

引用:王红梅,胡锦洋.蒋士生运用芪连结肠宁方治疗消化系统疾病验案 2 则[J].湖南中医杂志,2023,39(11):86-87.

蒋士生运用芪连结肠宁方治疗消化系统疾病验案 2 则

王红梅¹,胡锦洋²

(1. 湖南省中医药研究院,湖南 长沙,410013;

2. 湖南省中西医结合医院,湖南 长沙,410006)

[关键词] 溃疡性结肠炎;慢性萎缩性胃炎;芪连结肠宁;验案;蒋士生

[中图分类号] R249.8 [文献标识码] B DOI:10.16808/j.cnki.issn1003-7705.2023.11.022

蒋士生教授,全国第五批名老中医学术传承工作指导老师、博士研究生导师,湖南省名中医,从事临床、科研、教学工作四十余载,尤擅治疗消化系统疾病。

消化系统疾病是临床常见病,随着饮食结构的改变和生活节奏的加快,其发病率逐年升高,因症状反复,病情迁延不愈,不同程度地影响着患者的生活质量及疾病预后。蒋教授认为,消化系统疾病发生发展的关键在于脾虚,脾胃为后天之本,气血生化之源,脾虚日久可致血瘀、痰浊、湿热,最终酿而为毒。故临证常从脾论治,通过对疾病本质的把握、关键证候的掌握、病机的领悟,将异病同治理论运用于临床。脾胃虚弱为诸多消化系统疾病的根源,贯穿疾病发展的全过程,治疗当以健脾益气 and 胃为主,兼以清热祛湿、化瘀解毒等法,收效颇佳。

芪连结肠宁方是蒋教授基于中医理论,博采众家之长,并结合多年临床经验总结得出的经验方。该方由黄芪、黄连、党参、白术、茯苓、陈皮、薏苡仁、山药、蒲公英、败酱草、白芍等中药组成,具有补脾益气、和胃祛湿、清热解暑散瘀之效,常用于治疗脾虚为主,兼湿、热、瘀、毒等证型。笔者有幸跟随蒋教授门诊,聆听教诲,现将其基于异病同治原则运用芪连结肠宁治疗消化系统疾病验案 2 则介绍如下。

1 溃疡性结肠炎

刘某,女,44 岁,2022 年 10 月 22 日初诊。主诉:反复解黏液血便 2 年余,加重半个月。2 年前患者因解黏液血便就诊于他院,完善肠镜示降结肠以下黏膜多发溃疡,性质待定?病检:镜下见慢性活动性炎症

(中-重度),伴糜烂,隐窝稍扭曲,固有层镜下见浆细胞、中性粒细胞浸润,可见隐窝炎及隐窝脓肿,未见非干酪样肉芽肿。结合症状、肠镜及病检结果,确诊为溃疡性结肠炎。经美沙拉嗪肠溶片口服、美沙拉嗪栓塞肛治疗后,患者自觉症状好转便停药,3 个月后症状复发,且伴腹痛,大便次数增多,故在原方案上增加醋酸泼尼松龙片口服治疗,症状稍有改善,但近 2 年来病情时有反复,且症状逐渐加重,遂于 2022 年 6 月开始定期接受生物制剂英夫利西单抗静脉滴注治疗,黏液血便、腹痛等症状尚被控制。9 月 22 日行最后一次英夫利西单抗治疗。半个月后患者再次解黏液血便,大便 8~9 次/d,腹痛,故于蒋教授处就诊。初诊症见:解黏液血便,质稀糖,8~9 次/d,时有肛门坠胀,便前腹痛,便后稍缓解,小便正常,纳寐欠佳,乏力,消瘦,易急躁,舌偏红、苔黄腻,脉弦细。西医诊断:溃疡性结肠炎。中医诊断:久痢,脾虚湿热证。治宜健脾益气、清热燥湿止泻、解毒止血,方选芪连结肠宁加减,处方:黄芪 15 g,黄连 9 g,党参 20 g,炒白术 20 g,茯苓 15 g,陈皮 10 g,薏苡仁 30 g,山药 30 g,砂仁 6 g,苍术 15 g,蒲公英 20 g,马齿苋 20 g,败酱草 15 g,木香 9 g,白芍 15 g,仙鹤草 20 g,鸡内金 15 g,麦芽 15 g,稻芽 15 g,香附 15 g,合欢皮 15 g,酸枣仁 15 g,甘草 5 g。14 剂,每天 1 剂,水煎,分早晚温服。11 月 6 日二诊:黏液血便较前明显好转,大便 3~4 次/d,无明显腹痛,纳寐、乏力感均较前改善,精神好转。舌偏红、苔白微黄,脉细弦。治宜健脾益气、燥湿解毒。继前方去白芍、香附,薏苡仁、山药的剂量均

基金项目:湖南创新型省份建设专项临床医疗技术创新引导项目(2021SK51009);湖南省中医药科研计划一般项目(C2023016)

第一作者:王红梅,女,副研究员,研究方向:中医内科学

通信作者:胡锦洋,女,医学硕士,主治医师,研究方向:中医药防治消化系统疾病,E-mail:664210847@qq.com

减至20 g。14剂,煎服法同前。11月22日三诊:大便性状已明显改善,继用二诊方随症加减,巩固治疗3个月后临床症状基本缓解,后无间断服药半年余,并配合美沙拉嗪肠溶片0.5 g/次,3次/d,口服,症状未再复发。2023年6月复查肠镜示乙状结肠及直肠黏膜糜烂改变。

