

王新月临证验案

王亨飞¹ 马丽¹ 卿小宁¹ 王新月²

(1 张掖医学高等专科学校, 甘肃省张掖市甘州区西环路6号, 734000; 2 北京中医药大学东直门医院)

关键词 克癍恩病/中医药疗法; 面黧/中医药疗法; 结肠炎/中医药疗法; @ 王新月

王新月教授系北京中医药大学第一临床医学院东直门医院主任医师、博士生导师, 长期从事国家级科研课题炎症性肠病的研究及临床诊疗工作, 在治疗慢性溃疡性结肠炎方面积累了丰富的临床经验。笔者作为“国内访问学者”有幸侍诊导师左右, 习诊抄方, 耳濡目染。感导师诊病之精准, 慨病疾趋愈之神速, 故于众多验案中拾掇二三例以饷同道而达共同提高之目的。

1 克癍恩病

患者某, 男, 46岁。因“反复口腔溃疡、腹痛腹泻半年, 加重1周”于2007年9月17日来我院内4门诊应诊。患者述: 口腔溃疡缠绵难愈时好时坏, 腹痛反复发作, 大便稀溏时带黏液, 日行1~2次, 有时可达3、4次, 感乏力神疲, 口淡乏味, 泛酸。查: 面色淡白, 舌淡白苔薄腻边红, 舌体左缘有2处溃疡点, 近臼齿黏膜处有1处溃疡点, 脉细滑。相关检查: 患者曾于2007年3月12日在北京某大学第一医院进行了全面检查, 电子内镜示食管通畅, 于距门齿25~35cm可见5~6处边缘不规整溃疡, 大小约2~4cm, 经碘染色不着色, 点状线清楚。影像所见回肠末端可见多个溃疡, 边界不清, 约0.5~1.0cm大小, 似有裂隙样, 质韧。余结肠黏膜未见异常。临床诊断: 1) 克癍恩病; 2) (回肠) 小肠黏膜重度慢性炎, 伴溃疡形成(组织局部有挤压)。对症治疗6月余(药品名不详), 脓血黏液便减少, 但其他病情未见明显好转。导师通过辨证, 认为该患者属脾虚湿壅, 郁火内伏所致。只有健脾祛湿, 理气清火方能扭转乾坤, 愈却痼疾。处方: 生黄芪30g, 茯苓30g, 炒白术10g, 焦三仙各10g, 炒五灵脂10g, 生蒲黄10g, 三七粉3g(冲), 珍珠粉0.6g(冲), 蒲公英20g, 连翘20g, 黄连10g, 吴茱萸3g, 苦参10g, 五倍子10g, 木香6g, 紫苏子、紫苏梗各10g, 炒枳壳10g, 乌药10g, 山药30g, 百合20g, 炙甘草6g。10剂, 水煎服, 1日3次。

二诊: 诸症减轻, 偶尔感觉腹痛腹胀, 胃胀, 怕冷。导师嘱前方生黄芪改炙黄芪20g、黄连改6g, 去蒲公英加干姜12g、制附片9g(先煎1h), 继续服用14剂再来复诊。

三诊: 患者述腹痛胃胀怕冷明显减轻, 纳食增加, 口腔溃疡尚未痊愈。查: 面色好转, 舌淡苔薄, 脉缓有力。上方去黄连、苦参、百合易肉桂12g, 再服14剂。

四诊: 诸症若失, 效不更方将三诊方7剂打成药粉服用以巩固疗效。

按: 本病例属中医“泄泻”病范畴, 证属脾虚湿壅, 郁火内伏所致。其病理关键为脾虚湿盛, 湿滞气郁, 郁而化火发为本病。患者腹泻日久伤及气阴, 致中气不足、健运失职而见乏力神疲、口淡乏味; 气虚不能运血上荣必致面色淡白, 舌淡白; 脾虚失运, 水湿内生则便溏泄泻, 苔薄腻; 湿郁气滞, 土壅木郁, “曲直作酸”故泛酸; 气郁化火, 变见本位则舌边红而生溃疡, 伏火内生灼肠炼津溶脂则便带黏液。导师辨证紧扣病机, 健脾固本以绝生湿之源, 方中黄芪、炒白术、山药、炙甘草升阳益气健脾可固中州, 茯苓淡渗利湿通水道引邪外出以实大便。中焦本虚, 气机升降之枢受困因虚致实易留水谷积滞, 三仙并用则壅滞分消, 且含“通因通用”之法。湿壅谷滞气机必然不利, 故紫苏梗、紫苏子理上焦胸肺之气又降布脏气以益腑, 木香、炒枳壳宽肠下气合焦三仙利中下焦气机, 吴茱萸、乌药温中疏肝祛经络之寒理气以复“升降出入”之特性而斡旋气机。气机郁滞久必化火, 蒲公英、连翘、黄连、苦参苦燥性寒既可清郁火又可燥内湿。气滞则血瘀, 炒五灵脂、生蒲黄、三七粉活血化瘀。珍珠粉去腐生肌, 五倍子敛肠收涩, 百合益阴与健脾药合用以复机体之阴阳, 与理气苦寒药相伍可防伤阴。全方配伍精当, 标本兼顾, 辛开苦降, 寒温并用, 方证对应, 环环相扣, 思路清晰。加之导师临证随患者病情的阶段性改变而增损药物故能愈疾却病。

