

· 中医中药 ·

分期论治溃疡性结肠炎

任翔宇¹, 武燕燕¹, 任顺平²

(1. 山西中医药大学, 山西 太原; 2. 山西中医学院附属医院, 山西 太原)

摘要: 溃疡性结肠炎(UC)为消化科常见疑难病,是一主要累及结直肠黏膜和黏膜下层的慢性非特异性炎症,和克罗恩病并称为炎症性肠病(IBD)^[1]。临床主要表现为腹痛、腹泻、黏液脓血便等。随着生活水平的提高,饮食结构、生活方式和环境的改变,以及医学诊断手段的日新月异,我国UC的检出率呈逐年增高。任顺平教授从事临床、科研30余年,在临床中积累了丰富的经验,并善于运用“三结合”疗法治疗溃疡性结肠炎,取得满意疗效。

关键词: 分期论治; 溃疡性结肠炎; 外治法; 经验

中图分类号: R574.62

文献标识码: B

DOI: 10.19613/j.cnki.1671-3141.2018.72.114

本文引用格式: 任翔宇,武燕燕,任顺平.分期论治溃疡性结肠炎[J].世界最新医学信息文摘,2018,18(72):232-233.

0 引言

中医学并没有“溃疡性结肠炎”病名,根据症状可归属“痢疾”范畴。痢疾病名首见于宋代严用和《济生方·痢疾论治》:“胃者,脾之腑也。饮食失宜,劳役过度,致脾胃不充,大肠虚弱,而风寒暑湿之邪,乘虚而入,发为痢疾。”因其病程较长,亦可称之为“久痢”。

任顺平教授根据中医学理论,结合30余年治疗UC的临床经验,通过对溃疡性结肠炎的病因、病机分析,针对活动期UC提出从“疡”论治,创新性的提出“三结合”治疗溃疡性结肠炎的理论,在辨病与辨证结合治疗基础上,将整体与局部、内治与外治相结合,充分发挥多靶点、多层次、全方位的中医学特色与优势。对于缓解期UC采取益气健脾活血化瘀之法,为本病的治疗探索出一条行之有效的治疗方法。

从“疡”论治活动期UC,就是把中医治疗疮疡的理论运用到内科疾病的诊疗中去,在遣方用药时,提倡内外治法同时进行,再内调理气血,在外除疮愈疡,内外治法联合并用,临床上疗效非常显著。

1 中医内治法

清代医家顾世澄提出“疮疡虽曰外证,必先受于内,然后发于外”。治疗溃疡性结肠炎,不管控制活动期的炎症反应还是缓解期的长期维持缓解,中药的治疗上都有着巨大的潜力和广阔的前景。任顺平教授根据UC病机湿热阻滞、气虚血瘀、脾虚湿阻及脾肾阳虚而采用清热燥湿、益气活血、健脾利湿及温补脾肾等治法。并且高度概括UC活动期为“湿热瘀毒为主,正虚为辅”,而缓解期UC为“气虚为主,瘀血湿阻为辅”。在诊断及治疗上,辨证分期论治,各期侧重不同。清肠化湿兼顾补益正气;益气化瘀不忘清化湿邪。

(1) 活动期UC:常表现为湿热瘀毒壅盛,明代薛雪在《湿热论》中有关湿热的概括:“湿与热合,如油裹面,热得湿而热愈炽,湿得热而湿愈横。湿热两分,其病轻而缓;湿热两合,其病重而速。”湿热之邪一旦结合以后势必影响气机的升降出入,气为血之帅,气行则血行,气滞则血瘀,血液运行受阻,瘀阻脉络,导致湿、热、瘀三者相互搏结为瘀毒。治宜清肠化湿解毒为大法。任顺平教授认为外感六淫之邪中(风、寒、暑、火),任何一种邪气侵袭人体皆易施治,但如与湿邪相合,甚为棘手麻烦。因湿邪为阴邪,其性重浊粘滞,无论是风湿、寒湿,抑或是湿热、暑湿,湿邪贯穿疾病始终,倘若湿邪得去,

