

第七节 痢疾病医案

案例一：王昊，男，36岁，建筑工程师。

初诊：患者因“反复腹痛、腹泻8年，再发伴黏液血便3个月”于2013年9月23日入院就诊。患者8年前无明显诱因日解大便5~6次，糊状便，便前腹痛，便后痛减，在同济医院行肠镜检查提示：溃疡性结肠炎，先后口服柳氮磺胺吡啶、5-氨基水杨酸(5~ASA)制剂、奥沙拉秦钠等西药治疗，服药期间腹痛、腹泻可以控制，但停药即复发。近3个月来长期服中药治疗症状控制可，2013年9月13日同济医院肠镜检查提示：结肠多发糜烂性病变(结合病史考虑溃结)。病检：横结肠黏膜组织呈慢性炎症(急性活动期改变)，伴淋巴组织增生、淋巴滤泡增生，未见溃疡及肉芽肿结节。伴有汗出、乏力、腹胀进食后明显，2005年行阑尾切除术。日行大便5~6次，之前有腹痛，便后痛减，舌质暗红，舌根部苔黄腻，脉弦滑。中医诊断：痢疾(阴虚夹湿热证)；西医诊断：溃疡性结肠炎 活动期；拟以“养阴止血，清肠利湿”法治之，药方如下：

黄芩 15g	黄连 10g	黄柏 12g	秦皮 15g
白茅根 10g	茯苓 10g	炒白术 15g	白及 12g
蒲公英 10g	木槿花 12g	芡实 20g	马齿苋 20g
炒蒲黄 10g	芦根 30g	白芍 10g	条参 30g
7剂，浓煎，每日一剂，分2次服。			

配合中药灌肠：白头翁 10g、三七 10g、芡实 20g、红藤 20g、马齿苋 30g，浓煎取汁 150mL，高位保留灌肠，每日2次，连续7日。

二诊：患者黏液便、脓血便基本消失，腹痛缓解，大便次数减为每日3次，无发热，无恶心呕吐，睡眠可，小便调。药方调整如下：

茯苓 10g	炒白术 15g	黄柏 12g	白及 12g
白茅根 10g	生甘草 9g	蒲公英 10g	木槿花 12g
炒蒲黄 10g	芦根 30g	合欢花 10g	玫瑰花 10g
白芍 10g	条参 30g	芡实 20g	马齿苋 20g
7 剂,浓煎,每日一剂,分 2 次服。			

1 个月后随访,患者大便日行 1~2 次,基本成形,无脓血便,无腹痛,能够正常上班。

体会:溃疡性结肠炎(ulcerative colitis, UC)是一种病因未明的、非特异性炎性肠病。临床表现以反复发作的腹痛、腹泻、黏液脓血便及里急后重为特征。发病率无论在国内还是国外都有逐年增高的趋势。由于本病的病因及发病机制尚未明确,且难治愈,易复发,已被世界卫生组织列为现代难治病。中医药是我国治疗溃疡性结肠炎的特色与优势。本病急性期多属于中医“痢疾”。初起时,多以湿热之邪壅滞胃肠为主。甘爱萍老师治疗溃疡性结肠炎十分推崇在辨证论治基础上合理的运用经方,如白头翁汤、痛泻要方、葛根芩连汤、芍药汤、参苓白术散、半夏泻心汤、连理汤、四逆散等。溃肠宁就是甘老师在经方的基础上进行加减形成的经验方,该方主要有由黄柏、红藤、茜草、椿根白皮、茯苓、白术、芡实、玫瑰花、三七粉等组成。随症加减,用之临床、疗效显著。中药保留灌肠是 UC 治疗中一个非常重要的手段,肠道给药有用量小,见效快,简便易行等优点,既对肠道进行了有效的清洗,又有助于肠腔黏膜及黏膜上的有害微生物及其产生的有毒物质等损伤肠黏膜的刺激因子,在此基础上灌注中药可以使药物绕过肝脏和胃,直接由直肠进入大循环,加快了吸收速度。灌肠中药甘老师不一而定,但以清热化湿止泻药物为主,有时酌加凉血活血之品,如三七粉、地榆、槐花等;有时加益气健脾之品,如黄芪、党参等。

案例二:刘某某,男,40 岁,工人。

初诊:患者因“反复腹痛、腹泻 7 年,再发伴黏液血便 8 天”于 2014 年 10 月 21 日入院。患者 7 年前无明显诱因日行大便 5~6 次,糊状便,便前腹痛,便后痛减,在同济医院行肠镜检查提示:溃疡性结肠炎,先后口服柳氮磺胺吡啶、5-氨基水杨酸(5-ASA)制剂、奥沙拉秦钠等西药治疗,服药期间腹痛、腹泻可以控制,但停药即复发。近 3 年来长期服中药治疗症状控制可,2014 年 10 月 13 日同济医院肠镜检查提示:结肠多发糜烂性病变(结合病史考虑溃结)。病检:

横结肠黏膜组织呈慢性炎症(急性活动期改变),伴淋巴组织增生、淋巴滤泡增生,未见溃疡及肉芽肿结节。入院症见:腹泻、黏液脓血便,日行5~6次,之前有腹痛,便后痛减,伴汗出、乏力、腹胀进食后明显。既往史:2000年行阑尾切除术。体检:脐周轻压痛,肠鸣音活跃,舌质红,苔黄腻,脉弦滑。中医诊断:痢疾阴虚夹湿热;西医诊断:溃疡性结肠炎活动期;拟以“益气养阴,清热利湿止泻”法治之,药方如下:

茯苓 10g	炒白术 15g	芡实 20g	白及 12g
木槿花 12g	炒蒲黄 10g	白芍 10g	玫瑰花 10g
生甘草 9g	条参 30g	芦根 30g	马齿苋 20g
黄柏 12g	蒲公英 10g	白茅根 10g	合欢花 10g
7剂,浓煎,每日一剂,分2次服。			

配合中药灌肠:白头翁 10g,三七 10g,芡实 20g,红藤 20g,马齿苋 30g,水煎取汁 150~200mL,保留灌肠,日一次。

二诊:治疗1周,患者脓血黏液便好转,大便次数减少至每日2~3次,舌质边红,苔薄黄,脉弦。停用中药灌肠,继续口服中药治疗,原方去马齿苋,加陈皮 10g,防风 10g,此后随证略做加减,3个月未再复发。

体会:溃疡性结肠炎西医治疗容易复发,中医治疗有明显优势,能减少复发。在溃疡性结肠炎诊治中,甘老师强调:①活动期配合中药灌肠,能直达病所,缩短病程;②无论在活动期还是缓解期,必须顾护脾胃,活动期祛邪勿过用伤脾,缓解期扶正不忘健脾;③根据“风能胜湿”理论,可在辨证基础上加用风药;④适当选用一些收敛护膜之药;⑤无论活动期或缓解期,溃疡性结肠炎反复难愈,在辨证基础上适当加用清肠解毒药。经方显示出较好的疗效,如白头翁汤、痛泻要方、葛根芩连汤、芍药汤、参苓白术散、半夏泻心汤、连理汤、四逆散等。溃疡性结肠炎活动期以标实为主,辨证以湿热蕴结、肝郁脾虚两型多见。治宜清热祛湿,调气行血。清热祛湿常用白头翁、黄芩、黄连、葛根、火炭母、白花蛇舌草等,调气行血用白芍、当归、牡丹皮等,行气导滞用槟榔、厚朴、木香等,止血药用地榆、紫珠草、槐花、仙鹤草、血余炭等。疏肝理气用白芍、柴胡、枳壳、木香、郁金,健脾祛湿止泻用白术、陈皮、防风等,便血用焦山楂、白及、地榆等。

案例三:黄某某,男,52岁,干部。

初诊:患者因“间断腹泻近7个月,血便20天”入院。患者7个月前无明显

诱因的开始腹泻,大便时带黏液脓血。行肠镜示:溃疡性结肠炎,给予柳氮磺吡啶片治疗,症状仍间断发作。20天前因发现白细胞低而停用柳氮磺吡啶片,随即黏液脓血便再发。平素大便1日数十次,先干后稀,时夹黏液脓血,里急后重,纳可,小便可,睡眠差。舌红苔薄黄,脉弦数。诊断:西医:溃疡性结肠炎,中医:痢疾 大肠湿热。拟以“清热祛湿、化瘀止血、敛疮愈疡”法治之,处方如下:

木槿花 15g	白及 20g	茯苓 15g	芦根 20g
白术 15g	五倍子 15g	白芍 15g	防风 10g
浙贝 15g	三七粉 15g	炒蒲黄 10g	红藤 10g
蒲公英 15g	丹皮 15g	仙鹤草 15g	旱莲草 15g
马齿苋 10g	条参 30g		

7剂,浓煎,日1剂,分2次温服。

二诊:大便日行5~6次,质中,时黏液脓血,里急后重明显好转,纳可,小便正常,睡眠欠佳,舌红苔黄,脉弦数。中药调整如下:

条参 30g	山药 15g	木槿花 15g	白及 20g
葛根 20g	芦根 20g	败酱草 15g	五倍子 15g
黄连 10g	合欢花 10g	玫瑰花 10g	薏苡仁 30g
芡实 20g	白花蛇舌草 30g	炒蒲黄 10g	浙大贝 10g
茯苓 15g	马齿苋 30g		

7剂,浓煎,每日1剂,分2次温服。

三诊:现大便日行5~8次,有时水便杂下,偶有黏液,无血便,里急后重消失,纳可,小便正常,睡眠欠佳,舌红少苔,根黄腻,脉弦细。中药上方去黄连,加黄柏 15g,芦根加至 30g,五倍子加至 20g。

四诊:服药前4天,大便日行5次,近4天日行7次,无黏液脓血,无里急后重,时有肛门坠胀,矢气频。舌暗红,苔黄腻,脉弦细。中药调整如下:

黄柏 15g	芦根 10g	茯苓 20g	白术 20g
木槿花 15g	白花蛇舌草 20g	条参 30g	山药 20g
白及 20g	浙大贝 15g	五倍子 20g	生黄芪 20g
葛根 15g	芡实 20g	诃子 10g	合欢花 10g
玫瑰花 10g	薏苡仁 30g		

7剂,浓煎,每日1剂,分2次温服。

按语:溃疡性结肠炎(UC)是一种病因不明的主要发生在结肠黏膜层的炎症性疾病,临床主要表现为腹痛、腹泻、黏液脓血便、里急后重等症状。溃疡性结肠炎在活动期主要以邪实为主。病理因素主要为湿热。在缓解期主要以正虚为主,或虚实夹杂。脾胃虚弱是发病之本,正虚邪恋为缓解期的基本病机。故针对溃疡性结肠炎活动期的患者,治疗上以清热祛湿、化瘀止血、敛疮愈疡为基本治法。而在缓解期,则侧重于健脾补中,佐以清热利湿、化瘀解毒。甘老师常用木槿花、蒲公英、旱莲草、红藤、蒲黄、三七、白及等清热利湿、化瘀止血、敛疮愈疡,并加以茯苓、白术健脾补中,从而取得良效。