

吴以岭“络病”学说探讨溃疡性结肠炎“病证结合” 的分期诊疗思路*

赖素玉¹ 姜芸¹ 曾译贤¹ 任冰¹ 赵姿婷¹ 阮梦怡¹ 孙泽元¹ 王晓锋¹

[摘要] 中国工程院院士吴以岭提出“络病”学说,系统构建络病理论体系,研究内容针对各类难治性疾病的诊治,其诊疗模式具有疗效确切、不良反应少、安全持久的独特优势。溃疡性结肠炎作为全球难治性疾病之一,严重影响患者的生存质量,临床治疗原则是控制炎症、缓解症状、提高生活质量。近年来,中医药通过整体观念,进行个体化治疗溃疡性结肠炎取得了较为满意的临床疗效,而“络病”学说的提出,是对溃疡性结肠炎诊疗系统的进一步完善。本文聚焦于中医学“络病”理论研究,进行“病证结合”的诊疗方式沟通中西医桥梁,采取综合治疗手段。目的是建立溃疡性结肠炎的“络病”病证结合体系,及时有效辨别肠络损伤病变,指导 UC 疾病的分期诊疗及临床用药。

[关键词] “络病”学说;溃疡性结肠炎;肠络;分期论治;中西医结合

DOI:10.3969/j.issn.1671-038X.2023.08.13

[中图分类号] R574.62 **[文献标志码]** B

WU Yilings "collateral disease" theory guides the staged diagnosis and treatment of ulcerative colitis by "combining disease and syndrome"

LAI Suyu JIANG Yun ZENG Yixian REN Bing ZHAO Ziting
RUAN Mengyi SUN Zeyuan WANG Xiaofeng

(Department of Anorectal, Guang'anmen Hospital, Chinese Academy of Traditional Chinese Medicine, Beijing, 100032, China)

Corresponding author: WANG Xiaofeng, E-mail: wangxiaofeng74@hotmail.com

Abstract WU Yiling, an academician of the CAE Member, put forward the theory of "collateral disease", and systematically constructed the theoretical system of collateral disease. The research content is aimed at the diagnosis and treatment of various refractory diseases. Its diagnosis and treatment mode has unique advantages of accurate efficacy, less adverse reactions, and safety and durability. Ulcerative colitis(UC), as one of the global refractory diseases, seriously affects the quality of life of patients. The clinical treatment principle is to control inflammation, alleviate symptoms and improve the quality of life. In recent years, Chinese medicine has achieved satisfactory clinical efficacy in individualized treatment of UC through the overall concept, and the "collateral disease" theory is to further improve the diagnosis and treatment system of UC. This article focuses on the theoretical research of "collateral disease" in Traditional Chinese Medicine, and carries out the diagnosis and treatment of "disease syndrome combination" to communicate the bridge between Traditional Chinese Medicine and Western medicine, and adopt comprehensive treatment methods. The objective is to establish a disease syndrome combination system of "collateral disease" in UC, to timely and effectively identify the lesions of intestinal collateral injury, and to guide the staged diagnosis and treatment of UC and clinical medication.

Key words the theory of "collateral diseases"; ulcerative colitis; intestinal collateral; treatment by stages; integrated traditional Chinese and Western medicine

溃疡性结肠炎(ulcerative colitis, UC)是一类慢性非特异性结肠炎症,最常见的临床表现是血性腹泻、直肠出血及里急后重感,其作为全球难治性疾病之一,严重影响患者的生存质量^[1]。近年来,

其发病率逐年上升,由于病变长期、反复活动,UC 形成不受控制的肠道慢性炎症,严重者可能导致癌变^[2]。目前,环境、免疫和肠道微生物因素都相互关联并且影响着 UC 的发病,针对多种发病机制,治疗上应采用综合手段,现代医学主要使用抗炎剂、免疫调节剂及生物制剂等较为固定治疗模式,而中医药提倡多靶点、个体化治疗 UC,方法较为

*基金项目:国家自然科学基金面上项目(No:81673980);中国中医科学院科技创新工程(No:CI2021A02109)

¹中国中医科学院广安门医院肛肠科(北京,100032)

