

薏苡附子败酱散治疗克隆氏病

中医研究院广安门医院 赵金铎

克隆氏病是一种原因不明的慢性肠道炎性疾病,临床表现主要有腹痛、腹泻、发热、消瘦等。余在临床治疗本病常选用《金匱要略》之薏苡附子败酱散加味投之,疗效尚好。

病案举例

病案一

史××,女,19岁,未婚,学生,蒙古乌兰巴托籍,住院号14144,1982年6月28日住院。

患者右少腹间歇性疼痛,痛剧时局部有物隆起,掣及胁腰,伴发热($T 39^{\circ}\text{C}$),痛时即便,便后痛减,腹泻日3~4次夹脓血粘液、胃脘胀满欲呕,喜温喜按,不思饮食,头昏心悸,自汗气短,肢倦乏力,日渐消瘦,病已5年余。有反复不愈的“口疮”病史10余年。患者于1978年4月在某医院经剖腹探查,取病理组织活检(病理号344048),确诊为“克隆氏病”,行外科手术后,症状缓解。1980年10月旧症复发,10月25日在该医院作钡剂灌肠(X线号31189)示:右半结肠切除术后残留之结肠、迴肠及迴肠末端充盈缺损。10月28日作全消化道造影示:盲肠卵石样充盈缺损及右半结肠短缩。考虑为克隆氏病复发。1982年初上症又复发,该医院建议再行手术治疗,患者因体质极差而未同意,遂来我院要求服中药治疗。诊见大骨枯槁,大肉陷下(体重34公斤),面黄无泽,语音低微,屈膝抱腹,行动艰难,一派极度衰弱、痛苦难言之象,舌质淡、苔白腻、前半部剥脱,脉弦细数无力。初辨为脏腑湿热,升降失调,中气不足,先予温中补虚、调和升降、缓急理气止痛之法,方选黄芪建中汤合半夏泻心汤加减。处方:半夏9克,干姜

6克,人参6克(另兑),炙甘草10克,赤白芍各9克,川连4.5克,炙黄芪15克,元胡粉3克(冲),当归9克,金铃子9克,木香3克(后下)。

药进6剂,欲思饮食,疼痛间断时间延长,仍感右少腹胀痛,夜间较著,且胀甚于痛,掣及胁腰,干呕无物,大便泻而不畅,左关脉弦细数,右关脉柔软而弱。证属肝强脾弱,改用扶土抑木法,方选痛泻要方加减。处方:当归12克,金铃子9克,元胡6克,木香3克(后下),陈皮6克,白芍12克,防风3克,马尾连6克,茯苓15克,党参12克,黄柏6克。

药进6剂,右少腹胀痛减轻,大便次数减少,精神渐佳,纳食增进,夜能安寐,但每于就餐前后右少腹拘急胀痛,局部灼热有物聚起,按之濡软,重压痛甚,脉弦细数。此乃湿热蕴结,气滞血瘀,遂拟化湿清热、兼行瘀滞、辅以扶正理气止痛,用《金匱要略》薏苡附子败酱散加味。处方:制附子6克(先煎),生薏米30克,败酱草15克,党参12克,炒白术9克,川楝子6克,元胡6克,丹皮9克,赤白芍各9克,砂仁5克,生甘草6克。

药进6剂(配合中心静脉高营养疗法),腹痛大减,纳食增加,精神转佳,渐能自理生活,唯大便日行2次,伴有少许粘液。守方调治3月余,诸症基本消失(出院时体重增至40公斤)。后因夏季痢疾而诱发,仍用上法调治而安,至今未见复发。

按:患者痛在少腹,胀及腰胁,呕而无物,泻而不畅,显系上下阴阳逆乱,左右升降错行,有形之滞不去,无形之气壅滞肠道,是以诸症蜂起。又因幼时久患“口疮”,素体心脾

积热,下移肠道,湿热蕴结,气血失和,加之病程迁延日久,脾土虚衰,肝木以乘,从而导致正虚邪实,寒热错杂的病理改变。在治疗上把握邪正、权衡标本、分清缓急。先用黄芪建中汤合半夏泻心汤扶助正气,温中补虚,降阳和阴,平调寒热。如尤在泾云:“……中者,四运之轴而阴阳之机也。……求中气之立者,必以建中也。”药后中气尚有回复之机,但肝脾尚未调和。《医方考》云:“泻责之脾,痛责之肝,肝责之实,脾责之虚,脾虚肝实,故令痛泻。”于是,又拟以扶土抑木法,方用痛泻要方以补中寓疏,泻肝补脾,调和气机,兼清湿热。药后肝木条畅,脾土健运,然湿热蕴结、气血壅滞之主要矛盾未得以解决,遂用《金匱》之薤苳附子败酱散加味投治,以奏清热利湿,理气活血排脓之功。由于药症相符,诸症平息,后因痢疾诱发,又如法调治而安。

