

• 经验交流 •

分期论治溃疡性结肠炎临证经验*

马吾生¹ 田旭东² 李彦龙² 张兢云¹ 梁建慧¹ 雒佳¹

[摘要] 田旭东教授常年致力于脾胃病的诊治,尤其对溃疡性结肠炎的中医诊疗积累了极其丰富的临床经验。推崇辨虚实、查寒热、分期论治,认为溃疡性结肠炎发作期起病较急,多为实证、热证,以大肠湿热证多见,宜清热化湿,调和气血;缓解期病程缓慢,多为虚证、寒证,以脾虚湿蕴证多见,宜健脾益气,渗湿止泻。其用药加减也别出心裁,始终以清热解毒凉血、消导护胃之品贯穿疾病全程,再根据患者病情变化及临床辨证辅以祛湿、化痰、益气,取得了良好的临床疗效。

[关键词] 溃疡性结肠炎;分期论治;中医;临证经验

DOI:10.3969/j.issn.1671-038X.2023.03.13

[中图分类号] R574.62 **[文献标志码]** B

Clinical experience in treating ulcerative colitis by stages

MA Wusheng¹ TIAN Xudong² LI Yanlong² ZHANG Jingyun¹
LIANG Jianhui¹ LUO Jia¹

(¹Gansu University of Traditional Chinese Medicine, Lanzhou, 730000, China; ²Spleen and Stomach Disease Diagnosis and Treatment Center, Gansu Provincial Hospital of Traditional Chinese Medicine)

Corresponding author: TIAN Xudong, E-mail: xytxd@163.com

Abstract Professor TIAN Xudong has devoted himself to the diagnosis and treatment of spleen and stomach diseases all the year round, especially in Traditional Chinese Medicine diagnosis and treatment of ulcerative colitis. It is highly recommended to distinguish deficiency and excess, check cold and heat, and treat by stages. It is considered that the onset of the disease in the attack period is more urgent, which is mostly positive and heat syndrome, and the damp-heat syndrome of large intestine is more common, it is appropriate to clear heat and dissolve dampness and reconcile Qi and blood; the course of disease in remission stage is slow, mostly deficiency syndrome and cold syndrome, and spleen deficiency and dampness accumulation syndrome is more common. The addition and subtraction of drugs are also original, always with the products of clearing heat, detoxification and cooling blood, eliminating channels and protecting stomach throughout the whole course of the disease, and then according to the changes of patients' condition and clinical syndrome differentiation supplemented by stasis, light infiltration, tonifying Qi, and achieved a good clinical effect.

Key words ulcerative colitis; treatment by stages; Traditional Chinese Medicine; clinical experience

溃疡性结肠炎(ulcerative colitis, UC)是一种慢性非特异性肠道炎症性疾病,临床表现主要为腹痛、腹泻、黏液脓血便等,亦可出现全身反应及肠外表现,其病因及发病机制尚未完全阐明^[1]。一项研究总结了 UC 的治疗用药,提示首选药物为氨基水杨酸盐,但其治疗轻中度 UC 12 个月的缓解率仅为 59%^[2]。急性期选用糖皮质激素,临床应注意其不良反应。中度至重度 UC 推荐免疫抑制剂与

生物制剂,但价格昂贵。过去 40 年的流行病学数据显示,亚洲国家 UC 的发病率和流行率增长了 1.5~20.0 倍^[3],且得病后反复发作,迁延不愈,使患者苦不堪言,对医疗卫生体系亦造成了巨大的挑战。现代研究表明,中药可改善肠黏膜免疫、减轻炎症、影响肠道菌群以及促进肠黏膜愈合从而发挥重要作用^[4-6]。田旭东教授,甘肃省第三届名中医,30 年来致力于消化系统疾病的诊疗,尤其对 UC 的治疗积累了丰富的临床经验,推崇辨虚实、查寒热、分期论治,认为 UC 发作期起病较急,多为实证、热证,以大肠湿热证多见,治以清热化湿、调和气血;缓解期疾病病程缓慢,多为虚证、寒证,以脾

