

李军祥教授治疗溃疡性结肠炎经验

姜 慧¹, 李军祥², 谭 祥¹, 史 瑞², 陈 晨², 丁庞华¹¹北京中医药大学,北京 100029;²北京中医药大学东方医院 消化科,北京 100078)

摘要:溃疡性结肠炎是一种病因尚未完全清楚的慢性非特异性炎症性肠病。李军祥教授对于溃疡性结肠炎的病因病机有深刻认识,在治疗溃疡性结肠炎方面有其独特的临床经验,并且经过多年临床摸索,创制清肠温中方,临床治疗效果明显。

关键词:溃疡性结肠炎;清肠温中方;经验;李军祥

doi:10.3969/j.issn.1671-038X.2019.03.16

中图分类号:R574.62 **文献标志码:**A

溃疡性结肠炎(ulcerative colitis, UC)是一种累及直肠和结肠慢性非特异性炎症性疾病,临床以腹痛、腹泻、黏液脓血便、里急后重为主要临床表现^[1],该病病程较长,日久可出现关节炎、虹膜炎、原发性硬化性胆管炎、骨质疏松、贫血等肠外表现^[2],严重影响患者的生活质量。其病变范围广、呈连续性和弥漫性分布,如未能进行积极治疗,可并发中毒性巨结肠、肠穿孔、下消化道大出血及癌变等并发症。

李军祥教授现任北京中医药大学东方医院消化内科主任,曾师从著名中医学家董建华院士,学识渊博,多年来一直从事消化内科的临床、教学及科研工作,临床上擅长应用中医中药治疗消化系统疾病,尤其是在 UC 的临床治疗方面积累了丰富的经验,给广大 UC 患者带来福音。笔者有幸师从门下,聆听教诲,受益良多,现将导师的治疗本病的临床经验作一总结,以供读者参考。

1 追根溯源,探究病因病机

查阅中国古代典籍,并没有溃疡性结肠炎这一病名,但是根据患者腹痛、腹泻、粘液脓血便以及里急后重等临床症状特点,可将其归属于“久痢”“肠澼”“泄泻”等范畴中。“久痢”作为中医术语出于《明医指掌》,《丹溪心法·痢》已有“血痢久不愈”、“下痢久不止”、“其或久痢后,体虚气弱,滑下不止”的记载。临床所见久痢,亦即前人所称之“休息痢”。肠澼,病名,出自《素问·通评虚实论》。①指痢疾。

“澼”指垢腻粘滑似涕似脓的液体。自肠排出,故称肠澼。《景岳全书》卷二十四:“痢疾一证,即《内经》之肠澼也。”②指便血。《古今医鉴》卷八:“夫肠澼者,大便下血也。”《素问·举痛论》中言“寒气客于小肠,小肠不得成聚,故后泄腹痛矣”,《难经·论疾病·五十七难》中又有“大瘕泄者,里急后重,数至圜而不能变,茎中痛”的记载,其中均对泄泻及痢疾的病因病机进行了相关阐述。李教授结合自己对 UC 的认识以及多年治疗 UC 的临床经验,将 UC 归为“久痢”的范畴。

1.1 分析病因

李军祥教授常常告诫我们,了解疾病的病因对指导疾病的预防,治疗及防变具有重要的意义。临床诊治该病时,要注意寻根溯源,详细询问患者发病原因,审因论药,如此才能获得治疗 UC 效益的最大化。通过对大量中医典籍的梳理,以及多年实验与临床摸索和探究,李军祥教授将 UC 的病因主要归纳为外邪侵袭、饮食不节、情志因素及脾胃虚弱 4 个方面。

