

引用:许永攀,王捷虹,雷根平,等.名老中医沈舒文教授辨治溃疡性结肠炎经验诠释[J].陕西中医药大学学报,2024,47(4):12-17.

## 名老中医沈舒文教授辨治溃疡性 结肠炎经验诠释\*

许永攀\*\* 王捷虹 雷根平 杨燕燕 尤金枝 沙志惠

李力 穆恒 沈舒文 王倩 刘芳芳\*\*\*

(陕西中医药大学附属医院,陕西 咸阳 712000)

**摘要:**整理跟师学习 UC 临床经验、领悟学术思想、列举典型验案,总结名中医沈舒文辨治溃疡性结肠炎 (ulcerative colitis, UC) 临床经验。UC 病机为邪滞肠中正气虚,气血失和肠膜伤;辨治分寒热虚实,标本缓急,注重从症态辨治,治标常清化湿热,温中散寒,涩肠止泻,纵擒宣摄,调理气机,治本重泻肝补脾,温补脾肾,调和气血,并注重中医外治法运用及结合内镜检查精准用药。

**关键词:**溃疡性结肠炎;中医药;名医经验;纵擒宣摄;沈舒文

中图分类号:R249

文献标识码:A

文章编号:2096-1340(2024)04-0012-06

DOI:10.13424/j.cnki.jsctcm.2024.04.003

## Interpretation of Professor SHEN Shuwen's Experience in the Diagnosis and Treatment of Ulcerative Colitis

XU Yongpan WANG Jiehong LEI Genping YANG Yanyan YOU Jinzh SHA Zhihui

LI Li MU Heng SHEN Shuwen WANG Qian LIU Fangfang

(Affiliated Hospital of Shaanxi University of Traditional Chinese Medicine, Shaanxi Xianyang 712000, China)

**Abstract:** Organize and learn clinical experience of UC from teachers, understand academic ideas, and list typical cases. To summarize the clinical experience of SHEN Shuwen, a renowned traditional Chinese medicine, in the differentiation and treatment of ulcerative colitis (UC). The pathogenesis of UC is characterized by pathogenic stagnation in the intestine, deficiency of positive Qi, loss of Qi and blood, and intestinal membrane injury; Differentiation and treatment are divided into cold, heat, deficiency, and excess. Emphasis is placed on symptomatic differentiation and treatment. Symptoms are often cleared and dampness and heat are dissipated in the middle, cold is dispelled in the warm, astringent in the intestines and diarrhea is stopped, and relaxation and absorption are carried out. Qi regulation is regulated, and the root cause is emphasized on purging the liver and tonifying the spleen, warming and tonifying the spleen and kidney, and regulating Qi and blood. In addition, attention is paid to the use of traditional Chinese medicine external treatment.

**Key words:** Ulcerative colitis; Traditional Chinese Medicine; Experience of renowned doctors; Capture and disperse; SHEN Shuwen

\* **基金项目:**十三五重点研发计划“中医药现代化研究”专项“面向一带一路”国家的中医药国际合作示范研究项目 (2017YFC1730703); 全国名老中医药专家传承工作室建设项目(国中医药人教发[2016]42号); 陕西省高校黄大年式教师团队项目(陕教函[2023]668号)

\*\* **作者简介:**许永攀,医学博士,主任医师,研究方向:消化系疾病的中西医结合防治及名老中医经验挖掘研究。E-mail: dw197606@163.com

\*\*\* **通讯作者:**刘芳芳,医学硕士,主治医师。E-mail: 987750807@qq.com

溃疡性结肠炎(ulcerative colitis, UC)是一种局限于直肠、结肠黏膜及黏膜下层的慢性非特异性炎症性或溃疡性病变<sup>[1]</sup>。其发病原因及机制尚不明确,临床表现为腹泻、排黏液脓血便及里急后重等<sup>[2]</sup>,其活动期与缓解期常屡屡交替出现,病程迁延难愈,是一种临床多发病及难治病,严重影响患者生活质量<sup>[3]</sup>,属于中医“痢疾”“久痢”“泄泻”等范畴<sup>[4]</sup>。UC已被公认为六大典型癌前疾病之一,其具有一定的癌变倾向,溃疡性结肠炎相关性结直肠癌是UC最严重的并发症之一<sup>[5]</sup>,因此积极防治UC具有重要的临床意义。目前UC西医治疗虽然取得了很大进展,但对部分患者仍疗效不佳,或因不良反应较多导致患者无法耐受<sup>[6]</sup>。中医药治疗UC源远流长,治疗方法、手段丰富多样,在改善症状、减少发作频率等方面具有一定优势<sup>[7]</sup>。许多名老中医在UC防治中积累了丰富的独特经验,值得临床挖掘研究及继承推广<sup>[8-9]</sup>。

