

面对比常规西药治疗优势更为明显,不仅提高了患者的生活质量,而且对于社会进步及医学水平的提高都有积极意义。

中医学认为,复发性口疮属于“口疳、口破、口糜”等范畴,其发病原因和发病机理主要是火热之邪腐蚀血肉而成,虽发病部位较局限,但人是一个有机的整体,该病的发生与每一个脏腑的功能是否正常有密切的关系。随着现代社会环境的变化,越来越多的煎炸、生冷食物被人们所青睐,特别是年轻人,导致临床口疮病人越来越多见。复发性口疮具有病程长,疾病反复发作、缠绵难愈的特点,大部分口疮是由脾胃功能失司,水湿运化不及,日久蕴而生热,腐蚀血肉而致,吾师根据复发性口疮的这一发病特点,结合病人体质,从清热化湿、调理脾胃功能入手,采用清热化湿的辨证组方思路,用黄芩、黄连、黄柏

苦寒泄热除湿,清利三焦,以法半夏、砂仁理气醒脾化湿,杜绝生湿化热之源,上五味寓升于降,以复脾胃调升降之功用;久病多瘀,故用薏苡仁、儿茶收湿敛疮生肌;佐以干姜、甘草,既可温脾和中,培土伏火,又能制约诸药之寒性,调和诸药。以上诸药配伍,寒热并用以调和脾胃,苦辛并进以调其升降,补泻兼施以顾其虚实,湿去热清,升降有序,则脾胃功用得复,口疮可愈。

参考文献

[1]王济,倪诚,张惠敏,等.关于复发性口腔溃疡治疗难点与防治方法的讨论[J].中医药通报,2014,13(3):4-9
[2]朱叶珊,靳松,时建华,等.清热和解法治疗复发性阿弗他溃疡的疗效观察[J].中医药通报,2017,16(1):55-56
[3]张小恒,王军.中西医结合治疗复发性口腔溃疡 200 例临床观察[J].新中医,2017,49(8):104-106

(收稿日期:2017-08-22)

胡翊健副教授治杂病验案撷英

晏章现¹ 胡翊健²

(1 江西中医药大学 2015 级硕士研究生 南昌 330004;2 江西省中医院 南昌 330006)

关键词:杂病;胡翊健;病案

中图分类号:R242

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2017.10.075

胡翊健副教授,硕导,从事临床工作 30 余年,从事《金匱要略》教学工作 20 余年,擅长中西医结合治疗类风湿关节炎、白塞氏病、皮炎及内科疑难杂病。笔者有幸跟诊于胡翊健副教授,在临床学习过程中,目睹其治疗多种内科疑难杂病,疗效好。在治疗类风湿性关节炎、难治性口疮以及不明原因的肾功能损害方面,积累了很多经验,现择其几则案例,整理如下。

1 以益气养血、活血止痛为法,用圣愈汤加减治疗尪痹病

尪痹为中医“痹证”的范畴。《内经讲义·痹论》^[1]:“风寒湿三气杂至合而为痹”,《素问·百病始生》中曰:“风寒湿热,不得虚,邪不能独伤人。两虚相得,乃客其形”,正如《诸病源候论·风痹》:“痹者……由人体虚,腠理开,故受风邪也,病在阳曰风,在阴曰痹。”《医宗必读·痹证》:“诸痹……良有营卫先虚,腠理不密,风寒湿乘虚内袭。正气为邪所阻,不能宣行,因而留滞,气血凝涩,久而成痹。”胡翊健副教授认为尪痹病,正虚是内因,邪气是致痹的条件,不通是病理关键,不荣是痹病的必然,该病虚实夹杂,以气虚血瘀证多见,《难经》曰:“气主煦之,血主濡之。”《内经》:“气为血之帅,血为气之母。”《黄帝内经·素

