

刘凤斌教授治疗溃疡性结肠炎经验

Nguyen Thi Minh Thu¹, Nguyen Tuan Anh² 指导：刘凤斌³

1. 广州中医药大学 2012 级境外硕士研究生, 广东 广州 510405
2. 广州中医药大学 2013 级境外硕士研究生, 广东 广州 510405
3. 广州中医药大学第一附属医院, 广东 广州 510405

[摘要] 介绍刘凤斌教授治疗溃疡性结肠炎的经验, 认为溃疡性结肠炎病位主要在脾与大肠, 且与肝肾关系密切。病因病机可归纳为: 热(湿热)、虚(脾虚、肾虚、脾肾虚)、气(气郁)、瘀(血瘀), 临床上分急性期、缓解期, 有热毒炽盛、大肠湿热、脾胃虚弱、脾肾不足、肝脾不调等证型。急性期治以清热祛湿为主, 缓解期治以健脾渗湿为法, 各阶段治疗均考虑到以脾胃为中心, 五脏相关, 配合疏肝、益肾之法; 且气滞血瘀贯穿病程始终, 可适当运用活血化瘀之法。临床辨证论治, 诸法参用, 且需慎饮食, 调情志。

[关键词] 溃疡性结肠炎; 中医疗法; 刘凤斌

[中图分类号] R574.62 **[文献标识码]** A **[文章编号]** 0256-7415 (2014) 06-0024-03

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2014.06.012

刘凤斌教授是广州中医药大学博士研究生导师, 广州中医药大学第一附属医院主任医师、脾胃病科主任兼内镜室主任, 广州中医药大学脾胃研究所副所长, 全国第二届百名杰出青年中医。刘教授师从全国著名脾胃病专家王建华教授, 长期从事中西医结合防治脾胃疾病的教学、临床与基础研究工作, 积累了丰富的实践经验, 对溃疡性结肠炎的治疗具有独到的学术见解。笔者有幸跟师学习, 兹将刘教授运用中医药治疗溃疡性结肠炎的经验介绍如下。

1 病因病机

中医学古籍中无溃疡性结肠炎的病名记载, 但根据其腹泻便溏、湿泻水泻、黏液血便、便前腹痛、里急后重及久泻不止或腹泻与便秘交替出现的临床特征, 其可归属腹痛、泄泻、痢疾、肠风、肠毒、肠癖、滞下等范畴。

刘教授认为溃疡性结肠炎病位主要在脾与大肠, 且与肝肾关系密切。脾主运化, 喜燥恶湿, 大小肠分清泌浊、传送糟粕; 肝主疏泄, 调节脾运化; 肾主命门之火, 能暖脾助运。本病之病因病机可归纳为: 热(湿热)、虚(脾虚、肾虚、脾肾虚)、气(气郁)、瘀(血瘀)。主要致病因素为湿热, 病理基础以脾虚为本, 湿热、肝郁、瘀血为标。根据溃疡性结肠炎发展的不同阶段, 认为本病病初多为湿热内蕴, 久则肠络腐败, 化为脓血, 邪伤正气, 出现脾肾两虚。多为寒热错杂, 虚实相兼, 本虚标实之证。

2 辨证论治, 诸法参用

刘教授根据五脏相关理论结合岭南环境气候特点, 认为溃疡性结肠炎的病因病机是以脾虚为本, 湿热为因。溃疡性结肠炎活动期大多以热毒炽盛、大肠湿热、脾虚湿热证型为主; 缓解期则以脾肾不足、肝脾不调证型为主。急性期治以清热祛湿为主, 缓解期治以健脾渗湿为法, 各阶段治疗均考虑到以脾胃为中心, 五脏相关, 配合疏肝、益肾之法; 且气滞血瘀贯穿病程始终, 可适当运用活血化瘀之法。①热毒炽盛证: 发病急, 壮热, 口渴心烦, 胸闷不适, 腹痛剧烈, 里急后重, 痢下脓血, 便频, 舌红绛、苔黄燥, 脉滑数。治以清热解毒、凉血止血为主, 方选白头翁汤加减。②大肠湿热证: 腹痛、腹泻, 便下黏液脓血, 肛门灼热, 身热, 里急后重, 小便短赤, 咽干口苦, 舌红、苔黄腻, 脉滑数。治以清热燥湿、凉血止血为主, 方选葛根芩连汤加减。③脾胃虚弱证: 大便溏薄, 黏液白多赤少, 舌淡胖有齿痕、苔薄白。可伴有腹痛隐隐, 脘腹胀满, 食少纳差, 肢体倦怠, 神疲懒言, 脉细弱。治以健脾益气、化湿助运为主, 方选参苓白术散加减。④脾肾不足证: 久泻不止, 夹有白冻, 甚则完谷不化, 滑脱不禁, 形寒肢冷, 腹痛腹胀, 喜温喜按, 食少纳差, 腰酸膝软, 舌淡胖或有齿痕、苔薄白润, 脉沉细。治以健脾补肾、温阳化湿为主, 方选四君子汤结合四神丸加减。本型患者常常滑脱不禁, 需要在两方的基础上加用收敛止泻的药物如煨诃子、石榴皮等, 加强止泻作用。⑤