陕西省首届名中医沈舒文教授(以下简称沈教授)擅长运用中医药治疗UC,形成了自己独特的学术思想及用药特色,笔者跟师侍诊多年学习颇有心得,现将其临床辨治经验诠释如下。

## 1 沈教授关于UC病因、病机特点的认识

沈教授认为该病主要累及大肠,常与脾胃及肝、肾有关,素体脾虚为发病基础,多因饮食不慎、或者感受外邪、间或情志失调而诱发,常因湿滞、寒热、瘀毒稽留大肠,致使大肠传化失司,脉络受损而发病<sup>[10]</sup>。阳明肠腑,其司传化水湿、转运糟粕之职,易实易热,滞湿留邪易见,湿热毒瘀壅塞肠道常可阻滞气机,浸淫肠道脂膜,致使肠膜损伤,血败肉腐,脓血俱下,故其病机为邪滞肠中、气血失和<sup>[11]</sup>。脾虚亦可酿湿,湿邪粘腻重着易滞腑气,二者互为因果,易致病情虚实兼杂,久治难以愈合。总之,UC病情纷繁复杂,不同病程阶段病机各有侧重,临床要分清正邪主次,辨别脏腑所在,做到整体把握,治疗应多法并举,方合机宜<sup>[12]</sup>。

## 2 临床辨治思路及用药特色

### 2.1 明标本以调寒热虚实,辨缓急治虚更兼理实

UC临床上具有反复发作、迁延难愈的发病特点,常表现为发作期与缓解期相间发生,其具有虚实夹杂,滞损交加的病机特征。沈教授认为这是UC本虚与标实矛盾主次关系变化的体现,脾虚为本常贯穿疾

病发生的始终,邪滞为标多成为疾病发作期的关键所在。邪实常在发作期表现明显,伤络损膜而致脓血俱下者多为湿热所致,寒湿为邪则多表现为便下糊状便及黏液白冻,寒热相兼者则黏液脓血均可见,故认为黏液便湿热滞肠邪在经,脓血便湿热蕴肠邪在络;缓解期则疾病进入慢性病损,病情更为复杂,正虚邪恋,虚实常相兼,表现为本虚标实的证候特征,本虚以脾气虚寒为主,标实可见邪滞肠道,若与湿热同现则为寒热错杂之证,脾虚日久穷必及肾,肾阳受损则现脾肾阳虚之证。针对本病本虚标实的临床特点,治疗要做到急须治标,缓当治本,治疗应根据临床症状理虚实,辨寒热,治络伤,调便滞。泻实治标常要兼顾培本补虚,发作期当逐实邪以治其标为要务,针对突出临床症状着眼施治以求病苦迅速缓解;缓解期则既要兼顾除邪以促病愈,更要侧重健脾补虚匡扶机体正气,以防疾病复发。

**2.2 除脓血清热化湿并治络,治黏液温中散寒重化湿** 大肠乃人体传化水湿糟粕之腑,同时是UC发病的病位所在,本病的严重状况常以腹泻次数、大便性状及脓血、黏液的多少来判断,腹泻次数及黏液、脓血便越多则病情更为严重,治疗难度越大。溃疡性结肠炎的早期和发作期,湿热为邪最为常见,致使大肠脉络脂膜受浸淫,血败肉腐,血溢脉外,化腐成脓,血脓混杂俱下,此时湿热邪气正盛,治疗以清热化湿为要,当选白头翁汤救治,清热解毒常选白头翁、黄芩、黄连、秦皮、苦参、黄柏、青黛、马齿苋等,以其数味相配使用。沈教授认为黄连清热解毒燥湿功最佳,其为清热解毒中药中独具燥湿止泻作用者,为治痢第一要药。《名医别录》记载黄连“主治五藏冷热,久下泄痢,脓血”。现代药理研究认为黄连所含小檗碱等生物碱成分可减轻UC大鼠肠道炎症程度的活性<sup>[13]</sup>,改善其肠道菌群失调状态,增强免疫,进而恢复肠道屏障功能<sup>[14]</sup>。便血、脓血明显者沈教授认为化瘀止血治络必不可少,常选用三七粉、儿茶、血竭、蒲黄炭、白及、地锦草、地榆炭等药治疗,其中地锦草俗名“血见愁”,被他认为凉血止血最有效,此乃刘河间所谓“行血则便脓自愈”。对于腹泻黏液、白冻便为主者,沈教授认为其多为寒湿诸邪所困,温中化湿必不可少,宜选用干姜、附子、炮姜、砂仁、吴茱萸、白蔻仁、苍术、薏苡仁、草果、木瓜、椿根皮等,并推崇椿根皮化寒湿除黏液作用强。