*基金项目:甘肃省自然科学基金(No:21JR11RA205)

¹甘肃中医药大学(兰州,730000)

²甘肃省中医院脾胃病诊疗中心

通信作者:田旭东, E-mail: xytxd@163.com

虚湿蕴证多见,宜健脾益气、渗湿止泻。田教授在分期论治的基础上,其用药加减也别出心裁,始终以清热解毒凉血、消导护胃之品贯穿疾病全程,再根据患者病情变化及临床辨证辅以祛湿、化痰、益气,取得了良好的临床疗效。现将临床中观察到的田教授对于 UC 的诊疗思路及用药特点予以分享。

1 病因病机

自 2017 年始,根据 UC 黏液脓血便的临床表现及反复发作、迁延难愈的病情特点,中医共识将 UC 归于“久痢”范畴^[7],认为脾虚为 UC 发病基础,病机为本虚标实。各名家结合多年临床经验,对 UC 的病机有不同的认识。谢晶日教授认为多种因素造成气滞血瘀是 UC 的基本病机^[8];张声生教授认为脾虚失健是发病基础,湿热蕴肠、气滞络瘀为其基本病机^[9];国医大师李佃贵认为本病源于脾胃本虚,浊瘀毒标是其病机的关键^[10];田教授则认为此病病位在大肠,但病机根本在于脾,脾虚为本。张景岳亦提出“泄泻之本,无不由于脾胃”,脾主运化,脾虚失运则湿浊内生,小肠不能分清泌浊而下利泄泻。《景岳全书》曰:“饮食失节,起居不时,以致脾胃受伤,则水反为湿,谷反为滞,精华之气不能输化,乃至合污下降,而泻痢作矣。”邪气可客于肠腑,与气血搏结,使气血雍滞肠腑,大肠传导失司,通降不利,肉腐血败,损伤肠络化为脓血而成下痢。若遇外邪侵袭、内伤饮食或情志失常等,各种邪气可乘虚侵袭脾胃,使运化失司加剧。病理因素为湿、热、毒、瘀,《活人书·伤寒下利》云:“湿毒气盛则下利腹痛,大便如脓血,或如烂肉汁也”,指出下利,皆源于湿毒。田教授结合经典、疾病性质、中医辨证及自身体会认为湿热毒邪贯穿疾病始终,病机总属本虚标实之证,脾虚为本,湿、热、毒、瘀为标;病理性质为寒热虚实,病机演变多端,发作期多为实证、热证,因湿热积滞所致,此期迁延日久,病性可由实证转化为虚证或虚实夹杂、寒热错杂;缓解期多为虚证、寒证,脾虚为主,此期由于病程日久,正气虚弱,尚有余邪伏留,故缓解期可因外感、饮食、情志诱发至发作期。若继续迁延日久,发作期缓解期反复交替,则为休息痢。

2 分期论治

田教授推崇结合病情辨虚实、查寒热、分期论治;发作期多为实证、热证,缓解期多为虚证、寒证;治以实则通之、虚则补之、热痢清之、寒痢温之。

2.1 发作期——清热化湿,调气和血

田教授认为 UC 发作期以大肠湿热证为主,此期 UC 患者多起病急,腹痛较明显、腹泻、里急后重、痢下赤白脓血、肛门灼热,舌苔黄腻,脉弦数等症。湿热客于大肠,与气血搏结,肉腐血败,损伤肠络而下痢赤白;邪气积滞肠道,气机阻滞则腹痛、里急后重;肛门灼热,舌苔黄腻,脉弦数等症,皆

为湿热内蕴之象。发作期患者起病急,多为实证、热证,治宜清热化湿,调气和血。注意此期患者祛邪要彻底,防止“伏邪”缠绵,同时湿热毒邪为致病关键,清热解毒要贯穿疾病始终,使湿祛毒解,亦佐以健脾、消导护胃之品以扶正拖毒外出。