1.1.1 外邪侵袭,首责于湿 《素问·阴阳应象大论》云:“风胜则动……湿胜则濡泻”,指出感受外界湿邪为导致泄泻的直接因素。《杂病源流犀烛·泄泻源流》言:“湿胜则飧泄,乃独由于湿耳……是泄虽有风寒热虚之不同,要未有不原于湿者也”;《医宗必读》中亦言:“无湿则不泄”,这两条论述均强调湿邪致泻、无湿则无泻这一发病原则,并且进一步强调其余外邪如寒、热、风等,均需与湿相合方可成泄。因此,李军祥教授认为外感湿邪会导致久痢、泄泻的发生,另外“湿”不仅作为一种外邪,同时也可作为其他疾病发生发展过程中的病理产物,贯穿在本病的发生发展的全部过程中。比如说由于情志内伤、劳倦过度等因素的存在,造成人体脾胃功能下降,运化失

收稿日期:2019-01-05

基金项目:国家自然科学基金面上项目(No.:8187140585);2018年北京中医药大学自主课题研究生项目(No.:2018-JYB-XS191)

作者简介:姜 慧,女,在读硕士研究生,研究方向:中医药防治脾胃病

通讯作者:李军祥,E-mail:lijunxiang1226@163.com

司,从而导致水液停聚,湿邪从内而生,发为本病。

1.1.2 饮食不节,损脾伤胃 《素问·痹论》云:“饮食自倍,肠胃乃伤。”《明医指掌》云:“痢之作也,非一朝一夕之故,其所由来者渐矣。盖平素饮食不节,将息失宜……”;《素问·太阴阳明论》言:“……食饮不节起居不时者,阴受之……阴受之则入五脏……入五脏则满闭塞,下为乡食泄,久为肠僻。”以上两条论述均强调饮食不节,损伤脾胃,可以导致肠癖、下痢的发生。《圣济总录》中言:“肠中宿夹痼滞,每遇饮食不节……即乍瘥乍发……”,该论述意在强调,在患者肠胃本就虚弱之时,加上饮食不节如食入过饱或是嗜食肥甘厚味,均可进一步损伤脾胃,导致脾胃运化无权。综上所述,饮食不节不仅可以直接致病,亦会间接引起 UC 发病。此外,李军祥教授认为,随着生活水平的提高,人们对高蛋白、高热量、高脂肪饮食摄入越来越多,这也是现在 UC 多发和复发的重要原因之一。有现代研究^[3-4]表明,饮食成分在 UC 患者的发生和发展过程中发挥了重要的作用,高硫化物、高糖、高脂肪的食物与 UC 的发病密切相关,“三高”、生冷及刺激性饮食均会增加 UC 发生的危险性。

1.1.3 情志失调,气机逆乱 《素问举痛论》云:“怒则气逆,甚则呕血及飧泄。”强调情志失调是 UC 发生的重要因素之一。《素问·宝命全形论》云:“土得木而达”,说明,脾胃功能的正常依赖于肝气的调达,肝气太过或者不及均可以影响脾胃功能,致使脾胃运化失司。因此,临床上常常可见到一些患者说工作或生活上出现烦恼、情绪激动时,会导致 UC 的发病或者原有症状加重。现代研究亦证明,焦虑、抑郁等负性情绪可能通过引起人体多系统的变化,并可以通过脑-肠轴进行调节,从而影响 UC 的发生发展^[5]。另外,有研究^[6]进一步表明,心理因素在 UC 的发病以及病程进展中起到至关重要的作用,焦虑、抑郁人群中,UC 的发病率明显高于正常人群,通过心理疏导或是药物辅助治疗,患者的心理障碍得到改善后,他们生活质量及病情均有不同程度的改善。

1.1.4 脾胃虚弱,正气亏虚 《素问·平热病论》中言:“邪之所凑,其气必虚”,《素问·刺法论》:“正气存内,邪不可干”,以上两条论述说明邪气侵袭人体并发病,均是由于人体正气不足所致,强调人体正气对预防疾病的重要性。UC 病位在肠,与脾、胃、肝均有密切关系,病程日久可累及肾脏。UC 具有遗传易感性,父母患有 UC,脾胃亏虚日久,后天不能滋养先天,日久导致肾气亏虚,其所孕育后代则先天正气不充,容易发为本病。《景岳全书》言“泄泻之本,无不由于脾胃”,“脾弱者,因虚所以易泻,因泻所以愈虚”,《素问·脉要精微论》云“胃脉虚则泄”,《素