**2.3 痛须治肝泻健脾,排便不利须调气** 便前腹痛为溃疡性结肠炎患者常有临床症状,甚至呈现持续性痉挛样腹痛,多因气血不和所致,与肝相关,故曰“痛责之肝”。肝气疏泄太过,横逆犯脾发病,治以痛泻要方首选,可用白芍 30 g,炙甘草 6 g,兼有芍药甘草汤之意,常配 15 g 木瓜以柔肝缓急、酸甘养阴而止痛;或由气血结滞、肝旺络脉瘀阻所致腹痛,每用郁金、川芎、姜黄、三棱、莪术、桃仁之属以行气破血有良效,此乃取法柔和肝脉则痛常可得缓解;UC 久病者则须温中散寒暖气血,常用附片、干姜、细辛、肉桂等。脾主运化水谷精微,其性升发,如若健运失司,则会水反为湿,谷反为滞,清浊不分则泻,故曰“泄责之脾”,常以四君子汤运脾补气,可酌情加砂仁、黄芪、陈皮、草果等以健脾化湿。大肠以通降为顺,对于排便表现为里急后重、甚或虚坐努挣仅见排出少量黏液者,此乃邪气方盛,邪滞大肠壅塞肠道气机,致使粪便、脓血黏液涩滞难下,正如《难经·五十七难》所曰:“大瘕泄者,里急后重,数至圊而不能便。”此当调理肠胃气机,引导腹气通降,可用炒莱菔子、厚朴、槟榔、枳壳、枳实以理气通滞,兼以升麻、荆芥穗、白术、葛根或柴胡之属升发脾气,取“欲降而先升”之意,升降并举则胃肠气机畅通,症状常可缓解,此所谓“调气则后重自除”。学者刘芳芳等研究表明白术具有燥湿健脾之效;枳实具有破气消积、化痰散瘀之功,二者常合用具有枳术丸之意<sup>[15]</sup>。

**2.4 久泻阳衰补脾肾,收涩止泻重摄津** 《医宗必读·痢疾》云:“未有久痢而肾不损者。”UC 患者久病脾阳受损伤及肾阳,可使“下元失守”,肠失固摄<sup>[16]</sup>，“清气在下,则生飧泻”,可见排便频仍,大便溏薄,洞泄不止,出现脾肾阳虚的典型症状,此时疾病正邪相搏多已正虚邪少,病情以脾肾阳气虚衰,温煦失职,运化无权,肠失固摄,滑泻不止为主,最易出现脱水等亡阳亡阴的危候重症,故治疗匡扶正气时要着重固肠止泻以补虚,由通而涩,以固摄肠津。脾肾阳虚型 UC 治疗首选四神丸,并以乌梅 15~30 g 易其中之五味子,以增强固涩摄津之效,常合用附子理中丸以加强温中止泻作用。补脾阳常用炮姜、肉豆蔻、干姜、吴茱萸以散寒止痛、温中止泻,兼以斡旋气机升脾运;常言“补脾不如补肾”,审时度势补肾暖脾可酌情加用制附片、补骨脂、肉豆蔻、肉桂、益智仁、黄芪等以取良效。涩肠止泻对滑泻患者则有补

