

doi:10.3969/j.issn.1671-038X.2017.06.02

# 谢晶日教授治疗缓解期溃疡性结肠炎(肝郁脾虚证)的经验探妙

刘朝霞<sup>1</sup>, 杨达<sup>2</sup>, 王海强<sup>1</sup>, 荣蕾<sup>1</sup>

<sup>1</sup> 黑龙江中医药大学附属第一医院 肝脾胃科, 黑龙江 哈尔滨 150040;

<sup>2</sup> 黑龙江中医药大学 研究生院, 黑龙江 哈尔滨 150040)

**关键词:** 溃疡性结肠炎; 肝郁脾虚证; 辨证论治; 名医经验

**中图分类号:** R574.62

**文献标志码:** A

**文章编号:** 1671-038X(2017)06-0406-03

谢晶日教授系博士研究生导师, 博士后指导教师, 二级教授, 国家级名中医指导教师, 国家中医药管理局脾胃病重点专科带头人。谢师从医执教40余载, 医术精湛, 治学严谨, 主持并参与了多项国家级、省级科研项目, 在长期的临床实践中积累了丰富的经验, 逐渐形成了独到的学术思想和治疗方法, 尤其是在消化系统疾病的诊疗方面有着显著的疗效。

溃疡性结肠炎(UC)是一种以腹痛、腹泻、里急后重为主要临床表现的慢性非特异性肠道炎症性疾病, 病变主要在结肠的黏膜及黏膜下层, 呈连续性、弥漫性、表浅性分布, 病理改变以溃疡糜烂为主, 多数累及直肠和乙状结肠, 但对于其病因及发病机制尚未明确<sup>[1]</sup>。本病发作机制复杂多变, 具有病程迁延难愈、病情反复发作、溃疡轻重不等及多种并发症等临床特点。因此, 提高本病的治疗效果和改善患者的生存质量具有重要意义。近年来, UC的发病率逐年升高, 世界卫生组织(WHO)已将其列为现代难治疾病之一<sup>[1]</sup>。我国目前关于此病尚无精确计算, 但从中国医学文献对本病的报道中得知, 此病在我国有逐年升高的趋势<sup>[2]</sup>, 因此越来越多的人关注本病的治疗。现代医学治疗本病主要是应用氨基水杨酸、类固醇激素、糖皮质激素类、免疫抑制剂和生物制剂等药物, 必要时采取手术治疗, 其不良反应较明显, 对患者伤害较大, 且难以保证患者长期稳定性。此外, 部分患者还需长期依赖药物维持治疗, 一旦停药容易复发, 不仅给患者经济身体带来双重影响, 而且容易产生耐药性。近年来有研究表明单一的应用西药并不能完全减少本病的复发率, 而应用

中西医并用的治疗方法能够使病情趋于平稳且逐渐减轻, 降低复发<sup>[3]</sup>。谢师运用中医药辨证方法治疗缓解期UC, 提出中医药、全身和局部相结合的“个体化综合治疗”方案, 保证了不同患者长远疗效的有效性和平稳性, 从而体现了中医整体观念、因人制宜的特色, 大大提高了临床疗效, 减轻了患者的痛苦, 同时减少了西药对患者机体的损害, 大幅度地降低了本病复发的百分比, 临床疗效极佳。笔者今有幸随谢师侍诊, 收益良多, 现将谢教授治疗本病的经验分析、总结如下, 以飨读者。

## 1 笃证审因, 明晰病机

祖国古代医籍中并没有对缓解期UC名称的记载, 但其临床的典型表现为两胁胀痛、不思饮食、便后缓解, 故其归属于“泄泻”、“久痢”等范畴。正如《知医必辨·论肝气》云:“肝气一动, 即乘脾土, 作痛作胀, 甚则作泻。”历朝医家认为本病病因与外感实邪、情志内伤、先天禀赋三方面有关。本病发病基础为脾胃虚弱, 基本病机为久泻后导致脾气亏虚, 素体正气不足则易感外邪; 忧郁恼怒, 精神刺激, 导致肝气郁结, 上伐脾土, 脾虚日久不愈易生湿邪, 阻滞气血不通, 肠肉败坏, 腐蚀于肠。临床缓解期UC分为脾肾阳虚、脾胃虚弱、肝郁脾虚等证型<sup>[4]</sup>, 以肝郁脾虚型多见。

