

· 医案医话 ·

# 袁红霞治疗溃疡性结肠炎验案举隅

邱春叶 指导:袁红霞

(天津中医药大学,天津 300193)

**[摘要]** 袁红霞教授对溃疡性结肠炎的临床诊疗具有独到的见解,认为本病病位虽在大肠,但脾虚是发病基础,病及肺肝肾,湿邪是主要致病因素,瘀血既是病理产物,又是致病因素。治疗多从整体论治,重视脏腑之间的相互关联,以健脾为主,结合疏肝、温肾之法,同时亦多用平调寒热、调和气血之法。

**[关键词]** 袁红霞;溃疡性结肠炎;痛泻要方;胃关煎;乌梅丸;乙字汤;苓桂术甘汤;验案

**[中图分类号]** R256.34

**[文献标志码]** B

**[文章编号]** 0257-358X(2019)01-0084-03

**DOI:** 10.16295/j.cnki.0257-358x.2019.01.018

溃疡性结肠炎是一种病因尚未明确的慢性非特异性炎症,主要累及直肠和结肠,属于炎症性肠病的范畴,主要临床表现包括反复发作的腹痛、黏液脓血便、腹泻及里急后重等肠道内症状及关节、皮肤、眼、口腔、肝胆等全身性的表现<sup>[1]</sup>。溃疡性结肠炎病情轻重不一,多长期迁延不愈或反复发作。属于中医学久痢、肠癖、滞下、休息痢、肠风等范畴。目前现代医学认为溃疡性结肠炎发病多与遗传基因的易感性、免疫损伤及环境因素有关<sup>[2]</sup>,还没有完全治愈溃疡性结肠炎的药物,且具有疗程长、不良反应大、复发率高等问题,中医治疗多采用辨病与辨证相结合的方法,具有复发率低、不良反应小、减少激素依赖、疗程短等特色与优势<sup>[3]</sup>。

袁红霞教授系天津中医药大学博士研究生导师,国家中医药管理局首批优秀中医临床人才。袁教授在运用经方治疗脾胃系统疾病及相关疑难杂症方面有其独到见解,临床诊疗辨证灵活,尤其对溃疡性结肠炎的治疗积累了丰富的临床诊疗经验。笔者有幸师从袁老师学习,收获颇丰,现将袁老师治疗溃疡性结肠炎的临床验案 4 则整理如下,以飨同道。

## 1 调和肝脾化湿热

刘某,男,57 岁,2016 年 5 月 21 日初诊。患溃疡性结肠炎 2 年余。患者于 2 年前出现大便日二三

十次之多,先稀水样便,后呈糊状,经西药治疗乏效,现症:大便日四五次,稀水样便,伴鲜红色血液,伴肛门瘙痒,情绪不畅则加重,腹部绞痛,便前腹痛,泻后痛减,夜间左侧头痛,口苦,易急易怒,无饥饿感,小便几无,倦怠乏力,纳可,寐欠佳。糖尿病史十余年,血糖控制可。近一年体质量下降 15 kg。舌暗红,苔白稍黄,脉弦细。此乃肝脾不和兼湿热内蕴之证,治宜疏肝理气,健脾和中,清利湿热,方用痛泻要方加减。处方:炒白术 15 g,白芍 15 g,防风 10 g,陈皮 6 g,乌梅(醋泡)50 g,细辛 3 g,桂枝 15 g,黄连 10 g,黄柏 10 g,当归 10 g,花椒 10 g,炮姜 10 g,附子(先煎)10 g,赤小豆 10 g,三七粉(冲服)3 g。7 剂,水煎服。嘱清淡饮食。二诊:药后症缓,大便日一二次,稀水样便,腹痛缓,小便量增,舌暗红,苔白,继服上方加减巩固治疗。

按:《症因脉治》中提及:“七情内伤病之因,忧愁思虑则伤脾,脾阴既伤,则转输失职,不能运化,停积肠胃之中……则脾家壅滞,而滞下之证作矣。”<sup>[4]</sup>明确阐明其发病与情志因素密不可分。袁老师认为部分溃疡性结肠炎患者病情的发生、加重皆与情志因素有莫大的关联,肝主疏泄,喜条达,恶抑郁,脾之运化及升清降浊皆有赖于肝之疏泄。若肝之疏泄失职,则脾之运化失常,导致水谷停滞不化,水湿内生,湿邪蕴久化热,湿热下注大肠,阻滞脉络,血败肉腐,出现腹泻、腹痛、黏液脓血便等症。