通信作者:王晓锋, E-mail: wangxiaofeng74@hotmail.com

灵活、多样,通过辨证论治、整体调节已显示出良好的疗效,与西药配合应用时能够增加疗效,减少毒副作用,进行优势互补,具有非常广阔的前景。

中国工程院院士吴以岭通过“络病证治”体系,提倡“络以通为用”的治疗原则,指导内科疑难病的临床应用具有明显疗效^[3-4]。UC 是肠络损伤引起的疾病,以湿热蕴肠、脂膜血管受伤、久病瘀血阻络为主要病机。古人既往虽无对 UC 的具体论述,但根据其临床表现可将其归属于“肠癖”、“痢疾”等范畴,而及时有效辨别肠络损伤是其治疗关键。本团队结合吴以岭院士的“络病”学说理论体系从中西医结合角度探讨 UC 的诊疗,借此构建 UC 中西医“病证结合”的桥梁,以期为临床治疗 UC 提供新思路。

1 中医学“络病”学说的形成与发展构建 UC 中西医“病证结合”桥梁

纵观两千年中医历史,以学术发展为主线,理论与临床实践相结合,医学与药学不可分,中医重大学术理论创新与发展带动着中医学及临床各科的进步。络病学术发展史的三大里程碑时期包括^[5]:《黄帝内经》时期奠定了“络病”学说的理论基础,《灵枢·脉度》曰:“经脉为里,支而横者为络”指出经脉隐伏行于人体深部,而从经脉分出支脉横行、浮露浅表的为络脉,其中脏腑之络包括肺络、心络、肝络、脾络、大肠络、小肠络等,与 UC 相关密切的便是大肠络及小肠络(后简称肠络);东汉张仲景论著《伤寒杂病论》创立了“六经辨证”,初步确立了络病的证治基础,《伤寒论》、《金匮要略》中虽未直接言明 UC 疾病,但对痢疾进行了初步的分类,如赤白痢、赤痢、血痢、脓血痢、冷痢、热痢、休息痢等,治疗上提出了“白头翁汤、葛根芩连汤、黄芩汤、桃花汤”等经典方剂;清代叶天士通过对内伤疑难杂病治疗的深入研究进一步发展“络病”学说,同期与叶天士并称为“温病四大家”的薛生白、吴鞠通、王孟英等创立了温热病辨证论治,其中在论述湿热类温病时,多次提出湿热蕴久可化燥入血,伤及肠络导致便血,若化燥伤阴、引动肝风,则可能进一步出现闭窍、动风、动血等证;现代医家吴以岭等对“络病学说”进行了 20 余年的研究探索,首次形成系统“络病”理论,为络病学学科建立奠定了理论基础,属国内外创新性科研成果。

“病证结合”的思维模式广泛应用于中西医结合临床中^[6]，“病”属于现代医学中的 UC 疾病范畴,即机体在某些诱因(体质、情志),由病因(邪气)与机体自身(正气)相互作用而产生的一个炎性损伤与黏膜修复,即邪正相争的过程,而产生的一系列局部充血、水肿、渗出、甚至黏膜坏死的改变,随着病程进展由气及络,即由功能性病变转换为器质

性病变的过程,临床出现相对应的症状与体征。“证”指的是即中医证候,根据中医病机学所揭示的“藏于内”的特定病理改变(肠络损伤)。病证结合,即辨病与辨证相结合,通过能够遍布全身的“络脉”网络系统联系,构建既重视西医 UC 的诊断,又注重对 UC 中医证候的认识,根据疾病分阶段(分期)而开展的中西医结合诊疗模式。

中医学学术理念需不断传承和创新,“络病学说”是中医学学术体系的独特组成部分,络病研究也是中医学学术理论自身发展的重大课题,并成为近年学术研究的焦点和热点^[7]。“络病”学说带来了难治性疾病规律和治疗的新认识,反映了疾病由经入络,由气及血,由功能性病变发展到器质性损伤的慢性病理过程,符合 UC 疾病发生发展规律。目前,通过中医学“络病”理论研究与现代医学构建“病证结合”的桥梁是其临床诊疗的重要方法。UC 疾病与络病在病程的相关性、难治程度高度相似,我们应充分吸取现代科学技术包括西医学在生命现象和疾病规律上的最新研究进展,观察 UC 病变的宏观与微观、定量与定性、整体与局部,通过形而上的“理法”知识,将形而下的“方药”有机结合起来,从而提高临床疗效,更好地服务于临床。