按语:中医学中并无溃疡性结肠炎这一病名,根据临床表现,可属于“久痢”“痢疾”“泄泻”等范畴。本病好发于中青年^[1]。蒋教授认为其病位虽在肠,但与脾、胃、肝、肾、肺等脏腑功能失调有关。病因多为先天脾胃虚弱、饮食不节(洁)、七情内伤、外感时邪^[2]。本案患者解黏液血便,质溏稀,此为脾虚湿困之象,故治疗的关键在于健脾益气、清热燥湿止泻、解毒止血。芪连结肠宁加减方中黄芪、黄连,两药相须,补泻兼施,取其健脾益气、清热燥湿解毒之功,是全方立意之根本;党参、炒白术健运脾胃,共增黄芪补脾利湿之效,顾护后天之本,茯苓、陈皮、薏苡仁、山药理气健脾,渗湿止泻,砂仁、苍术健脾燥湿;蒲公英、马齿苋清热解毒,凉血止泻,助黄连清热燥湿、解毒散结之功;败酱草、木香、白芍行气活血,散瘀止痛,仙鹤草止血健脾;鸡内金、麦芽、稻芽健脾消食;香附理气止痛,解郁宽中,合欢皮、酸枣仁宁心安生;甘草调和诸药。

2 慢性萎缩性胃炎

邓某,男,59岁,2023年5月6日初诊。主诉:反复胃痛1年余,加重1周。患者1年前无明显诱因出现胃部疼痛不适,以胀痛为主,进食后加重,偶有反酸烧心,纳食欠佳。因症状尚能忍受,故一直未接受系统诊治。1周前患者进食糯米后出现胃胀痛,呈进行性加重,在社区医院经治疗后症状稍有缓解,但仍觉胀痛不适,打嗝噯气。遂求诊于蒋教授处。现症见:胃痛,以剑突下胀痛为主,进食后加重,打嗝则缓,按之则舒,偶感反酸,无烧心,稍有倦怠乏力,口不干稍苦,纳欠佳,不欲饮食,寐一般,大便色黄质稍干结,1~2次/d,小便正常,舌淡红、苔薄白,脉沉细。查胃镜示慢性萎缩性胃炎(C3)。西医诊断:慢性萎缩性胃炎。中医诊断:胃痛,脾虚气滞证。治宜健脾益气、化瘀解毒,方选芪连结肠宁加减,处方:黄芪20 g,黄连7 g,党参15 g,茯苓15 g,陈皮10 g,白术15 g,薏苡仁20 g,山药20 g,败酱草15 g,蒲公英20 g,木香10 g,海螵蛸20 g,浙贝母10 g,瓦楞子20 g,炒麦芽15 g,鸡内金15 g,白花蛇舌草20 g,猕猴桃根20 g,白及10 g,白芍15 g,八月札10 g,丹参15 g,三七6 g,甘草5 g。14剂,每天1剂,水煎,分早晚温服。5月

22日二诊:上腹胀痛稍有好转,食欲较前有所改善,反酸明显减轻,大便色黄质溏稀,2~3次/d,稍觉困倦,舌红、苔白微黄,脉沉细。继上方加苍术10 g、砂仁6 g。14剂,煎服法同前。6月10日三诊:上腹胀痛明显缓解,大便性状明显改善,纳寐可,继二诊方去浙贝母、八月札、丹参,继服3个月,以固疗效。

按语:慢性萎缩性胃炎临床以上腹部疼痛、饱胀、灼热感、反酸等为主要表现,属于中医学“胃痛”“痞满”“反酸”等范畴。流行病学调查显示,慢性萎缩性胃炎好发于中老年,是胃癌癌前病变^[3]。蒋教授认为虚、瘀、毒为本病关键病机,其中脾胃虚弱是其转化为胃癌的根本,瘀血、毒邪既是致病因素,又是疾病演变过程中的病理产物。《医林改错》载:“无气则续,必不能达于血管,血管无气,必停滞而瘀。”脾胃虚弱,纳运失常,加之痰瘀互阻,毒邪入侵,因此治疗萎缩性胃炎仍以健脾益气为主,辅以化瘀行滞、解毒祛邪。蒋教授认为该病病位虽在胃,基于异病同治理论,仍可以运用芪连结肠宁加减方治疗。其中党参、白术健运脾胃,重用黄芪扶正以增强其补脾和胃之功,共助黄芪以增强其补脾和胃之功,顾护后天之本,茯苓、陈皮、薏苡仁、山药理气健脾,黄连、猕猴桃根清热解毒,败酱草、木香、白芍行气活血、化瘀行滞,八月札活血止痛,白花蛇舌草化瘀解毒,丹参、三七活血化瘀。二诊时患者出现便溏、困倦,故加苍术、砂仁燥脾湿、醒脾胃。三诊时诸症缓解,故去浙贝母、八月札、丹参,继服方药培本固元。

3 小 结

《脾胃论·脾胃胜衰论》载:“欲人知百病皆由脾胃衰而生也。”脾胃受损,正气不足,邪气乃生,日久可致血瘀、痰浊、湿热,进一步损耗体内正气,久之形成恶性循环,影响其他脏腑正常功能而出现各种疾病。上述2个验案病名、病位、临床症状均不同,但病机均为脾胃虚弱,故蒋教授以健脾益气和胃为主,兼以清热祛湿、化瘀解毒等,一方多用,收效颇佳。

参考文献

- [1] 张进文. 炎症性肠病患者生存质量分析[D]. 广州:中山大学,2010.
- [2] 胡锦涛,蒋士生,牛俊杰,等. 芪连结肠宁治疗溃疡性结肠炎的临床疗效及其对炎症因子的影响[J]. 湖南中医杂志,2022,38(5):11-14.
- [3] 王思梦,康立英,戎会丽,等. 近五年中医药治疗慢性萎缩性胃炎临床研究进展[J]. 河北中医药学报,2021,36(6):53-57.

(收稿日期:2023-08-11)

[编辑:韩晗]