病案二

张××,男,32岁,文艺工作者,病历号044406,1983年8月1日初诊。

右少腹反复疼痛,大便不调4年。患者于1980年9月不明原因发烧($T 39^{\circ}\text{C}$),腹泻,日行5~6次,便中夹有粘液,右下腹疼痛,粪常规发现白血球。虽经治疗后热退,但仍大便不调,腹痛。1981年5月住北京铁路总医院,做过3次钡餐,2次钡灌肠检查,检查结果示迴肠末段稍有扩张、粘膜不规整、较粗大,盲肠充盈欠佳,迴盲部移动尚好(X线号80~778)。诊断:(1)迴肠末段改变,考虑为克隆氏病;(2)小肠功能紊乱。首都医院内科亦诊为克隆氏病。经用激素、中药治疗效不显。患者又不同意手术治疗,遂来我院门诊。现右少腹疼痛而胀,稍劳累则胀痛俱甚,并牵扯肩背亦疼。大便稀溏,色深如酱,夹有粘液,日行2~3次,每次排便均有下坠之感。纳谷呆滞,易饥而少食,食后泛恶,易于疲劳,汗出,腰酸,小便数。视其面色苍白,嘴唇干燥,舌体胖大、质暗尖红、苔黄微垢,诊脉弦而细数。此为湿热蕴结,气血壅滞,治拟化湿热、调气血,予《金匱》薤苳附子败酱散加味投之。处方:制

附片6克,生薏米30克,败酱草30克,当归9克,赤白芍各12克,粉丹皮9克,川黄连3克,黄芩9克,炒枳壳9克,竹茹9克,广陈皮9克,甘草6克。

药进6剂,8月8日二诊,少腹疼痛已止,便软成形,颜色变浅,日行1次,偶尔2次,纳食量增加,精神渐佳,但时有头昏头胀,睡眠较差,腹微胀满,舌体胖、苔白腻、脉细沉而小数。药见效机,原方出入:生薏米50克,败酱草30克,当归9克,赤白芍各12克,丹皮9克,川楝子(打)9克,川黄连3克,黄芩9克,枳壳9克,陈皮9克,竹茹12克,生甘草6克。

上方又服10剂,8月18日三诊,自觉体力增强,精神又振,纳食增加,每餐可食3~4两,便软成形,颜色更浅,日行1~2次,头晕、头胀、心悸好转,腹部仍胀满,睡眠不实,口干喜饮,舌尖红、苔白稍腻,脉细小数、左稍沉,续服8月8日方。

8月29日四诊,精神、体力、纳食均佳,大便成形、颜色转正,日行1次,唯食后脘腹微有胀满,时有心悸,夜寐不实,口干而不欲饮,舌质暗尖红、苔薄黄少津、中有裂纹,脉沉细而数。处方:生薏米30克,败酱草30克,茵陈15克,黄柏9克,川楝子9克,枳壳9克,粉丹皮9克,赤白芍各12克,当归9克,麦冬9克,莲子心9克,甘草6克。

恒守此方,继续服用,至今未复发。

按:患者表现为右少腹疼痛而胀,大便稀溏,色深如酱而夹粘液,便下不畅,苔黄垢腻等一派湿热蕴结、气滞血瘀之象,因未见脾土虚衰,故不用扶助中气之黄芪建中汤,未见肝脾不调,故不用扶土抑木之痛泻要方,而迳直施以薤苳附子败酱散加味,加当归、赤白芍、丹皮以活血,枳壳、陈皮以理气,芩、连、竹茹以清化湿热,甘草调和诸药。通过化裁,切合病情,药进6剂而腹痛即止,说明郁滞渐通,但湿热未尽化。二诊即于上方将附片换为川楝,加大薏米、竹茹量。尔后略有增损,均不离清化湿热、活血行气以疏通郁滞。