本案患者情绪不畅则病情加重,且便前腹痛,泻后痛减,为土虚木乘之证,肝气失于条达,气机升降

**[收稿日期]** 2017-10-12

**[作者简介]** 邱春叶(1989-),女,山东临沂人,2015 年硕士研究生,主要从事中医脾胃病研究。邮箱:1358734933@qq.com。

失职,中焦运化失常,则致湿邪留滞肠间,郁久化热。用痛泻要方调和肝脾,缓痛止泻。痛泻要方出自《丹溪心法》,为和解之剂,主治“痛泻不止”。方中炒白术苦甘性温,补中燥湿;白芍苦酸性寒,平肝缓急止痛,与白术相配,可土中泻木,既疏肝之郁滞,又健脾之气虚;陈皮辛苦性温,理气燥湿;防风味辛性温,既可散肝郁、健脾气,又可燥湿以止泻。并合用赤小豆当归散化湿清热,乌梅丸止久利。张锡纯在《医学衷中参西录》中提及:“三七兼治二便下血,痢疾下血鲜红久不愈,所下之痢色紫腥臭,杂以脂膜,此乃肠烂欲穿,三七能化腐生肌,是以治之。”袁老师取其化腐生肌,止血而不留瘀之效。

## 2 温补脾肾散寒湿

曹某,男,45岁,2016年11月24日初诊。既往溃疡性结肠炎病史。患者诉1年前出现大便不成形,大便日一行,质黏,夹少量不消化食物及脓血,未行任何治疗。现症:大便日三四次,不成形,夹不消化食物及少量脓血,便前略有腹痛,畏寒,四末不温,腰酸,足底麻,纳差,寐可,小便频。舌淡红,苔薄白稍满,脉沉细滑。此乃脾肾虚、火不暖土之证,治宜温补脾肾,散寒祛湿。方用胃关煎加减配合外敷药。处方:吴茱萸 10 g,炮姜 6 g,山药 30 g,熟地黄 30 g,白扁豆 30 g,炙甘草 10 g,炒白术 15 g,白芍 10 g,陈皮 10 g,防风 10 g。7剂,水煎服。嘱清淡饮食。二诊:服药后大便稍成形,少量脓血便,四肢渐温,畏寒、腰酸如前,纳增,舌淡红,苔薄白,脉沉细,上方加赤石脂(单包)15 g,14剂,巩固疗效。

按:《素问·水热穴论》曰:“肾者,胃之关也,关门不利,故聚水而从其类也。”肾为胃关,脾为后天之本,气血生化之源,肾阳的温煦、肾气的推动有助于脾胃腐熟运化水谷。肾又开窍于二阴,若肾阳不足,命门火衰,则脾胃失于运化,大肠失于传导,令糟粕聚于肠道,与湿邪相合,则寒湿凝聚,滞于大肠,肠络失和,脂络损伤,日久腐败化脓,阳虚不能固涩,出现腹泻、腹痛、黏液脓血便等症状,多为暗红色血便。

本案因肾阳虚衰,水谷精微无以化生,导致泄泻日久,故以胃关煎温补脾肾,化湿止泻。胃关煎出自《景岳全书》,袁老师用大剂量的熟地黄以滋肾水,取阴生阳长之意,此即“善补阳者,必于阴中求阳,则阳得阴助而生化无穷”之意;炮姜具守而不走之性,配伍吴茱萸,可温煦中焦,温阳散寒涩肠以止泻;炒白术、白扁豆健脾益气、化湿以止泻,全方共奏温中健

脾止泻、滋阴补肾之功。二诊时加用赤石脂,暗含桃花汤之意,嘱患者一半入煎剂,一半以末冲服,取其被复、吸附作用,直接作用于肠道,增强收涩之效。袁老师在临床中见腹泻日久,食后即泻,伴腰酸、腰痛、脉沉等证多用此方。

