

## 名医传承

# 基于“中焦虚寒”理论治疗肠系膜脂膜炎的学术经验

余奎<sup>1</sup>, 梁晓强<sup>2</sup>, 戚大川<sup>1</sup>, 张静喆<sup>3</sup>

**摘要:** 肠系膜脂膜炎(MP)是一种少见的以慢性炎症为主的肠系膜炎性疾病,早中期患者以慢性腹痛、腹泻等症状为主要表现,后期因肠系膜增生、挛缩会导致肠梗阻、穿孔或坏死等严重并发症。医学文献中以案例报道为主,部分病例具有自限性,多数临床医生对该病缺乏认知。MP在传统医学中无明确归属,笔者近年采用单纯中医药治疗了20余例MP患者,在综合前人研究的基础上,通过梳理该病的临床诊治经验,总结了该病的病因病机,发现“中焦虚寒”是该病发病的主要病机,提出了基于组织病理学分期的中医辨证分型及对应的治法治则,丰富了中医药治疗MP的理论与方法。

**关键词:** 肠系膜脂膜炎;辨证论治;中焦虚寒;小建中汤;血府逐瘀汤

**中图分类号:** R657.2;R269 **文献标识码:** A **DOI:** 10.3969/j.issn.1007-6948.2026.01.025

肠系膜脂膜炎(mesenteric panniculitis, MP),又称腹内脂膜炎、收缩性肠系膜炎、硬化性系膜炎等。MP是少见的以慢性炎症为主要特征的肠系膜炎性疾病,主要累及小肠系膜,最常见部位为空肠系膜,也可见于大网膜及结肠系膜<sup>[1]</sup>。本病最早由Jura等1924年描述,1960年Ogden将其命名为肠系膜脂膜炎。发病率约为0.18%~3.14%<sup>[2]</sup>,多见于文献个案报道。2016年以前国内文献报道的病例总数不足400例,以中青年为主,平均发病年龄在50岁左右,男女发病比例相当<sup>[3]</sup>。活检病理是诊断的金标准,但由于活检病理需要手术操作,普适性较差,目前诊断主要以腹部CT扫描为主<sup>[4-5]</sup>,腹腔镜手术中偶可发现,主要表现为小肠系膜呈大片点状充血或渗出性改变(图1)<sup>[6-7]</sup>。由于该病隐匿且少见,多数医生对该病较为陌生,常常导致患者确诊后却就医困难的困境,目前针对该病的针灸治疗报道少见。本文在综合既往研究的基础上<sup>[3]</sup>,结合笔者自身的临床诊治经验及顾氏外科诊治急腹症的学术思想,总结了该病的病因病机,在疾病组织病理学分期的基础上,提出了中医辨证分型及相应的治法治则,取得了显著的疗效,丰富了该病的中医药治疗理论与方法。



图1 腹腔镜下见小肠系膜点状渗出、充血

(本图片来源于湖南省人民医院尹新民教授,已获授权用于学术用途)

## 1 中焦虚寒理论

1.1 中焦虚寒理论的渊源及内涵 《伤寒论》<sup>[8]</sup>云:“伤寒,阳脉涩,阴脉弦,法当腹中急痛,先与小建中汤;不瘥者,小柴胡汤主之。”《景岳全书》<sup>[9]</sup>云:“脾胃虚寒,中气不健,而三焦胀满者,是为气虚中满。其为证也,必多吞酸噎腐,恶食恶寒,或常为溏泄而别无火证火脉者,必属脏寒,此所谓脏寒生满病也,惟宜温补。”清·陈士铎《石室秘录》<sup>[10]</sup>在“浅治法”篇中有云:“浅者,因病未深而浅治之,不必深治之者也……腹痛,用小建中汤也。”学术界大多将中焦虚寒证归属于胃痛或腹痛病中的一个证型。周乐年认为中焦虚寒证可细分为气虚、阳虚、阴阳两虚与寒热错杂等<sup>[11]</sup>。

1.2 中焦虚寒与MP不同的MP分期,其中医病机亦不同。疾病早期,患者一般以腹部慢性隐痛为主,部分患者可有消瘦。舍脉从症,笔者认为,患者此期的病机多为中焦虚寒,病因多为贪凉或脾胃虚