谢师明确指出UC之所以难于根除, 易于复发。其病机在于虚实夹杂, 易反复发作, 明确认清其发病原因是治疗本病的重中之重<sup>[5]</sup>。谢师认为缓解期的UC以肝郁脾虚证较为多见, 具有泻下不爽, 胁肋胀痛, 泻下痛减等临床特点。本病病位在肠与肝、脾、胃密切相关。其发病原因主要与肝郁脾虚有关。肝郁则由情志不遂诱发, 正如《景岳全书·泄泻》曰:“凡遇怒气便做泄泻者, 必先以怒时夹食, 致伤脾胃”。《三因极一病症方论·泄泻绪论》也提到情志失调亦是泄泻的重要致病因素。而素体的脾胃亏虚, 气血生化无源, 免疫力下降也是诱发此病的重要基础,

收稿日期: 2017-01-12

基金项目: 国家自然科学基金项目(No: 81273685); 黑龙江省自然科学基金项目(No: H2016077); 黑龙江省中医药管理局项目(No: C214-06)

作者简介: 刘朝霞, 女, 主任医师, 博士, 博士后已出站, 主要从事中医药治疗消化及代谢性疾病的研究

通讯作者: 荣蕾, E-mail: 18945080658@189.cn

正如《景岳全书·泄泻》曰:“泄泻之本,无不由脾胃”。素体因情志失调,日久肝气郁结,克伐脾土,加之脾气亏虚,形成肝郁脾虚,是缓解期 UC 发病的关键。

## 2 辨证论治,突显特色

本病病机复杂多变,症状较多,故谢师指出,在辨证时要首辨本病虚实,再辨病势高低,最后辨正邪盛衰。根据缓解期肝郁脾虚的特点,采用“抑木扶土以治其本”的基本治疗原则,兼以“慎用寒凉、调气和血”,“重视调养、固本生源”的治疗特色。若肝郁脾虚日久不愈易生湿热、血瘀使之转为活动期,则提出急则燥湿行血,以缓代发展现了中医急则治其标,治病必求于本,标本兼顾,整体调养的优良传统。

### 2.1 疏肝健脾,贯穿始末

肝在五脏中属于刚脏,其生理功能是主疏泄,性喜条达而恶抑郁。故肝脏条畅全身气机,并且对脾胃气机的升降及运化功能尤为重要。肝气畅达,则全身气血运行无阻,脾胃荣和;肝气郁滞,则脾气不升,胃气不降,致全身清气不升,浊气不降,因而生飧泄。因此,只有肝疏泄功能正常运行,才能确保脾胃升降枢纽井然有序地进行。肝脏在中医五行当中属木,脾属土,肝气太过则克乘脾土,致脾虚不健,肝脾失和。脾喜燥而恶湿,若脾虚日久运化失职,水液代谢失常,则易生内湿,湿聚化热,阻滞气机,气血不畅,加重本病。故谢师认为肝郁脾虚乃本病病机之根源,而气滞、血瘀、湿热乃肝气郁结日久,致脾虚健运失常所形成。因此,可见疏肝健脾为治疗缓解期 UC 的根本大法并贯穿本病始末。此法具有独具匠心的中医特色,一者,疏肝可防气机郁滞伤及肝脏自身,久而累及脾胃受损,起到未病先防之用;二者,健脾可加强脾胃自身运化功能,使水液代谢正常,以消除脾胃滋生湿邪之源治其标;三者,疏肝健脾既可调畅情志,又可补益后天之源,乃扶正固本之效。此外,药理研究证实,疏肝健脾法能够凭借增强体内啡肽水平而起到镇痛、镇静作用,并对肠道运动异常具有双向调控作用<sup>[6-7]</sup>。

### 2.2 慎用寒凉,调气行血

缓解期病程长,患者容易轻视,易形成气滞、湿热、血瘀,使之转化为活动期,加重病情,给患者带来不必要的痛苦。为了稳固病情,故谢师提倡在缓解期应用疏肝健脾,活血止痛的原则,同时辅以清热利湿之法。谢师强调对于已有湿热的患者,在清利肠道湿热过程中,因为绝大多数患者起病之初内在就有脾虚,加之肝木克伐脾土,加重脾虚,故首当顾护脾胃,恰如其分,切勿过分寒凉。若急于过用寒凉之品易损耗脾胃之阳气,阳气亏虚,脾虚失健,湿从中生,因此虽然湿热为患亦须顾护脾胃之气,正如张景

岳所谓:“凡欲治病者,必须常顾胃气,胃气无损,诸可无虑。”谢师指出气滞血瘀是不可忽视的重要病理夹杂因素,与本病的预后有着密不可分的关系,所以在治疗上,谢师主张调气与行血兼施,正如刘完素所说,“调气则后重自除,行血则便脓自愈”,可见调畅气机和活血化瘀之法在治疗缓解期 UC 上的重要性。此法有利于患者缓解期 UC 的稳定性,有利于患者正气的恢复,预后较好。