## 3 寒温并用祛湿浊

袁某,女,42岁,2016年9月4日初诊。腹泻伴脓血月余。患者腹泻反复发作数月余,于1个月前出现腹泻伴脓血便,于当地医院行肠镜检查示:溃疡性结肠炎(轻度)。现症:患者大便日3~7次,不成形,伴脓血便,朝轻暮重,喜揉按,动则汗出,头汗明显,倦怠乏力,无闻声响,纳呆,四末不温,寐差,入睡困难,小便调,易急易怒,舌质淡紫而苔黄,边齿痕而苔薄白,脉沉细。此乃寒热错杂、湿邪蕴肠之证,治宜平调寒热,化湿止利。方用乌梅丸加减。处方:乌梅(醋泡)30 g,细辛 3 g,桂枝 10 g,黄连 6 g,黄柏 10 g,当归 10 g,党参 10 g,花椒 10 g,炮姜 10 g,附子(先煎)10 g,仙鹤草 30 g,柴胡 15 g,黄芩炭 10 g,半夏 10 g,茯神 30 g,酒大黄 6 g,姜 4 片,大枣 5 枚。7剂,水煎服。嘱清淡饮食。二诊:患者大便次数明显减少,日二三次,少量脓血,体力觉增,纳增,寐仍差,舌淡紫,苔薄黄,脉沉细。上方加桔梗 3 g,炒白术 15 g,14剂巩固治疗,随访2个月未见复发。

按:张璐在《张氏医通》<sup>[5]</sup>中曰:“下利积年不瘥,必然正气虚寒。”袁老师认为溃疡性结肠炎虽以大肠湿热为病机之关键,但湿热之邪蕴于肠道之内,气血与之相搏,气机阻滞,传导失司,进一步损伤脾胃,脾阳虚衰,运化失司,则水谷不得正常运化,积聚肠道,湿邪蕴久化热;脾阳虚衰日久损及肾阳,肾阳不足无以固摄,出现腹泻、腹痛、暗红色或鲜红色脓血便、怕冷、肛门灼热感等一系列寒热错杂之症。

乌梅丸出自《伤寒论》<sup>[6]</sup>第338条:“伤寒,脉微而厥……又主久利。”方中以乌梅为君药,取其“酸者收之”之意,且用醋泡,增加其酸收之性,酸敛止泻,附子、桂枝、细辛、炮姜、花椒,辛热助阳以散其寒;黄连、黄柏苦寒之品可坚其阴,清其热;方中当归、党参可补益脾胃,调和气血。全方可酸敛止泻,辛热温阳,苦寒坚阴,平调寒热。方中仙鹤草用至30 g,其味苦辛而涩,涩则能止,辛则能行,止涩中寓宣通之意,用于虚证或虚实夹杂之久泻,可获得出其不意之效果。肺与大肠相表里,肺失宣肃,则大肠传导失司,二诊加少量桔梗起引经药之效,如舟楫载药上行,达

于上焦以治肺而理大肠。

#### 4 清热化湿调气血

王某,男,40岁,2016年8月12日初诊。便血8个月余。患者于8个月前出现腹泻,便后出血,服中西药治疗后乏效。于当地医院行肠镜示:溃疡性结肠炎。现症:大便日一次,偶夹杂不消化食物,不成形,偶便血,时鲜红,时暗红,肛门灼热坠感,肠鸣,晨起甚,内痔,怕凉,面色苍白,体倦乏力,纳可,寐不实,多梦,小便可,舌暗红,瘀点,苔薄黄,脉沉细。此乃脾虚兼湿热下迫大肠之证,治宜清利下焦湿热,健脾止泻,调和气血。方用乙字汤合苓桂术甘汤加减。处方:柴胡6g,升麻6g,黄芩10g,酒大黄6g,当归30g,茯苓20g,桂枝10g,炒白术15g,炙甘草6g,仙鹤草30g,白及20g,三七粉(冲服)3g,槐花30g。7剂,水煎服。嘱清淡饮食。二诊:诸症缓解,大便先干后稀,便血未见,肛门灼热减,纳可,寐多梦,舌暗红,瘀点,苔薄黄,脉沉细。上方加桔梗6g,生甘草10g,7剂。三诊:患者大便已成形,仍有肛门烧灼感,舌暗红,苔薄黄,脉沉弦,上方取黄芩汤之意另加白芍10g、大枣5枚,继服7剂巩固治疗。