基金项目:国家自然科学基金青年科学基金项目(82004372);上海市卫生健康委员会医学新技术研究与转化种子计划(2024ZZ2059)

上海中医药大学附属龙华医院1.普外二科;2.中医外科研究所;3.普外一科(上海 200032)

通信作者:戚大川,E-mail:alexqi7@163.com;张静喆,E-mail:zjzzq@sina.com

寒,日久,寒凝则气滞,气滞则不通,不通则痛,此期部分患者可自愈;如早期疾病迁延未愈,则转为寒湿痰凝证,凝聚成形,肠系膜渗出同时,可伴有多发结节,转为疾病中期,此时,寒凝阻滞气血,不通则痛,故疼痛一般较明显,发作频率亦更高;若疾病中期治疗不及时或治疗无效,寒湿化热,蒸灼局部津液,肠系膜结节融合、纤维化、挛缩,可致使肠腑蠕动受阻,发为肠结,严重时可有穿孔之风险。

## 2 MP 的中医辨证论治

该病在古代典籍中无对应疾病,可归属于腹痛、积聚等范畴,中医药疗法散见于个案报道中。笔者早期开始研究该病的中医药疗法,近年来陆续接诊了 20 余例 MP 患者,采用单纯中医药疗法取得了较显著的疗效,结合该病的分期及发病特点,倡导按照如下证型进行中医辨证治疗。

### 2.1 疾病早期、中期的中医辨证

**2.1.1 中焦虚寒** 症状:腹痛、腹胀、腹泻,部分患者可有腹部牵拉感,腹痛部位以脐周、左下腹、右下腹为主,也可见于中下腹或上腹。多数患者疼痛较轻微,腹痛每日发作数次至几十次,或者每周发作数次至数十次不等。舌淡红,苔薄白或薄白腻,脉弦、脉细或脉沉。

证候分析:此期为里虚寒证,多由贪凉或脾胃虚寒,日久,寒凝则气滞,气滞则不通,不通则痛。

治法及方药:治以温中散寒止痛。方用小建中汤化裁,其中饴糖为君药可全程采用。疼痛发作频率较高者,可加用吴茱萸、高良姜、干姜、附子等增强温中散寒之力。疼痛明显者,可加用片姜黄、延胡索、醋香附、木香等增强止痛之力。笔者在临证过程中,一般会酌情配伍四君子汤或四物汤。

肠系膜脂肪萎缩期、肠系膜脂肪炎症反应期常见该型,属于疾病发病早期,由于肠系膜脂肪萎缩期患者多无明显症状,故多在体检或其他疾病就诊时发现。肠系膜炎症反应期最常见,患者多因慢性腹痛为主诉就诊,经反复检查确诊该病,CT 影像学表现以肠系膜渗出为主,无肠系膜结节样改变;患者舌苔、脉象上一般无明显特征性表现,辨证上采用舍脉从症法。该期也可兼杂其他实证,如苔见白腻,则为兼夹湿证,此时治疗上应酌情加用健脾化湿之药。

**2.1.2 血瘀痰凝** 症状:腹痛频繁发作,疼痛明显或无法耐受,需要药物止痛。舌淡红或淡紫,苔薄白或薄腻;脉弦或弦紧、脉沉或细弦。

证候分析:该期为因虚致实,早期疾病迁延未

愈,寒湿痰凝,凝聚成形,肠系膜渗出同时,可见多发结节;寒凝阻滞气血,不通则痛,故疼痛一般较明显,发作频率亦更高。

治法及方药:治宜温中理气定痛、活血化瘀散结;方拟血府逐瘀汤合小建中汤化裁,腹痛明显者,加用片姜黄、延胡索、醋香附、失笑散等,肠系膜结节较多或较大者,加用醋莪术、醋三棱、蒲公英、炙鳖甲、广地龙、参三七等,如舌苔黄腻,多为痰凝化热,可加用大血藤(红藤)、紫花地丁、茵陈、虎杖等;如患者显出焦虑不安,可加用柴胡疏肝散或逍遥散化裁,或加用玫瑰花、绿萼梅、香附、郁金、枸橘、佛手等疏肝理气。

