

doi:10.3969/j.issn.1671-038X.2013.04.015

王长洪教授治疗溃疡性结肠炎的临床经验

季 芳, 王长洪

(沈阳军区总医院 中医科, 辽宁 沈阳 110840)

关键词:结肠炎, 溃疡性; 王长洪

中图分类号:R 574.62

文献标志码:B

文章编号:1671-038X(2013)04-0212-03

溃疡性结肠炎 (ulcerative colitis, UC) 是临床一种原因不明的, 慢性非特异性结肠炎症, 病变主要位于结肠黏膜层, 以溃疡为主, 临床表现主要为腹痛、腹泻及排黏液脓血便, 有复发性、难治性的特点, 病程长, 病情迁延反复。目前西医治疗主要应用肾上腺皮质激素及氨基水杨酸类药物, 不良反应较高及治疗费用昂贵等直接影响本病治疗效果。王长洪教授在充分了解西医发病机制及治疗规范基础上, 凭借丰富的临床经验, 从中医病机入手, 将 UC 临床分期与中医辨证有效结合, 采用清热解毒、脾肾同调、化瘀通络的治疗大法, 收到良好治疗效果。现将王长洪教授在治疗 UC 的诊治经验总结如下。

1 对 UC 病因病机的认识

1.1 通络化瘀贯穿始终

UC 主要特点临床表现为腹痛、腹泻及黏液脓血便, 从西医学角度可分析为 UC 患者存在血管内皮损伤, 损伤的内皮不仅失去抗凝功能, 而且通过提供暴露的胶原组织及分泌促生物活性物质, 参与血栓形成。血栓形成后加重肠黏膜的缺血、缺氧, 进一步损伤肠黏膜, 成为便血重要机制。从中医角度分析本病病位主要在大肠, 脾胃虚弱为根本, 湿热蕴结为促病因素, 这种虚实互见及错杂的临床特点, 由此

可见 UC 患者虽病因不通, 证型各异, 但虚、郁、寒、湿、热皆可致瘀, 导致 UC 的总病机特点为“瘀滞”, 治疗即要紧扣一个“瘀”字, 故治疗上以通络化瘀为始终, 王教授认为该病治疗的关键在于“通瘀”, 即调畅气血, 疏其壅滞, 祛瘀生新, 并承胃腑下降之性, 导引瘀滞下行, 给邪以出路。化瘀可行血, 血行则气畅, 瘀血得以消融, 瘀滞得以畅通。强调 UC 乃由多种原因造成肠病瘀滞。治疗则应基于这一特点, 而突出“通瘀”, 或温通 (阳气不足, 血脉瘀滞者), 或补通 (气虚血瘀者), 或泄通 (湿热壅盛者)。活血化瘀药物改善患者高凝状态, 抑制炎症因子的释放, 改善肠道局部血液循环, 修复受损肠黏膜屏障, 进一步提高临床治疗效果。如川芎、丹参, 不止血而血自止, 当归、白芍、鸡血藤养血和血; 脓血便急性期有热, 给予地榆、侧柏叶、三七等, 缓解期脾肾已虚, 则可用仙鹤草、白及等, 如有大便干结、排便困难, 可加用大黄。如患者病情较重或由于其他因素导致无法口服中药汤时, 临床上先后应用红花黄色素、丹参粉针静滴治疗, 使药物直接进入血液循环, 改善局部血运, 较快促进炎症吸收和溃疡面愈合, 也同样达到良好治疗效果。黄永俨^[1]将 UC 分为大肠湿热型、脾胃虚弱型、脾肾阳虚型, 在治疗组中加用丹参、红花、当

收稿日期: 2012-11-22

良反应少、操作简便, 可在临床中进一步应用。

参考文献

[1] MORRAN C, SMITH D C, ANDERSON D A, et al. Incidence of nausea and vomiting with cytotoxic chemotherapy: A prospective randomized trial of anti-emetics[J]. Br Med J, 1979, 1: 1323-1324.
[2] JENNS K. Importance of nausea[J]. Cancer Nurs, 1994, 17: 488-493.
[3] NAVARI R M, Einhorn L H, LOEHRER P J, et al. A phase II trial of olanzapine for the prevention of chemotherapy-induced nausea and vomiting (CINV)

(abstract). ASCO Annual Meeting Proceedings (post-meeting edition)[J]. J Clin Oncol, 2004, 22: 8046-8064.
[4] NAAVARI R M, EINHORM L H, PASSIK S D, et al. A phase II of trial olanzapine for the prevention of chemotherapy-induced nausea and vomiting: a Hoosier Oncology Group study[J]. Support Care Cancer, 2005, 13: 529-534.
[5] 秦云峰, 张小平. 中医外治法集萃[M]. 呼和浩特: 内蒙古科学技术出版社, 2002: 10-10.
[6] 许守芳. 中药敷脐治疗甲氨蝶呤化疗致腹泻效果观察[J]. 护理学杂志, 2004, 19(5): 35-36.

