

· 病例报告 ·

doi:10.3969/j.issn.1671-038X.2013.04.017

中西医结合治疗重度活动期溃疡性结肠炎 1 例

雒福东, 代述东, 何涛

(都江堰市中医医院 肛肠科, 四川 都江堰 611830)

关键词: 结肠炎, 溃疡性; 中西医结合疗法; 医案

中图分类号: R 574.62

文献标志码: D

文章编号: 1671-038X(2013)04-0217-01

患者,男,36岁,2009年11月因劳累后出现腹部隐痛,以左下腹为甚,腹泻,大便2~3次/d,不成形,伴黏液,无明显脓血性分泌物,就诊于社区医院,给予“诺氟沙星”“复方黄连素”等治疗1周后,腹痛、腹泻缓解,未继续治疗。2011年4月患者再次出现上述症状,且腹痛加重,大便3~4次/d,不成形,伴淡红色血性黏液,在当地医院行纤维结肠镜检查:直肠及乙状结肠黏膜充血、水肿、散在溃疡,无明显出血,诊断:溃疡性结肠炎(UC)。大便隐血:阳性。门诊医生给予柳氮磺胺吡啶肠溶片(SASP)、诺氟沙星胶囊口服治疗2周后腹泻缓解,偶感全身乏力,患者未继续系统治疗。

2012年11月4日,患者因多日劳累后出现腹痛,呈痉挛性疼痛,黏液血性腹泻10~12次/d,伴全身乏力,纳食、睡眠差,夜间盗汗。就诊于我科,复查纤维结肠镜:降结肠以上少许点状浅表溃疡,乙状结肠及直肠黏膜中-重度水肿、充血,广泛中-重度糜烂,广泛浅表溃疡,上覆白苔,无正常黏膜,黏膜质脆,触之易出血,结肠袋消失,向下呈递增,无息肉及新生物。活检病理显示黏膜表面糜烂、坏死,炎性分泌物渗出,溃疡形成,黏膜下纤维细胞增生,间质炎性细胞浸润,有隐窝脓肿形成。实验室检查血常规:WBC $10.41 \times 10^9/L$,RBC $4.62 \times 10^{12}/L$,HGB $131 g/L$,N 75.94% ,PLT $298 \times 10^9/L$ 。粪便常规及隐血:血性黏液稀便,红细胞满视野,白细胞8~16个,吞噬细胞2~4个。生化检查:总蛋白 $67.6 g/L$,白蛋白 $42 g/L$,球蛋白 $25.6 g/L$ 。腹部彩超:肝胆胰脾双肾未见异常。腹部平片未见异常。诊见:疲倦面容,无华,舌质红,苔薄黄,脉弦。中医辨证:湿热蕴结于大肠。治以清热利湿,缓急止痛之法。予中药汤剂葛根芩连汤合痛泻要方口服,处方:葛根15g,黄芩20g,败酱草12g,防风12g,黄连12g,仙鹤草15g,白芍12g,马齿苋12g,白芷12g,陈皮12g,荆芥炭20g,黄连12g。1剂/d,100ml/次,3次/

d。予5%葡萄糖注射液100ml加头孢西丁钠2.0g,每8h静脉滴注,连用1周。美沙拉嗪肠溶片1.0g/次,4次/d。外治法:上午0.9%氯化钠100ml加地塞米松5mg、庆大霉素8万U保留灌肠,晚睡前:中药汤剂保留灌肠。处方:黄连20g,黄柏15g,苦参20g,明矾15g,白头翁30g,马齿苋30g,半枝莲20g,鱼腥草30g,地榆炭20g,血余炭10g,诃子10g,五倍子15g,白及20g。浓煎,100ml/次,兑3g龙血竭粉保留灌肠。治疗期间嘱患者进低渣、高蛋白饮食,禁食奶制品、豆制品、海鲜。治疗1周后,患者全身乏力、盗汗、食欲、睡眠明显改善,大便日行4~5次,无肉眼血性分泌物,仍有黏液便。复查血常规:WBC $9.89 \times 10^9/L$,RBC $5 \times 10^{12}/L$,HGB $140 g/L$,N 68.34% ,PLT $298 \times 10^9/L$ 。粪便常规:灰褐色黏液便,红细胞未见,白细胞4~6个,吞噬细胞未见。隐血+。治疗2周后,全身症状明显改善,精神、纳食、睡眠好,大便日行1~2次,伴少许黏液,无脓血。粪便常规及隐血正常。出院后美沙拉嗪肠溶片0.5g/次,3次/d,续服1月。再以健脾益胃,活血扶正中药善后,处方:炒白术120g,茯苓60g,鸡内金60g,白及60g,三七粉60g,血余炭60g,黄连30g,1付研成细粉冲服,每服10g,每日2次,续服1个月。后随访至今无复发。

讨论:UC发病可见于任何年龄组,以青年为多,男女患病率相近。病程呈慢性,活动期与缓解期交替,有终身复发倾向,患病率近年呈上升趋势^[1]。西医治疗本病主要以氨基水杨酸制剂、糖皮质激素、免疫抑制剂、抗生素、手术治疗等为主。本病属中医“泄泻”“肠癖”范畴。《内经》所谓“暴注下迫,皆属于热”。本案活动期方用葛根芩连汤合痛泻要方为治。前者泻阳明之热而坚阴止利,后者抑木扶土,再配以仙鹤草、马齿苋、败酱草清利大肠湿热,白芍、白芷和里缓急止痛疗效甚佳。外治中药保留灌肠,方中黄连、黄柏、苦参清热解毒坚阴,白头翁、鱼腥草、马齿苋、半枝莲清热燥湿止泻,明矾、五倍子、诃子收敛固涩,地榆炭、血余炭、白及凉血止血,生肌愈溃。配合

doi:10.3969/j.issn.1671-038X.2013.04.018

中医辨证论治非酒精性脂肪肝近 10 年研究进展

刘 彬¹, 张学智²

(¹ 湖南中医药高等专科学校 临床医学系, 湖南 株洲 412012;