肠系膜脂肪纤维结节期多为该型,为疾病中期,此期腹痛常较频繁,疼痛程度一般较重,CT 影像学表现中可见肠系膜渗出、多发结节。该期虽为里实证,如脉沉细,或弦细,则兼有阳虚或血虚等证,此时治疗上宜酌情加用益气温阳、补血等药物。

**2.2 疾病晚期的中医辨证** 肠系膜挛缩期,为疾病晚期,该期患者多并发肠梗阻,极易出现肠缺血坏死、穿孔等严重并发症,可参照肠梗阻的中医辨证,如肠梗阻经保守治疗无法缓解,需及时手术干预。此期以补中益气、理气通腑、通腑泻下为主要治疗原则,治以小承气汤、大承气汤等,配合外科治疗方案,随证治之。

## 3 验案举隅

患者,女,57 岁,2023 年 10 月 27 日初诊。主诉:反复发作下腹部胀痛不适半年余。患者半年前无明显诱因出现下腹部疼痛不适,以胀痛为主,疼痛部位以右下腹为主,偶有左下腹,疲劳时易诱发,疼痛时可伴右侧腹股沟区牵拉感,无腹泻及呕吐,无畏寒。刻下症见:右下腹胀痛,右侧腹股沟区牵拉感,大便日行 1 次,成形,夜寐欠安易醒。舌红,苔薄白,脉沉弦。辅助检查:2023 年 6 月 29 日在外院行腹部 CT 平扫示:肝脏多发稍低密度小结节,中腹部肠系膜脂肪间隙模糊伴小淋巴结,考虑肠系膜脂膜炎。否认高血压、糖尿病及既往胆囊切除病史。西医诊断:肠系膜脂膜炎;中医诊断:腹痛(血瘀痰凝证)。治以温中理气止痛、活血化瘀散结,予血府逐瘀汤合小建中汤化裁;处方:明党参 15 g,麸炒白术 12 g,炒白芍 9 g,赤芍 9 g,燀桃仁 9 g,红花 9 g,当归 12 g,川芎 15 g,醋三棱 9 g,醋莪术 12 g,蒲公英 15 g,大血藤 15 g,枳实 9 g,厚朴 9 g,香附 12 g,郁金 12 g,黄连片 3 g,葛根 15 g,炙甘草 9 g。14 剂,每日 1 剂,代煎每剂 2 包,每包 200 mL,早晚各服 1

包,嘱忌食生冷、辛辣食物。

二诊,2023 年 11 月 9 日,服上药后,2 周内右下腹胀痛发作 4 次,右侧腹股沟牵拉感仍有,近日有腹泻不适,无畏寒,舌红,苔根薄黄,脉沉细滑。方拟:炙黄芪 15 g,明党参 12 g,北柴胡 6 g,黄芩片 9 g,麸炒白术 12 g,桂枝 12 g,炒白芍 9 g,葛根 15 g,燻桃仁 9 g,红花 9 g,醋莪术 9 g,赤芍 9 g,蒲公英 15 g,厚朴 9 g,枳实 9 g,香附 12 g,玫瑰花 9 g,延胡索 9 g,炙甘草 9 g。共 14 剂,每日 1 剂,代煎每剂 2 包,每包 200 mL,早晚各服 1 包,嘱忌食生冷、辛辣食物。

三诊至五诊时,发作次数仍为 2 周内 3~4 次,但腹胀痛持续时间有缩短,程度有减轻,腹股沟区牵拉感消失,守前方略加减化裁。

六诊,2024 年 3 月 15 日,服用后近 2 周腹胀痛发作 2 次,泛酸数次,皮肤瘙痒,双下肢略无力,双手食指触觉敏感。舌红,苔薄白,脉沉略滑。方拟:明党参 15 g,炒白芍 9 g,麸炒白术 12 g,茯神 15 g,川芎 15 g,枳实 9 g,厚朴 9 g,陈皮 9 g,葛根 15 g,香附 12 g,八月札 12 g,川牛膝 12 g,伸筋草 15 g,麦冬 9 g,麸炒薏苡仁 15 g,柿蒂 12 g,炙甘草 3 g。共 14 剂,每日 1 剂,代煎每剂 2 包,每包 200 mL,早晚各服 1 包,嘱患者忌食生冷、辛辣食物。