风寒暑热诸邪无所依附,邪气随之消退。故在活动期UC时首辨湿热,立足三焦,结合舌脉,使湿邪分消治之。代表方剂:三仁汤合芍药汤等加味。

(2) 缓解期UC:常表现为气虚血瘀湿阻,UC初期,湿热中阻,瘀毒互结,郁而化热,热久酿为毒邪,终耗正气。《黄帝内经》亦有“壮火食气,壮火散气”。《医林改错·积块》说:“血受热则煎熬成块”。因气为血帅,气行则血行,疾病日久正气损耗,气虚无力推动血行,血液瘀阻肠络,故有“久病必瘀”之论。治疗当以健脾化湿,益气化瘀为主。代表方剂:参苓白术散加补阳还五汤化裁。现代医学有研究称,缓解期UC患者,肠黏膜及黏膜下的血管内形成了微血栓,进而导致血液不能正常运行,并且溃破肠壁周边细小血管存在微血栓附着,大剂量的运用低分子肝素和丹参制剂,能有效缓解其症状。显而易见,健脾化湿益气化瘀之法与之相类似^[2]。

2 中医外治法

中医在治疗UC的外治法中主要也最有疗效的是保留灌肠。中医治病讲究整体观念及辩证论证,中药的口服也因时因地因人变化调整,所以好多医家在中医外治法治疗UC时,提出保留灌肠也要做到“辨证施灌”,临床上随之出现于中医内治法对应的灌肠方剂,包括芍药汤、白头翁汤、理中汤、参苓白术散及痛泻要方、少腹逐瘀汤等等数不胜数。但任顺平教授通过在临床中反复实验研究,结合诸多UC患者肠镜下的黏膜表现,认为中医外治法治疗UC的“辨证施灌”并不能简单地等同中医内治法治疗UC的“辨证施治”。在保留灌肠时,应遵循“对症施灌”的原则,即从中医外治“疡”的理论对症治疗活动期的溃疡性结肠炎。任顺平教授潜心研究中医外治法相关古籍医理,结合自身治疗UC经验总结,自制“肠乐一号”灌肠剂,方中具体药物多为中药外用,青黛能清热解毒、凉血敛疮止血;炉甘石甘、平,有解毒收湿敛疮,外用能吸收创面分泌物,有收敛消炎以及促进创面愈合的功效;赤石脂甘、涩、温,具有收湿敛疮生肌功效,西医药理学亦证实其有吸附消化道内细菌毒素物质以及减少对肠道黏膜的刺激;白芨苦、甘、涩、寒,有收敛止血,消肿生肌作用,《本草汇言》记载此药质极黏腻,性极收涩,溃破可托,死肌可去,脓血可洁,有托旧生新之用;血竭甘、咸、平,活血止痛、化瘀敛疮、止血生肌,水煎醇沉液可抑制血小板聚集,防止血栓的形成;枯矾为白矾经煅制后所得,其性酸涩,寒,善收湿止血、涩肠止泻;海螵蛸甘咸、平,甘能补益,咸又入肾,性收敛;紫珠苦涩、凉,收敛固涩、凉血止血、清热解毒。现代研究其可促进局部血管收缩,缩短凝血时间并可抑制纤溶系统。全方配伍严谨,相辅相成,病机确切,共奏化湿敛疮生肌、清热解毒排脓、活血化瘀通络,使大肠局部湿热得清,出血得止,溃疡得愈。