2 面黧

患者某, 女, 46岁。患者因“间断性腹痛腹泻伴水样便1周”于2007年10月12日来我院内4门诊就诊, 患者述平素腰酸膝软, 肢冷便溏, 带稀如水。1周前适逢经期心情郁闷因家务事与爱人大吵一架离家购物途中贪凉饮冷, 回家感觉胃腹不舒, 未覆被倒头便睡, 下午腹痛急迫腹泻水样便4次, 自服氟哌酸缓解, 次日凌晨5时左右腹泻2次。到附近医院输液治疗病情得到控制, 即带药回家治疗。患者面色黧黑如漆

(患病前面色白皙),精神萎靡,少气懒言,时感乏力,泛酸怕冷,间断性腹痛水样便夜间及凌晨尤甚,病至第五天面色突然转黯。查:舌淡黯胖大苔白微腻伴齿痕,脉沉弦细尺微。诊断:1)慢性腹泻;2)面部色素沉着。王教授综合分析为脾肾两亏,寒凝血瘀。治宜温脾暖肾,散寒化湿,理气祛瘀。处方:补骨脂 10g,吴茱萸 3g,肉豆蔻 10g,五倍子 10g,紫苏子、紫苏梗各 10g,乌药 20g,枳壳 10g,香附 15g,川芎 10g,制附片 9g(先煎 1h),干姜 10g,细辛 9g,桂枝 12g,白芍 12g,防风 10g,淫羊藿 30g,三七粉 3g(冲),珍珠粉 0.6g(冲),薏苡仁 30g,茯苓 30g,炙甘草 6g。7 剂,水煎服,1 日 1 剂,1 日 3 次。

二诊:腹泻已除,面黯如故,泛酸怕冷减轻,唯感困乏。上方减乌药 10g,去吴茱萸、肉豆蔻、五倍子,加炙黄芪 30g,白术 20g,苍术 6g,党参 10g。服完 14 剂复诊。

三诊:诸症若失,面色较前明显好转且有光泽。效不更方继续服用 14 剂。2008 年 3 月 7 日因胃脘不适来门诊就诊,面色白皙。述服完王教授开的 14 剂药后面色已恢复如前,后又照方自购 7 剂以固疗效。

按:患者属肾虚之体,经期贪凉饮冷,回家未覆被而卧,致使寒中太阴脾阳受损。加之与爱人吵架肝气郁结,《灵枢·本神》云:“愁忧者,气闭塞而不行。”则五脏相及发生“木郁乘土”。脾受肝乘,寒侵复加之邪气则“升降之枢”自乱而运化失健,出现暴泻水注之症;先天素亏而后天乏源难济必使元气大伤,则精神萎靡,少气懒言,时感乏力;脾肾阳虚温煦失职则畏寒怕冷,间断性腹痛水样便,夜间及凌晨尤甚;舌淡黯胖大苔白微腻伴齿痕,脉沉细尺微皆为脾虚湿困元气衰微之表象。方中补骨脂、吴茱萸、肉豆蔻类“四神丸”合制附片、淫羊藿振奋元气温肾阳而益先天;干姜、薏苡仁、茯苓、炙甘草固守中阳渗湿气而培后天。与五倍子收涩合参可止水泻。紫苏子、紫苏梗,乌药、枳壳、香附理气,白芍柔肝养血,川芎、三七粉活血,桂枝、细辛相携通行十二经搜剔伏络之寒,珍珠粉制酸美颜,防风辛散引气血分药趋表达面逐邪而营血气复阴阳。

3 溃疡性结肠炎

患者某,男,48 岁。患者因“间歇性黏液血便 1 年余,加重 2 月余”入住北京某医院被诊断为:溃疡性结肠炎,曾口服美沙拉嗪,另外用生肌散、锡类散、凝血酶灌肠治疗月余,略有好转。近日由于大便次数增多日行 2 次,偶而夹有脓血黏液,便质清稀,乏力倦怠,食欲不振,饮食稍有不慎即腹痛腹泻加重,腹部冷痛,四肢不温,畏寒喜暖等症于 2007 年 12 月 3 日来内 4 门诊

