

黄雅慧治疗溃疡性结肠炎经验

庞佳¹, 王玥², 黄雅慧²

(1. 陕西中医药大学, 陕西 咸阳, 712046;

2. 陕西中医药大学附属西安市中医医院, 陕西 西安, 710000)

[摘要] 介绍黄雅慧教授治疗溃疡性结肠炎的临床经验。黄教授将溃疡性结肠炎的病机归纳为脾虚湿蕴。临证分三期论治, 初发期用三仁汤加减, 活动期用参苓白术散加减; 缓解期用四神丸加减, 结合辨证用药保留灌肠辅助治疗, 收效较好。

[关键词] 溃疡性结肠炎; 中医药疗法; 名医经验; 黄雅慧

[中图分类号] R259.746.2 **[文献标识码]** A **DOI:** 10.16808/j.cnki.issn1003-7705.2019.02.009

溃疡性结肠炎又称慢性非特异性肠炎, 病变多位于直肠和结肠, 以大肠黏膜与黏膜下层为主, 临床表现为腹泻、腹痛, 黏液脓血便, 里急后重, 肛门灼热感等。属于中医学“痢疾”“泄泻”“肠风”等范畴。黄雅慧, 硕士研究生导师, 从医三十多年, 对脾胃病的诊疗有丰富的经验, 现将其临床治疗溃疡性结肠炎的经验介绍如下。

1 病因病机

溃疡性结肠炎的病因包括外感和内伤两个方面, 外感多为湿邪, 内伤多因脾虚。外因包括外感湿热、疫毒之邪; 内因包括情志不畅、饮食不节、先天禀赋不足、后天失养、脏腑亏虚等。外感及内伤结合损伤脾胃, 脾胃虚弱, 运化升降失常, 致水液内停, 聚而化湿, 久郁化热, 湿热下注于大肠, 则肠道泌别清浊及传导失常, 脂络受损, 气血凝滞, 腐败化脓血而成黏液脓血便。故本病病位在肠, 但

与脾胃密切相关, 且脾胃虚弱乃本病发病之本, 湿热内蕴下注于大肠为发病之标。其病机归结为脾虚湿蕴, 因湿邪重浊, 缠绵难愈, 故致本病反复发作。病理性质有虚有实, 也可虚实夹杂。《医宗必读》载: “无湿不成泄”, 《医源》载: “湿乃痢疾之根源。”王亚奇等^[1]认为发病机制主要为邪阻大肠, 传导失常, 气血凝滞, 肠络受损, 滞下赤白脓血。病理性质有寒、热之分, 病理因素包括湿、热, 病位涉及大肠、肝脾及肾。活动期表现为湿热内蕴肠腑、气滞血瘀、肉腐血败之病理变化; 缓解期多有脾肾两虚、肺气失调、大肠不固、湿热留恋之候。田旭等^[2]认为肝脾气虚为发病之本, 湿热邪毒为致病之标, 瘀血阻络贯穿疾病始终, 内疡形成为局部病理变化, 与肝脾肾的功能失调有密切关系。陈治水^[3]认为本病的病机多为脾肾两虚, 肝脾不调, 湿热阻于大肠, 多为本虚标实之证。郑惠梅等^[4]

第一作者: 庞佳, 女, 2016级硕士研究生, 研究方向: 脾胃病的诊疗

通讯作者: 黄雅慧, 女, 主任医师, 硕士研究生导师, 陕西省名中医, 研究方向: 脾胃病的诊疗

重楼10g, 夜交藤15g, 酸枣仁10g, 甘草5g。15剂, 每天1剂, 水煎分2次服。配合院内制剂肝喜合剂, 疏肝健脾, 化瘀解毒。恩替卡韦抗病毒治疗。半个月后患者复查, AFP降至50.08ng/ml; 肝功能: 谷草转氨酶35.3U/L, 谷丙转氨酶42.8U/L, 碱性磷酸酶72.6U/L, 谷氨酰转肽酶96.3U/L, 总胆红素48μmol/L, 直接胆红素17.6μmol/L, 乏力明显好转, 无明显口干、口苦之症, 此后, 以益气化瘀解毒方为基本方, 随症加减, 并定期复查, 患者病情稳定, 目前已随访3年余。

按语: 此患者肝癌术后复发, 患者年近六旬, 平素正气亏虚, 脾气不足, 则水谷运化失常, 后天生成不足, 症见腹胀、神疲乏力; 长期乙肝病毒侵袭、饮酒及情志不畅, 日久则肝气郁结, 气滞血瘀, 瘀毒内

结于肝, 见肝区疼痛; 气滞于腹中, 气滞则血瘀, 加之癌毒侵犯, 故口干、口苦、腹痛。结合患者舌脉, 辨证为“肝郁脾虚, 瘀毒内结”。方中柴胡味苦性寒, 轻清升散, 善疏散少阳半表半里之邪, 又能疏肝解郁, 且善升举阳气; 郁金既入气分, 又入血分, 功偏行气解郁, 凉血散瘀; 人参、黄芪、白术、茯苓、薏苡仁等健脾益气; 砂仁、法半夏、鸡内金、海螵蛸等醒脾除湿开胃; 莪术、姜黄、鳖甲等化瘀软坚; 半枝莲、重楼、白花蛇舌草等清热解毒; 全蝎以毒攻毒; 夜交藤、酸枣仁等养心安神, 全方共奏益气化瘀解毒之效, 故获效颇佳。

(收稿日期: 2018-05-21)