[收稿日期] 2013-11-22

[作者简介] Nguyen Thi Minh Thu (1976-), 女, 境外硕士研究生, 研究方向: 中医内科学。

肝脾不调证：腹痛即泻，泻后痛减，遇怒易发，胸胁胀满，舌苔白腻，脉弦。治以疏肝健脾，方选痛泻要方为主^[1]。

本病常反复发作，病程比较长，缓解期与活动期常交替出现，反复大便出血黏液，在发作期表现出虚实夹杂的情况，临床表现出脾虚湿热较多。故医者在辨证时应辨明脾虚为主还是湿热为主，在用药时有所侧重。脾虚湿热者一般用四君子汤合葛根芩连汤方加味。刘教授还注重随症加减，如大便脓血较多者加三七末、地榆、马齿苋凉血止血；体质虚弱、热像不明显而出血较多者，可适当加炭类药物收敛止血，如大黄炭、地榆炭、乌梅炭、荆芥炭等；大便白冻黏液较多者加苍术、薏苡仁健脾燥湿；腹痛较甚者加延胡索、乌药、木香行气止痛；身热者加白花蛇舌草、布渣叶以清热解毒，化湿消滞；腹痛、腹胀甚者加延胡索、大腹皮、香附以理气止痛；脱痞纳呆，湿重于热者加石菖蒲、赤茯苓以化湿渗湿。

位置较低的炎症，如直肠及乙状结肠的病变，运用灌肠的方法往往能取得较好的临床疗效。常用灌肠方：葛根、积雪草、苦参、石榴皮、赤石脂各 20 g，黄连、黄芩、地榆炭各 15 g，火炭母、白头翁、白花蛇舌草各 30 g，五倍子 10 g。水煎，保留灌肠，每天 1 次。方中葛根升阳解肌，透疹止泻；积雪草清热利湿，活血止血；石榴皮、五倍子、赤石脂涩肠止泻，止血；黄连、黄芩、苦参清热燥湿解毒；地榆炭、火炭母凉血止血；白头翁、白花蛇舌草清热凉血解毒。

刘教授在治疗本病过程中，还注重配合穴位贴敷疗法的运用，如溃疡性结肠炎引起的湿热腹痛可用科室制剂清胃散，虚寒性腹痛则可用温胃散贴敷于足三里、内关、上腕、中腕、天枢等穴位，起到治疗作用。

3 慎饮食，调情志

溃疡性结肠炎患者应注意饮食调护。刘教授常嘱咐患者“三分治，七分养”。急性发作期可进食无蛋白质的素膳，禁忌乳制品，忌食生蔬菜、水果及带刺激性的葱、姜、蒜等调味品。刀工要细，不要大块肉烹调，要经常用碎肉、肉丁、肉丝、肉末和蒸蛋羹、煮鸡蛋等，尽量限制膳食纤维如韭菜、萝卜、芹菜等。不宜吃多油食品及油炸食品，烹调各种菜肴应尽量少油并经常采用蒸、煮、余、炖、水滑等方法，可用红茶、焦米粥汤等收敛饮料。宜少量多餐，增加营养。尤其值得注意的是，吸烟会加重溃疡性结肠炎的病情，宜戒烟。

