

胡珂运用乌梅丸治疗肝旺脾虚型泄泻的经验浅析

吴丹¹ 胡珂²

(1 江西中医药大学 2017 级研究生 南昌 330006; 2 江西中医药大学附属医院 南昌 330006)

关键词: 泄泻; 肝旺脾虚; 乌梅丸; 临床经验

中图分类号: R256.2

文献标识码: B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2020.06.066

泄泻是以排便次数增多、粪质稀溏或完谷不化,甚至泻水样便为主要症状的一种病症^[1]。古人将大便溏薄而势缓者称为泄,大便清稀如水而势急者称为泻^[2],现临床一般统称为泄泻。笔者在近两年跟诊过程中发现,随着人们工作、生活节奏的加快,心理压力的增大,负性情绪已成为各种疾病的重要诱发因素。如受到家庭、工作、人际关系等的影响,人们的情绪更容易波动,焦虑、愤怒纷杂,郁怒伤肝,肝气郁滞,横逆脾土,脾失健运;思虑伤脾,脾气壅滞,运化不及,湿浊内停,均可以影响运化而发为泄泻,故临床中肝旺脾虚型泄泻的比重逐渐增加。导师胡珂擅长对泄泻病的诊疗,在临证中强调泄泻从肝风论治^[3],以“泻肝熄风、柔肝健脾”为法,药多用乌梅丸,疗效颇佳。现将导师的临床经验总结如下:

1 泄泻的病因病机

泄泻的病因较多,如感受外邪、饮食不节、情志不调、久病体虚、禀赋不足等。导师认为其中情志因素、饮食不节是重要的致病因素。泄泻的总病机为脾虚湿盛,脾失升清,导致肠道功能失司。《内经》云:“清气在下,则生飧泄。”对于泄泻,首先应先辨暴泻和久泻。暴泻多发病急,病程短,或兼见表证,多以实证为主;久泻多发病缓慢,病程长,易受饮食、情绪等因素影响而复发,多以虚证为主。再辨脏腑定位,导师胡珂在临证中提出泄泻的发生发展与五脏均有关,但与脾、肝关系尤密。泄泻的发生与脾胃的生理功能失调密切相关,脾胃升降功能的发挥离不开肝胆的正常疏泄。肝恶抑郁,喜条达,主情志,故肝最易受情志的影响,从而表现为各种临床症状。如长期情志欠畅,影响肝的生理功能,导致肝气郁结,则郁陷于土中,从而导致脾土呆钝壅实,引起脾胃运化失职,则水湿下注出现泄泻。正如《医方考》中云:“泄责之于脾,痛责之于肝,肝责之实,脾责之虚……故令痛泻。”

2 泄泻的临床治疗

肝旺脾虚型泄泻患者临床症状多为神疲、身冷,或手足厥冷,或腰膝冷痛;或心中疼热,反酸,口干口苦、口腔溃疡;腹痛挛急,呈走窜性,肠鸣甚;纳少脘

痞,食后欲便,大便多稀溏,饮食稍有不慎或者受凉后大便次数明显增加且大便不成型;便后肛门灼热不适,肛门下坠感;或里急后重,大便中夹杂有黄白黏液;小便色黄,脉弦细。有些患者还存在消化道以外的症状,如胁肋满闷不适、头晕、肢体麻木、肌肉轻微抽搐等,呈现出一派“肝旺脾虚,寒热夹杂”征象。肝郁生热,脾虚生寒^[4],导师从病机出发,多选用乌梅丸治疗。“乌梅丸”张仲景在《伤寒论》中用于治疗蛔厥,同时亦治久利。导师认为乌梅丸为厥阴病之主方,具有泻厥阴,扶太阴,并温少阴,调寒热,和阴阳之功,仲景言其“又主久利”,故常用于肝旺脾虚型泄泻的治疗,且效果颇佳。方中乌梅敛肝止泻;黄连、黄柏清热降逆;干姜、桂枝、细辛、蜀椒温阳;人参补脾益气,温脾散寒,脾强则可御肝胆之侵袭;当归以养肝血,助乌梅养阴泻肝,以制肝阳,防止肝旺乘脾。全方酸苦甘辛,寒热刚柔并用,共奏泄肝和胃之功。根据患者的临床表现不同,抓住脾虚肝旺、寒热夹杂的病机,治疗上重用酸收,细辨寒热,同时顾兼证。故乌梅丸中重用乌梅,并用醋浸制,同味相求,增其酸性以入肝补养肝体,柔肝敛肝,制其横逆之势,补肝体以泻肝用,寓泻于补^[5]。导师重用乌梅,量 30~40 g,配合白芍 20~30 g,木瓜 15~20 g,敛肝泻风,治肝不忘用酸,取其大酸之气,以顺木之性,平抑肝亢旺之气,酸涩收敛又能止泻,同时使肝木亢旺之气得以抑制,不克犯脾胃,间接起到扶脾的作用^[6]。临证时根据寒热虚实不同,寒热药物剂量的调整显得至关重要,寒偏盛者附子、干姜可用至 12~15 g,以温阳散寒止泄,而黄连、黄柏用 4~5 g,热多者黄连、黄柏量增加至 10~12 g,以清肠坚阴,而附子、干姜等热药则相应减量。若脾虚泄泻便血,改干姜为炮姜温脾止泻止血;若肠鸣、矢气频,可配防风、白蒺藜等祛风;若气滞明显可加用路路通、槟榔通行气滞;若肛门坠胀感尤甚,可加用白头翁清热凉肝。同时在临床上导师对于乌梅丸的应用,不仅只用于泄泻的治疗。导师认为乌梅丸具有酸苦辛甘之性,刚柔合济,寒热同调,阴阳并治,肝脾协和,兼及补肾阳、敛阴津的作用,凡胃热脾寒,脾寒肠热,肝脾失调,气血虚损,阴