虚作用,常以乌梅、诃子肉、赤石脂、石榴皮、五倍子、五味子等多药联用;腹痛、腹泻明显者,可重用芍药 30~40 g 酸涩止泻、缓急止痛以缓解症状,疗效显著。对于稀水便明显、大便泡沫多、滑泻不止、排便急迫之湿盛明显者,此乃为风陷虚谷,为风邪作祟,因“风善行数便”故也,常用防风、炒升麻、白芷、葛根、荆芥穗等风药升脾阳荡风除湿止泻效显著,取“如地上淖泽,风之即干”之意。学者党中勤等<sup>[17]</sup>认为,应用风药治疗 UC 具有“解表引经、胜湿祛风、升举清阳、疏木扶土”四大功效,如单纯补脾肾效果不佳,配伍运用风药常可取效。对于腹泻严重而少邪者若同时重用收涩止泻药赤石脂 30 g 可取良效,若以罂粟壳入方,则涩肠止泻效更佳。沈教授对患者出现肛门下坠、排便不爽推崇使用荆芥穗,以其具有收敛止血、抗菌之特效,对溃疡性结肠炎消除症状具有良好治疗作用。

**2.5 泻滞同现难下药,纵擒宣摄愈顽疾** UC 患者也常出现大便干稀不调,或者大便稀溏兼有排便不畅,常使医家下药左右为难,此乃脾虚大肠失司而腹泻,腹气壅滞不畅则便滞,此时如单独止泻涩肠,常会使便滞更剧,而若只顾通腹导滞,则泻下更甚,针对此种施治两难状况,沈教授独具匠心率先提出“纵擒宣摄”治法,此法主张此时应涩肠与导滞并用,其具有双向调节胃肠动力之效,常可使治疗矛盾得以化解,但同时指出使用该法须审时度势,其适用于正虚少邪的疾病后期时存在的便秘与便滞同现<sup>[18]</sup>。该法常用炒槟榔、麸炒枳实、炒莱菔子、枳壳、制大黄等药选取其中数味以通腹行气,同时用石榴皮、乌梅肉、肉豆蔻、补骨脂、赤石脂、诃子肉等药选取其中数味以收涩止泻,常因通涩并用,宣摄有度,屡获神效。但若选用较多收涩固肠药用于 UC 早期及发作期,则可能适得其反,难免有“关门留寇”之虞。收涩止泻沈教授喜用石榴皮,因其“主下痢,下血,脱肛。”配以党参、黄芪、升麻可疗久痢、久泻之中气下陷证,药理研究也表明其所含鞣质等成分具有收敛及灭菌、抑菌等作用<sup>[19]</sup>。

**2.6 内服下灌兼外治,综合施治愈重疾** UC 重症患者临床症状明显,腹泻黏液脓血便频发,日久体衰明显,治疗难度极大,沈教授则主张采用综合疗法,其法注重以口服中药为主,同时可施以中药汤剂保留灌肠、穴位贴敷、中药足浴、艾灸等治疗。由于 UC

病理改变主要累及直肠和乙状结肠等远端结肠<sup>[20]</sup>,给予中药局部灌肠常可使大剂量药物直达病所,减少对肝肾损害并提高药物使用效率,常可很快控制病情进展<sup>[21]</sup>。他认为灌肠药物剂量可适当加大,灌肠药液体积以70 mL为宜,以便能长时间停留大肠而取良效。常用保留灌肠药物有黄芪、儿茶、血竭、旱莲草、白及、地锦草、椿根皮、青黛、三七粉等,可取其中多味并随症加减。《理渝骈文》曰:“外治之理,即内治之理……所异者法耳。”除灌肠外,沈教授建议患者可艾灸神阙、双足三里等穴位以温中散寒止泻,并指导科室研制了“温中止泻贴”(专利号:ZL-2019-1-0650288.X,主要成分有艾叶、干姜、醋元胡、砂仁、吴茱萸、炒白术、辽细辛、肉桂、乌药、炒白芍、炙甘草等)、“舒经活络浴足粉”(千年健、红景天、木瓜、生艾叶、苦参、桂枝、独活、丁香、木香、追地风、花椒、川芎、赤芍、苍术等)等用于UC重症患者以温经散寒、活血化瘀、理气止痛、调和气血,以促进疾病向愈,均取得良好疗效。

