南中医药大学第三附属医院
推拿二病区主任周斌:
大手法松解术
治疗粘连期肩周炎
扫码看视频

周斌,河南中医药大学第三附属医院推拿二病区主任、治未病科主任;首届中国中西医结合学会疼痛学专业委员会青年委员,中华中医药学会治未病分会委员,中国中医药信息学会药浴手法分会副秘书长,中国民族医药学会推拿分会常务理事,河南省中医药学会推拿专业委员会副秘书长;擅长疼痛性疾病的精确诊断,难治性疼痛的推拿、正骨、针灸、针刀、臭氧水等综合疗法治疗。

征 稿

本版是以中医药为主要内容的"医生园地",内设《中西合璧》《中医特色技术》《中医外治》《针推治验》《四诊合参》《临证心语》《中药用法》《名医堂》《验案举隅》《经验之谈》等栏目。

稿件要求:一定是原创,言之有物,具体可行;1000字以内;可以用小故事开头,以增加趣味性。

联系人:朱忱飞

电话:13783596707

投稿邮箱:5615865@qq.com

邮政编码:450000