阳不和,尤其伴四肢寒冷,或兼肾阳亏虚、火不暖土、脾肾两虚,或胃津及肾阴不足、消渴不已,均属乌梅丸的方证,可使用乌梅丸治疗。在临床运用乌梅丸治疗脾胃病时强调要遵循其肝脾不调、寒热错杂的病机,其脉多为细弦或弦而无力。

3 验案

3.1 验案一 黄某,老年女性,2019 年 3 月因“反复腹痛伴泄泻 1 年,再发 3 d”就诊。患者腹痛泄泻反复发作,饮食不当或天气变化易诱发,自行服用氟哌酸治疗后症状缓解,未给予系统治疗,3 d 前患者因受凉后症状加重,于当地诊所治疗后症状未缓解,故来我院门诊就诊。现症见泄泻,3~4 次/d,饭后便意明显,便质稀,量少,排便不爽,肛门灼热感;多食后觉腹胀,暖气舒;口干,喜饮温水,口苦明显;头晕,无视物旋转;头痛,以两侧为主;小便频,量可;夜寐一般;平素情性情急躁;舌质红,苔黄稍腻,脉弦细。根据临床表现,辨证为肝旺脾虚、寒热错杂证,予乌梅丸加减。处方:乌梅 30 g,川椒 6 g,干姜 6 g,附片 3 g,桂枝 6 g,黄柏 3 g,黄连 5 g,白芍 30 g,白蒺藜 10 g,党参 10 g,北沙参 10 g,炙甘草 6 g。7 剂,水煎服,分早晚 2 次温服。服药后患者诉大便 1~2 次/d,质偏软,无未消化食物,肛门灼热及口干口苦减轻、头晕头痛稍缓,小便频次减少,舌质嫩红,少苔,脉弦。患者热象减,故减轻寒药的剂量,上方去黄柏,将黄连改成 3 g,加炒白术 10 g,麦芽 15 g 疏肝健脾,继续口服 7 剂。三诊大便成形,1~2 次/d,排便不畅及肛门不适除,无口干口苦,偶头晕头痛,食欲改善,小便可,舌质淡红,苔薄白,脉弦。阴液渐充,肝风渐熄,故上方去北沙参、川椒、附片、黄连,续服 10 剂而愈。患者老年女性,泄泻日久,素体脾虚,平素性情急躁,肝风横逆,故见头晕头痛,木旺乘土,则泄泻腹胀;脾虚则湿浊内停,蕴久化热则口干口苦。故选用乌梅丸化裁,酸甘合用,辛温并施,寒热同调。方中大剂量乌梅、白芍以敛阴液熄风,白蒺藜祛风,干姜、桂枝、附片、黄连、黄柏平调寒热,白术理气,党参健脾,麦芽行气健脾。

3.2 验案二 患者张某,女,66 岁,2018 年 5 月 7 日因“大便次数增多伴脐周隐痛 2 年,再发 1 周”初诊。自诉 2 年前因饮食不节后出现大便次数增多,4~5 次/d,质溏薄,无黏液及脓血便,肛门下坠感明显,间断出现脐周隐痛,疼痛无定点,呈走窜性,痛后欲排便,便后痛减。胃纳欠佳,偶胃脘部灼热,自诉行肠镜检查确诊为炎症性肠病(未见报告单)。曾服用美沙拉嗪,具体服药剂量及服药周期不详,服用美