问·举痛论》有云:“不通则痛,通则不痛”,对于久痹患者,可从扶正祛邪角度入手,以益气养血、活血止痛为法治之,多有验效。圣愈汤为四物汤加黄芪、人参。四物汤具有补血和血的作用,其对血液系统具有补血、抗血栓形成、抗凝血的作用,改善微循环,改善血液流变学,降血脂抗动脉粥样硬化,增强免疫力,黄芪、人参皆能兴奋中枢神经系统,抗疲劳、强心、增强免疫力,黄芪还能促进蛋白质的代谢。人参亦能增加红细胞和血红蛋白促进造血机能。此外,还有免疫与抗氧化作用研究^[2]。

1.1 病案举例 胡某,2017 年 3 月 7 日初诊。诉四肢关节疼痛,双腕、掌指及指间关节尤甚,关节局部有硬结、瘀斑,神疲乏力,动则汗出不止,畏风,纳呆食少,口渴不多饮,曾在多家医院就诊,效果均不显,后就诊于胡翊健副教授,诊时症如上诉,小便频,大便偏干,舌红苔少,脉沉涩。胡翊健副教授诊断为尪痹病,辨证为气虚血瘀证,予圣愈汤加减:黄芪 15 g、党参 10 g、甘松 10 g、当归 10 g、桂枝 10 g、白芍 15 g、生地 10 g、桃仁 10 g、鸡血藤 15 g、牛膝 15 g、海桐皮 15 g、威灵仙 15 g、酸枣仁 10 g。2017 年 3 月 14 日患者复诊,诉服用上方症状大为好转,效不更方,续用上方 15 剂,嘱患者勿劳累、避风寒。2017 年 4

月 5 日患者复诊,诉诸症状消失,唯下肢有硬结和少许瘀斑,嘱患者须用上方间断服用,并予桂枝茯苓丸、香砂仁六君子丸隔日服用。

1.2 讨论 该患者先后曾至多家医院就诊,其关节局部有硬结、瘀斑,神疲乏力,动则汗出不止,可知其痹病日久。“神疲乏力,动则汗出,畏风”为明显的气虚之象。该患者“纳呆食少,舌红苔少”可知其中气受损,脾胃健运失司。在一派气虚血瘀之象中见“大便偏干”可见其体内阴液受损。脉沉主病在里,脉涩多见于瘀血。四诊合参,胡翊健副教授认为该患者为气虚血瘀症,以圣愈汤加减治疗。该患者疼痛,原因责之“不通则痛”或“不荣则痛”。导致疼痛的原因,有虚有实,需“急则治其标”或“标本同治”以迅速缓解消除疼痛。圣愈汤为元·朱丹溪《脉因证治》之名方,是在四物汤的基础上加补气药人参、黄芪^[1]。方中黄芪、党参补气固表;当归活血,当归与黄芪配伍而为当归黄芪汤,可气血双补,桂枝通阳,与芍药配伍而调和营卫;易熟地为生地,与桃仁、鸡血藤合用,加强活血作用,取《医宗必读卷十·痹》:“治风先治血,血行风自灭”之意;海桐皮、威灵仙祛风湿通经络;牛膝补肝肾、强筋骨、活血祛瘀,引药下行;酸枣仁养血安神、益阴敛汗;甘松醒脾健胃。全方共奏益气养血、活血祛风、通络止痛之效,且补而不滞,补而不滋,补血活血而不耗血,以达到“正气存内,邪不可干”的功效。中医强点治病求本,正如《黄帝内经》所言:“正气存内,邪不可干”,该患者病情缓解后,胡翊健副教授考虑到其正气虚弱之本,且有瘀血的表现,故嘱患者以桂枝茯苓丸祛瘀生新,以香砂六君子丸益气健脾。

2 以平调寒热,燮理阴阳为法,用甘草泻心汤加味治疗复发性口腔溃疡

复发性口腔溃疡现代医学又称复发性阿弗他溃疡,患病率口腔黏膜疾病之首,疼痛剧烈,具有复发性、周期性、自限性特点,目前治疗方法多种,但没有非常肯定的疗效^[4]。复发性口疮溃疡属中医“口疮、口糜”的范畴。关于此病的病机古代文献有多处记载,《素问·气厥论》中有:“膀胱移热于小肠,膈肠不便,上为口糜”的说法,认为本病的发生主要是由于肝热、心火、脾湿中阻和肾阴不足,使热毒内攻,脏腑受损,湿热久停,薰蒸气血,从而致肉腐失养,形成口腔溃疡。复发性口腔溃疡的病变部位在口腔,中医上讲“脾开窍于口”,脾脏喜燥恶湿,脾虚则易受湿困。因其具有反复发作,故临床多表现为虚实夹杂的证候,《丹溪心法·口齿》篇也曾指出:“口疮服凉药不