### 2.3 重视调养,固本生源

谢师认为,患者在平时重视身体的调养同样十分重要。居住环境、饮食不节、情志不遂是诱发本病发生发展的重要诱因。故谢师明确指出,缓解期患者应居住在较为干燥,空气流通较好的环境,一方面避免外在湿邪入侵于内;另一方面,也防止外在邪气触动内在湿邪,内外同犯。平时嘱咐患者在饮食上要注意卫生,切勿过食生冷、辛辣刺激、肥甘厚腻、变质的食物,又要节制定量,尽量进食含有一些盐、蛋白质、维生素且利于胃肠道消化吸收的食物。因为这些物质对缓解期 UC 有一定促进溃疡愈合的作用。情绪失常是导致本病的最直接因素。现代医学研究表明精神失控、情绪异常可影响肠道的消化间期动力,而消化道疾病在临床上可能有焦虑和抑郁的躯体化表现,这些躯体化表现又对患者的不良精神状态产生负效应,二者互相关联,互为连带<sup>[8-9]</sup>。中医学认为此为情志不舒,肝气郁结,克伐脾土所致,因此谢师对患者心理疏导尤为重视,让患者保持心情愉悦,每天坚持适当锻炼,养成良好的作息习惯,有利于缓解期 UC 的预后。

### 2.4 燥湿行血,以缓代发

谢师认为本病乃素体情志不遂,肝气郁结,肝木上乘于脾,脾虚日久不愈则生湿邪,湿聚化热,湿热互结,留滞肠腑,壅阻肠中气机,致肠中气血不畅,气血败坏,腐蚀于肠,使之转化为活动期,加重病情。可见血瘀、湿热是加重本病必不可少的病因。故谢师在预防本病缓解期转化为活动期的过程中强调清热燥湿,活血化瘀以消除致病之邪。谢师认为血瘀之邪,当以活血之品化其瘀;湿热之邪,当以苦燥之品祛其湿;再加上疏肝理气,健脾和胃贯穿始终,三法并用,助大肠恢复正常传导功能,则泻痢自止,从而防止缓解期转化为活动期,降低了复发率,减轻了患者的临床痛苦,改善其生活质量。

## 3 临床用药,随症加减

谢师明确指出,在肝郁脾虚型缓解期 UC 的治疗上,以疏肝健脾治其本,同时兼以涩肠止泻、调气行血、养血生肌,佐以活血化瘀、清热祛湿等治疗法则,从而达到气血调和,阴阳平衡,通涩相合,经过长

时间的临床用药与观察,自拟方以“痛泻要方”、“柴胡疏肝散”、“参苓白术散”等传世至今的古方化裁而成,方中白芍柔肝缓急止痛,焦术健脾止泻,二药共为君药,具有土中泻木,胜湿止泻之效;醋柴胡疏肝行气,陈皮理气醒脾,炒枳壳破气化滞,香附理气止痛,四药并用共为臣;党参、黄芪、茯苓补气健脾;并配以防风生清止泻,引诸药到达脾经之所;配以乳香、没药活血止血,收敛生肌,消肿止泻,促进溃疡面缩小,利于其愈合。诸药合用共奏疏肝健脾、理气止痛、活血化瘀,调和气血之功,其临床治疗效果极佳。若肝郁气滞,胸胁胀痛较显著者,配郁金、青皮,以加强破气行气解郁;若脾虚湿盛,腹泻次数较多者,配砂仁、车前子,以消除湿邪之患;若暖气、矢气频繁者,配紫苏、大腹皮、枳实,以宽胸理气,通气导滞;若腹胀纳差较甚者,配莱菔子,以行气消积化滞;若四肢不温较甚者,配补骨脂、吴茱萸,以温阳散寒补肾。