沙拉嗪时症状可改善,停药后复发,平素情志欠畅。1 周前因进食生冷食物后腹痛、腹泻加重,故来就诊。刻下症:脐周隐痛明显,热敷稍缓,大便日 4~5 次,每次量少,大便不成形,无黏液及脓血便,排便后腹痛可缓解,肠鸣明显,四肢冰凉,腰膝酸软,口干口苦;纳一般;夜寐多梦,小便可;舌质红,苔黄腻,脉弦,重按无力。中医证属肝脾不和、寒热错杂,治以“调和肝脾、平调寒热”之法,拟方乌梅丸加味。具体处方:乌梅 40 g、细辛 6 g、黄连 6 g、黄柏 6 g、当归 10 g、党参 10 g、附片 8 g、干姜 10 g、川椒 6 g、白芍 30 g、桂枝 10 g、陈皮 10 g、防风 10 g、白蒺藜 10 g。7 剂,水煎服,分早晚 2 次温服。2018 年 5 月 14 日复诊,患者诉腹痛腹泻明显改善,现大便 1~2 次/d,软便,时有腹胀,舌质红,苔偏腻,脉弦,重按无力。守上方继服 14 剂。2018 年 6 月 4 日三诊,患者症状基本改善,无腹痛,大便日 1 行,质中,色黄。嘱患者避风寒、注意饮食及调畅情志。患者病程长,平素情志不畅,肝气上冲,导致上热而出现口干口苦、关脉弦等临床症状;脾肾阳虚而出现手足冰凉,腰膝酸软。所以当寒热同治,以调和肝脾为法,故投以乌梅丸加味。《黄帝内经》有言,“木生酸,酸入肝,以酸泻之,以酸收之”。本病案予大剂量乌梅,取收敛止泻、平肝泄肝之功,同时处方中合用痛泻要方增强了柔肝止泻之功。方中川椒有温脾散寒、祛风之功,有助于止泻及缓解肠鸣。并认为肠鸣及腹部走窜痛均为风邪所致,故合用防风、白蒺藜以祛风止肠鸣。导师认为此类患者无泄泻时主要表现为脾虚的症状,脾胃运化及升降功能均较为薄弱,平素大便多不成型,若饮食稍不慎则大便次数增加,或大便中夹杂少量黏液,腹中隐隐闷胀不适等症状顽固不愈;发作时主要表现为便溏多泻,腹中疼痛,甚至里急后重,便中夹杂大量黏液。其中相当一部分患者既存在脾阳不足,久泻脾虚,又兼具湿热壅滞,故临床多表现为腹部怯寒、坠胀,腹中肠鸣,大便稀薄与便后肛门灼热下坠,大便黏滞不爽,舌质红,苔黄等症状共见,呈现出一派“肝旺脾虚、寒热错杂”征象。面对如此错综复杂的证候,胡珂导师认为应当细辨病机,详察病状,区分寒热偏胜,斟酌配伍。

4 讨论

泄泻是一种常见的脾胃病,久泄病程缠绵,易复发,久治难愈,影响患者的生活质量。中医强调辨证论治与整体观念相统一,辨证辨病相结合,对泄泻的诊疗具有独特的优势。胡珂教授从“肝风夹杂寒热,乘虚内扰脾胃”的病机出发,从肝脾(下转第 154 页)

察组输卵管通畅情况优于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$);且观察组输卵管通畅率高于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。见表 1。

表 1 两组输卵管通畅情况对比[例(%)]				
组别	n	通畅	通而不畅	阻塞
观察组	43	33 (76.74)	4 (9.30)	6 (13.95)
对照组	43	23 (53.49)*	9 (20.93)#	11 (25.58)#
Z			-2.148	
P			0.032	

注:与观察组比较,* $P<0.05$,# $P>0.05$ 。

2.2 两组妊娠情况对比 随访 1 年,观察组妊娠情况优于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$);且观察组宫内妊娠率高于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。见表 2。

表 2 两组妊娠情况对比[例(%)]				
组别	n	未妊娠	异位妊娠	宫内妊娠
观察组	43	11 (25.58)	3 (6.98)	29 (67.44)
对照组	43	20 (46.51)*	6 (13.95)#	17 (39.53)*
Z			6.743	
P			0.034	

注:与观察组比较,* $P>0.05$,# $P<0.05$ 。

3 讨论

输卵管阻塞性不孕主要是由于炎症引起的输卵管黏膜粘连,进而阻塞输卵管,并对卵子与精子结合或受精卵到达宫腔产生影响,临床主要采用手术治疗,通过腔镜可直观、准确地判断输卵管病变程度及位置,并实施镜下治疗,有助于恢复生殖器官功能及解剖结构,改善患者生殖功能^[4]。相关研究发现,对于输卵管黏膜受损、炎性细胞浸润严重的患者,通过宫腔镜手术虽然可较好的疏通输卵管近端阻塞,但妊娠率较低,如何加强术后再粘连的预防措施、有效维持输卵管通畅度仍是临床关注重点^[5]。