² 北京大学附属第一医院 中西医结合科, 北京 100000)

关键词: 脂肪肝, 非酒精性; 中医; 辨证论治

中图分类号: R 575.5

文献标志码: A

文章编号: 1671-038X(2013)04-0218-04

脂肪肝是由遗传-环境-代谢应激多种相关因素引起的,以肝细胞弥漫性脂肪变性为主的一种病理综合征。当肝内脂肪含量超过肝湿重的 5%,或肝活检 30%以上肝细胞有脂肪变性且弥漫分布于全肝,则称为脂肪肝。临床根据患者有无过量饮酒史,将其分为酒精性脂肪肝(alcoholic fatty liver disease, AFLD)和非酒精性脂肪肝(nonalcoholic fatty liver disease, NAFLD)。随着我国人民生活方式和饮食结构的改变,脂肪肝在我国的发病率逐年增加,已经是仅次于病毒性肝炎的第二位常见肝病,其后期肝硬化、肝癌的危害性、难治性,使本病的防治研究已成为国际医学领域的重大课题^[1]。目前,西医迄今尚无较满意的治疗方法和理想的药物。中医学虽无“脂肪肝”这一病名,但根据其症候学辨证施治,在临床上已取得了满意疗效。现将近 10 年来中医对 NAFLD 病因、病机、辨证论治的研究概况综述如下。

1 病因病机研究

NAFLD 在临床上最常见的症状和体征为肢体倦怠、体胖、胁肋不适、腰膝酸软、脉弦细滑^[2-3],根据其发病特点及临床表现,可归属于中医学“积证”“痰证”“胁痛”“痰浊”“肥气”等范畴^[4]。其成因在中医古代文献中已有论述,《临证指南医案》云:“而但湿从内生者,必其人膏粱酒过度”;《古今医鉴》“胁痛者……若因暴怒伤触,悲哀气结,饮食过度,冷热失调……或痰积流注于血,与血相搏,皆能为痛”;《素问·痹论》“饮食自倍,肠胃乃伤”;吴鞠通“肝气之郁,

痰瘀阻络”;《张氏医通》“嗜酒之人,病腹胀如斗,此得之湿热伤脾。胃虽受谷,脾不输运,故成痞胀。”《金匱翼·积聚统论》“积聚之病,非独痰食气血,即风寒外感亦能成之”;所谓“肥人多湿”“体胖多痰”等。

目前各家对 NAFLD 的认识在古人的基础上多有发挥。黄静娟等^[5]认为 NAFLD 的病因为饮食不节,过食肥甘厚味,恣意饮酒,情志刺激;肝脾肾三脏功能失调是本病病机的关键,痰湿、瘀血是本病的基本病理基础。谭远忠等^[6]认为本病多因过食辛辣肥甘厚味,痰湿内生,痰浊中阻导致肝失疏泄,脾失健运,湿浊或痰浊内蕴,瘀血阻滞而形成痰瘀互结,痹阻肝络而成;病变主要在肝,与胆、脾、胃、肾等脏腑密切相关。吴国贤^[7]认为本病主要由于嗜食肥甘厚味,脾运不及,或肝病日久,致脾虚失运,水湿不化,凝聚为痰,痰浊停聚中焦,壅塞气机,土壅木郁,肝胆失疏,气机不畅,血行瘀滞,膏浊沉积于肝而成。李军教授则认为本病多因肝脏自衰,或因损伤,内虚已具,复加嗜酒;或饮食不节,劳逸失常;致肝失疏泄,气机郁滞,木旺克土,脾失健运,痰浊内生,痰凝气滞,血行不畅,日久成瘀,痰浊与血瘀相互交结,脂浊沉积于肝脏而成。其病位在肝、脾两脏,发病关键是痰浊与瘀血相互交结为患^[8]。乔娜丽等^[9]认为,饮食不节、劳逸失度或情志所伤,损伤肝脾,而致肝胆疏泄失职,脾胃运化失健,水谷不能化生精微,反停而为水湿,聚而生痰浊,痰浊阻络,血行不畅,留而为瘀,痰瘀互结于肝,阻滞肝脉而成本病。肝失疏泄,

收稿日期:2012-12-20

龙血竭活血化痰以止血,可改善 UC 活动期肠道高凝状态,且通过直肠给药,直达病所,全方共奏清热解毒、利湿止泻、化痰止血功效。本病缠绵难愈,病久必伤脾胃,以健脾益胃,活血扶正中药善后,方中重用炒白术,茯苓、鸡内金强健脾胃,白及生肌敛疮,三七、血余炭活血扶正,均可促进保护肠黏膜修复,

小量黄连厚肠止泻,预防感染,久服可扶助正气以防复发。本案中西结合,内外并用,分期辨证施治取得较好疗效。

参考文献

- [1] 欧阳钦. 对我国炎症性肠病诊断治疗规范的共识意见 [C]. 现代消化及介入诊疗, 2008, 13(2): 139-145.