愈者,因中焦土虚,且不能食,相火冲上无制。”故治疗应攻补兼施,寒热并用。对于口疮的治疗,最早可见于《金匮要略》:“蚀于上部则声喝,甘草泻心汤主之。”甘草泻心汤见于《伤寒论·辨太阳病脉证并治下》第 158 条:“伤寒中风,医反下之……医见心下痞,谓病不尽……但以胃中虚,客气上逆,故使硬也,甘草泻心汤主之。亦见于《金匮要略·百合狐惑阴阳毒病脉证治第三》第 10 条:“狐惑之为病……甘草泻心汤主之^[5]。”此方是治疗伤寒误治而致脾胃不和、寒热错杂之痞证的代表方之一。甘草泻心汤由甘草、半夏、黄芩、黄连、干姜、人参、大枣组成,方中黄芩、黄连苦降以除热;干姜、半夏辛温开结以散其寒,甘草、大枣益气兼以补虚。清代医家吴谦的《医宗金鉴》中有云:“方以甘草命名者,取和缓之意。用甘草、大枣之甘温,补中缓急,治痞之益甚;半夏之辛,破客逆之上从;芩、连泻阳陷之痞热,干姜散阴凝之痞寒。缓急破逆,泻痞寒热,备乎其治矣。”诸药合用,辛开苦降,寒热并用,甘温升补,对复发性口腔溃疡能起到标本兼治的作用。黄煌教授在《经方的魅力》中也指出甘草泻心汤可治疗复发性口腔溃疡,是黏膜修复剂。王金凤等运用甘草泻心汤化裁治疗复发性口腔溃疡,比较治疗组与对照组平均溃疡期、疼痛指数及半年复发情况等,表明甘草泻心汤化裁方可促进患者局部溃疡愈合,减轻疼痛,并可明显减少口腔溃疡的复发^[6]。胡翊健副教授对于反复发作的顽固性口腔溃疡,多以甘草泻心汤加味治疗,疗效确切。

2.1 病案举例 张某,男,26 岁,2017 年 4 月 20 日初诊。诉 6 年前,出现口角生疮,先后至多家医院就诊,经予金霉素眼膏、锡类散、冰硼散及中药,效果均不显著,诊时见:形体偏胖,神情忧郁,口周多出溃疡,流水,瘙痒疼痛,咽喉肿痛,纳呆,心烦喜呕,睡眠不安,舌体偏胖,苔黄润,小便短涩,大便黏腻不畅,脉沉缓,综合四诊胡翊健副教授辨证为寒热错杂证,予甘草泻心汤加蛇床子、白癣皮。方药如下:半夏 10 g、黄芩 10 g、党参 10 g、黄连 10 g、半夏 12 g、生甘草 15 g、干姜 6 g、大枣 5 枚,共 5 剂。嘱其少食油腻之品。2017 年 4 月 25 日复诊,患者诉服用上药口疮大为好转,溃疡处开始结痂,不痒痛,饮食量增,小便色变淡,大便顺畅,唯有睡眠仍欠佳,效不更方,在上方基础上加知母 8 g、生地黄 10 g,共 5 剂。嘱其清淡饮食。2017 年 5 月 1 日,患者复诊,诉诸症消失,予香砂六君子丸间断服用,少食油腻之品。