就医。查:面色萎黄,舌淡苔白腻,脉细缓。王教授通过综合分析辨证认为该患者证属脾肾阳虚,余邪留恋所致。治宜温补脾肾,理气活血,清泻余毒,内外兼治。处方:生黄芪 30g,赤芍、白芍各 10g,当归 10g,黄连 10g,黄柏 10g,木香 6g,珍珠粉 0.6g(冲),三七粉 3g(冲),炒山楂 20g,焦玉片 20g,炮干姜 3g,蒲公英 20g,连翘 20g,五倍子 10g,炒枳壳 10g,茯苓 30g,炒白术 10g,厚朴 6g,炙草 6g。14 剂,水煎服,每日 1 剂,1 日 3 次。另外使用灌肠方:黄柏 20g,黄连 20g,大黄 15g,黄芩 20g,苦参 20g,五灵脂 15g,蒲黄 15g,马齿苋 30g,五味子 20g,五倍子 15g,乌梅 30g,水煎浓缩 100mL 左右入白及粉 6g,珍珠粉 0.6g,三七粉 3g,云南白药适量或双料喉风散 1/5 候温隔日灌肠 1 次,或与野菊花栓纳肛交替使用。

二诊:便可,日行 1 次,无脓血偶有黏液,饮食可,唯感腹胀矢气多,遇热稍舒,肢凉怕冷倦怠如故,舌淡苔薄白,脉细缓。导师将黄连、黄柏各减为 6g,干姜增至 12g,薏苡仁 30g,肉桂 6g、砂仁(捣后下)6g、制附片(先煎 1h)9g,余药不变继续服用 14 剂,灌肠方隔 3 日 1 次。

三诊:诸证减轻,便质稀无黏液,稍感困乏,舌淡苔薄白,脉细缓稍有力。上方去黄连、黄柏,山楂、玉片、蒲公英、连翘均减为 10g,加党参 12g、山药 20g,再服 14 剂;灌肠方隔 7 日 1 次。

四诊:临床症状消失,精神转佳,导师嘱早晨、中午服补中益气丸,晚服桂附地黄丸以巩固疗效。

按:溃疡性结肠炎(Ulcerative Colitis, UC),又称慢性非特异性溃疡性结肠炎,是一种多因素、多变量、多层次复杂疾病。临床以腹泻、黏液脓血便、腹痛及里急后重为主要症状。依据典型 UC 患者表现特点,应符合中医“痢疾”的诊断;因患者一般表现有缓解期、发作期不同,若病程长,易复发,应属“痢疾”中“休息痢”(慢性复发型)或“久痢”(慢性持续型)的范畴^[1]。也有部分 UC 患者症状不典型或处于缓解期,仅表现为大便次数多,粪质清稀,属中医泄泻范畴^[2]。本例患者属久病脾肾两虚,湿毒余邪留恋所致,按田老和王教授的思路应介于“久痢”(慢性持续型)和泄泻之间。脾虚肾亏,“火不暖土”,健运失职,水湿内滞下注则大便次数增多,便质清稀;湿郁脾不升而胃不降则食欲不振;水谷难化精微充体荣面则乏力倦怠,面色萎黄,舌淡脉细缓,饮食稍有不慎即腹痛腹泻加重,苔白腻乃一派脾虚湿盛之象。此证属虚实夹杂,湿郁气滞必化火,湿毒郁火腐肉蚀肠则偶而夹有脓血黏液;脾主大腹,“四肢为诸阳之本”故腹部冷痛,四肢不温,畏寒喜暖

为脾肾阳虚之典型表现。方中生黄芪、茯苓、炒白术、川厚朴、炮干姜、炙甘草升阳益气温中渗湿醒脾而厚中土；养血活血兼具的赤芍、白芍、当归与行气宽肠导滞之木香、焦玉片、炒枳壳以及清热燥湿之黄连、黄柏相伍暗合芍药汤之意，体现“活血则便脓自愈，行气则后重自除”精髓。珍珠粉祛腐生新、三七粉化瘀止血，炒山楂消积导滞、通因通用与蒲公英、连翘清热解毒相伍以泻湿毒余邪，五倍子酸收以敛肠。诸药配伍恰合本

例虚实夹杂之病机，补泻兼施，升降并用，消涩结合并与灌肠药、纳肛栓剂配用相得益彰，且能随证灵活调整配伍使其更合证情，故而疗效卓著。

参考文献

- [1] 田德禄, 田海河. 慢性非特异性溃疡性结肠炎中医研究述评. 北京中医药大学学报, 1994, 17(6): 2-6.
- [2] 王新月, 田德禄. 溃疡性结肠炎病因病理特点与中医辨治思路对策. 北京中医药大学学报, 2007, 30(8): 554-559.

