

张声生教授以“寒热”为纲辨治溃疡性结肠炎的 思路和治疗策略*

Professor Zhang Shengsheng's thinking and treatment strategy of treating ulcerative colitis with "cold and heat" as the principle

赵鲁卿¹ 吴茜² 张声生¹

[关键词] 溃疡性结肠炎;寒热辨治;中医经验

Key words ulcerative colitis; syndrome differentiation of cold and heat; experience of Traditional Chinese Medicine

DOI:10.3969/j.issn.1671-038X.2021.02.12

[中图分类号] R574.62 [文献标志码] A

溃疡性结肠炎(ulcerative colitis, UC)是一种原因不明的慢性非特异性炎症性肠病,主要临床表现为腹泻持续或反复发作、黏液脓血便、腹痛、里急后重等,同时也可伴有不同程度的全身症状^[1]。本病目前病因尚不完全明确,难以治愈,容易复发,且具有一定的癌变风险,是公认的消化科疑难病种。近 10~20 年来,随着生活水平的不断提高以及诊断技术的进步,UC 在我国的发病率急剧增高。中医中虽无 UC 此病名,但根据其症状,可以归属于“肠癖”“滞下”“下利”“久痢”“休息痢”等范畴。中医辨证论治本病在改善临床症状和预防复发等方面具有一定的特色和优势^[2-3]。数据挖掘分析显示,当代医家治疗 UC 的主要治法多采用健脾益气、清热燥湿^[4]。但是,一项纳入 6037 例 UC 的证型分布分析显示,UC 所有中医证型中分布构成比位于前 5 位依次为大肠湿热证(27.36%)、脾胃虚弱证(19.94%)、肝郁脾虚证(13.27%)、脾肾阳虚证(12.97%)、寒热错杂证(6.18%),占比最高的前 5 种证型中有 3 种都与寒热相关^[5]。张声生教授认为寒热失调为本病的重要病机,临床多从“寒热”角度论治 UC。

张声生教授为首都医科大学附属北京中医医院首席专家、世界中医药学会消化病专业委员会会长、中华中医药学会脾胃病分会第 1、2 届主任委员、国家中医药管理局重点专科全国脾胃病协作组组长,从事中医临床工作 30 余年,对于 UC 的治疗具有独特的思路和丰富的经验。现将张教授以“寒热”为纲辨治 UC 的经验介绍如下。

1 UC 寒热病机认识

张声生教授认为本病为素体脾胃虚弱,因外感邪气、情志失调、饮食不节等因素影响,寒热之邪乘虚客于肠间或寒热内生,寒热内蕴常与湿邪胶着,进而导致气滞血瘀,肠膜脉络受损,下痢脓血。本病多属本虚标实,治不彻底,余邪未尽,导致寒热内伏,遇有上述因素引动伏邪,可致反复发作,迁延难愈,寒热失调为本病重要病机。正如巢元方《诸病源候论·痢病诸候》中云“凡痢皆由荣卫不足,肠胃虚弱,冷热之气乘虚客于肠间,虚则泄,故为痢也”;“冷热气调,其饮则静,而痢亦休也。肠胃虚弱,易为冷热,其邪气或动或静,故其痢乍发乍止,谓之休息痢也”。临床中热邪或寒邪可单独为病,也可与湿邪相兼为病,表现为寒湿或湿热;同时,寒热之邪也可相互交错表现为寒热错杂。

1.1 湿热毒聚,下迫肠道

热邪所致本病,可分为外感热邪和内生郁热两大类:①外感热邪:痢疾多发生于气候热湿郁蒸之际,外界湿热邪气内侵,内蕴于肠,乃是 UC 发生的重要因素。《景岳全书·痢疾》说:“痢疾之病,多病于夏秋之交,古法相传,皆谓炎暑大行,相火司令,酷热之毒蓄积为痢”,此为外感湿热之邪。②内生郁热:过食辛辣肥甘厚腻之品,致中焦运化失常,湿邪内生,郁久化热进而导致胃肠蕴热。另外,情志过极,亦可化火,导致内生郁热。热毒湿邪积聚肠中,壅滞气血,肠膜血络受损,腐败化生脓血而成痢,热伤于血分,多见赤多白少;邪阻气机,气滞不通,可见腹痛;大便次频,里急后重,多由于大肠通降失司,传导不利之故。

1.2 寒湿蕴肠,脾肾阳虚

寒邪所致本病,其主要病因病机亦分为寒邪外侵和虚寒内生两大类:①寒邪外侵:外感寒邪或过食生冷食物,寒邪伤及脾胃,脾失健运,水湿不布,

*基金项目:国家自然科学基金面上项目(No:81973764);北京市科技计划首都临床特色应用研究项目(No:Z181100001718218)