问·脏气法时论》曰:“脾病者,虚则腹满肠鸣,飧泄,食不化”,以上论述均强调先天脾胃虚弱或后天劳倦伤及脾胃均可导致该病的发生。此外,UC 的发病亦与肾脏有密切关系,《灵枢·邪气脏腑病形》说:“肾脉小甚为洞泄。”说明肾阳亏虚,不能温煦脾土,导致脾阳亏虚,脾失其正常运化,导致该病的发生。

1.2 病理机制

李军祥教授多年临床工作的总结及经验积累,认为脾胃虚弱为 UC 发病的根本,湿热蕴肠、瘀血阻络、气血失调为致病之标;UC 活动期病机主要以邪实为主,缓解期主要以本虚标实为主;本虚标实、寒热错杂为 UC 主要发病特点。

1.2.1 活动期以标实为主 表现为湿热蕴肠、瘀血阻络等。活动期 UC 患者主要表现为腹痛、腹泻、粘液脓血便、里急后重,血多于脓。外感湿热及饮食不节致使脾胃受伤,加之情志不畅,恼怒伤肝或郁思伤脾,日久导致脾胃虚弱,运化失司,水湿内停,湿郁化热,湿热内蕴,湿热与肠道气血相搏结,气血凝滞,化为脓血,故患者出现腹泻,下痢粘液脓血便,甚则鲜血便;肠道传导失司,气机阻滞,腑气不通,故患者出现腹痛,里急后重。

1.2.2 缓解期以本虚标实为主 脾肾阳虚为本,兼有瘀血阻络等。《景岳全书》记载:“凡病里急后重者,病在广肠最下之处,而其病本则不在广肠而在脾肾。”UC 虽病位在大肠,但可涉及多个脏腑器官,如脾胃、肝、肾等。脾胃虚弱日久及阳,脾阳不足,温煦失职,故腹部冷痛,受寒即发。肾阳虚不能温煦脾土,导致阴寒内生,下关不固,清浊不分,水谷混杂而致滑泻不止。因此临床上许多 UC 患者经过治疗后进入缓解期,腹痛、腹泻、黏液脓血便有所缓解或消失,但是易出现脾阳不足、肾阳衰惫等临床表现:如乏力、畏寒肢冷、小腹怕凉、腰膝酸软等。此外,本病缠绵难愈,并且极易复发,病程日久,耗伤人体气血,病久邪气入络,导致瘀血阻络。

因此,在长期的临床工作积累中,导师李军祥教授本着“治病必求于本”的思想,注重中医辨证和辨病相结合的“整体观念”,制定了治疗 UC 的清热祛湿、活血化瘀、温中健脾、寒热平调、标本兼治的治疗总纲。临床运用时也本着“三因制宜”的原则,灵活加减药物,以提高临床疗效。

2 方药分析,理清治病思路

基于以上对 UC 病因病机的认识,历经多年课题研究及总结临床治疗经验,李军祥教授创制清肠温中方,以清肠温中、活血化瘀、寒热平调为治疗法则,方药由黄连、炮姜、苦参、三七、木香、青黛、地榆炭、甘草组成。

2.1 君以黄连、炮姜—清肠止血,温脾止泻,平调寒热

方中以黄连、炮姜为君,黄连清肠中湿热,炮姜温腹中寒湿,相互配伍,取平调寒热之义;且二者均有良好的止泻功能,黄连气味苦寒,清热祛湿止利,《神农本草经》言其主治“热气,肠澼,腹痛,下痢,妇人阴中肿痛”;干姜性辛热,温阳化湿止利,《神农本草经》言其“温中,止血,肠澼下利”,炮制更能加强其止泻止血作用。二者相伍,针对患者黏液脓血便、肛门灼热、小腹怕冷、腹部喜温喜按、遇冷加重等症候,寒热错杂之病机而设,共奏清肠止血、温脾止泻、平调寒热之用。