中医学认为,卵管阻塞性不孕是由于房事不洁、经期饮食不节等,造成邪气内侵,客居不去,毒邪内聚,至癥块遂生,而阻滞经脉,影响脏腑功能,导致输卵管阻塞,表现为经行腹痛、月经失调,并依据其诱因、症状等辩证分型,分为瘀血内阻型、气滞血瘀型、湿热瘀阻型等,其中瘀血内阻型以化瘀通络为主^[6]。本研究结果显示,与对照组相比,观察组治疗后 6 个

月输卵管通畅率较高,随访 1 年宫内妊娠率较高,表明输卵管阻塞性不孕患者联合应用中药桂枝茯苓丸及宫腔镜手术治疗,可有效疏通输卵管,帮助患者成功妊娠。分析原因在于,桂枝茯苓丸具有破瘀消症、活血散结的功效,方中包含茯苓、牡丹皮、白芍、桂枝、桃仁、甘草,其中茯苓可健脾、心,利水渗湿;牡丹皮可活血化淤、清热凉血;白芍可柔肝止痛、敛阴止汗、养血调经;桂枝可温经通脉、平冲降气;桃仁有活血祛瘀之功效;甘草可清热解毒、调和诸药。且现代药理研究证实,桂枝茯苓丸对炎症介质的释放具有抑制作用,有助于血管通透性的降低;同时可使巨噬细胞的吞噬作用增强,进而改善非特异性免疫功能;另一方面,可抑制血管内皮生长因子,以加速血管形成^[7]。刘静等^[8]研究发现,输卵管阻塞性不孕患者在宫腔镜下输卵管介入再通术基础上加用桂枝茯苓丸,可有效改善临床症状,减轻炎症反应,并维持输卵管再通,促进宫内妊娠,与本研究结果一致。因此,联合应用桂枝茯苓丸及宫腔镜手术可发挥协同作用,有效改善输卵管疏通情况,预防术后再粘连,提高妊娠率。综上所述,输卵管阻塞性不孕患者联合应用桂枝茯苓丸及宫腔镜手术可有效疏通输卵管,帮助患者成功受孕。

参考文献

[1]钟慧虹,马娟,沈关桢.中药多途径方案辅助宫腔镜 腹腔镜手术治疗输卵管阻塞性不孕临床分析[J].中国药物与临床,2018,18(4):573-575
[2]罗丽兰.不孕与不育[M].北京:人民卫生出版社,2009.902-910
[3]张玉珍.中医妇科学[M].北京:中国中医药出版社,2002.124-127
[4]陈丽融,刘常燕,李莹,等.宫腹腔镜联合治疗输卵管阻塞性不孕症的疗效及在不同年龄及阻塞类型中疗效差异[J].现代生物医学进展,2017,17(32):6340-6344
[5]叶翠芬.宫腹腔镜术后配合中药综合治疗输卵管阻塞性不孕的临床观察[J].中国妇幼保健,2019,34(24):5731-5733
[6]吴尚青,杨栋宝,赵静萍,等.孕通汤联合腹腔镜手术治疗输卵管不孕症疗效分析[J].华北理工大学学报(医学版),2018,20(6):448-452
[7]付静,朱桂兰,王娜梅.开郁二陈汤合桂枝茯苓丸治疗痰瘀互结不孕症疗效研究[J].陕西中医,2019,40(3):341-343
[8]刘静,王静,曲红卫,等.桂枝茯苓丸联合宫腔镜下输卵管介入再通术治疗瘀血内阻型输卵管阻塞性不孕症临床研究[J].国际中医中药杂志,2018,40(9):814-817

(收稿日期: 2020-03-20)

(上接第 134 页)论治泄泻,以“柔肝健脾,平调寒热”为法,重用酸收,选方乌梅丸加减,依据患者的伴随症状及寒热偏盛,随之加减,效果颇佳。

参考文献

[1]张伯礼,薛博瑜.中医内科学[M].北京:人民卫生出版社,2012.179
[2]孙锦程.中医泄泻病名通考[D].南京:南京中医药大学,2018
[3]汪瑶,胡珂.胡珂从肝风论治泄泻经验浅析[J].中医药通报,2018,17

(2):22-23

[4]丁立国.从乌梅丸谈肝热脾寒型泄泻的证治[J].中国中医药现代远程教育,2019,17(3):63-65
[5]陈燕珠.胡珂主任运用升降胃法治疗脾胃病的临床经验[D].南昌:江西中医药大学,2014.33
[6]陈燕珠,胡珂.胡珂主任医师御寒热,调升降治泄泻经验[J].广西中医药,2019,42(4):49-50

(收稿日期: 2019-12-05)