作者简介: 任翔宇(1990-),男,山西中医药大学硕士研究生在读,研究方向:中医内科学 中医药防治消化系统疾病的研究。

武燕燕(1991-),女,山西中医药大学硕士研究生在读,研究方向:中医内科学 中医药防治消化系统疾病的研究。

任顺平(1959-),男,山西中医学院附属医院脾胃病科主任,职称:主任医师,正高,专业学会任职:世界民族中医药联合会副主任委员。

3 医案举隅

苏某,男,50岁。2017年2月16日初诊。

患者3年前确诊“溃疡性结肠炎”,于当地医院治疗后症状好转出院,后遵医嘱口服美沙拉秦缓释颗粒4g/日,进入缓解期自行调整药物用量为美沙拉秦缓释颗粒2g/日,2017年后因饮食不节后复发出出现腹泻、便血伴有黏液,于本院内窥镜室行结肠镜检查检查示:距肛门约8cm以下直肠粘膜见弥漫性充血水肿,多发溃疡及散在点状糜烂。活检示:黏膜急性炎、慢性炎。诊断:溃疡性结肠炎(慢性复发型、直肠型、活动期中度)。现症见:腹泻伴黏液脓血便,脘腹痞闷不舒,肛门灼热,里急后重,身困体倦,面色晦暗不洁,小便短赤,舌红苔黄厚腻,脉濡细数。

病例分析:患者有UC病史3年,结合患者目前症状体征及结肠镜检查,西医诊断明确为溃疡性结肠炎(慢性复发型、直肠型、活动期中度)。中医学认为UC发病多与先天禀赋不足、感受外邪、情志失调、七情内伤、饮食不洁或不节,以及脏腑功能失调等因素有关,主要病理因素为湿邪,疾病初起以实证为主而见湿热内蕴之候,久则伤脾及肾,经络受阻。其病机多属本虚标实、虚实夹杂之证,但以本虚为主,活动期以标实为主。正如《医宗必读》:“泻皆成于土湿,湿本于脾虚,仓禀得职,水谷善分,虚而不培,湿淫转甚”。中医四诊合参,中医辨证为大肠湿热蕴结,气血失和,治当清热利湿,调和气血。任顺平教授运用“三结合”疗法,予以三仁汤合芍药汤化裁,配合我科灌肠制剂“肠乐一号”。嘱患者清淡饮食,忌食辛辣刺激,避免情志因素。一周后,腹泻及黏液便较前好转,仍有便血,时有里急后重感,肛门部稍灼热,整体辨证考虑大肠仍有湿热之邪滞留,局部对症灌肠,原方14剂后症状缓解。进入缓解期后,任主任结合溃疡性结肠炎的发病机理、临床

表现以及先前治疗中风病的经验,认为UC病情缠绵难愈,终致脾气亏虚,脾胃为后天之本,气血生化之源,则脾气虚,后全身之气亦虚,气为血之帅,气虚无力推动血行而致血瘀,从而形成瘀血病理因素^[1]。古人亦有“久病必虚”、“久病必瘀”之说,故调整治疗策略,给予“健脾化湿,益气化瘀”之剂,参苓白术散合补阳还五汤加减以维持缓解,防其复发,随访1年未见复发。

4 结语

截至目前为止,医学界仍未明确阐述溃疡性结肠炎的发病机制,考虑UC的发病可能与免疫、遗传、感染、饮食、环境及精神心理应激因素等相关,西医治疗主要以5-氨基水杨酸(5-ASA)、糖皮质激素(泼尼松、氢化可的松等)、免疫抑制剂(硫唑嘌呤、硫嘌呤等)、益生菌制剂等为主,这些药物对UC的缓解虽有一定疗效,尚且不能有效控制UC发作、特别在维持缓解、预防复发方面疗效不够理想。UC作为一种炎症性肠疾病,病位虽不在体表,但因其与中医外科“疡”在病因、发病机理及症状表现相类似,任顺平教授创新性地提出“三结合”法治疗UC,借用中医外治法治疗内科病,“从疡论治活动期UC”,在临床上取得满意疗效。同时在治疗缓解期UC时的“从瘀论治缓解期UC”为临床也提供新的思路。

参考文献

- [1] 张声生,沈洪,等.溃疡性结肠炎中医诊疗专家共识意见(2017).中华中医药杂志,2017,32(8):3585-3589.
- [2] 霍红,李艳梅,王灿,等.低分子肝素治疗溃疡性结肠炎高凝状态的效果[J].广东医学,2014,35(14):2209-2210.
- [3] 任顺平.李济春应用益气化瘀法治疗中风病的经验[J].中国医学学报,2000,15(3):77-79.