**2.7 重视检查妙用药,中西合参防癌变** 沈教授诊治UC善于结合肠镜下黏膜改变用药,若大肠黏膜充血、水肿,肠壁附着黏液、脓血明显者,遣方用药多投以清热解毒凉血之品如白头翁、苦参、蒲公英、地锦草等;如果肠壁黏膜充血、糜烂明显,或有浅溃疡,甚至呈颗粒状改变者,多投以活血、凉血、止血类药物白及、血竭、儿茶、三七粉、地榆炭、青黛等;若结肠溃疡深大、黏膜水肿、充血明显者,常选用石榴皮、赤石脂、乌梅炭等以收涩止泻,并配以托疮生肌之黄芪、白及、三七粉、没药等;病理检查结果如提示黏膜异型增生者,则投以具有抗癌作用的莪术、藤梨根、守宫、夏枯草、薏苡仁、苦参、山慈菇、浙贝、土贝母、半枝莲、乌骨藤等防其癌变。白头翁汤为治疗UC湿热证要方,其中白头翁其性苦寒能入阳明血分,具有凉血止痢之特效<sup>[22]</sup>。黄芪乃疮家之圣药,《神农本草经》记载:“黄芪,主痈疽久败疮,排脓止痛。”沈教授常善于重用黄芪以补气健脾,温中散寒,托疮生肌,托补兼施。血竭能改善局部血液瘀滞状态,促进溃疡愈合,具有散瘀定痛、止血生肌之功,为沈教授保留灌肠所推崇药物<sup>[23]</sup>。UC患者久病入络,常伴糜烂、溃疡、增生等血瘀改变,以致病情难愈<sup>[24]</sup>,有研究发现UC患者血液呈高凝状态<sup>[25]</sup>,故沈教授治疗常用血竭、儿茶、三七等以化瘀活血止血,并利

于减少黏液脓血便及便血,此即“行血则便脓自愈”。藤梨根主产于陕西等地,具有清热利湿,解毒消肿功效,药理研究发现其具有抗菌、抗病毒、抑制炎症、调节免疫、缓解肿胀及疼痛作用,能有效提高患者自身抗肿瘤的能力<sup>[26]</sup>,沈教授常用其治疗胃肠道癌前疾病及息肉等,效果良好。守宫即壁虎,古籍记载其功效为“驱风、破血积,治肿瘤。”沈教授认为其尤善于攻散气血凝结,可用来治疗肠道息肉及上皮增生<sup>[27]</sup>。

**2.8 辨证善执简驭繁,注重从症态辨治** 所谓症态辨治,是依据UC临床表现的不同证候状态,采用病性、病位、病势综合调治,协同用药。沈教授注重从临床症态辨治UC,并执简驭繁将其分为以下证型用于临床治疗参考。

### 2.8.1 口服用方

**2.8.1.1 脾虚湿盛型(寒湿组)** 临床多表现为经常腹泻、排黏液糊状或不成型大便,白多赤少,腹部隐痛不适,腹部怕凉。舌淡红,苔白腻,脉沉弱。肠镜检查可见大肠黏膜呈淡红色,轻度充血水肿,有散在小溃疡及较多分泌物<sup>[28]</sup>。治疗可用理中丸加减(人参、干姜、肉豆蔻各10 g,白术15 g,黄连6 g,黄芪、薏苡仁各30 g,石榴皮、乌药、椿根皮、补骨脂、炒白芍各15 g,砂仁6 g<sup>后下</sup>,炙甘草6 g)。大便稀薄明显则加赤石脂30 g,乌梅15 g,便滞加槟榔10 g,枳实15 g,荆芥穗10 g。

**2.8.1.2 大肠湿热型(湿热组)** 临床上腹泻黏液脓血便明显,多伴有腹痛、里急后重或者肛门下坠、烧灼不适感。常舌质红或暗红,苔黄腻,脉滑数。本证镜下可见肠黏膜潮红、充血水肿明显,有大面积的糜烂、溃疡或大量黏液、脓血等分泌物<sup>[29]</sup>。治疗推荐用白头翁汤加减(白头翁20 g,黄柏、秦皮、白及、荆芥穗各10 g,地锦草、地榆炭、旱莲草、椿根皮、延胡索各15 g,三七粉<sup>冲服</sup>、黄连、甘草各6 g)。若腹痛便滞明显者须加强理气止痛,可加木香、枳实、莱菔子、荆芥穗等;若大便脓重于血,则以马齿苋20 g易白头翁取良效。