缓解期则应供给足够的热量、优质蛋白质与维生素及富有营养而易消化的少纤维食物，忌辛辣刺激性食物如辣椒、芥末等辛辣食物。可遵循中医学养生原则，“食以甘温，不宜寒凉”，忌生冷饮食；消为滞用、补在消中；补脾以甘、渗湿勿燥等原则。注意掌握体质的寒热虚实以及病情特点，正确选用饮食调养方法，有常有变，变在常中，谨防败胃和伤食，适当更换调养食品。总之，以淡素为主，素中兼荤，随体质而定，以能消化吸收为原则，以疾病的需要及疗效而定，做到有利本病的康复，防止复发。

中医学强调七情致病，溃疡性结肠炎患者在疾病的发展过程中，尤其是急性发作时，会出现腹泻次数增多、甚至是便血等临床症状，难免引发患者恐慌和不安心理。刘教授认为，医护人员应耐心倾听患者病情，并为患者详细解释病情以及相关的健康知识和诊疗建议，让患者了解该病的发生、发展过程及治疗方案，对疾病树立正确的认识，从而消除由于对疾病的不了解而产生的焦虑恐惧心理。

4 病案举例

陈某，男，33岁。2012年7月30日初诊。主诉：反复大便稀烂伴有黏液、鲜血2年余。患者于2年前无明显诱因出现大便3~4次/天，粪质稀烂，伴黏液、鲜血，排便不尽感，遂于2012年1月9日就诊于东莞某医院，查肠镜示：溃疡性结肠炎(直肠乙状结肠)，病理示：直肠黏膜慢性炎，重度。给予口服中西药物治疗(具体不详)，症状改善不明显。遂来求治，诊见：腹痛，腹胀，肠鸣腹泻，大便7~8次/天，粪质稀烂，伴黏液、鲜血，便后痛感，无里急后重，无肛门烧灼感，无发热，无恶心呕吐，无心慌心悸，排便不尽感，盗汗，畏寒怕冷，口干口苦，纳眠差，肢体倦怠，神疲懒言，四肢不温，小便频、色黄。诉3个月内体重下降5kg左右。既往病史：患者发现痔疮1年余，未系统治疗，平素饮食及生活不规律，吸烟史10余年(1包/天)，现基本不吸，饮酒史10余年，最多时喝1斤，已戒酒1年。家族史：父母健在，舅舅因直肠癌去世，否认家族性遗传病史。望面色红，形体消瘦，舌质红、边有齿痕、苔黄腻，脉滑数。四诊合参，辨证属脾虚湿热；治则：健脾助运，清热利湿，调气行血。方以四君子汤合葛根芩连汤加减，处方：太子参15g，黄芩、广藿香、白术、防风、地榆炭各10g，山药、五指毛桃(五爪龙)、茯苓各30g，葛根、火炭母、白花蛇舌草各20g，黄连5g，甘草6g。共7剂，每天1剂，水煎服。

复诊：病情好转，便血减少，大便3~4次/天，粪质稀烂，伴黏液，腹稍痛，腹胀，便后痛感已消失，无里急后重，无肛门烧灼感，无发热，无恶心呕吐，无心慌心悸，排便不尽感，仍觉疲倦乏力，口干口苦，纳可，眠差，舌淡红、苔黄微腻，脉沉滑。上方去白花蛇舌草、葛根、黄连，加大腹皮15g，仙鹤草、芡实各30g，木香10g，三七末(冲服)6g。共7剂，每天1剂，水煎服。服用7剂，患者症状较前明显改善。

服药3月，排便完全恢复正常，无黏液脓血便，无腹胀、腹痛等症状，面色渐露光泽，体重略微增加，未复查肠镜，随访病情无复发，嘱其注意起居饮食。

按：患者有痔疮1年余，未系统治疗，平素饮食及生活不规律，吸烟和饮酒史十余年导致便血、稀烂伴有黏液便复发。饮食不节，宿食内停；嗜酒伤中，酿生湿热，以致脾胃受伤。脾为仓廪之官，胃为水谷之海，脾主运化，胃主受纳，若饮食不节可导致脾胃运化失常，大肠传导不畅，气血与肠中秽浊之