2.2 讨论 该患者形体偏胖,体内湿邪偏重,情志不畅,湿邪郁久化热,“口周溃疡痒痛流水,咽喉肿痛,

大便黏腻”结合“脉沉缓”综合分析后胡老师辨证为寒热错杂证。其与《金匱要略》中狐惑病病机一致，故其甘草泻心汤治疗，李彭在《金匱要略·广注》中有注解：“狐惑是伤寒遗热所致，故乃状如伤寒也……喉、肛与前阴皆关窍所通，津液滋润之处……不欲饮食，恶闻食臭，是内热而胃气不和，故有目不得闭，卧起不安之证”表明甘草泻心汤适合应用于胃虚夹邪之证”，遂方用姜、半之辛热以排阴气；用芩、连之苦寒以降阴火；用大枣之甘温以滋屡下所伤之津液；并君甘草者，亦以其病在胃也。清代医家吴谦的《医宗金鉴》中有云：“方以甘草命名者，取和缓之意。用甘草、大枣之甘温，补中缓急，治痞之益甚；半夏之辛，破客逆之上从；芩、连泻阳陷之痞热，干姜散阴凝之痞寒。缓急破逆，泻痞寒热，备乎其治矣^[9]。”方以生甘草为君，配苦寒之黄连、黄芩清热解毒，干姜、半夏辛温燥湿，党参、大枣和胃，加用蛇床子、白癣皮燥湿止痒。胡老师经常教育我们“治病求本”，该患者之症本于湿为患，恐其复发，故续用香砂六君子丸益气健脾和胃，祛除内湿。

3 以育阴清热利水为法，方用猪苓汤治疗肾盂肾炎发热

肾盂肾炎多为逆行性感染引起的肾盂及肾实质炎症，临床表现为伴有发热的全身症状，甚至有可能引起肾实质损害，是泌尿系统感染中最重要的感染病之一^[7]。猪苓汤该方首见于张仲景所著的《伤寒论》，分别见于“辨阳明病脉证并治——阳明病经证”第 223、224 条和“辨少阴病脉证并治——阴虚热化证”第 319 条。《伤寒论》第 223 条文：“若脉浮，发热，渴欲饮水，小便不利者，猪苓汤主之^[8]。”以其主治阳明病用下法误治之后出现的变证，即阴津耗伤，邪热入于下焦，水热互结之证，以猪苓汤养阴清热利水。《伤寒论》第 319 条文：“少阴病，下利六七日，咳而呕渴，心烦，不得眠者，猪苓汤主之。”主治少阴热化、阴虚水热互结之证，亦以猪苓汤养阴清热利水^[9]。临证中，无论何种肾脏疾病，只要抓住水热互结兼有阴伤的病机关键，皆可用此方加减治疗。胡翊健副教授活用经方以猪苓汤为基础，以育阴清热利水为法，巧治肾盂肾炎发热。

3.1 病案举例 李某，女，56 岁，2017 年 3 月 17 日，初诊。诉 3 年前由于左下肢长一疱疹，疼痛难忍，至当地诊所就诊，拟诊为“病毒性疱疹”，予大剂量阿昔洛韦抗病毒，次日，患者出现发热，腰部胀痛难忍，尿液浑浊，双下肢浮肿，后经当地中医院肾病科治疗，症状可缓解，但发热症状仍时有复发。后就诊于胡翊健副主任，诊时症见：腰膝酸软，发热，心烦，偶

有咳嗽，口干多饮，饮不解渴，小便量少，双下肢稍肿，尿液浑浊，舌暗红，苔薄黄，脉浮。胡翊健副主任予猪苓汤加五味子、丹参，方药如下：猪苓 20 g、茯苓 12 g、泽泻 15 g、滑石 15 g、阿胶 12 g、五味子 10 g、丹参 10 g。服用上方 5 剂后诸症大为好转，复诊 3 次，而诊患者诉仍有下肢肿胀，守上方加玉米须 30 g，共 7 剂。三诊，患者诉尿液稍混浊，肿胀消退，上方改泽泻为 8 g，玉米须为 15 g，加萆薢 15 g，7 剂。该患者前后用药 19 剂，症状彻底痊愈，后随访 3 个月未见复发。