**2.8.1.3 寒热错杂型(寒热错杂组)** 临床表现为经常腹部隐痛不适,间断反复排黏液、脓血便,但脓血不多,肛门灼热不适偶见。舌淡红,苔薄黄,脉沉细弱。内镜下可见肠黏膜呈深红色或淡白色,表面粗糙,有假息肉形成,触之易出血,有时可出现肠腔

狭窄<sup>[30]</sup>。治疗可用乌梅丸加减(乌梅、白芍、薏苡仁、黄芪各 30 g,白术 15 g,黄柏、干姜、人参、黑顺片<sup>先煎</sup>、木瓜各 10 g,黄连、肉桂各 6 g,炙甘草 6 g)。黏液白冻多者加春根皮 15 g,脓血较多者加三七粉 4 g,地锦草 15 g。

### 2.8.2 灌肠用方

**2.8.2.1 腹泻型** 患者临床上腹泻频繁,大便不成形甚至呈稀糊或稀水状,伴有大量黏液,但大便脓血不明显,可有腹部隐痛不适。舌淡红,苔白腻,脉沉弱。治疗常选用四神丸合芍药甘草汤加减(黄芪、赤石脂、石榴皮、乌梅、白芍各 30 g,补骨脂、炮姜、春根皮、诃子肉各 15 g,肉豆蔻 10 g,吴茱萸 4 g,肉桂、砂仁、炙甘草各 6 g)。

**2.8.2.2 腹痛型** 患者反复出现腹部疼痛不适,或隐痛或痉挛性疼痛,腹泻不甚频繁,大便可有黏液、脓血,但脓血不多。舌质淡红,苔白或白腻,脉弦紧。治疗给予痛泻要方合百合乌药汤加减(白芍 30 g,陈皮、防风、木瓜、白芷各 10 g,炒白术、百合、乌药、延胡索、合欢皮各 15 g,小茴香 6 g,三七粉 4 g,炙甘草 6 g)。

**2.8.2.3 脓血便型** 患者临床上腹泻相对较少,但排黏液、脓血便明显,可有腹痛,但腹痛不明显。舌质红,舌苔黄腻,脉滑数。治疗给予白头翁汤合乌及散加减(白头翁、黄芪、乌贼骨、地锦草各 30 g,黄连、黄柏、白及、血竭、儿茶各 10 g,春根皮、旱莲草各 15 g,三七粉、炙甘草各 6 g)。

以上辨治各型方药可视具体症态酌情加减。

## 3 病案举例

患者李某,男,63 岁,2018 年 11 月 27 日初诊,主诉为“间断腹泻黏液脓血便伴腹痛 8 年,加重 1 月”。就诊时症见:腹泻黏液脓血便日约 8~10 次,便前多有腹痛及肛门下坠感,大便常夹杂少量鲜血,乏力、纳差。体格检查:精神欠佳,轻度贫血貌。腹部平软,左下腹压痛(+),无反跳痛,肠鸣音 8~10 次/分钟。舌淡红,苔白稍腻,脉沉细弱。电子结肠镜回报:溃疡性结肠炎(左半结肠)。大便常规回报:“棕红色,黏液脓血便,红细胞 5~8 个/HP,白细胞+3/HP,隐血试验阳性。”血常规回报:HGB 98 g·L<sup>-1</sup>。西医诊断:溃疡性结肠炎(复发型,左半结肠,重度),贫血;中医诊断:久痢(脾胃气虚,湿热伤络证),治法:益气健脾,清热化湿。辨治用药:①灌肠