2.2 臣以苦参、青黛、三七—清肠化湿,化瘀止血

苦参、青黛、三七三者均为治疗 UC 的验药。苦参气味苦寒,归胃、大肠经,清热燥湿,愈疮止利,辅助君药黄连增加清热利湿的作用。《神农本草经》言其主治“心腹结气,疝瘕积聚,逐水,除痈肿”,《名医别录》记载“除伏热肠澼,疗恶疮下部疮”;青黛气味咸寒,清热泻火,解毒止利,《本草正义》记载青黛可以“治瘟疫热毒发狂,……痈疡肿毒”,《本经逢原》言其“散郁火,治温毒发斑及产后热痢下重”;三七,气味甘微苦温,散瘀止血,消肿定痛,具有“止血不留瘀,散瘀不伤正”的特点,《本草纲目》中记载“止血散血定痛,下血血痢”,体现了“行血则便脓自愈”之意。三者相伍,针对湿热与肠道气血搏结、湿热瘀阻之病机,可显著改善患者下痢粘液脓血之症状,共奏清肠化湿、化瘀止血之功。

2.3 佐以木香、地榆—调气活血,凉血止血

木香气味辛苦温,辛行苦降,善行大肠之滞气,《本草汇言》言其“管统一身上下内外诸气”,《日华子本草》称其“治心腹一切气,止泻,霍乱,痢疾……”。地榆,气味苦酸涩微寒,凉血止血,解毒敛疮,《名医别录》曰“止脓血,恶疮”,《药性论》曰“止血痢蚀脓”,炒炭炮制加强其止血功用。二者合用,针对粘液脓血便、里急后重等症,气滞血瘀、气血失调之病机而设,共奏调气活血,凉血止血之用,体现“调气则后重自除”之义。

2.4 使以甘草—益气健脾,调和诸药

甘草,气味甘平,归脾、胃、肺经,补脾益气,调和诸药,缓急止痛,《药性论》言其“主腹中冷痛……补益五脏”,炙甘草一味,一则针对脾胃虚弱的病因而设,益气健脾;二则针对腹痛、里急后重诸症而设,缓急止痛;三则调和诸药,用之为使。

3 随症加减,兼顾疾病变化

在临床治疗 UC 时,导师李军祥教授并未拘泥于此方,而是根据患者分期及症状表现不同,加减运用。腹痛明显者,常合用川楝子、延胡索,即金铃子散,以增强行气活血止痛之效;腹痛腹泻、泻后痛减、肛门重坠者,常合用痛泻药方,以补脾柔肝,祛湿止

泻;下利赤白脓血,赤多白少,甚至纯下鲜血者,合用白头翁汤或加槐花炭、三七粉、云南白药等清热凉血止血药物,以清热解毒,凉血止痢;下利赤白脓血,白多赤少,脘腹胀满者,加薏苡仁、藿香、佩兰等化湿之品,以化湿解毒,清肠化瘀;下痢脓血较多兼有神疲乏力、面色淡白等气血虚表现者,加用阿胶、黄芪等补血止血,益气生血;以肛门灼热疼痛者,常加用马齿苋、败酱草、薏苡仁等,以清热利湿,凉血止痢;病久迁延不愈,脾阳不足,小腹怕凉、拘急冷痛者,加用花椒、小茴香、肉桂等,以温阳散寒,活血化瘀。

4 内外兼顾,促进病情恢复

笔者曾对近几年中药灌肠进行整理总结,综合分析后发现中药保留灌肠治疗 UC 是临床上非常重要的治疗方法,具有操作简单、直接作用病变部位、灵活选方用药等优点^[7]。另外,中药保留灌肠既可避免或者减少消化道内消化酶等对药物有效活性成分的影响和破坏,又可以使部分药效成分绕过肝脏进入血液循环,从而发挥全身治疗作用^[8]。