按:《素问·阴阳应象大论》曰:“湿盛则濡泻。”湿性重浊、黏滞,且外感湿邪多夹寒邪、热邪,湿热之邪下注大肠,病久入络,阻滞肠中气机,导致气血运行不畅,脾胃损伤,运化失职,痰浊内生,阻止气机运行,亦可导致气血运行不畅,出现舌质暗红、瘀斑、瘀点且痛位固定等血瘀之象;血瘀又能阻滞水湿运化,停于肠间,加重病情,二者互为因果,若瘀血不消,新血不生,则病情迁延难愈。

本案患者湿热之邪下注大肠,热伤血络,迫血妄行,出现便血、肛门灼热坠感等症;面色苍白,体倦乏力,大便伴不消化食物,舌暗、瘀点、脉沉细为病程日久,湿邪阻滞,气血运行不畅,耗气伤血,一派虚弱兼血瘀之象,乙字汤合苓桂术甘汤加减既清利下焦湿热,又调和气血。乙字汤因结肠形似“乙”字而得名,方中柴胡、升麻用量宜小,柴胡开郁,升麻升提,二者相配既清解下焦湿热又升阳举陷,达“调气则后重自除”之效<sup>[7]</sup>;黄芩清热解毒;大黄泻热活血,配伍当归养血活血,起到“活血则便脓自愈”之效<sup>[7]</sup>。患者腹泻物不成形伴不消化食物,考虑脾胃虚弱,中周升降功能失司,致不能运化水谷,湿浊内生,清浊不分而下,予苓桂术甘汤健脾止泻,苓桂术甘汤出自《伤寒论》,方中茯苓、白术健脾利水,导水饮从小便而去;茯苓、

桂枝相伍,温阳化饮;白术、甘草相伍健脾和中,实脾土以制水。

#### 5 小结

综上医案所述,分析袁老师治疗溃疡性结肠炎有如下辨证思路:①从整体论治,重视脏腑之间的相互关联,其病位虽在大肠,但脾虚是发病基础,病及肺肝肾;湿邪是其主要致病因素,血瘀既是病理产物,又是致病因素。②需辨虚实寒热:寒热错杂是其病理属性,如病属实属热,实热下迫大肠,宜乙字汤或白头翁汤清热利湿、调气和血;如病属虚证,宜苓桂术甘汤健脾化湿以止泻;如病属寒热错杂,宜乌梅丸平调寒热、祛湿止泻。③应辨表里:如湿热下利兼表证者,宜葛根芩连汤表里双解;如不兼表证者,宜黄芩汤清利湿热,或芍药汤清热燥湿、行气调血。④从肝脾肾论治:若属中焦脾阳不足,宜黄土汤温阳健脾、固脱止泻;若病属肝脾不和,多用痛泻要方或四逆散调和肝脾以止泻;若病属中下焦脾肾阳虚,宜胃关煎或桃花汤温补脾肾,涩肠固脱。⑤溃疡性结肠炎久泻不止者多加用仙鹤草,行收敛止泻兼调补气血之功;伴黏液脓血便者加用三七或白及,行化腐生肌,止血而不留瘀之效;擅用桔梗起引经药载药上行之势,治肺以理大肠;强调升提药用量宜小,以协助补益之品升提下陷之气。⑥治疗期间宜清淡饮食,忌食辛辣刺激、油腻等难消化食物,保持情志舒畅,心情愉悦。袁老师治疗溃疡性结肠炎处处体现着张仲景“观其脉证,知犯何逆,随证治之”的辨证思维,彰显出经方之效验。

#### [参考文献]

- [1] 张声生. 溃疡性结肠炎中医诊疗共识意见[J]. 中华中医药杂志, 2010, 25(6): 891-895.
- [2] 孙健, 高文艳, 一帆. 溃疡性结肠炎病因和发病机制研究进展[J]. 辽宁中医药大学学报, 2017, 19(4): 94-97.
- [3] 谢晶日, 孙涛, 张冰. 溃疡性结肠炎的中医药治疗进展及相关优势探讨[J]. 辽宁中医杂志, 2016, 43(2): 425-427.
- [4] 明·秦昌遇. 症因脉治[M]. 上海: 上海卫生出版社, 1958: 4, 36.
- [5] 清·张璐. 张氏医通[M]. 太原: 山西科学技术出版社, 2010: 156.
- [6] 张仲景. 伤寒论[M]. 北京: 中国中医药出版社, 2007: 85-86.
- [7] 金·刘元素. 素问病机气宜保命集[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2005: 27.