临证多选用芍药汤加减治疗,此方出自《素问病机气宜保命集》。方中黄芩、黄连、大黄行清肠化湿解毒、凉血止血之功;白芍、当归养血活血;木香、槟榔行气导滞,取“调气则后重自除,行血则便脓自愈”之义。大黄苦寒,泻热燥湿兼以凉血,得“通因通用”之妙,少佐肉桂,以防寒太过,炙甘草为使,调和诸药,又成白芍甘草药对以缓急止痛。诸药合用,共成清热化湿、调和气血之剂。

2.2 缓解期——健脾益气,渗湿止泻

田教授认为在 UC 缓解期以虚证、寒证为主,多为脾虚湿盛证。此期患者多见黏液脓血便,白多赤少、大便长期稀薄,饮食不化,腹部胀满隐痛、神疲乏力、食少纳差。舌质淡,边有齿痕,苔薄白腻,脉细弱等症。正邪相恋,久病迁延,使脾胃受损,脾主运化水饮,脾虚不运,水湿内生,或从寒化,或从热化,寒湿或湿热等邪气阻滞肠道,与气血相互搏结,使肠络受损,便下赤白脓血便,脾虚水湿不运,则大便稀薄;脾主运化,为气血生化之源,脾胃虚弱,纳运乏力,则饮食不化,气血匮乏,则神疲乏力,不能充养,致“不荣则痛”,腹部隐痛不适;舌淡,边有齿痕,苔薄白腻,脉细弱等症,皆为脾虚湿盛之象。田教授认为缓解期病程日久,多为虚证、寒证,以脾虚为主,治当益气健脾、渗湿止泻。但由于正气虚弱,尚有湿热余邪伏留,遇诱因可至发作期。故在益气健脾、渗湿止泻的基础上兼顾清热解毒,以祛“伏邪”,又考虑到久病可入络,辅以化淤之品。

临证多选用参苓白术散加减治疗,此方出自《太平惠民和剂局方》。方中党参补脾胃,茯苓、白术、薏苡仁健脾渗湿,山药、莲子肉健脾、涩肠止泻,白扁豆健脾化湿,砂仁醒脾除湿,行气和胃,桔梗宣开肺气,通利水道,并能载药上行,以益肺气而成培土生金之功,炙甘草健脾和中,调和诸药。诸药相合,共成益气健脾、渗湿止泻之剂。

田教授的分期论治概如上述。而临证之中,又当根据辨证及病情变化灵活选择方药及加减。倘因疾病迁延不愈反复发作致疾病性质发生改变成寒热错杂证,症见大便稀薄,夹有黏冻,腹痛绵绵,肛门灼热、畏寒怕冷,口渴不欲饮,苔薄黄,脉细弦者,予以半夏泻心汤加减以温中补虚,清热化湿。若因饮食积滞而见大便臭如败卵、噯腐酸臭,舌苔厚腻、脉滑者,予以保和丸加减消食导滞;若因情志因素诱发而见痛即腹泻、泻后痛解、脉弦者,则加痛泻要方以疏肝理脾,但亦不可见一症而加一味药,田教授自诉从自己早年的行医经历来看,效果往往

不明显,给方施治及药物、剂量加减都应紧扣病机。

3 用药特点

3.1 凉血解毒,兼以消导

田教授认为湿、热、毒、瘀邪为 UC 患者的病理因素,热邪入里可致血热。热邪、毒邪、血热等病理因素因患者平素脾虚,病程日久正气亏损而蕴伏,留滞,贯穿疾病始终,待遇诱因或正气亏损而发作,故无论发作期还是缓解期亦或迁延日久转变为寒热错杂之证,饮食积滞引起的食积证等,田教授都会予以大剂量马齿苋(常为 30 g)以清热化湿解毒,使湿去毒解,脾健肠安。现代药理研究表明马齿苋与地榆具有抗炎、抗溃疡、抗感染、免疫调节、抗氧化作用,可用于 UC 的治疗^[11-12]。同时配合地榆(常为 10 g)在清热解毒的同时凉血止血以祛血热。田教授在治疗的过程中亦特别注重顾护胃气,《仁斋小儿方论·脾胃》亦提出“人以胃气为本,而治痢尤要”的辨治原则,同时大肠为六腑之一,其性以通为用,以降为顺,即通降下行是大肠的生理特性之一。田教授常用焦麦芽、焦山楂、神曲、山楂等消导之品以开胃消食助运顾护胃气,研究指出炒焦后产生的焦香物质可能是促进消化的主要成分,具有增强“消食导滞”的功效^[13]。