物相搏，发为腹痛、泄泻。从症状上来看，大便黏液，口干口苦，舌质红、边有齿痕、苔黄腻，脉滑数均为体内湿热蕴结之征。故脾虚失于运化则见纳差，肢体倦怠，神疲懒言，四末不温，大便稀烂，腹痛、腹胀、腹泻。故治疗用药当以健脾助运、清热利湿、行气化滞为法。方中太子参、白术、五爪龙、山药健脾益气，茯苓健脾利湿，芡实补脾止泄、利水渗湿，葛根升阳止泻，黄连、黄芩清胃肠湿热，白花蛇舌草清热解毒，地榆炭、三七末、仙鹤草凉血止血，广藿香化湿和中，大腹皮下气宽中、行水，木香行气止痛，健脾消滞，防风祛风胜湿止

泻，甘草调和诸药。刘教授用药取健脾之法以运化消滞，清热、利水之法以渗湿，凉血收敛之法以止血，祛风之法以胜湿止泻，行气之法以止痛，病情由此而解。

[参考文献]

- [1] 中华中医药学会脾胃病分会. 溃疡性结肠炎中医诊疗共识(2009)[J]. 中国中西医结合杂志, 2010, 30(5): 527- 531.

(责任编辑: 刘淑婷)

黄清春教授中西医结合治疗痛风性关节炎经验

夏璇 指导: 黄清春

广东省中医院风湿科, 广东 广州 510010

[摘要] 介绍黄清春教授治疗痛风性关节炎的经验。黄教授认为痛风性关节炎的基本病因病机并非外感邪气所为，而是脏腑积热，内伏邪毒。治疗以健脾补肾，利湿化痰为主。主张中西医结合，分清标本缓急，同时注重外治，并在日常生活中注意饮食摄以防治疾病复发。

[关键词] 痛风性关节炎；中西医结合疗法；健脾补肾；利湿化痰；秋水仙碱；双氯芬酸钠；电子微创针刀镜；黄清春

[中图分类号] R589.7 **[文献标识码]** A **[文章编号]** 0256-7415 (2014) 06-0026-02

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2014.06.013

黄清春教授为广东省中医药学会风湿病专业委员会副主任委员，广东省中医院风湿科主任，从事风湿病的中西医结合诊治，学验俱丰。笔者有幸随师侍诊，收益颇丰，现将其治疗痛风性关节炎的经验介绍如下。

1 对病因病机的认识

痛风性关节炎属中医学痛风、历节病范畴。黄教授认为，痛风性关节炎的基本病因病机并非外感邪气所为，而是脏腑积热，内伏邪毒，加之劳倦内伤、饮酒饱食、高粱辛辣等外因，导致“热毒气从脏腑出，攻于手足，手足则灼热赤肿疼痛也”。《金匱要略》言历节病“少阴脉浮而弱，弱则血不足，浮则为风，风血相搏即疼痛如掣。盛人脉涩小，短气自汗出，历节疼，不可屈伸，此皆饮酒汗出当风所致。诸肢节疼痛，身体羸羸，脚肿如脱，头眩短气，温温欲吐，桂枝芍药知母汤主之”。其中“风血相搏”、“饮酒汗出当风”与痛风性关节炎发病的

诱发因素极为相似。痛风的脏腑病变主要累及脾、肾两脏。发病机理在于长期过食肥甘厚腻，损伤脾胃，脾胃运化功能失调，湿毒排泄障碍，痰浊内生，久则化痰。脾胃后天之气不足，运化失调导致先天之肾气亏虚，肾精不足，机体失养，若遇诱因引动，则湿浊痰毒积热流注关节肢体经络，痹阻经络关节，不通则痛，发而关节肌肉红肿热痛。

2 中医辨证论治

黄教授主张根据痛风性关节炎病机特点，审清标本轻重缓急，标本分期辨证论治。痛风性关节炎急性期可见下肢关节红肿热痛，拒按，触之局部灼热，得凉则舒，部分患者伴有发热，口干，心烦，舌红、苔黄腻，治疗当以清热利湿，通络止痛。方药以加味四妙散加减(黄柏、苍术、牛膝各 15 g，薏苡仁、土茯苓各 30 g，川萆薢 20 g，地龙 10 g)，该方是在四妙散清热祛湿的基础上加用土茯苓、川萆薢、地龙三味药，因土

[收稿日期] 2014-01-20

[作者简介] 夏璇 (1984-), 女, 医学硕士, 住院医师, 主要从事风湿免疫病中西医结合临床工作。