归、赤芍、三七等药物,治疗66例,结果在上述3型中治疗组有效率高于对照组。李福平^[2]以健脾益肾解毒化瘀法治疗UC患者46例,并与口服柳氮磺胺吡啶和泼尼松患者进行对照,结果治疗组的治愈率高于对照组($P<0.05$),治疗组的复发率低于对照组($P<0.01$)。现代药理研究^[3]也同样证实活血化瘀治疗有调整免疫、抗炎、抑菌、清除炎性产物及细胞毒,改善肠组织循环及血液高凝状态,抑制黏膜异型增生与组织纤维化及镇静、止痛、改善肠道运动等作用,有利于溃疡的修复与消除。另外,王长洪教授对UC治疗过程中紧扣“瘀”字,同时兼顾“虚”,在辨证论治基础上正确运用活血化瘀疗法,常采用清热活血法、健脾活血法、温中活血法。根据疾病的不同阶段、辨证分型的多变性,灵活应用,达到良好的临床效果。

1.2 脾肾同调鼓动阳气

本病古籍以“泄泻”“痢疾”论述较多,“诸病源候论”云“凡痢皆由荣卫不足,脾胃虚弱,冷热之气乘虚入客于肠间,虚则泄,故为痢也”。明·张介宾在“景岳全书·卷二十四·泄泻”云:泄泻之本,无不由于脾胃,盖为水谷之海,而脾主运化,使脾健胃和,则水谷腐熟,而化气化血,以行营卫”。从病因病机来看,本病常因先天不足,肾元亏虚,后天失养,脾胃受伤,故王长洪教授根据该病临床特点认为UC以脾虚为发病基础,脾虚湿阻为首要的病理基础,脾虚而生湿、湿郁而化热。而本病病程较长,脾胃虚弱,则气虚,泄泻日久,脾阳不升而水谷不下,导致脾肾阳虚。脾虚日久,气虚不摄,膏脂下流。久之必累及肾阳,脾肾双亏,阴阳气血虚弱,正虚邪恋,正虚不耐攻。临床上出现腹泻,有黏液或少量脓血便,食少、腹胀,肢体倦怠、神疲懒言,舌质淡黯或有齿痕,脉细弱。脾肾阳虚则是UC主要病理转归。但久泻必每多夹瘀,诚如叶天士所云:“初病湿热在经,久病瘀热入络”。治以健脾益气、温阳补肾,辅以调气行血。也强调根据发病不同阶段,治疗的侧重点不同,急性发作期,以湿热为标,脾肾气虚为本,故当以清热利湿为主,健脾止泻为辅;慢性期或缓解期时则以脾肾两虚为主,阳衰湿困瘀阻为标。常用方中多用黄芪、党参、白术、肉桂、炮姜、苍术等补脾益气,健脾温中。干姜、炮姜、肉桂、附子温肾散寒、止泻、健脾燥湿,尽量少用寒凉药物。附子辛热燥烈,走而不守,为通行十二经的纯阳之品,彻内彻外,能升能降,回阳救逆。肉桂甘热浑厚凝降,能走能守,入下焦,能助肾中阳气而命门之火;入中焦,可暖脾胃以助健运;入血分,善温通血脉而散寒止痛。因此,王教授常用于脾肾阳虚明显之久泻,二药相合,寒散、痛止、泻平。虽王