3.2 祛湿,化瘀,兼以益气

UC 以脾虚为本,脾虚则生湿,湿邪又易困脾,祛湿为治疗中的关键环节。祛湿包括化湿与利湿,化湿包括芳香化湿之藿香、佩兰、陈皮、白豆蔻,苦温燥湿包括苍术、厚朴。利湿包括淡渗利湿之茯苓、薏苡仁、通草,清热利湿之泽泻、车前子、猪苓。UC 患者病理性质为寒热虚实,祛湿则根据证候性质予以淡渗利湿或清热利湿。若脾的清阳不升,运化不健,则芳香化湿以“醒脾”。秦书敏等^[14]认为湿为病机核心,从湿热、寒湿、脾虚湿恋及湿毒等探讨疾病的证治。瘀作为 UC 的病理因素,发作期都应祛瘀,祛瘀兼止血,唐容川“止血、消瘀、宁血、补虚”的“治血四法”明确指出消瘀可止血。而缓解期病情日久,田教授考虑到“久病入络”,且 UC 易复发、频发出血,出血之后常有留瘀,瘀血不去,新血不生,常年出血的患者也应滋生新血以营养周身,所以缓解期田教授常于一诊凉血止血的基础上逐渐加入丹参(从 20 g 增至 30 g)以祛瘀通络。丹参茎叶总酚酸能够改善 UC 模型小鼠肠道症状和减轻炎症反应^[15]。脾为后天之本,气血生化之源,缓解期患者脾虚日久,气血匮乏,田教授常加入黄芪(常为 15 g)以补气,但不可一遇舌质淡嫩便以黄芪补气,因气有余便是火,常于前期凉血止血的基础上,待血止之后再补其虚,补气的时机尤其注意。

4 病案分析

患者,女,29 岁,主因“大便稀薄,伴黏液脓血便 2 年余”于 2022 年 2 月 4 日就诊。自诉平日饮

食不规律,2 年前逐渐出现大便稀薄,伴少量黏液脓血便,白多赤少,腹部隐隐作痛,食用生冷加重等症状,期间服用美沙拉嗪肠溶片,多次复发,患者备受折磨,遂求治于我院。现大便稀薄(2~3 次/d),夹杂少量黏液脓血便,伴里急后重,腹部隐隐作痛,腹胀,腹部喜暖,疲乏困倦等症状。体检:神志清,精神差,面色萎黄,腹平软,脐周压痛(+),无反跳痛及肌紧张,肝区叩击痛(-),胆囊无触痛,墨菲氏征(-),肠鸣音 5~6 次/min,舌质淡胖,有齿痕,苔白腻,脉细弱。腹部彩超示:肝、胆、胰、脾、双肾及输尿管未见明显异常,血常规未见明显异常。粪常规提示:黏液(+);结肠镜(2021 年 8 月)提示:UC(直结肠部,缓解期,中度)。中医诊断:痢疾(脾虚湿盛证);西医诊断:UC(直结肠部,缓解期,中度)。治以健脾祛湿、理气和中。以参苓白术散为基础方随证加减,拟方:党参 30 g,茯苓 15 g,麸炒白术 10 g,白扁豆 10 g,陈皮 10 g,麸炒山药 30 g,甘草 5 g,莲子 5 g,砂仁 5 g,麸炒薏苡仁 15 g,桔梗 5 g,马齿苋 30 g,地榆 10 g,焦山楂 10 g,黄连 5 g,共 7 剂,水煎分服,2 次/d。