六诊服药后,腹胀未发作,双下肢无力亦除,双手指触觉敏感症状消失。2024 年 5 月 25 日复查腹部增强 CT 示:胆囊术后改变,肝内外胆管轻度代偿性扩张,中下腹部系膜肿胀并多发小淋巴结,提示中下腹部肠系膜脂膜炎。随访治疗至今,腹胀痛未再发作。

本例患者属于疾病中期,有肠系膜渗出及淋巴结肿大,因此治以温中理气止痛、活血化瘀散结,予血府逐瘀汤合小建中汤化裁,初诊时方中加用四君子汤健脾益气,枳实、厚朴理气通腑,香附、玫瑰花疏肝理气,醋莪术活血散结,延胡索活血止痛等,就诊五次后,患者腹痛即除。

#### 4 结语

4.1 MP 的症状 MP 初始发病时可无明显症状,约 1/3 的患者是体检时腹部 CT 检查发现的,出现症状者,多数以慢性腹痛(约 70%)、腹胀等为主,文献报道中的其他临床症状主要有:发热(约 15.1%)、恶心呕吐(18%)、消瘦(7.9%)、腹泻(5.2%)、便秘(2.0%)、食欲下降(1.3%)等<sup>[9]</sup>,发病较久可出现腹腔内肿块,引起肠梗阻甚至肠坏死等<sup>[12-13]</sup>。

4.2 MP 的病因 MP 的病因不明,文献报道的主要

诱因有:腹部手术、创伤、腹部感染性疾病(如阑尾炎、胰腺炎、胆囊炎等)、风湿免疫性疾病(如类风湿性关节炎、系统性红斑狼疮等)<sup>[3,14]</sup>,部分患者可同时伴有恶性肿瘤<sup>[15-16]</sup>、肠系膜血栓<sup>[17]</sup>、炎症性肠病等疾病<sup>[2]</sup>,也有报道肿瘤靶向治疗后诱发 MP<sup>[18]</sup>。

4.3 MP 的病理分期 根据文献中总结的 MP 组织病理学特点,该病可分为 4 期:肠系膜脂肪萎缩期、肠系膜脂肪炎症反应期、肠系膜脂肪纤维结节期、肠系膜挛缩期。中医辨证过程中,笔者将其简化为 3 期,分别为:疾病早期(肠系膜脂肪萎缩期和炎症反应期)、疾病中期(肠系膜脂肪纤维结节期)、疾病晚期(肠系膜挛缩期)。

4.4 MP 的诊断依据 CT 是 MP 首选的检查方法,腹部 CT 的典型表现为:1) 肠系膜周围的脂肪组织密度不同程度增高、渗出;2) 脂肪组织边界清晰;3) 肠系膜中肿大淋巴结,且直径小于 10 mm;4) 肠系膜多发结节样改变,病变与周围脂肪分界清晰,增强扫描无强化,呈现“脂环征”表现;5) 脂肪周围纤维组织包绕——“假包膜征”等。符合上述 5 项标准中的 3 项即可诊断<sup>[15]</sup>。

4.5 MP 的病机及预后 根据笔者经验,该病多由贪凉或脾胃虚寒,日久,寒凝则气滞,气滞则不通,不通则痛,其病机多为中焦虚寒。临床上绝大多数 MP 患者采用单纯中医药治疗后腹痛等症状可快速缓解,经过 3~6 个月治疗后,腹痛等症状大多可消失,腹部 CT 影像学表现有改善,肠系膜渗出改善需要治疗 1 年以上,肠系膜结节减少或消失需要治疗 1~2 年。