教授治疗UC善用清解,但时时注意顾护阳气,即使有脓血便时,也在清热中伍用干姜、肉桂,鼓舞阳气,慢性期又常加附子,温补脾肾之阳,疗效显著提高。

1.3 清热解毒祛邪务净

脾虚与湿热相互影响,互为因果。脾虚湿停,蕴久难免化热,加之复感外界湿热之邪,如外感邪毒、嗜食肥甘、情志不遂,郁而化热,阻滞气机,有碍脾胃运化。便会“同气相求”,“内外相引”而出现寒热错杂之症。正如“类证治裁·痢疾”曰:症由胃腑湿蒸热壅,至气血凝结,夹糟粕积滞,进入大小肠,倾刮脂液,化脓血下注。现代研究表明,感染因素与UC的发病密切相关^[4],而感染因素常属于中医热毒的范畴。王长洪教授临床研究表明^[5],苦参胶囊(苦参、地榆、青黛、白及)均比对照组口服柳氮磺胺吡啶明显好转。也有研究报道苦参清热燥湿,治热痢,苦参碱抗炎症反应,是苦参发挥药理作用的物理基础。王长洪教授在多年的临床经验表明,青黛对于UC也有良好的治疗效果。同样有实验研究表明^[6],UC结肠上皮细胞和具有保护作用的Th2表面有明显的Fas表达,并对致敏T淋巴细胞表面FasL配体敏感,而清热解毒、活血化瘀药物三七、青黛对免疫细胞载脂蛋白及其配体(Fas/FasL)细胞凋亡途径产生明显的作用,能够阻止炎症细胞向黏膜上皮游走,阻断免疫细胞介导Fas/FasL途径细胞凋亡发挥主要作用,显示三七和青黛主要通过对免疫炎症细胞的阻断从而发挥治疗UC的作用。我们根据国人^[7-8]UC大多病位于肠远端的特点,曾选用青黛、参三七、马齿苋等组成肠道用清肠栓,功效清热解毒、化瘀止血、收湿愈疡,对左半结肠、轻-中度UC临床有效率达93%以上。故治疗方中多用青黛、苦参、败酱草、白头翁清热解毒;黄连苦寒清湿热、厚肠胃;黄柏泻下焦湿热;秦皮苦寒,清热解毒收涩;地榆清热凉血;大黄凉血解毒行血,行血则便脓自愈,凉血止血。

2 治疗原则

2.1 辨证分型与疾病分期相结合

急性发作期湿热蕴结肠道,壅阻气血:青黛、苦参、败酱草、白头翁、黄连清热解毒;脓血便重者加秦皮、地榆凉血、止血;慢性迁延期则为脾虚湿困,痰浊瘀血阻滞肠络:黄芪、白术、肉桂、炮姜、苍术补脾益气,健脾温中;恢复期则为脾病及肾,阴阳气血虚弱治疗:加小茴香、白芍、补骨脂、熟附片补肾温阳等药物调整。以瘀血贯穿始终,常采用清热活血法、健脾活血法、温中活血法。因本病以脾虚为基础,故化瘀、祛湿、解毒不伤正的原则,用药缓解后上述基本

方药巩固治疗 2~3 个月,临床效果良好。

2.2 中药口服与灌肠配合

湿热证常用白头翁、黄柏、蒲公英、黄连、败酱草、地榆炭;血瘀证常用丹皮、白及、三七、云南白药;脾肾两虚证常用茯苓、补骨脂、黄芪、木香;降结肠 40 cm 以下,配用灌肠中药,使药物直达病所,取得事半功倍的效果。

3 典型病例

患者,女,30 岁。一年前因脓血便在国外医院作结肠镜检查,诊断为重度 UC,予激素间断服用,症状时好时坏,近 1 个月因紧张劳累,病情加重,脓血便 10 余次/d,伴有腹痛、体力不支,回国请王长洪教授诊治。内镜科结肠镜检查,见全结肠广泛糜烂、溃疡,一段肠腔有密集息肉,肠管僵硬狭窄,1 枚息肉 2.0 cm×2.0 cm,表面糜烂,病理检查未见恶变,诊断 UC,肠腔狭窄,炎性息肉。诊见:颜面轻度水肿,舌胖质黯红,苔薄黄,脉弦。

辨证:湿热蕴结,气滞血瘀。治则:健脾燥湿,清热解毒,活血化瘀。处方:口服方:黄芪 10 g,炒白术 20 g,苍术 15 g,薏米 20 g,肉桂 10 g,干姜 10 g,淡附片 10 g,败酱草 20 g,白头翁 20 g,苦参 10 g,青黛 3 g,防风 10 g,白芍 10 g,川芎 10 g,地榆 10 g,焦山楂 10 g,补骨脂 10 g,车前子 10 g,甘草 10 g。灌肠方:苦参 10 g,黄连 10 g,黄芩 10 g,白及 10 g,青黛 3 g。14 剂,1 次/d。