1 周后二诊。症状明显改善,大便已成型(2 次/d),少量脓血便,现腹部胀满不适,舌淡胖,苔白腻,脉细,治以健脾祛湿止泻;处方:原方加炒麦芽 15 g,麸炒白术增加至 20 g,麸炒薏苡仁增加至 30 g。

1 周后三诊。诸症缓解,于二诊方药加黄芪 15 g,丹参 20 g 续服 7 d。2022 年 3 月复查肠镜结果示:符合肠镜疗效黏膜愈合标准,活检 Geboes 指数提示为 I 级。后服药由 1 日 1 服转变为隔日 1 服。追踪 1 年符合临床疗效中的临床缓解标准。

按语:患者全身症状及舌脉表现均为脾失健运,水湿内生,而湿邪为病往往缠绵难愈,故此病病程缓慢,达 2 年之久,且反复发作。大便稀薄,腹部隐痛,为虚象,白多赤少,食用生冷则腹泻,腹痛加重,为寒象,综合为虚证、寒证,符合缓解期,结合舌脉辨证为脾虚湿盛证。治当益气健脾,渗湿止泻,治以参苓白术散。患者近日饮食不规律损伤脾胃致病情加重,且伴脓血,此为湿邪日久化热,毒热内蕴,损伤肠络。给方施治时针对患者脾虚为本,湿、毒、热为标的病机,在健脾祛湿的同时,加入药对“马齿苋-地榆”清热解毒凉血,黄连清泄中焦脾胃、大肠湿热,为治痢要药。二诊患者胀满不适症状为重,大便仍 2 次/d,继续加大麸炒白术健脾,加大麸炒薏苡仁的量以渗湿止泄,同时加入炒麦芽配合焦山楂以开胃消食助运消导,顾护胃气。三诊则在二诊消导的基础上加入黄芪以益气升举,托毒排脓,加入大剂量丹参,以祛瘀通络,使瘀血去,新血生,继续巩固疗效。

5 小结

田教授论治 UC 紧扣病因病机、分期论治。UC 活动期多实、多热,缓解期多虚、多寒。同时予以清热解毒凉血、消导护胃之品贯穿疾病全程,再根据患者病情变化及临床辨证辅以化痰、淡渗、益气。需要注意的是临床上就诊的患者中辨证缓解期(脾虚湿蕴证)占比可达 7 成,因该病病机以脾虚为本,且病程迁延日久,正气亏虚。在这里提及辨证的比例一是由于此病的临床症状特殊,常见黏液脓血便,患病人群以中年群体居多,担心初学者及研究人员见此便辨证为热证、实证;二是由于现已发表的论文中多数学者运用自拟方治疗 UC 都是以大寒大苦之品为主,而其实验数据也证明了寒凉性药物对 UC 相关细胞因子有明显的抑制作用^[16-17]。但在临床上大量寒凉性药物常导致消化系统不适症状加重,疗效评价除肠镜疗效、黏膜组织学评价外还包括症状改善及生活质量评定,且 UC 西医推荐维持治疗应至少持续 2 年^[18],不可急于求成,加重患者不适。田教授分期论治 UC 用药讲究平和,既防大辛大热之品伤胃,也防大苦大寒之品伤脾,其疗效讲究缓和,不能单纯以西医指标显著下降作为短期疗效而加重患者不良体验。熟悉了田教授分期论治 UC,临床也要细心揣摩现代名家的经验。国医大师徐景藩从脾论治,健脾祛湿、凉血行瘀的同时辨证扶脾抑肝、益脾温肾^[19];董建华教授多采用逆流挽舟、调气和血、温清并用、润燥相济、通涩结合、酸苦泄热的治疗方法^[20];沈洪教授提出 UC 为湿热致瘀,治疗以清肠化湿祛瘀热之因,兼凉血化瘀宁络调气,在临床诊疗中灵活应用^[21]。