2 中医学“络病”学说与 UC 的分型相关性

中西医结合是中医药现代化、国际化的桥梁,东西方科学的融合提示了实行中西医结合的必然性。根据西医学对炎症性肠病特别是 UC 中炎症递质、炎症反应、血管损伤机制等方面的新发现、新认识,结合临床实践,对照中医初病“气、湿(痰)、风、毒”邪在经络、病位较浅和久病“结、瘀”入络、病位较深,以及其起病缓、腐肌伤肉、缠绵难愈的致病特点,将肠道炎症反应、微循环的功能障碍、黏膜血管损伤等 UC 的血液致病因素归纳为中医的“肠络损伤”,而上述致病因素诱导的组织损伤坏死、炎症瀑布反应和细胞凋亡等病理损伤过程,即可理解为病邪深入的病理衍变过程。根据叶天士“初气结在经,久则血伤入络”思路可将 UC 活动期分为气郁阻络、痰湿阻络、风邪乘络、热毒阻络,将 UC 缓解期分为积聚阻络、瘀血阻络。积极追踪医学发展前沿,将传统中医经典与西医学科学思想和技术有机结合,探索 UC 络病“病证结合”(即西医辨病与中医辨证相结合)的新思路。

2.1 气机郁结,中枢神经功能失调

气者,无形之物,源于先天之精化生,气的运动称之为气机,情志郁结乃气机失调产生,中医学极为重视情志因素对机体的影响。情志不畅,气机郁滞,损伤肠络,不通则痛故见 UC 发作时腹痛频作、里急后重,正如《素问·五脏别论》云:“六腑者,传

化物而不藏,故实而不能满”,满,气机壅塞也,指的是六腑以通为用,UC基本病机为肠腑气机阻滞,气血壅滞不畅。情志变化,属于西医学人类高级中枢情感思维活动,情志抑郁,脏腑的气络引起经气运行障碍,引起脏腑功能失调,使得中枢神经功能失调并进而引起神经、内分泌、免疫功能失衡。脑-肠轴机制的提出更是对中医情志活动的深入阐述,机体通过脑-肠轴(情志)对肠道功能进行双向调节:一方面,精神心理因素可以通过脑-肠轴作用于肠道,影响肠道的感觉、运动和分泌;另一方面,肠道的信息通过脑-肠轴上传至中枢神经系统,影响中枢神经的痛觉、情绪和行为,UC的发病可能与这种心理、生理之间的相互影响有关。

2.2 痰湿阻滞,黏膜炎性损伤

湿者,因炎症所起之炎性渗出物也。《伤寒论》有言痢疾为“热利下重者”、“少阴下利,便脓血者”、“利遂不止”,均以急迫的腹泻、便脓血等为主要表现,由此推知,UC的急性发病多因外感湿热或饮食失宜等原因伤及脾胃,致使湿热留滞于大肠,损伤肠络,湿热下注,络破血溢,则便下脓血,血色鲜红,故在UC炎症初期,患部之毛细血管扩张,呈充血症状,血液之流动成分及固形成分,常渗出于管外。西医学认为本病是易感基因、环境和免疫系统之间复杂的交互反应所致。这些交互反应可导致非特异性炎症细胞激活,炎性细胞因子与炎性递质产生,进而造成肠黏膜的损伤。活动期UC患者多见腹泻、黏液脓血便。脾胃受损,运化失常,水饮化生湿邪,湿性重浊、黏腻、趋下的特点造成患者出现泻下,甚者见脓血的症状,且病情反复、缠绵,肠镜提示可见经大量炎性细胞浸润后出现的黏膜糜烂、出血水肿。现代研究表明,UC活动程度越高,血清胰岛素样生长因子-1(IGF-1)表达水平越低,血清IL-6、IL-18表达水平越高^[8]。湿邪侵入人体后引起的炎症反应是UC患者病情的突然加重甚至死亡的关键,故在临床用药时必然要重视祛湿药物的运用,痰湿去则肠络清也。

2.3 风行数变,黏膜血管痉挛

风者,善行而数变也。风邪走窜至肠道,引起UC活动期出现急性腹泻、便血的症状,乃肠道伏风所致,多属风热,壅遏肠道、损伤肠道,故也有“肠风下血”之称,《内经》云:“肠澼,下脓血,脉弦绝者死,滑大者生”,风热侵于大肠,灼伤肠络,导致经络阻滞、血不循经则见肠澼便血。高秉钧在《疡科心得集·辨肠风脏毒论》中指出:“夫大肠之下血也,一曰肠风,一曰脏毒。肠风者,邪气外入,随感随见,所以色清而鲜;脏毒者,蕴积毒久而始见,所以色浊而黯”。用现代医学理念可以理解为肠风者,

