

急性组织坏死性淋巴结炎治验

郝建梅¹ 高红梅¹ 杨 彤²

主题词 淋巴结炎/中医药疗法

1 病例介绍

杨某,女,14岁,于1998年5月底无明显诱因出现发热(体温39℃左右),无恶寒及咳嗽等症,血常规:白细胞 $6.2 \times 10^9/L$,中性0.48,淋巴0.52,给予对症处理。3天后出现左侧颈前淋巴结肿大,复查血常规:白细胞 $4.95 \times 10^9/L$,中性0.46,淋巴0.52,嗜酸0.02;尿常规:蛋白(±);X线胸透:心肺未见异常,肝功能检查及乙型肝炎感染免疫检测:乙肝表面抗原、乙肝表面抗体、乙肝e抗原、乙肝e抗体、乙型肝炎核心抗体未见异常;血沉45mm/h,抗“O”(一),类风湿因子(一),肥达氏、外斐氏反应均阴性,以静脉点滴病毒唑、双黄连注射液和对症治疗热退,肿大的淋巴结恢复正常。7月初患者无明显诱因又出现左侧颈前淋巴结肿大、疼痛,口服阿莫西林胶囊配合外贴中药效不佳,于7月15日出现持续高热,无咳嗽,静脉点滴先锋V仍无效,且左侧颈前淋巴结进一步肿大,疼痛拒按,颈部活动受限,遂于1998年8月3日在某院收住院。入院查体:体温38.4℃,呼吸85次/分,脉搏20次/分,血压130/80mmHg(1mmHg=0.133kPa),神志清,热性病容,皮肤巩膜无黄染。左侧颈部胸锁乳突肌前后缘均可触及数个黄豆或蚕豆大小淋巴结,活动可,有触痛。咽部无充血,双侧扁桃体无肿大。胸廓对称,双肺呼吸音清,未闻及干、湿罗音,心前区无膨隆,心界不大,心律85次/分,律齐,心音有力,各瓣膜听诊区未闻及病理性杂音,腹平坦,肝肋下未及,脾脏略肿大,双下肢无水肿,神经系统检查未见异常。入院查腹部B超:脾脏肿大,厚度为4.2cm,光点密集、均匀。血沉80mm/h,结核杆菌基因定量测定(TB-PCR)阴性。骨髓稀释:未见淋巴瘤细胞。口腔B超:左侧颈部多发性淋巴结肿大,结构细腻,血供较多。局部淋巴结活检病理报告:(左侧颈前淋巴结)坏死性淋巴结炎。最后确诊为:急性组织坏死性淋巴结炎。给予抗病毒、对症、支持治疗,疗效不显著,转请中医治疗。

8月11日初诊:患者每于午后4时开始发热,至晚上12时热自退,左侧颈前淋巴结肿大疼痛,舌质红苔白厚,脉滑数。治以养阴清热、软坚散结,佐以利湿为法,方以青蒿鳖甲汤合消瘰丸加减。药用:青蒿30g,炙鳖甲(先煎)15g,知母10g,生地黄20g,牡丹皮15g,玄参15g,生牡蛎(先煎)30g,川贝母15g,银柴胡12g,胡黄连10g,地骨皮12g,百合20g,白豆蔻10g,杏仁10g,薏苡仁15g,土茯苓20g。服至第8剂热退,淋巴结肿痛减轻,效不更方。门诊治疗2月后,患者再无发热,淋巴结肿痛基本消失,舌质淡苔薄白,脉沉弱,予滋补肝肾、软坚散结,佐以疏肝清热为主,方以滋水清肝饮合消瘰丸加减。药用:生地黄10g,山药10g,山茱萸10g,牡丹皮10g,茯苓10g,泽泻10g,柴胡10g,焦栀子10g,当归10g,白芍10g,玄参10g,生牡蛎(先煎)15g,炙鳖甲(先煎)15g,大枣3枚。服15剂后痊愈。随访1年余,病情无反复,身体已康复。

2 讨论

急性组织坏死性淋巴结炎(Kikuchi病)临床较为少见,1982年由日本学者菊池首先描述,我国20世纪70年代已开始在外科病理中诊断此病。本病多见于中国、日本等东方国家,主要累及青少年,女性略多于男性,临床上呈亚急性经过,高热持续,血液白细胞不升高,应用抗生素无效。肿大的淋巴结多在颈部,经活检被确诊。本病病因至今不明,普遍认为是某种病毒所致。也有认为本病的发病机制中,其中变态反应可能也起了一定作用。

本病属中医学“暑温”、“瘰癧”范畴。暑温乃因感受夏暑当令之暑热而致病,其致病多直入气分,而无卫分过程,易于劫灼津液,易于损伤正气,暑热易兼夹湿邪,形成暑湿相兼之证,治疗应做到“化湿不伤阴,滋阴而不碍湿”。患者就诊时因暑湿久羁,劫灼真阴,治以养阴清虚热,佐以利湿、补气,方以青蒿鳖甲汤加减。方中以鳖甲滋阴退热,入络搜邪,青蒿清热透络,引邪外出,两者并用,滋阴透邪;生地黄甘凉滋阴,知母苦寒滋润,牡丹皮清血中伏热;杏仁、薏苡仁、白豆蔻清热利湿;土茯苓解毒等。对于病瘥后的调治,以滋水清肝饮滋养肝肾收功。治疗全程,针对肿大的淋巴结,治以软坚散结,解毒通络,方以消瘰丸贯穿始终,此乃“寓攻于补之中”。诸药合用,标本兼治,疾病得复。

1 陕西省西安市中医医院肝病科,西安市东大街183号(710001)

2 陕西省西安市防疫站

收稿日期:2002-06-19;修回日期:2002-09-12