#### 参考文献:

- [1] Buragina G, Magenta Biasina A, Carrafiello G. Clinical and radiological features of mesenteric panniculitis: a critical overview [J]. Acta Biomed, 2019, 90(4): 411-422.
- [2] Saha B, Tome J, Wang XJ. Sclerosing mesenteritis: a concise clinical review for clinicians[J]. Mayo Clin Proc, 2024, 99(5): 812-820.
- [3] 程相阵, 张秀英. 中国人肠系膜脂膜炎的临床特点分析 344 例 [J]. 世界华人消化杂志, 2016, 24(18): 2908-2912.
- [4] Wang JQ, Li BH. CT findings of idiopathic mesenteric panniculitis and analysis of related factors [J]. Eur J Radiol, 2023, 167: 111071.
- [5] 吴雯, 王伟浪, 吉欣, 等. 基于腹部 CT 确定腹部脂肪参数与肠系膜脂膜炎的关系 [J]. 徐州医科大学学报, 2024, 44 (5): 357-362.
- [6] 贾莉, 梁照. 腹腔镜术中发现肠系膜脂膜炎 1 例及临床分析[J]. 检验医学与临床, 2023, 20(9): 1340-1342.

- [7] Sakata M, Toyokawa T, Hamano R, et al. A rare finding from a colonoscopy and laparoscopy of a patient with mesenteric panniculitis mimicking cancerous peritonitis [J]. *Gastrointest Endosc*, 2021, 93(4): 987-988.
- [8] 熊曼琪. 伤寒论: 中医药高级丛书 [M]. 北京: 人民卫生出版社, 2000: 230.
- [9] 李志庸. 张景岳医学全书: 明清名医全书大成[M]. 北京: 中国中医药出版社, 1999: 1155.
- [10] 柳长华. 陈士铎医学全书: 明清名医全书大成[M]. 北京: 中国中医药出版社, 1999: 333.
- [11] 李保双, 朱清. 周乐年学术思想探讨: 中焦虚寒证 [J]. *辽宁中医杂志*, 2007, 34(4): 424-425.
- [12] Pavlidis ET, Psarras KK, Symeonidis NG, et al. Mesenteric panniculitis, a rare entity causing intestinal obstruction [J]. *Am Surg*, 2023, 89(4): 1048-1050.
- [13] Wang HY, Zhao ZY, Cao QC, et al. A review of 17 cases of mesenteric panniculitis in Zhengzhou Ninth People's Hospital in China[J]. *BMC Gastroenterol*, 2024, 24(1): 48.
- [14] 苏雅珍, 郭乾育, 马丹, 等. CT 诊断的肠系膜脂膜炎 50 例临床特点分析[J]. *中国实用内科杂志*, 2020, 40(2): 146-149.
- [15] 刘斯, 侯启圣, 刘理, 等. 41 例肠系膜脂膜炎的临床特点分析[J]. *中国急救医学*, 2021, 41(5): 404-406.
- [16] 刘伟, 王硕, 南润玲. 肠系膜脂膜炎与恶性肿瘤的相关性研究[J/OL]. *中华普通外科学文献(电子版)*, 2024, 18(2): 115-118.
- [17] 宋创业, 孟艳林, 刘冰, 等. 易栓症致肠系膜脂膜炎并发肠梗阻一例[J]. *临床外科杂志*, 2023, 31(8): 797-798.
- [18] Karhan O, Sezgin Y, Ileri S, et al. Mesenteric panniculitis as a side effect of nivolumab in a patient with laryngeal cancer[J]. *Niger J Clin Pract*, 2024, 27(6): 800-803.

(收稿日期: 2025-02-01 本文编辑: 徐妍)

---

## · 读者 · 作者 · 编者 ·

### 需注意的规范医学用词

黏膜、腹膜刺激征、综合征、体征、气腹征、指征、Whipple 三联征、并发症、急腹症、门静脉高压症、适应证、禁忌证、症候、腹膜返折、胃食管反流、纵隔、直肠阴道隔、膀胱阴道隔、横膈、膈肌、膈下、膈疝、尿生殖膈、水分、成分、食管淤血、血象、图像、好像、相机、相片、阿司匹林、甲氨蝶呤、肌肉注射、心肌梗死、脑梗死、计数法、砂袋、神经元、糖原、其他、作一综述