病程较短,且风性游走,肠风具有“直射四出”的特点。由肠络所致的肠风证,常表现为肠道平滑肌痉挛,而脉络绌急引起肠道黏膜血管痉挛,故临床多见UC患者腹痛,急下暴急血便。

2.4 毒滞肠络,黏膜屏障破坏

毒者,浊邪滞留,化而为毒,损伤肠络气血,日久肠黏膜屏障破坏。中医论毒,多为邪之甚者,UC以热毒最为显著,其发病多急骤,伴有剧烈腹痛腹泻、恶心呕吐等症状,多见于暴发型UC,如《素问·至真要大论》所言:“诸呕吐酸,暴注下迫,皆属于热”,故火热毒邪直犯脾胃,脾失健运,湿热内生,下注大肠,故见腹泻、粪便中夹杂脓血黏液。临床由于肠道炎症长期不愈,加之患者过食肥甘厚味,或恣食生冷,或暴饮暴食,均可损伤脾胃,滋生水湿,水湿不去,化热而下迫大肠,与肠中之糟粕交阻搏击,日久成毒,损伤肠络而演化为UC。结合UC临床表现,借助现代医学肠镜检查下所见,也可将其归属于“内疡”范畴,最主要的病因便是湿热毒邪,肠络腐肉化脓,肠黏膜屏障破坏,发为“肠疡”。清代医家张锡纯认为此类宜从疮治疗,即类似西医之清疮治疗,只有将腐败之物祛除,才能保持疮面清洁,祛除感染源(毒邪),并能加速局部血液循环,使损伤肠黏膜尽快愈合。

2.5 络息成积,肠道息肉、肿瘤形成

积者,邪气久聚络脉,稽留不去,息而成积的病理变化。古代医籍对此类病变叙述较为有限,亦不全面,深入认识是在电子结肠镜及病理学研究之后,多为腺瘤性息肉,属癌前病变,宜早期肠镜下切除,若不进一步干预则可能继续发展为恶性肿瘤,治疗当着眼于“去积散结”,从络积论治,进一步可细分为热积、寒积、痰积,多因饮食偏嗜,脾失运化,升降失司,水湿停聚,下注大肠,郁久而成,常伴有大便不成形、舌红苔腻、脉滑等症。《内经》言“肠胃之络伤,则血溢于肠外,肠外有寒汁沫与血相搏,则并合凝聚不得散而积成矣”,此论明确指出此积乃由血脉凝血久积不散,津液滞涩不通而形成。所谓“络息成积”,从西医学解剖方面来看,肠道因长期的炎症浸润,局部充血、肿胀、炎性渗出物潴留,都极易使肠道气血壅滞,进而积聚形成溃疡、肠道假性息肉、肠道肿瘤。由此可见,脉络通畅,即恢复肠黏膜正常血供,对UC的治疗具有重要意义。

2.6 瘀血内阻,黏膜血管破坏

瘀者,脉络阻滞,血行不畅而成瘀,是疾病后期形成的病理产物,此为中医学对血瘀的基本认识。下痢日久,血行不畅,日久瘀血阻滞肠络,气机不利,津行受阻则化为水,故见腹泻、粪便色暗或夹有黏冻,气血不行,血瘀络伤,不通则痛,故见腹部刺

痛且痛有定处。西医学对此认识可以概括为血流变性异常、血流动力学改变、血栓形成即动脉管腔狭窄导致的血液循环障碍。中医学 UC 缓解期中“瘀阻肠络”的现象可以认为是现代医学中肠道血液循环障碍,尤其是肠黏膜局部微循环障碍导致供血不足。缓解期 UC 患者虽腹泻、脓血便减少,但里邪病久入深,寒、气、热等诸邪与肠间气血凝结壅滞肠中,络脉失和则发为腹痛,即所谓“不通则通”,常伴有舌像改变,多见舌质色暗,甚可见瘀斑、瘀点,舌下络脉曲张。中医学认为“瘀血去则新血生”,缓解期是患者病情的重要转折点,若肠络瘀滞顺利祛除,肠镜下黏膜愈合完好(UC 治疗的终点),可降低 UC 复发率及并发癌变的风险,延缓病情进展,从而改善患者的生活质量;若瘀滞不除,则短期内再度复发,肠镜可见黏膜充血水肿、弥漫性糜烂或多发浅溃疡,甚至形成重症难治性 UC,同时增加癌变的可能性。