(上接第231页)

患者从2015年5月开始出现尿频、尿急、尿痛等症状,未予重视,自行口服抗生素后症状可缓解,停药后症状反复发作。现症见:尿路不适,腰困不舒,口干心烦,胃纳差,盗汗,寐欠佳,舌红苔少,脉细。尿常规示:白细胞186个/ul,红细胞38个/ul,尿潜血(+),辨证属肾阴不足,治以知柏地黄丸加减。知母10g 黄柏10g 山药20g 山萸肉20g 熟地20g 牡丹皮10g 茯苓10g 炒酸枣仁30g 炒三仙^①10g 甘草6g,7剂。

5月22日二诊:服药7剂后,除腰困不适外,其余症状皆有好转,上方加仙灵脾20g 仙茅20g,再进14剂。

6月7日三诊:连服半个月后,诸症消失,尿检(-),嘱患者忌辛辣,勤排尿,随访至今未再复发。

按:该患者是肾阴亏虚,湿热互结型的淋证。三味补药滋补肾阴;云苓淡渗利湿,以防滋腻碍胃;篇蓄、瞿麦二者利尿通淋,以泄湿浊;酸枣仁养血安神;甘草调和诸药。

3.2 陈某,女,银行职员,55岁,2017年3月18日初诊。

患者6年前突然出现尿频,尿急,尿痛等尿路不适症状,自行服用氟哌酸、三金片等治疗,症状可缓解,但停药后易复发,生气时上症尤为明显。曾在某医院诊断为“慢性膀胱炎”。现症见尿频,日行10次以上,尿后淋漓涩痛,伴按之疼痛,胸胁胀满,口苦,舌红苔腻,脉弦数,尿常规示:白细胞258个/ul,红细胞40个/ul,尿潜(++),证属肝胆湿热,治以龙胆泻肝汤加减。龙胆草15g 柴胡12g 车前子^②30g 通草10g 当归10g 郁金10g 篇蓄15g 瞿麦15g 甘草6g,7剂。

3月25日二诊:患者服用7剂后,上述尿急,尿频,尿痛症状明显改善,但仍胸胁胀满不舒,上方不变,在其上加制川楝子、广木香各15g,再进14剂。

4月9日三诊:连服半月后,上症皆消,尿检正常,嘱患者保持情志舒畅,保持会阴部清洁,禁辛辣饮食,勤排尿。随访至今未复发。

按:此属肝胆湿热型的淋证,方中龙胆草有清泄肝胆湿热;子芩、生栀子苦寒燥湿解毒;车前子利尿通淋,引邪从小便而出;生地、当归滋肝阴,养肝血,以防苦燥太过而伤肝阴;篇蓄、瞿麦利湿通淋;甘草调和诸药。

4 结语

中医在诊疗疾病方面的独特优势是从整体入手,不局限于一病一证。高教授认为,淋证发病早期症状轻、病位浅、病情单一、容易根治。如果失治、误治,导致病情加重,那么在治疗上就会有一定的难度。淋证虽然病情复杂变化,但只要牢牢掌握其本质,一切就会迎刃而解。在施护方面,要注重居室的干净、清爽,不可居于潮湿之地;嘱患者多饮水,不可憋尿,勤排尿,以免尿在膀胱里的时间过长,滋生细菌,使本病复发;减少本病复发的影响因素,如忌食辛辣,过度劳累,节制房事等;保持愉悦的心情,让自己的心态处于放松的境界,增强其自愈的信心。

参考文献

- [1] 刘艳芳,郭协协,薛黎明.泌尿系感染的中医辨治体会[J].光明中医,2016,31(18):2720-2722
- [2] 杨宇峰,侯泽东,胡长军,等.历代医家论淋证学术思想浅析[J].辽宁中医杂志,2015,42(02):287-288
- [3] 阳晓,朱文锋.《诸病源候论》小便病候辨析[J].湖南中医学院学报,1997,(01):7-8.