李军祥教授经过多年临床用药经验总结,创制溃结灌肠方,其药物组成以青黛、苦参、白芨、五倍子、三七、地榆为主。临床上活动期重度 UC 患者再灵活加用珍珠粉。方中青黛、苦参凉血消肿,清热燥湿;白芨、地榆、五倍子收敛止血,生肌敛疮;三七粉活血化瘀,止血;《中药大辞典》指出,珍珠粉具有解毒生肌、安神定惊等功效,重症 UC 患者加适量珍珠粉以增强其清热解毒、敛疮生肌、止血之用,促进肠粘膜溃疡面愈合。诸药相合,共奏“清热燥湿解毒,化瘀生肌止血”之功效。

5 调畅情志,减少疾病复发

古代中医整体观念称“形神合一”。《景岳全书》中言:“凡遇怒气便作泄泻者……但有所犯,即随触而发……以肝木克土,脾气受伤而然。”精神紧张、情绪波动既是临床上 UC 发病的重要因素之一,也是其反复发作的诱因之一。现代医学研究^[9]也表明,心理因素与 UC 密切相关,精神心理障碍可以引起胃肠道功能紊乱,进而影响 UC 的发病及疾病发展变化。临床上 UC 患者轻者常可伴见精神紧张、夜寐不安,导师李军祥教授常耐心告诫患者,调养身心,保持心情愉快;伴有心悸、虚烦、失眠等心阳不足者,常加用桂枝甘草龙骨牡蛎汤,镇惊潜阳、补心安神,正如《伤寒贯珠集》言:“桂枝、甘草,以复心阳之气;牡蛎、龙骨,以安烦乱之神。”伴有精神恍惚,常悲伤欲哭,不能自主,心中烦乱,睡眠不安等焦虑抑郁状态患者,李教授常配伍甘麦大枣汤以养心安神,调和阴阳;有研究证明^[6],黛力新可以使突触间隙中多巴胺的含量增加,而发挥明显抗焦虑和抗抑郁作用,因此,李教授常在中药治疗基础上加用西药黛力新

以对抗焦虑、抑郁,改善患者心情,促进疾病恢复,临床收效较好。

6 典型病案

例1,男,21岁,2018年2月26日初诊。溃疡性结肠炎1年半余。2016年8月于外院确诊溃疡性结肠炎(全结肠型),并住院治疗,期间给予激素、肠道微生态制剂以及中药等治疗,疗效不佳。就诊时,大便每日4~5次,不成形,有黏液脓血,量较多,伴有腹痛、里急后重感,小腹怕凉,肛门灼热疼痛不明显,纳食尚可,偶有腹部胀满,无暖气反酸烧心,舌质红苔薄白,脉细。口服泼尼松40 mg/d。结合患者肠镜诊断为:溃疡性结肠炎(活动期全结肠);中医诊断“久痢”,辨证为寒热错杂,湿热瘀阻证。治以清肠温中,化瘀止血,方选清肠温中方加减。处方:黄连6 g,炮姜10 g,陈皮10 g,炒白术30 g,炒白芍30 g,防风10 g,木香6 g,苦参15 g,青黛6 g,三七6 g,白芨30 g,地榆炭30 g,槐花炭15 g,白头翁15 g,秦皮10 g,黄柏10 g,砂仁3 g,炙甘草6 g,14剂。配合溃结灌肠方(青黛6 g,苦参15 g,白芨30 g,五倍子10 g,三七6 g,地榆30 g)每晚保留灌肠。二诊:大便次数明显减少,1~2次/d,基本成形,黏液脓血量较前明显减少,腹痛缓解,里急后重偶作,小腹仍怕凉,偶有肠鸣漉漉,肛门无灼热疼痛。故于上方基础上加肉桂10 g,川椒10 g,徐长卿15 g,以增强温阳健脾之功效,并嘱患者激素继续规律减量。三诊:大便次数为1~2次/d,成形,无肉眼可见黏液脓血,腹痛、里急后重较前明显缓解,偶有肠鸣,小腹怕凉较前明显好转。故效不更方,上方继服1个月。随访患者,目前已经停用激素,症状未见反复,近日复查肠镜提示:溃疡性结肠炎(缓解期),故继予中药口服控制病情,并嘱患者注意劳逸结合,保持心情愉快,以防复发。