3.2 讨论 该患者热盛伤津，故口渴多饮。体内素有阴亏，故饮不解渴。膀胱气化不利水液停聚，故小便不利，下肢稍肿。综合分析可知该患者素有阴亏，体内有热，下焦由水，水与热结。其病机特征是阴虚水热互结，且以少阴阴虚为关键^[10]。由此病机逆象反思，可得出，该患者脉浮发热，并非病邪在表，而是里热郁蒸于皮毛所致，故不用解表之法。因水与热结，膀胱气化不利，则渴欲饮水，阴不解渴，小便不利，尿液浑浊，阴虚有热，热扰心神故心烦。水性变动不居，水气上逆射肺，肺气不利则咳。究其病机皆为下焦水热互结兼有阴伤，故予猪苓汤加五味子、丹参。诸药相伍，有攻有补，利水而不伤阴，滋阴而不碍气化，寓清热于利水之中，使水湿去，邪热清，阴津复而发热消，从而达到淡渗利湿，兼顾清热育阴的目的^[9]。方用猪苓汤加五味子、丹参，以猪苓、茯苓、泽泻、滑石渗利清热，阿胶、五味子、丹参益阴润燥，诸药合用，使水气去，邪热清，阴液复。二诊该患者下肢仍肿，故加玉米须 30 g，利水消肿。三诊，患者水肿消退，尿液稍混浊，故减轻利水药剂量，加萆薢分利清浊。

4 体会

中医治病讲求审因论治，正如《金匱要略》所云：“夫诸病在脏欲攻之，当随其所得而攻之……余皆仿此^[11]。”经云：“虚虚实实，补不足，损有余。”徐灵胎有云：“盖方之治病有定，而病之变迁无定，知其一定之治，随其病之千变万化而应用不爽，此从流溯源之法，病无遁形矣。”如果能做到辨病论治，辨证论治，辨方论治，便能扩大方剂的应用范围，且可以以不变应万变，融会贯通，这应是中医临床追求的目标^[9]。

参考文献

[1]王洪图.内经讲义·素问·痹论[M].北京:人民卫生出版社,2010.194
[2]李团网.浅谈圣愈汤治疗气血虚型痛经[J].中西医结合心血管病杂志(电子版),2016,4(1):176-177
[3]赵菊花,祝彼得.圣愈汤的临床应用和实验研究新进展[J].辽宁中医药大学学报,2010,12(12):208-210
[4]李思敏,包洁,汪琴静,等.甘草泻心汤治疗复发性口腔溃疡的研究综述[J].浙江中医药大学学报,2015,39(8):639-642

[5]王程燕,陈赐慧,邢凤玲,等.甘草泻心汤方证浅析[J].浙江中医药大学学报,2015,39(11):801-804
[6]王金凤,刘英.甘草泻心汤化裁治疗复发性口腔溃疡 30 例临床研究[J].江苏中药,2013,45(4):29-30
[7]王沙燕,戴勇.肾盂肾炎发病学的研究新进展[J].国外医学·泌尿系统分册,2000,20(3):123-124

[8]王庆国.伤寒论选读[M].北京:中国中医药出版社,2012.118-119,186
[9]游俊梅,廖成荣,路金华.猪苓汤临证运用发微[J].河南中医,2016,36(10):1694-1696
[10]陈明.刘渡舟运用猪苓汤的经验[J].山东中医药大学学报,2000,24(1):41-42
[11]范永升,姜德友.金匱要略[M].北京:中国中医药出版社,2012.183

(收稿日期: 2017-07-09)

肛门洗剂联合红油膏治疗急性化脓性肛窦炎临床观察

彭迎迎¹ 胡晓阳² 陈光华² 张慧¹

(1 江西中医药大学 2015 级研究生 南昌 330004; 2 江西省中医院 南昌 330006)

摘要:目的:观察肛门洗剂联合红油膏对急性化脓性肛窦炎术后愈合的临床疗效。方法:选取 2015 年 3 月~2016 年 3 月我院收治入院并符合手术指征的 68 例诊断为急性化脓性肛窦炎的患者作为研究对象,随机分为两组,治疗组术后采用肛门洗剂坐浴联合红油膏纱条换药治疗,对照组术后采用复方黄柏液坐浴联合利凡诺纱条换药治疗,对比两组总体临床疗效,术后第 4、7、10、14 天创面渗液情况及创面愈合时间。结果:治疗组在总体临床疗效,术后第 4、7、10、14 天创面渗液情况及创面愈合时间方面与对照组对比,差异均有统计学意义($P<0.05$)。结论:采用肛门洗剂坐浴联合红油膏纱条换药治疗急性化脓性肛窦炎可明显减轻创面渗液,缩短创面愈合时间,提高临床疗效,值得临床推广。