3 中医学“络病”学说指导 UC 的分期治疗

中医学治疗络病的根本目的是络脉保持畅通。吴以岭院士根据络病不同病程阶段的综合病理改变,通过调整该阶段的病理损害改变临床症状,打破络病连续发展的恶性病理链。鉴于此,我们团队通过对吴以岭院士的经典用药进行总结归纳,根据 UC 的不同阶段,采用不同的治疗原则,临床应综合考虑不同阶段表现的证候类型、发病因素、病程阶段,活动期主要运用“祛痰、祛湿”等药物,缓解期可以采用“化瘀、解毒”的药物,盛天骄等^[9]通过研究认为可将儿童 UC 归结为“脾肾、湿热、瘀毒”等方面,治疗应将祛除病因、解毒通络、修复继发性病理改变有机结合。

3.1 “行气、除湿、祛风、解毒”通络药物在 UC 活动期的运用

脾虚则湿邪内生,脾胃又为气机升降之枢,湿邪留滞于脏腑经络,最易阻遏气机,湿胜内困脾土而致腹胀、纳呆、恶心、呕吐、泄泻诸症,外滞经络而有头重如裹、周身沉重、四肢酸困诸症,风邪乘虚入侵肠腑,内可见肠鸣腹痛、急下血便,湿热毒邪熏灼肠络,气不得运、血不得行,以致出现了腹痛便频、里急后重的现象,气结、湿热、风邪日久均可蕴化成毒,以致出现 UC 病情急骤,腹痛剧烈、大便脓血、甚者惊厥的情况。吴以岭院士认为痰湿的形成与脏腑气机失调及过食肥甘厚味损伤脾胃导致络脉功能损伤关系密切,如此可见,行气、除湿、祛风、解毒是治疗 UC 腹泻的重要方法之一。行气、祛风通络药主要采用辛味药,稟叶天士“络以辛为泄”之意,如降香、木香、防风、旋覆花等辛香药物。临床化湿之法分为两种,一为芳香化湿,理气疏郁,用于

湿阻轻症,舌苔薄腻者,可选用藿香、佩兰、陈皮、砂仁、白豆蔻;二为苦温燥湿,燥性较烈,用于 UC 湿阻重症、舌苔厚腻者,可选用苍术、厚朴、草豆蔻。解毒通络可以用白头翁,严重者可以用牛黄等一类镇静的药物。

现代药理学研究发现,藿香等芳香化湿类药物具有调节消化系统、抗病原微生物、抗炎和抗氧化等作用,而苍术等苦温燥湿类药物则具有抗炎镇痛、抗病毒、抗病毒的功效^[10]。此外,在治疗 UC 祛湿的处方中,每用防风、木香,因其辛甘微温,具升散之性,辛能疏肝理脾而止痛,升散有胜湿止泻之功。UC 患者多湿热互结,蕴而化火,如葛根、黄芩、黄连、金银花,代表方剂如“葛根芩连汤”(《伤寒论》),肠中积热较重可少加大黄,清中有泻,导郁热下行,取“通因通用”之意;若积热较轻,木香配黄连,取“香连丸”(《太平惠民和剂局方》)之意清肠解毒,兼行气化滞止痛,用于脾虚夹湿热之 UC 甚为相宜。牛黄具有抗惊厥、镇静、抗炎作用,对中枢神经系统损伤恢复具有显著疗效。

3.2 “散结、化瘀”通络药物在 UC 缓解期的运用

“久病入络”指的是 UC 这类内伤疑难杂病随着病程的延长由气到血,由功能性病变到器质性病变的慢性病机演变过程,反映络息成积以及血瘀日久阻络的病机变化^[11]。UC 疾病虽进入缓解期,但因病程较长,机体损伤尚未恢复,整体病机为本虚标实。吴以岭院士提出根据络脉瘀阻轻重之不同,归纳散结、化瘀通络用药经验及药物功能特点,大体可将其分为三类:养血和血通络药如当归,辛润活血通络药如桃仁,搜剔化瘀通络药如水蛭、虻虫等。