¹首都医科大学附属北京中医医院消化中心(北京,100010)

²北京中医药大学

通信作者:张声生, E-mail: zhss2000@163.com

寒湿胶着内蕴肠中,和污而下,故见下痢脓血,寒邪伤于气分,多见白多赤少;寒湿阻滞气机,传导失常,故见腹痛,里急后重等。②虚寒内生:脾胃本虚,脾虚易从寒化,脾阳受损,久病可伤及肾阳,肾阳为一身阳气之根,阳虚温煦失职,气化失权,故可有形寒肢冷、腰膝酸冷、久痢不止、滑脱不禁等。

1.3 寒遏热积,寒热错杂

临床上,寒热病机演变错综复杂,常表现为寒热错杂。初期,因风寒外感,或过食生冷而致脾胃中焦少火被遏,积而化热,下迫大肠为痢,初起即可因寒热之邪共同为病,表现为寒热错杂之证。后期,脾虚易从寒化而致脾阳虚衰,日久脾阳伤及肾阳,但仍多伴有肠道余热未尽,亦常表现为寒热错杂证。

2 “寒热”为纲治疗 UC 的思路和经验

2.1 以热为主者,治以清热除湿,解毒凉血

2.1.1 清热除湿 大肠湿热为 UC 活动期临床最常见的证型,张教授临床将湿热分为热重于湿和湿重于热两类。热重于湿者,可见下利赤多、肛门灼热、口干苦等,可选用黄连、黄柏、黄芩、苦参等清热燥湿之品。《本草正义》言:“黄连大苦大寒,苦燥湿,寒胜热,能泄降一切有余之湿火……,胆胃大小肠之火,无不治之”,“黄柏主五脏肠胃中结热,肠痔,止泄痢”,此两药尤为常用。湿重于热者,可见下痢赤白相间,大便黏滞不爽,身体困着等,可选用六一散、泽泻、车前子等清热利湿之品,使湿从小便出,但不可过用分利以免伤阴。湿热最易阻滞气机,腹痛、里急后重明显者可用槟榔、莱菔子、酒大黄、枳实行气导滞,使湿热从大便而出,药效更速。

2.1.2 清热解毒 若热毒尤甚,热邪下迫大肠,血热妄行而出现便下鲜血,次频量多,腹痛拒按,伴发热等,张教授临床多选用白头翁、败酱草、马齿苋、蒲公英、连翘等清热解毒。白头翁尤善清热解毒、凉血止痢,为热毒血痢最常用之药,《本草新编》记载下利“热毒也,芩、连、梔子不足以解其毒,必用白头翁,以化大肠之热,而又不损脾气之阴,逐瘀积而留津液,实有奇功也”。热毒痢“毒瘀致痢”属中医“内痈”范畴,败酱草、蒲公英、连翘有清热解毒、消肿散结排脓之功,可起到解毒消痈之效。

2.1.3 凉血祛瘀 火热之邪可煎熬血液而成为瘀血,如《古今医统大全》:“血为热所搏结而不行”。临床表现为下利脓血,以血为主,血色暗红,夹有紫黑或紫红色血块,伴有心烦、腹痛等,张教授临床多加用丹皮、赤芍、茜草凉血祛瘀。茜草为凉血祛瘀止血要药,《重订严氏济生方》记载茜根丸,由茜根、升麻、犀角、地榆等组成,主治一切毒痢及蛊注下血如鸡肝,心烦腹痛。同时,张教授善用地锦草,临床用量多为 15~20 g。本品既能凉血止血,又能活血散瘀,具有止血而不留瘀的特点。《本草汇言》:“凉血散血,解毒止痢之药也。善通流血脉,专消解

毒疮。”

2.1.4 温化寒湿 外感寒湿之邪,初起恶寒发热、身重头痛、痢下脓血者,多用人参败毒散加减,辛温散表化湿。本方治痢取喻氏逆流挽舟之法,诸药合用使陷者举之,不治痢而治致痢之源。若寒湿外感,内传肠胃,或过食生冷,寒湿阻滞肠胃,出现呕吐饱闷,口淡不渴,下痢脓血,张教授临床多用干葛平胃散或胃苓汤加减,温中化湿止痢,同时,多加入少量黄连 3~5 g,起到反佐的作用。

2.1.5 温中健脾 寒邪日久伤及脾阳或脾虚日久寒化,则出现下痢白多赤少或纯下白冻,手足不温、腹痛隐隐、喜温喜按的阴寒下利之征,张教授常用理中丸为主方加减,本方是治疗中阳不足、脾胃虚寒的主要方剂。同时可以加入草豆蔻、肉豆蔻、厚朴等药,既可温中又有燥湿理气止痛之效。下痢日久不愈,便脓血色黯不鲜者,可选用桃花汤加减,温中涩肠止痢。