关键词:肛窦炎;肛门洗剂;红油膏;临床观察

中图分类号:R266

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2017.10.076

肛窦炎又名肛隐窝炎,是指位于直肠和肛管附近的肛窦发生急慢性炎症性病变,肛周脓肿及肛瘘的发病多由肛隐窝内的肛腺感染细菌病毒,进而蔓延至肛门直肠周围各间隙^[1]。早期诊断,积极治疗,可以避免并发症的发生。临床上常规治疗有药物保留灌肠、口服抗生素、物理理疗(红外线、微波、小功率激光局部照射)、外用栓剂等。对于病情反复发作且较重、经药物治疗无效,或肛窦内已成脓肿,或并有肛乳头肥大和隐性瘘管的患者可考虑手术治疗。笔者通过筛选具备手术指征的研究对象采取肛窦切开术,术后予肛门洗剂坐浴熏洗联合红油膏纱条换药治疗急性化脓性肛窦炎取得了较好的临床疗效。现总结报道如下:

1 资料和方法

1.1 一般资料 本研究对象为 2015 年 3 月~2016 年 3 月我院肛肠科经确诊为急性化脓性肛窦炎并符合手术指征的住院患者 68 例,其中男 32 例,女 36 例,按入院顺序随机分为治疗组 and 对照组各 34 例。治疗组男 15 例,女 19 例;年龄 18~55 岁,平均年龄为(32.4± 8.7)岁。对照组男 17 例,女 17 例;年龄 19~57 岁,平均年龄为(31.5± 9.3)岁。两组性别、年龄比较差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。

1.2 纳入标准 所选研究对象经采集病史及临床专科检查均符合急性化脓性肛窦炎的诊断标准,其临床症状:肛门坠胀感,疼痛,肛缘潮湿、时有脓性分泌物流出,并排除肛周脓肿等其他肛周感染性和其

他全身性疾病。

1.3 研究方法 所选研究对象按肛肠科手术后常规护理,两组均采用肛窦切开术,术后予抗炎、止血等药物对症治疗 2 d,嘱患者控制排便 1 d。治疗组:肛门洗剂熏洗坐浴联合红油膏纱条换药。具体步骤如下:先用肛门洗剂(本院制剂,具体药方:五倍子 50 g,黄芩 46 g,黄柏 18 g,芒硝 18 g,桑寄生 20 g,炉甘石 30 g,白芨 18 g,朱砂 20 g,荆芥 20 g,百部 18 g,明矾 20 g,苦参 30 g,打磨成粉,加入 500 ml 水煎封装成袋)坐浴,患者排便后拆 1 袋肛门洗剂,兑 1 L 开水,肛周熏洗坐浴 20 min 左右,1 次/d,创面常规清洗消毒,擦干后予红油膏纱条敷于创面,无菌敷料包扎。对照组:复方黄柏液坐浴联合利凡诺纱条换药,具体步骤如下:先用复方黄柏液 100 ml 兑开水 1 L,肛周熏洗坐浴 20 min 左右,1 次/d,创面常规清洗消毒,擦干后予利凡诺纱条敷于创面,无菌敷料包扎。

1.4 观察指标及评定标准

1.4.1 临床疗效评价标准 参考国家中医药管理局发布的《中医病证诊断疗效标准》^[2],结合创面愈合情况。治愈:临床症状、体征消失,创面完全愈合;显效:临床症状、体征改善良好,创面基本愈合;有效:临床症状、体征有所改善,但改善欠佳,创面愈合一般;无效:临床症状、体征并无改善,创面未明显变化。总有效率 = (治愈 + 显效 + 有效) / 总例数 × 100%。