利益冲突 所有作者均声明不存在利益冲突

参考文献

- [1] 吴开春,梁洁,冉志华,等.炎症性肠病诊断与治疗的共识意见(2018年·北京)[J].中国实用内科杂志,2018,38(9):796-813.
- [2] Kucharzik T, Koletzko S, Kannengiesser K, et al. Ulcerative colitis-diagnostic and therapeutic algorithms [J]. Dtsch Arztebl Int, 2020, 117(33-34): 564-574.
- [3] Wei SC, Sollano J, Hui YT, et al. Epidemiology, burden of disease, and unmet needs in the treatment of ulcerative colitis in Asia [J]. Expert Rev Gastroenterol Hepatol, 2021, 15(3): 275-289.
- [4] 武永连,陈鹏,张加敏,等.溃疡性结肠炎中活性氧自由基的作用及中医药抗氧化治疗的研究进展[J].中国肛肠病杂志,2022,42(5):75-80.
- [5] 高飞云,刘婷,张转红,等.基于 NF- κ B 途径探讨溃疡性结肠炎发病机制及中药干预作用研究进展[J].中华中医药学刊,2022;1-13. [2023-03-02]. <http://kns.cnki.net/kcms/detail/21.1546.r.20221205.1645.025.html>.
- [6] 戴悦婷,唐志鹏.溃疡性结肠炎肠黏膜损伤的研究进展[J].中国中西医结合消化杂志,2018,26(6):545-549.
- [7] 张声声,沈洪,郑凯,等.溃疡性结肠炎中医诊疗专家共识意见(2017)[J].中华中医药杂志,2017,32(8):3585-3589.
- [8] 李慧,谢晶日.谢晶日治疗气滞血瘀型溃疡性结肠炎临证经验[J].辽宁中医杂志,2022,49(12):28-30.
- [9] 孟梦,周强,朱春洋,等.张声声教授辨治溃疡性结肠炎中医临证经验[J].世界中医药,2022,17(6):838-842.
- [10] 王庆泽,李雪可,刘建平,等.国医大师李佃贵基于浊毒学说分期辨治溃疡性结肠炎[J].吉林中医药,2021,41(2):179-182.
- [11] 秦月雯,侯金丽,王萍,等.马齿苋“成分-活性-中药功效-疾病”研究进展及关联分析[J].中草药,2020,51(7):1924-1938.
- [12] 王英英,朱洁,鲁兰,等.中药地榆的成分以及其药理作用研究进展[J].四川中医,2022,40(8):216-223.
- [13] 徐瑶.“焦三仙”炒焦增强消食导滞的“焦香气味”物质及其协同增效作用机理研究[D].成都:西南交通大学,2018.
- [14] 秦书敏,黄马养,吴皓萌,等.溃疡性结肠炎从“湿”论治探析[J].中国中医急症,2022,31(11):1948-1950,1962.
- [15] 彭珂毓,顾俊菲,宿树兰,等.丹参茎叶酚酸组分对溃疡性结肠炎模型小鼠的干预作用[J].中国药理学通报,2020,36(3):334-341.
- [16] 李敏,朱立,孙慧怡,等.基于数据挖掘中药灌肠治疗溃疡性结肠炎的用药规律分析[J].环球中医药,2022,15(9):1543-1549.
- [17] 芦易,刘起立,张道平,等.基于数据挖掘及网络药理学探究中药复方治疗溃疡性结肠炎的用药规律及机制[J].实用中医内科杂志,2022,9(47):1-11.
- [18] Kucharzik T, Dignass AU, Atreya R, et al. August 2019-AWMF-registriernummer: 021-009 [J]. Z Gastroenterol, 2019, 57(11): e1.
- [19] 崔松香,卢海霞,陆为民.国医大师徐景藩从脾论治溃疡性结肠炎经验浅析[J].中华中医药杂志,2022,37(10):5763-5766.
- [20] 马靖,王风云,张佳琪,等.董建华治疗溃疡性结肠炎经验[J].中华中医药杂志,2022,37(11):6478-6481.
- [21] 唐苇鸿,朱磊,刘亚军,等.沈洪从瘀热论治溃疡性结肠炎思路与经验[J].北京中医药,2022,41(4):358-360.

(收稿日期:2022-11-18)