2.1.6 补肾助阳 “痢久则伤肾”,先后天互根互用,脾阳虚日久可伤及肾阳,后期多现脾肾阳虚,以腹中冷痛、肢冷畏寒、面色晄白、久痢不止、完谷不化等为主要临床表现,张教授治疗多以四神丸为主方加减,重在温肾散寒,涩肠止泻。同时,多加用炮姜炭、骨碎补等加重温补肾阳之力,《医学本草》言炮姜有“温脾肾,治里寒水泻,下痢肠澼”之功,炭用加强涩肠止泻之功。骨碎补可补肾止痛,主治长久泄痢。久痢滑脱不禁者可加用诃子肉、菟丝子、赤石脂等固涩收肠,并加以葛根、升麻等升阳止泻。但使用收涩之法必须辨证明确,非虚寒滑脱之象,不可莽进。

2.2 寒热错杂者,温清通达,寒热同调

2.2.1 辛开苦降法 久病中焦脾胃虚弱,又有表邪乘虚而侵犯胃肠,或误下伤脾,导致胃中积热逆冲于上出现口苦而呕,脾寒运化失职出现肠鸣下利,此为气机痞塞不通所致胃热脾寒错杂之证。张教授多治以辛开苦降法,以仲景半夏泻心汤为主方加减。方中用苦寒之黄连、黄芩除中焦热郁,辛温之干姜、半夏散寒温脾,配以甘温之人参、大枣、甘草补益脾气,全方寒热并用,益气和胃,辛开苦降,故可恢复脾胃之升降协调。若肠鸣、干呕明显者,则半夏泻心汤减干姜用量加入生姜,易为生姜泻心汤。若胸中烦热,胃中有邪,下有寒,欲呕,腹中痛,肠鸣下利则易黄连汤为主方。

2.2.2 清上温下法 泄痢日久临床表现为胸中烦热、饥而不欲食、小腹冷痛、肠鸣下利等,此为相火内发,肝肾阴寒,所致上热下寒证。张教授临床多治以清上温下法,以为乌梅丸为主方加减。方中乌梅酸而收涩,滋阴补肝体,敛肝之真气;黄连、黄柏清热燥湿止利;附子、干姜、桂枝、细辛、蜀椒等温通化阳散寒;人参、当归补益气血、扶正祛邪,全方并用,可清厥阴肝经郁热,温煦肝阳及肾水之寒,用于

UC日久,阳气损伤、郁热不去的寒热错杂之证。

2.2.3 燮理阴阳法 寒热之邪凝结下焦,留滞不下,下迫为脓血或患者素体虚弱,病久伤及脾肾下焦虚寒,同时热毒之邪未清,蕴结肠道,下利脓血不止。张声生教授多治以燮理阴阳法,选《医学衷中参西录》中燮理汤加减,本方寒热并用、攻补兼施,可燮理阴阳。故方中黄连清肠道热毒,肉桂散下焦之寒,二者并用,燮理阴阳。白芍养血柔肝,与甘草合用调和营卫,缓急止痛;山药可平补脾肾,益气生津;牛蒡能通便,泻寒火之凝结从大便而出,同时宣肺助大肠之传导;金银花清热解毒,可预防肠中之溃烂。

2.2.4 内外清解法 若表证未解,里热已炽,表里同病,临床表现为喘而汗出,下利不止,大便臭秽,肛门灼热等。张教授临床多治以内外清解法,治疗可选葛根芩连汤,清解内外,表里同治。方中多重用葛根,可解肌发表,亦可生津止泻;黄芩、黄连清热燥湿,坚阴止利,诸药合用,外能解肌发表,内能止利,清热燥湿而不伤津,表里双解。

2.2.5 通达内外法 疾病后期,阴盛格阳于外,内寒外热者,如《伤寒论》所言:“少阴病,下利清谷,里寒外热,手足厥逆,脉微欲绝,身反不恶寒,其人面色赤。”此证所表现的里寒之象为真寒,外热之象则为虚热。张教授多治疗通达内外法,以通脉四逆汤加减。方中用大热之附子,回阳复脉;下利清谷,脾必虚寒,干姜辛温,温脾止利;甘草补中益气,亦防附子、干姜辛热耗散,调和诸药。如面色红赤者,可加葱白宣通阳气;腹痛明显者,可加芍药,和营气,与甘草合用缓急止痛;呕逆者,可加生姜,以散逆止呕。