现代药理学中研究发现,当归含中性油、酸性油、有机酸、糖类、维生素等常量及微量元素,其对血液系统具有抗凝血、促凝血、补血作用,当归多糖还能增强 IL 和干扰素的表达,通过激活涉及非特异性免疫作用的巨噬细胞、NK 细胞、T 辅助细胞,增加抗体数量,进而协同增强免疫功能^[12-14],当归在 UC 临床中的运用广泛,如“芍药汤”(《素问·病机气宜保命集》)中当归是行血的主药,可祛除血中瘀滞,便脓血自愈;桃仁主含脂体质、甾体、氨基酸、黄酮及其糖苷类化合物等,其具有抗炎镇痛作用,桃仁在 UC 临床中的运用广泛,如“桃红四物汤”(《医宗金鉴》)中桃仁可养血活血,解毒通络,促进溃疡面愈合;虫类药物的使用增加了化瘀通络的功效,适用于久治难愈的顽固性 UC,如“抵当汤、丸”(《伤寒论》),水蛭、虻虫善除少腹之瘀血,其作用机制为干扰内源性凝血系统因子的活性,抑制纤维蛋白的生成,显著延长体外凝血时间。

4 中医学“络病”学说指导 UC 的最新治疗进展

中医“络病”学说在中医理论体系中占有重要的学术地位。“络病”以络脉为依托而发生,容易找到和西医学在难治性疾病上的结合点,UC 作为难治性疾病之一,通过“络病”学说指导下进行病情演变规律及治疗规律探索,将有可能产生新的理论并开辟有效治疗途径。“络病”理论是对 UC 复杂病机提纲挈领的总结,依据中医辨证思维及气血理论特色,并结合西医学关于 UC 的最新治疗进展,开辟运用“络病”学说指导 UC 治疗的全新学术研究领域。

“急则治其标”,根据患者在 UC 活动期的主要临床表现,使用清热利湿、化痰通络作用的方药进行调控相关的炎症指标。西医学在治疗 UC 活动期时主要使用水杨酸制剂、免疫抑制剂等药物,初期疗效尚可,但复发率高,长期使用可产生许多不良反应,这与其气运不畅、湿邪黏滞、风易兼夹、毒邪病深的特性相关,造成疾病缠绵难愈的现象,此为炎症活动期,应及时祛除痰湿之邪。陈雪吟等^[15]研究认为中医学湿证与现代医学所表述微炎症状态在宏观表象、发病特点上有共同点和相似性;梁峻尉等^[16]通过随机对照观察发现中西医结合疗法对脾虚湿蕴型 UC 活动期患者临床疗效显著且安全,其作用机制可能是控制炎症反应、修复肠黏膜。UC 的发生与细胞凋亡、细胞焦亡有关,娄莹莹等^[17]研究认为细胞焦亡符合湿聚-浊凝-热壅-毒化的演变进程,而湿邪损膜伤络是 UC 的结局,故而通络药物在 UC 缓解期中使用格外重要。

“缓则治其本”,根据患者在 UC 缓解期的主要临床表现,使用散结活血、化痰通络作用的方药促进肠黏膜的修复和愈合。医家常易混淆“络病”与“血瘀证”概念,后者重点反映血液凝聚、瘀滞,运行不畅的状态,未涉及前者脉络自身的结构病变,我们认为“络病”与血瘀证之间既有重叠又各自独立。张天涵等^[18]通过 UC 相关性研究发现大肠湿热证患者存在血液高凝状态,并与疾病严重程度相关,这符合我们考虑 UC 湿邪蕴久“入络、化痰”的特点;魏丽彦等^[19]提出风药辛温能散能行,具行气通络之功,可用于 UC 缓解期治疗瘀血阻络之证,其治疗本质是祛瘀通络。近几年,多项现代研究表明“活血祛瘀法、祛瘀生新法、祛瘀扶正法”在 UC 缓解期的应用广泛,能够抑制肠道炎症,临床疗效显著^[20-23]。