#### 4 验案举隅

常某,女性,43岁,2015年8月24日初诊。主诉:患者1年前因腹痛,腹泻伴黏液脓血便,于2014年7月到黑龙江省医院行电子肠镜检查确诊为UC,其后口服美沙拉嗪治疗,症状尚可缓解,但时有反复,仰谢师之名遂来就诊。患者初诊时精神抑郁,神疲乏力,右下腹、胸胁胀痛,大便溏泻伴黏液便,泻下不爽,每日4~5次,泻后痛减,肛门坠胀,同时伴有暖气不止,纳差等症状,舌质紫暗,苔白腻,脉弦滑。谢师熟思缜密,审证病机,诊断为肝郁脾虚型泄泻,治以疏肝健脾为主,佐以理气渗湿、活血化瘀,方用“痛泻要方”、“柴胡疏肝散”、“参苓白术散”化裁:白芍30g,焦术30g,醋柴胡20g,陈皮20g,炒枳壳20g,香附20g,党参15g,黄芪15g,茯苓15g,防风6g,乳香5g,没药5g。上方7剂,水煎服,每日1剂,早晚分服。2015年8月31日二诊:腹部、胸胁胀痛缓解,矢气频频减轻,暖气缓解,但肛门坠胀稍减轻,便溏症状减轻,大便每日3次,大便仍有少量黏液便,舌质紫暗,白腻苔,脉弦滑。予上方加升麻15g。7剂水煎服,每日1剂,早晚分服。2015年9月10日三诊:患者腹部、胸胁胀痛等症状消失,大便成形且无黏液,每日1~2次,纳佳,舌质暗红,苔白腻,脉弦。将原方调整为:白芍30g,焦术30g,醋柴胡20g,陈皮20g,香附20g,丹参15g,党参15g,黄芪15g,茯苓15g,防风6g,剂水煎服,以巩固治疗。后遵照原方随证加减,并嘱其调情志,节饮食,慎起居,服药2个月后诸症消除,随访至今,未见复发。

缓解期UC主要以肝郁脾虚型多见,本病多重在调养肝脾。此类患者由于久泻致素体亏虚,易受

到外界情绪刺激,以致情志失调,精神抑郁,横逆脾胃,正如《景岳全书·泄泻》曰:“凡遇怒气便做泄泻者,必先以怒时夹食,致伤脾胃”。因此,情志不遂亦是泄泻的重要病理诱因。在宋代陈无择《三因极一病证方论》中也有相关记载,书中说:“喜则散,怒则激,忧则聚,惊则动,脏气隔绝,精神夺散,以致溏泄”。久泻脾气亏虚,正气不敌外邪,发为此病;若情志不遂,肝气郁滞,日久攻伐脾土,脾虚生湿,湿久蕴热,湿热互结瘀滞于肠腑,气血壅滞不通,加重本病。气滞、血瘀、湿热为转化活动期的重要隐患,此三邪不除亦可损伤脾胃,导致脾运失职,胃失通降,加重病势。谢师认为,缓解期UC(肝郁脾虚证)以虚证为主,治疗上着重疏肝健脾以扶正,同时兼有调气行血、固本生源,佐以燥湿行血而防复发。本案中患者精神抑郁,右下腹、胸胁胀痛,暖气不止是典型的肝气郁结之象,故以白芍、醋柴胡、陈皮、炒枳壳、香附疏肝柔肝,理气止痛。神疲乏力,大便溏泻,肛门坠胀明显是脾虚气陷之象,故以党参、黄芪补气健脾,益气和胃,脾气旺则运化湿水畅达,利于消除湿邪之根源;患者纳差,以焦术、茯苓健脾祛湿,助脾脏之运化;舌质紫暗辅以乳香、没药活血化瘀,瘀血通畅,脓血自止;最后用引经之要药防风,将诸药送达脾所。服药后诸证基本消失,但考虑到病邪日久,脾胃必伤,同时,脾胃为气血生化之源,故嘱其重视调养脾胃、米粥自养,脾旺则气血充足,畅达全身,抵御外邪,诸症自平,每获良效。

#### 参考文献

- [1] 屈冬冬,金世禄. 溃疡性结肠炎发病机制研究进展[J]. 实用临床医学杂志, 2016, 20(3):184-187.
- [2] 徐光琦,张立. 溃疡性结肠炎的中西医结合研究进展[J]. 中西医结合心血管病杂志, 2016, 4(16):9-11.
- [3] 李亮,谢晶日. 谢晶日教授治疗活动期溃疡性结肠炎(脾虚湿热证)经验探微[J]. 中国中医急症, 2016, 25(6):1028-1030.
- [4] 赵婕. 溃疡性结肠炎中医辨证论治文献研究[J]. 亚太传统, 2014, 10(2):35-37.
- [5] 刘朝霞. 谢晶日教授治疗溃疡性结肠炎的经验初探[J]. 中医药学报, 2010, 38(3):65-66.
- [6] 骆天炯. 健脾疏肝法对肠易激综合征血浆及粘膜B内啡肽的调节作用[J]. 中国中西医结合杂志, 2003, 23(8):616-618.
- [7] 黄穗平. 从肝论治肠易激综合征[J]. 中医杂志, 1990, 31(3):31-33.
- [8] 黄建强,林清,文小敏,等. 针灸治疗溃疡性结肠炎作用机制探讨[J]. 中国医学导报, 2014, 11(5):166-168.
- [9] 陈业强,凌江红. 从脑肠肽进行肝郁证与功能性消化不良病证结合研究的思路[J]. 中医杂志, 2006, 47(10):784-785.