(2008-05-19 收稿)

丹红注射液治疗急性脑梗死 46 例

王震华 周汇文 谢爱国

(武汉市江夏区第一人民医院神经内科, 430200)

关键词 脑梗死/中医药疗法; @ 丹红注射液

急性脑梗死是脑血管病中发病率最高的类型, 约占脑血管病的 70%~80%, 且致残率高。2007 年 1 月-2008 年 1 月我们应用丹红注射治疗急性脑梗死 46 例, 经临床观察, 效果较好, 报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 急性脑梗死患者共 87 例, 发病时间均在 7d 以内。治疗组 46 例, 其中男 26 例, 女 20 例; 年龄 52~82 岁, 平均 72.3 岁。对照组 41 例, 男 26 例, 女 15 例; 年龄 50~83 岁, 平均年龄 70.5 岁。入选病例均符合以下条件: 1) 1995 年全国第四次脑血管病学术会议通过的诊断标准^[1], 并经 CT 或磁共振成像 (MRI) 证实; 2) 治疗前未使用过溶栓、抗凝制剂; 3) 排除严重肝肾功能不全、有严重意识障碍、活动性消化性溃疡、过敏体质者。治疗组与对照组在年龄、性别、神经功能缺失积分程度等方面经统计学处理差异无统计学意义, 具有可比性。

1.2 治疗方法 治疗组给予丹红注射液 (商品名: 丹红倍通, 由山东步长恩奇制药有限公司生产) 40mL 加入 250mL 0.9% 生理盐水, 每 d 1 次, 14d 为 1 个疗程, 有高血压者予以甘露醇脱水治疗。对照组仅予阿司匹林、甘露醇等常规治疗。

1.3 观察项目及疗效评定 在治疗期间详细观察患者的症状、体征变化, 根据临床神经功能缺损程度评分标准^[2], 分别在治疗前及治疗后 14d, 记录神经功能缺损评分值。

1.4 统计学方法 应用 SPSS 软件进行统计分析, 所得数据以 $\bar{x} \pm s$ 表示, 并用 t 检验及 χ^2 检验。

2 结果

2.1 2 组患者治疗前后神经功能缺损评分比较 见表

1。表 1 显示, 与治疗前比较, 治疗后 2 组神经功能缺损评分均明显下降, 具有统计学意义 ($P < 0.01$); 且治疗后各组间比较也具有显著性差异 ($P < 0.05$)。

2.2 2 组患者治疗前后临床疗效比较 见表 2。表 2 表明治疗组与对照组治疗均有明显疗效, 但 2 组间的总有效率差异明显, 有统计学意义 ($P < 0.05$)。

2.3 不良反应 治疗前后 2 组均无明显不良反应, 血常规、肝肾功能等检查结果无明显变化。

表 1 2 组患者治疗前后神经功能缺损评分比较

	例数 (N)	治疗前	治疗后 14 天
治疗组	46	35.7 ± 1.8	13.0 ± 6.2
对照组	41	35.4 ± 1.7	8.2 ± 7.1

注: 与治疗前比较, $P < 0.01$; $P < 0.05$ 。

表 2 2 组患者治疗前后临床疗效比较

	基本痊愈	显著进步	进步	无变化	总有效率 (%)
治疗组	13(28.2)	19(41.3)	8(17.4)	6(13.0)	86.7%
对照组	8(19.5)	14(34.1)	8(19.5)	11(26.8)	73.2%

3 讨论

急性脑梗死的发病是诸多因素参与的复杂过程。临床治疗目的是挽救半暗带, 减少死亡率, 提高生活能力及控制疾病的再发率。丹红注射液是植物丹参、红花的提取物, 其主要成分是丹参素。本组观察证实, 丹红注射液治疗急性脑梗死疗效好于对照组, 可用于预防和治疗动脉硬化和脑血栓形成导致的急性脑梗死, 且疗程短、见效快, 无明显毒副反应, 值得临床推广应用。

参考文献

- [1] 全国脑血管病会议. 各类脑血管疾病诊断要点. 中华神经科杂志, 1996, 29(6): 379.
- [2] 全国第四届脑血管学术会议. 脑卒中患者临床神经功能缺损程度评分标准. 中华神经科杂志, 1996, 29(6): 381-383.

(2008-10-06 收稿)