认为脾肾本虚、邪滞肠道、气血不调、传化失司、肠络受损、血败肉腐为本病主要病机,本虚标实、寒热错杂则是其发病特点。

2 分期论治

2.1 初发期 发病急,病程短,临床表现为黏液脓血便,伴腹痛腹泻,里急后重,排便不尽感,肛门灼热感,舌苔黄腻。虽脾虚为本,湿热为标,但临床应以急则治其标的原则,治以清热利湿。方用三仁汤加加减。药用薏苡仁、豆蔻、杏仁、淡竹叶、车前草、厚朴、姜半夏等。三仁分消三焦为君;臣以淡竹叶、车前草以助君药利湿清热;佐以姜半夏、厚朴行气化湿,用车前草换原方之通草,因车前草既可清热利湿,还可解毒祛风;去原方之滑石乃因滑石性寒,当辨证为实热时方可运用。若伴排便滞而不爽,加木香、秦皮以调气除后重,清热以燥湿;伴黏液脓血便,加大血藤、三七以活血通络,化瘀止血。

2.2 活动期 多因饮食不慎或久居湿地或情志不畅等因素诱发,临床表现为黏液脓血便,伴乏力,纳欠佳,脘腹满闷,舌淡苔微厚。病属虚实夹杂,治以健脾利湿。方用参苓白术散加加减。药用黄芪、茯苓、炒白术、白扁豆、炒山药、薏苡仁、砂仁、木香、秦皮、甘草等。黄教授擅用黄芪代人参(党参),叶天士《本草经解》载:“黄芪,气微温,味甘,无毒,主痈疽,久败创,排脓,止痛,大风癰疾,……补虚,小儿百病”,黄芪色淡黄,入脾经,其补脾健脾之力尤佳。刘完素提出“调气则厚重自除,行血则便脓自愈”。若见脓血多则需配伍大血藤、马齿苋、三七、仙鹤草、地榆、槐花等;若见黏液多则需配伍木香、厚朴、赤芍、香附等;若伴便前腹痛,便后痛减,配伍陈皮、炒白芍;若伴肛门下坠感明显,少佐柴胡、升麻、葛根等取其升阳止泻之意。

2.3 缓解期 病程长,病情缓,临床主要表现为大便无脓血,夹少量黏液,排便次数每天4次以下,舌淡苔薄白,脉沉细弱。病性属虚,脾虚病程日久,多伤及肾阳,可伴完谷不化,五更泄泻。治以健脾补肾,温阳化湿。方用四神丸加加减。若见腰膝酸软,腹部喜温喜按,加补骨脂、肉桂以温阳;若次数多,可加诃子肉、芡实以敛涩固肠。

3 保留灌肠

保留灌肠对于病变位于直肠、乙状结肠、左半结肠者有较好疗效。灌肠药物保留时间越长,症状

缓解越明显,治疗效果越佳。灌肠治疗可直达病所,加速疾病的愈合。黄教授认为灌肠药以健脾化湿、清热敛创、活血化瘀、凉血止血、敛肠止泻为基本原则。临床应用时应根据具体辨证随证加减。常用药为黄芪、炒白术、茯苓、蒲公英、败酱草、马齿苋、红藤、三七、白及、仙鹤草、儿茶、秦皮、黄芩等。

4 典型病案

姜某,女,38岁,2016年8月10日初诊。主诉:黏液脓血便反复1年。症见:黏液脓血便,每天5~6次,不成形,白多赤少,便前腹痛,便后缓解,肛门不适感,纳一般,乏力肢倦,舌淡,苔薄白,脉沉细。肠镜检查示:溃疡性结肠炎(乙状结肠与直肠为主)。中医诊断为痢疾(脾虚湿蕴)。方用参苓白术散加加减:黄芪20g,茯苓20g,炒白术15g,炒白扁豆12g,炒山药20g,薏苡仁30g,砂仁9g,秦皮9g,木香9g,马齿苋15g,大血藤15g,三七6g,防风10g,白芍15g,甘草6g。14剂,水煎服,每天1剂。保留灌肠方:黄芪30g,茯苓30g,仙鹤草15g,蒲公英15g,马齿苋15g,地榆15g,白及15g,诃子肉20g,儿茶6g。每天1剂,保留灌肠。2周后复诊:黏液脓血便基本消失,大便每天2~3次,偶有肛门下坠感,便前便后无明显腹痛,纳改善,乏力倦怠减轻。口服中汤药原方基础上加柴胡10g、升麻10g以健脾升清。2周后三诊:症状基本消失,未诉特殊不适,患者巩固治疗2个月于10月20日复查肠镜示:直肠炎。后期随访患者,述至今未复发。

5 结语

目前对炎症性肠病的病因和发病机制的认识可概括为多种因素的相互影响,包括环境、遗传、感染及免疫等因素,主要为免疫因素异常。溃疡性结肠炎(UC)的西医治疗药物多具有局限性,主要药物有氨基水杨酸、激素和免疫制剂,但因药物治疗的并发症多,且溃疡性结肠炎病情易反复发作,极大地加重了患者的心理及经济负担。中医药治疗溃疡性结肠炎优势明显,辨证施治,有效率高,复发率低。虽然医家方药取舍不同,但用药之理法殊途同归。

参考文献

- [1] 王亚奇,沈洪. 溃疡性结肠炎的中医药治疗进展[J]. 中医药导报,2006,12(11):74-75.
- [2] 田旭,白光. 溃疡性结肠炎中医病因病机探要[J]. 实用中医内科杂志,2009,23(3):44-45.
- [3] 陈治水. 溃疡性结肠炎的中医分型和治疗[J]. 沈阳部队医药,2009,22(2):141-142.
- [4] 郑惠梅,张洪霞. 中西医结合治疗溃疡性结肠炎[J]. 中国民康医学,2009,21(12):1386.

(收稿日期:2018-04-27)