二诊:脓血便减少到 5~7 次/d,腹痛减轻,舌淡红,苔薄白,脉细弦。处方:黄芪 10 g,炒白术 20 g,苍术 15 g,薏米 20 g,肉桂 10 g,淡附片 10 g,干姜 10 g,败酱草 20 g,白头翁 20 g,苦参 10 g,青黛 3 g,防风 10 g,白芍 10 g,川芎 10 g,地榆 10 g,焦山楂 10 g,补骨脂 10 g,车前子 10 g,甘草 10 g,14 剂。三诊:上方服后,腹痛止,大便 2~3 次/d,无脓血,因学习任务重出院,上方去淡附片,带 100 剂免煎颗粒剂续服,2 周后电话告知病情基本稳定,大便无脓血。四诊:2012 年 4 月 18 日,患者从国外返回,药已服完,大便正常,在德国复查结肠镜,并有图文报告,溃疡完全愈合,原息肉大多消失,仅 2 处有桥形息肉改变。患者面部无水肿,舌淡红,苔薄白,脉弦。处方:黄芪 10 g,白术 10 g,苍术 10 g,薏米 30 g,苦参 10 g,青黛 3 g,肉桂 10 g,干姜 10 g,补骨脂 10 g,焦山楂 10 g,车前子 10 g,甘草 6 g,每周服用 3 d,巩固治疗。

按:UC 以脾虚为本,湿热为标,气滞血瘀贯穿疾病始终,脾肾虚衰是疾病必然转归。本例患者旅居国外,水土不服,学习紧张,正所谓肝郁乘脾,气血失调,湿热蕴结,王教授将疏肝健脾,温阳散寒燥湿清热集于一方,药量亦大,7 剂后即有良效,患者信心大增。王教授事后总结,一般在脓血便达 10 次者,鲜用附子大热之品。该患者便次多,病程长达年余,虽寒象不显,乃服用激素所至,但面部水肿,肾虚之证已经显露,故在清热药中,果断使用附子、干姜、肉桂,鼓动脾肾之阳,收到意想不到的效果。患者服药 3 个月,原息肉大多消失,肠腔已无狭窄,其机制有待研究。

王长洪教授根据多年的临床经验总结出:UC 多呈慢性病程,迁延不愈,临床多见于慢性复发性或慢性持续型,而初发型不易发现。目前对于 UC 治疗多采取分期论治方法,早期采用清热利湿治法,后期多投以健脾温肾之药,做到脾肾同调、温清并用,祛邪、化瘀不伤正的原则,辨证分型与疾病分期有效结合,临床收效显著。基于上述观点,王长洪教授创立了益气健脾、清热解毒、化瘀通络治疗大法,此法继承了我国已故著名工程院院士、名老中医董建华教授温清并用治疗慢性泄泻的经验,临床效果良好。

参考文献

- [1] 黄永俨. 活血化瘀法治疗慢性溃疡性结肠炎 66 例[J]. 黑龙江中医药,2001,23(5):14-15.
- [2] 李福平. 健脾益肾解毒化瘀法治疗溃疡性结肠炎 46 例疗效观察[J]. 中国中医急症,2004,13(8):508-509.
- [3] 郑红斌,陈成. 溃疡性结肠炎的中医药防治优势及辨治要点[J]. 中国中医急症,2003,12(5):439-439.
- [4] 韩捷. 溃疡性结肠炎病因及中医研究进展[J]. 中医药信息,2002,19(5):4-6.
- [5] 王长洪,高文艳,林一帆,等. 复方苦参结肠溶胶囊治疗湿热内溃性结肠炎的研究[J]. 现代中西医结合杂志,2009,18(13):1453-1455.
- [6] 胡鸿毅,马贵同,朱凌云,等. 三七、青黛等对溃疡性结肠炎组织中 Fas/FasL 表达的影响[J]. 上海中医药大学学报,2006,11(4):64-66.
- [7] 马贵同,龚雨萍. 中药栓剂防治溃疡性结肠炎的临床与实验研究[J]. 上海中医药杂志,1996,30(12):1-3.
- [8] 郑红斌,胡鸿毅,陆雄,等. 清肠栓防治大鼠溃疡性结肠炎作用的实验研究[J]. 浙江中医学院学报,2001,25(1):448-448.