方:黄芪、炒薏苡仁、地锦草各 30 g,海螵蛸、旱莲草、椿根皮、白及各 15 g,儿茶 10 g,三七粉 4 g。7 剂,每日 1 剂,水煎取汁 150 mL,早晚排空大便后,分别取汁 75 mL 加温后保留灌肠。②口服方:白头翁、黄芪、白术、陈皮、椿根皮各 15 g,槟榔、白及各 10 g,侧柏炭、地锦草、地榆炭各 30 g,三七粉 4 g 冲服,砂仁<sup>后下</sup>、炒升麻、炙甘草各 8 g。6 剂,每日 1 剂,水煎取汁 300 mL,分早晚饭后半小时服用。12 月 4 日二诊:自者诉每日排大便 2~3 次,大便接近成形,黏液、脓血明显减少,便血不明显,偶感肛门下坠,腹痛减轻,食纳增加,乏力好转。舌质淡红,苔白稍腻,脉沉弱。患者症状明显缓解,口服用方调整为:黄芪、党参、薏苡仁各 30 g,麸炒白术、炒槟榔、白及、炒白芍、地锦草、地榆炭、枳壳、椿根皮、马齿苋各 15 g,陈皮、荆芥穗各 10 g,甘草 6 g。12 剂,每日 1 剂水煎 300 mL,早晚饭后 30 min 分服。灌肠则效不更方。2019 年 12 月 17 日三诊,患者诉腹痛及排黏液脓血已不明显,症状明显减轻,大便基本成形,每日排便 1~2 次。故将二诊口服方加当归 10 g,去地锦草、春根皮,共处方 14 剂,2 日 1 剂服用以善后,灌肠依旧用前方,改为每晚睡前保留灌肠 1 次。建议患者坚持加用艾灸足三里穴以温经通络,调和气血。随之以参苓白术散口服善后。3 月后见到患者,告余未再曾用药,现每日排成形大便 1 次,已无黏液脓血。最后评价疗效:临床痊愈。

按语:本案患者病史绵长,病情反复发作,但本次发作黏液脓血便明显,可谓湿热实证,但考虑到病程长,乏力、纳差明显,确有脾虚的病理基础,故可辨证为脾胃气虚、湿热伤络证,病情属于 UC 重症。治疗重用黄芪,以托毒生肌,利于肠道溃疡愈合,并配以白术、陈皮、砂仁、椿根皮、炙甘草等以加强健脾化湿,以白头翁、地锦草等清热化湿解毒,以白及、侧柏炭、地榆炭、三七粉等凉血、止血、化瘀护膜等,以槟榔、升麻等理气兼升清阳。患者腹痛、大便肛门下坠感,此乃湿热兼脾虚中气下陷之证,故在清热化湿、理气化瘀止痛基础上以黄芪、升麻、白术等升阳举陷。二诊时病情明显好转后去白头翁易马齿苋以清热化湿解毒,既可防久用白头翁过于苦寒伤阳气,也可减少久服耐药降低疗效,加用党参以增强健脾补气,加薏苡仁以增强化湿排脓,患者仍有肛门下坠、大便不尽感,去升麻,给予枳壳、白芍、荆芥穗以调理

气血升阳举陷。三诊时患者排黏液、脓血便已不明显,故去地锦草、春根皮,加当归以养血、理血。灌肠方注重从症态论治,治以尽快祛除黏液脓血、便血为要务,给予黄芪健脾益气,托疮生肌,以炒薏苡仁、地锦草、旱莲草、椿根皮以清热化湿排脓血,以儿茶、血竭、三七粉、白及、海螵蛸等化瘀止血护膜,去腐生肌,收敛愈疡。本案沈教授根据临床症状理虚实、辨寒热、治络伤、调便滞,针对不同病程阶段病机特点,治疗各有侧重,并多法并举,以尽快控制病情。本验案正体现了沈教授以上治疗思想及经验,切中病情病机,故效如桴鼓。