5 医案举隅

患者,女,57岁。2023年1月23日初诊。主诉:反复腹痛、便下脓血4年,加重3d。4年前因饮食不节出现左下腹部胀痛,血样便、夹杂黏液。

2019年结肠镜检查示:直肠-乙状结肠见弥漫性糜烂,多发浅溃疡形成,可见黏膜出血点。4年来间断服用美沙拉嗪片,症状控制不理想。3d前患者因情绪波动再次出现左下腹疼痛,便脓血,伴有里急后重,伴肛门灼热感。舌质红舌苔黄腻,脉弦滑。西医诊断:UC,活动期,中医诊断:湿热痢,证属湿热邪毒,久稽肠络。治法:清热利湿,调气和血。以芍药汤加减化裁,处方:炒白芍15g、当归10g、黄连6g、黄芩10g、槟榔10g、广木香10g、肉桂3g、制大黄6g、炙甘草6g、白头翁15g、柴胡10g、薄荷10g,14剂,水煎服。每日1剂,早晚分服。联合西药美沙拉嗪肠溶片(0.5g/次,口服3次/d),嘱患者放松心情,清淡饮食,服药期间忌食生冷、辛辣、油腻之物。

2023年2月7日二诊,患者诉服上药后腹痛减轻,便血减少,效不更方,守方继进28剂,美沙拉嗪肠溶片改为0.25g/次,口服3次/d。

服完上方28剂后停药,自觉症状稳定,诸症减轻。停药观察1个月后复查肠镜:溃疡灶黏膜基本愈合,黏膜炎症明显减轻。

按:患者为中老年女性,平素饮食不节,加之精神刺激而加重诱发 UC。病由湿热之邪侵袭大肠,胶结不解所致。湿热之邪阻于肠络,络脉绌急故见疼痛,湿热之邪化火,灼伤肠络故见便血,舌脉也提示湿热邪气内蕴。芍药汤证见于《素问·病机气宜保命集》,方中用木香、槟榔、当归、肉桂四药调气和血;用芩、连之苦寒,以燥湿清热,大黄以荡涤邪滞;用芍药、甘草者,大有“芍药甘草汤”缓急止痛之意,用柴胡、薄荷兼以疏肝,白头翁凉血止痢。在5-氨基水杨酸制剂治疗的基础上加用中药能够取得更好的疗效,加快诱导疾病缓解。本病呈慢性病程、容易复发,需定期检测,注意饮食结构,积极治疗。

6 结语

中医学运用整体观念、辨证论治的思想,在疾病诊疗中充分发展人的自主性,以络脉为依托,通过现代科学技术在微观领域中得到更清晰的认知。中医融合宏观辨病、微观辨证,更加客观化、具体化、量化阐述 UC 的病变内涵,同时吸收其现代医学分化思想的精华,将 UC 分为病程不同阶段与其相对应的不同证候进行分期论治,已显示出良好的效果。中西汇通、各取专长,能够提高临床疗效,减少重病发生率。中医药络脉理论研究应扎根于临床,寻找独具特色、最切合临床实践的 UC 中西医诊疗方案,将中医方法现代化,真正实现“中西医并用、优势互补”的综合诊疗。