3 经典病案

患者,男,56岁,2018年10月12日初诊。主诉:黏液脓血便反复发作半年余,纳差呕吐1周。现病史:患者平素饮食不节,嗜烟酒及肥甘厚味,半年前患者进食大量辛辣食物后出现黏液脓血便,伴有明显的腹痛,于当地医院行电子肠镜示“UC(全结肠型、活动期)”,予以口服美沙拉嗪及益生菌等药物治疗,症状缓解不明显,后曾自行服用甲泼尼龙治疗,未按正规用量服药及减停,症状逐渐加重,1周前患者出现不思饮食,食入即吐,遂前来我院就诊。就诊时症见:大便10余次/d,不成形,可见大量肉眼黏液脓血,腹胀痛,肛门灼热,里急后重,纳差,进食呕吐,脘腹胀满,暖气,肢冷畏寒,疲惫无力,眠差。舌淡红,苔黄腻,脉沉滑。西医诊断:UC(初发型、全结肠型、重度、活动期)。中医诊断:久痢(噤口痢),中医辨证:大肠湿热,脾肾虚寒证。治则:清热解毒化湿,健脾温肾散寒。处方用药:黄连5g,肉桂5g,山药20g,金银花10g,白芍10g,牛蒡子6g,干姜6g,白扁豆15g,地榆10g,地锦草10g,厚朴10g,姜半夏9g,竹茹10g,甘草6g。

每日1剂,早晚饭后服用,每次100mL。同时予以美沙拉嗪1g Qid口服。

二诊(2018年11月3日)就诊时症见:大便5~6次/d,便中脓血较前明显减少,里急后重、腹痛好转,进食增加,偶有恶心呕吐,时有暖气、脘腹胀满,眠转佳,体力精神较前明显提升。舌质淡红,苔白,脉沉滑。处方用药:上方去掉金银花和牛蒡子,加入枳壳、莱菔子、焦神曲。每日1剂,早晚饭后服用,每次100mL。同时予以美沙拉嗪1g Qid口服。守上方进退4个月后患者症状逐渐缓解,大便日1~2次,基本成形,无明显黏液脓血,无明显腹痛及里急后重,纳眠可。嘱患者节制饮食,调畅情志,避风寒。

按语:患者平素饮食不节致脾胃虚弱,过食辛辣肥甘厚腻之品,中焦运化失常,湿邪内生,郁久化热进而导致湿热蕴结肠道,热毒积滞于肠间,阻滞气血运行,肠膜血络受损,下利脓血,热入血分故赤多白少。患者泄痢日久,且不合理应用激素等药物耗伤脾肾阳气,脾阳不足不能腐熟水谷,而出现不思饮食,气逆而呕,肾阳不足不能温煦出现肢冷畏寒等。处方以《医学衷中参西录》中的治痢名方燮理汤加减,清热解毒化湿,健脾温肾散寒,燮理阴阳。方中黄连以清肠内郁火,肉桂以散脾肾之寒,二药并用,消散寒火之凝结,燮理阴阳;白芍养血柔肝,与甘草合用调和营卫,缓急止痛;山药补脾肾,益津气;牛蒡能通大便,自大便以泻寒火之凝结,同时宣肺助大肠之传导;金银花与地锦草、地榆、甘草同用,清热凉血解毒,可预防肠中之溃烂;同时,加入干姜温中散寒,厚朴、姜半夏、竹茹燥湿消胀,降逆止呕。二诊患者症状明显缓解,精神气力较前恢复。肠道热毒蕴结减轻,去掉金银花和牛蒡子防止寒凉之力太过,伤及脾胃。患者仍纳食欠佳,脘腹胀痞闷明显,加入枳壳行气宽中消痞,莱菔子、焦神曲健脾和胃、消食化积。之后守方进退,以巩固疗效。

参考文献

- [1] 中华医学会消化病学分会炎症性肠病学组. 炎症性肠病诊断与治疗的共识意见(2018年·北京)[J]. 中华炎性肠病杂志, 2018(3):173-190.
- [2] 李佃贵,杨倩,才艳茹,等. 李佃贵教授中西医结合治疗溃疡性结肠炎经验[J]. 中国中西医结合消化杂志, 2019,27(4):244-246.
- [3] 张声生,杨雪,赵鲁卿,等. 清热除湿中药灌肠方治疗溃疡性结肠炎近期疗效的观察[J]. 中国中西医结合消化杂志, 2017,25(6):401-405.
- [4] 朱蕾蕾,李莉,顾志坚,等. 基于数据挖掘的中医内服及灌肠治疗溃疡性结肠炎方药规律分析[J]. 上海中医药杂志, 2019,53(7):10-14.
- [5] 刘艳,李毅,刘力,王小平. 溃疡性结肠炎中医证型分布特点的现代文献分析[J]. 现代中医药, 2016,36(6):12-14.

(收稿日期:2020-06-21)