#### 参考文献

- [1] 刘启鸿,黄文彬,骆云丰,等.溃疡性结肠炎当重湿热[J].陕西中医药大学学报,2018,41(6):13-16.
- [2] 曹云,郭志玲,何莹,等.田德禄论治溃疡性结肠炎经验[J].北京中医药,2020,39(1):23-26.
- [3] GORDON M, FARRELL M.P-054 Probiotics for maintenance of remission in ulcerative colitis[J].Inflammatory Bowel Diseases,2016,22:S26-S27.
- [4] 马玲,裴瑞霞.裴瑞霞教授分期论治溃疡性结肠炎经验[J].陕西中医药大学学报,2022,8(2):27-30.
- [5] 张芸,魏俊雯,徐若然,等.中医药治疗炎症相关性结直肠癌研究进展[J].陕西中医药大学学报,2022,8(5):171-174.
- [6] 吴全峰,赵立波,王晓玲,等.炎症性肠病的治疗药物研究进展[J].中国药师,2020,23(10):2011-2019.
- [7] 李玉玲,刘云,时昭红.中医对炎症性肠病的认识与治疗研究进展[J].临床内科杂志,2021,38(2):87-89.
- [8] 郑思慧,谢二帅,张雨森,等.钦丹萍内外合治炎症性肠病经验[J].中医杂志,2023,64(11):1095-1099.
- [9] 郭心怡,黄雅慧,刘长兴,等.黄雅慧教授从“治未病”思想防治溃疡性结肠炎临床经验[J].陕西中医药大学学报,2023,46(3):14-19.
- [10] 樊振,李恒,颜莉芳,等.沈舒文教授治疗溃疡性结肠炎经验[J].陕西中医,2006,27(11):1392-1394.
- [11] 沈舒文.内科难治病辨治思路[M].北京:人民卫生出版社,2002:182.
- [12] 张阳,王允亮,王志斌,等.溃疡性结肠炎病机特点探讨[J].中医杂志,2022,63(5):488-490.
- [13] JING WH, DONG SJ, LUO XL, et al. Berberine improves colitis by triggering AhR activation by microbial tryptophan catabolites[J]. Pharmacological Research,2021,164:105358.
- [14] ZHANG XJ, YUAN ZW, QU C, et al. Palmatine ameliorated murine colitis by suppressing tryptophan metabolism and regulating gut microbiota[J].Pharmacological Research,2018,137:34-46.
- [15] 刘芳芳,王捷虹,许永攀,等.枳术宽中胶囊联合莫沙必利对脾虚气滞型功能性消化不良患者胃肠激素、胃排空情况的影响[J].临床医学研究与实践,2024,9(9):125-128.
- [16] 王捷虹,樊振,赵运.沈舒文治疗溃疡性结肠炎经验[J].中医杂志,2011,52(22):1905-1906.
- [17] 郭建平,夏勤,顿文亮,等.槐花散治疗溃疡性结肠炎肠风下血证作用机制研究[J].现代中医药,2020,40(5):9-14,21.
- [18] 沈舒文,宇文亚.运用纵擒宣摄法治疗难治病举隅[J].中医杂志,2006,47(5):345-346.
- [19] 高学敏.中药学[M].2版.北京:中国中医药出版社,2007:492.
- [20] 邵景,蒲利华.奥沙拉嗪与柳氮磺胺吡啶治疗溃疡性结肠炎59例对比观察[J].陕西医学杂志,2009,38(9):1223-1224.
- [21] 许永攀,田正良,汶明琦.葛根芩连补气汤配合西药治疗溃疡性结肠炎48例[J].陕西中医,2008,29(12):1615-1616.
- [22] 李盼盼,李东阳,李毅.白头翁汤治疗溃疡性结肠炎作用机制研究进展[J].现代中医药,2019,39(6):130-133.
- [23] 李敏,刘肖,徐小波,等.甘草泻心汤联合血竭对DSS诱导的UC模型大鼠的抗炎作用[J].陕西中医药大学学报,2022,45(1):77-83.
- [24] 郑思慧,谢二帅,张雨森,等.钦丹萍内外合治炎症性肠病经验[J].中医杂志,2023,64(11):1095-1099.
- [25] CHENG K, FAYE AS. Venous thromboembolism in inflammatory bowel disease[J]. World Journal of Gastroenterology, 2020, 26(12):1231-1241.
- [26] 许永攀.沈舒文辨治萎缩性胃炎经验诠释及萎缩性胃炎癌前病变医案挖掘研究[D].北京:中国中医科学院,2016.
- [27] 宋健,孟凯强,雷根平,等.名中医沈舒文使用动物类中药治疗胃癌前病变临床经验[J].陕西中医,2024,45(2):256-259.
- [28] 张丽娟.溃疡性结肠炎内镜下表现与中医证型的相关性研究[D].济南:山东中医药大学,2016.
- [29] 安彦军,乔钰.溃疡性结肠炎中医微观辨证初探[J].世界最新医学信息文摘,2019,19(63):248,252.
- [30] 黄晓涛.活动期溃疡性结肠炎的证型分布及治法规律研究;附99例溃疡性结肠炎临床资料分析[D].成都:成都中医药大学,2014.

(修回日期:2024-05-09 编辑:巩振东)