利益冲突 所有作者均声明不存在利益冲突

参考文献

[1] 中国中西医结合学会. 溃疡性结肠炎中西医结合诊疗

- 专家共识[J]. 中国中西医结合杂志, 2023, 43(1): 5-11.
- [2] 李沐涵, 李景南. 溃疡性结肠炎癌变相关机制研究进展[J]. 中国中西医结合消化杂志, 2023, 31(4): 243-249.
- [3] 陈士奎. 中西医结合防治疑难病研究举世瞩目[J]. 疑难病杂志, 2021, 20(8): 757-760.
- [4] 张筱军. 吴以岭教授治疗络病用药经验[J]. 中国中医急症, 2005, 14(12): 1196-1196.
- [5] 吴以岭. 络病学说形成与发展的三个里程碑(二)[J]. 疑难病杂志, 2004, 3(3): 149-151.
- [6] 别玉龙, 赵福海, 史大卓. 浅论中西医现代临床“病证结合”思维模式[J]. 中西医结合心脑血管病杂志, 2022, 20(3): 561-562.
- [7] 李红蓉, 吴以岭. 络病研究的传承与创新[J]. 南京中医药大学学报, 2022, 38(12): 1075-1085.
- [8] 刘坤, 徐菁, 马竹芳. 溃疡性结肠炎血清 IGF-1、IL-6、IL-18 表达水平的变化及意义[J]. 临床和实验医学杂志, 2023, 22(2): 140-143.
- [9] 盛天骄, 谭林深, 巩阳, 等. “温清共用法”治疗儿童溃疡性结肠炎的疗效及策略分析[J]. 中国中西医结合消化杂志, 2022, 30(11): 799-803.
- [10] 凡杭, 聂安政, 包莉, 等. 藜香化学成分与药理作用研究进展[J]. 中国野生植物资源, 2021, 40(11): 45-53.
- [11] 王懿, 王惠娟. 活血化瘀法治疗溃疡性结肠炎的研究进展[J]. 中国中西医结合消化杂志, 2023, 31(1): 72-76.
- [12] 李伟霞, 泥文娟, 王晓艳, 等. 当归化学成分、药理作用及其质量标志物(Q-marker)的预测分析[J]. 中华中医药学刊, 2022, 40(6): 40-47, 274.
- [13] 张妍妍, 韦建华, 卢澄生, 等. 桃仁化学成分、药理作用及质量标志物的预测分析[J]. 中华中医药学刊, 2022, 40(1): 234-241.
- [14] 姜秋, 王玲娜, 刘谦, 等. 水蛭的炮制沿革、化学成分及药理作用研究进展[J]. 中国中药杂志, 2022, 47(21): 5806-5816.
- [15] 陈雪吟, 康福琴, 杨丽虹, 等. 中医湿证与微炎症状态的相关性探讨[J]. 中医杂志, 2021, 62(21): 1841-1845, 1854.
- [16] 梁峻尉, 白文筠, 王晓燕, 等. 基于“虚毒”理论观察中西医结合疗法对脾虚湿蕴型溃疡性结肠炎活动期的临床疗效[J]. 时珍国医国药, 2022, 33(4): 902-906.
- [17] 娄莹莹, 李佃贵, 霍永利, 等. 溃疡性结肠炎特色病机“浊毒损膜伤络”及其意义[J]. 中国中西医结合杂志, 2022, 42(6): 749-753.
- [18] 张天涵, 沈洪, 朱磊. 溃疡性结肠炎大肠湿热证与血液高凝状态的相关性研究[J]. 中华中医药杂志, 2020, 35(8): 4156-4158.
- [19] 魏丽彦, 韩雪飘, 郭珊珊, 等. 运用风药治疗缓解期溃疡性结肠炎经验[J]. 环球中医药, 2021, 14(8): 1504-1507.
- [20] 李盈, 杨豪杰, 干丹, 等. 祛瘀生新方对溃疡性结肠炎患者粪便病毒多样性的影响[J]. 辽宁中医杂志, 2022, 49(2): 86-89, 221-222.
- [21] 马慧洁, 吴娜. 祛瘀生新方联合益生菌治疗溃疡性结肠炎的疗效分析[J]. 广州中医药大学学报, 2021, 38(12): 2592-2597.
- [22] 沈思辰. 祛瘀生新方对葡聚糖硫酸钠诱导的溃疡性结肠炎小鼠模型 Th17/Treg 细胞分化的调控机制研究[D]. 上海: 上海中医药大学, 2020.
- [23] 吴闯, 王振宜, 张海岩, 等. 扶正祛瘀法治疗溃疡性结肠炎研究[J]. 长春中医药大学学报, 2012, 28(3): 441-443.

(收稿日期: 2023-03-30; 修回日期: 2023-06-26)

(上接第 636 页)

- [10] Masyuk AI, Masyuk TV, Trussoni CE, et al. Autophagy promotes hepatic cystogenesis in polycystic liver disease by depletion of cholangiocyte ciliogenic proteins[J]. Hepatology, 2022, 75(5): 1110-1122.
- [11] 田代华. 黄帝内经素问[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2005: 60-60.
- [12] 马烈光, 张新渝. 黄帝内经: 素问[M]. 成都: 四川科学技术出版社, 2008: 730-730.
- [13] 何梦瑶. 医编[M]. 上海: 上海科学技术出版社, 1982: 62-62.
- [14] 张景岳. 景岳全书[M]. 北京: 中国医药科技出版社, 2011: 142-145.
- [15] 尤怡. 金匱要略心典[M]. 太原: 山西科学技术出版社, 2008: 82-82.
- [16] 李用粹. 证治汇补[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2006: 103-104.
- [17] 陈晓乐, 禄保平. 《脾胃论》方治疗功能性发热 30 例疗效观察[J]. 国医论坛, 2015, 30(6): 38-39.
- [18] 沈贤敏, 葛惠男. 李杲内伤热中证浅探[J]. 现代中医药, 2015, 35(2): 37-37, 45.
- [19] 潘绍林, 马成双. 李东垣应用风药特点分析[J]. 实用中医药杂志, 2012, 28(3): 223-223.

(收稿日期: 2023-02-11)