按:初诊时该患者粘液脓血便且次数较多,腹痛、里急后重感明显,小腹怕凉,结合患者舌苔脉象,李教授认为该患者辨证为寒热错杂、湿热瘀阻证,给予清肠温中方以清肠温中、化瘀止血,同时合白头翁汤以增其清热凉血止痢之效。《本草正》言黄柏“善降三焦之火……去肠风热痢下血……”;《药性考》亦言黄柏可“泻火,利湿,坚阴,凉肠,痈肿敷良”。故李教授方中加黄柏以增清热利湿解毒之效;《开元本草》记载砂仁可“化湿行气,和中止痢”,古人谓其“为醒脾胃调胃要药”,尤适用于湿阻气滞之脘腹疼痛等证,李教授加用砂仁目的之一在于加强该方利湿行气之功,二是运用其温脾止泻、止痢之效用,以增其效。口服中药的同时配合溃结灌肠方每晚保留灌

肠,内外合用,双管齐下,有助于更快缓解症状,另外,灌肠中药可以直接与肠粘膜接触,可以促进肠粘膜愈合。二诊时患者粘液脓血较前明显减少,但仍然腹部怕凉,并伴有肠鸣,故加用肉桂、川椒,《本草纲目》言肉桂可“治寒痹,风暗,阴盛失血,泻痢……”,《药性论》更言其可以“止腹内冷气,痛不可忍,主下痢”;川椒即为青椒或花椒的干燥成熟果皮,《神农本草经》记载花椒具有温中止痛、杀虫等功效,主治胃腹冷痛、呕吐、泄泻等症。李教授认为该患者小腹怕冷明显,且时有肠鸣漉漉,皆因该患者患病日久,伤及脾之阳气,阳虚则寒,失于温煦所致,故加用肉桂、花椒等性温之品。药证相对,故而效如桴鼓。

7 小结

李军祥教授在长期的中医临床工作中潜心钻研,精心研习中医经典礼籍,注重临床与科研相结合、传统中医与现代科技相结合,临床治疗消化系统疾病时,擅于审病求因、紧抓病机、辨证论治,特别是在治疗UC方面积累了丰富的经验,患者遍布全国各个地区,经过多年的临床经验总结的清肠温中方及溃结灌肠方在临床应用效果显著,值得推广应用。

参考文献

- [1] 李军祥,陈詒. 溃疡性结肠炎中西医结合诊疗共识意见(2017年)[J]. 中国中西医结合消化杂志,2018,26(2): 105-111,120.
- [2] 陈劲华,李初俊,郅敏. 炎症性肠病的肠外表现及治疗进展[J]. 世界华人消化杂志,2016,24(1):1-9.
- [3] 何新颖,唐志鹏. 饮食与溃疡性结肠炎[J]. 世界华人消化杂志,2007,15(36):3826-3829.
- [4] 房斌,苗焱焱,张黎黎. 饮食成分对溃疡性结肠炎患者的影响[J]. 世界最新医学信息文摘,2015,15(76):17-18.
- [5] 张炜,窦玉勤,朱丽群,等. 氟哌噻吨美利曲辛治疗溃疡性结肠炎伴焦虑抑郁的疗效分析[J]. 临床医学工程,2013,20(11):1355-1356.
- [6] Bryant RV, van Langenberg DR, Holtmann GJ, et al. Functional gastrointestinal disorders in inflammatory bowel disease: impact on quality of life and psychological status[J]. J Gastroenterol Hepatol, 2011, 26(5): 916-923.
- [7] 姜慧,毛堂友,史瑞,等. 中药灌肠治疗溃疡性结肠炎的最新研究进展[J]. 世界科学技术-中医药现代化,2018,20(2):298-303.
- [8] Gong W, Lv N, Wang B, et al. Risk of Ulcerative Colitis-Associated Colorectal Cancer in China: A Multi-Center Retrospective Study[J]. Dig Dis Sci, 2012, 57(2):503-507.
- [9] 陶娜,庄丽维. 心理干预对溃疡性结肠炎的诊疗效果分析[J]. 哈尔滨医科大学学报,2018,52(4):351-353.