

余在先治疗溃疡性结肠炎经验

穆丽亚¹, 余在先², 郝美玲¹

(1. 山西中医药大学, 山西 太原, 030600;

2. 山西中医药大学附属医院, 山西 太原, 030000)

[摘要] 介绍余在先主任医师治疗溃疡性结肠炎的经验。余师认为临床上本病以脾虚为本, 湿热或热毒蕴结、肠络瘀阻为主要病机。在辨治过程中应重视以下四个方面: 辨证与辨病结合、整体辨证与局部辨证结合、解毒活血, 治病求本、扶正与祛邪并举。其在多年临床经验的基础上, 总结出溃结灌肠方进行局部治疗, 疗效显著。

[关键词] 溃疡性结肠炎; 中医药疗法; 名医经验; 余在先

[中图分类号] R259.746.2 **[文献标识码]** A **DOI:** 10.16808/j.cnki.issn1003-7705.2019.08.013

疡性结肠炎是一种由遗传因素和环境因素互相作用而产生的慢性非特异性炎症性疾病, 病变主要侵及直肠和(或)结肠黏膜与黏膜下层, 临床表现为持续或反复发作的腹泻、黏液脓血便伴腹痛、里急后重感和不同程度的全身症状^[1]。目前, 尚没有根治本病的特效药物。西医治疗本病方案单一、成本高, 且长期用药不良反应较多。余在先系山西中医药大学附属医院脾胃病科主任医师, 硕士研究生导师, 从事临床医学工作数十年, 有着丰富的临证经验, 笔者(第一、三作者)有幸师从余师, 受益良多, 现将其治疗溃疡性结肠炎的经验总结如下。

1 病因病机

中医学中无溃疡性结肠炎的具体病名, 但根据患者的临床表现及特点, 可将其归为“久痢”“休息痢”“肠澼”的范畴^[2]。《素问·太阴阳明论》载:“饮食不节, 起居不时者, 阴受之。……入五脏则膜满闭塞, 下为飧泄, 久为肠澼。”《景岳全书·痢疾》载:“痢疾之病, 多病于夏秋之交……皆谓炎暑火行, 相火司令, 酷热之毒蓄积为痢。”可以看出, 生活方式及环境因素对本病的产生有重要的影响。余师认为本病多由素体脾肾不足、情志内伤、饮食不节(洁)、外感实邪等所致, 基本病理因素有脾虚、湿热、气滞、血瘀等, 病位在大肠, 可涉及脾、肝、肾、肺诸脏, 脾虚失健为主要发病基础, 饮食不调、情志内伤常是重要发病诱因。

2 辨治要点

2.1 辨证与辨病结合 《类证治裁·痢症》载:“症由胃腑湿蒸热壅, 致气血凝结, 夹糟粕积滞, 进入大

小肠, 倾刮脂液, 化脓血下注”, 这一论述切中了痢疾的发病机制, 其基本病机乃邪毒阻滞, 气血凝滞。在辨证基础上也应重视辨病, 如结肠镜下表现以溃疡为主, 当以热、毒论治, 如有息肉形成、肠管狭窄等, 应以瘀血治之。还应根据现代医学对本病的认识及中药药理研究, 筛选有效药物进行治疗, 二者结合, 才能增强治疗效果。

2.2 整体辨证与局部辨证结合 余师根据多年临床辨治经验, 认为结肠镜作为中医望诊的延伸, 在辨治溃疡性结肠炎的过程中意义重大。余师认为, 在认识本病的过程中, 应将全身症状、舌象、脉象与肠镜下表现相结合, 宏观与微观相结合, 重视局部辨证。据此从疮疡论治, 将溃疡性结肠炎分为湿热蕴结型、寒湿凝滞型和瘀血阻滞型, 总结出溃结灌肠方(苦参20g、青黛15g、炉甘石20g、乳香6g)进行局部治疗, 收效颇佳^[3]。

2.3 解毒活血, 治病求本 《丹溪心法·痢病》在阐明痢疾具有流行性、传染性的同时, 进一步指出痢疾的病因以“湿热为本”, 并提出通因通用的治疗原则。余师认为本病有慢性复发性特点, 湿热壅滞日久, 必生瘀毒, 因而解毒活血应贯穿于整个治疗过程中, 同时还应结合患者体质、全身表现及病程来灵活施治。在整体治疗与局部治疗的基础上, 根据病程分期治疗。本病初起大多以湿热邪毒为主, 多实证; 中期由于邪毒夹瘀, 且正气已伤, 多为虚实夹杂、寒热错杂; 后期邪毒与瘀血互结, 阻塞肠络, 多为本虚标实。缓解期多处于毒邪留恋未去、正气虚弱不能抗邪的正虚邪恋阶段。因而在本病诊治过程中,

一定要重视毒邪的致病作用,解毒活血,治病求本。

2.4 扶正祛邪并举 《景岳全书》云:“凡脓溃而清,或疮口不合,或聚肿不赤,……皆气血俱虚也,非补不可。”《外科启玄》又云:“言补者,治虚之法也,经云虚者补之。”本病大多发病缓慢,病程缠绵,反复发作,由于久病多虚,故在治疗中可通过扶正,即健脾益气、养血等,恢复其正气,助养其新生,使溃疡得以愈合。但若无明显虚象,当以祛邪为主,切勿滥用补法,以免留邪为患,而犯实实之戒。

3 典型病案

王某,男,37岁,主因“间断腹泻、脓血便十余年,加重1周”于2018年3月19日就诊。患者十余年前无明显诱因出现大便次数增多、不成形,3~4次/d,排便时偶觉腹痛,就诊于当地医院,诊断为“溃疡性结肠炎”,口服激素治疗(具体用量不详)1个月,病情好转,自行停药。后上述症状间断发作,未规律治疗。近1周来患者再次出现大便不成形,呈水样便,4~5次/d,伴黏液脓血,偶有腹部疼痛,排便后缓解,无发热、心慌、头晕及恶心呕吐症状,近期体质量无明显变化。舌红、苔黄厚,脉弦滑。电子肠镜示:溃疡性结肠炎(活动期);病理检查示:黏膜慢性炎症伴溃疡改变,可见隐窝脓肿。西医诊断:溃疡性结肠炎(中度活动期复发型,左半结肠型)。中医诊断:久痢(湿热蕴结证)。治以清热解毒、健脾清肠,予解毒活血愈疡汤加减联合溃结灌肠方治疗。解毒活血愈疡汤:败酱草30g,马齿苋30g,蒲公英30g,皂角刺10g,白及10g,地榆15g,炒鸡内金20g,焦山楂20g,白芍30g,薏苡仁15g,甘草10g。3剂,水煎,每天1剂,早晚饭后2h口服,并禁食辛辣、寒凉、油腻之品。溃结灌肠方:苦参20g,青黛15g,炉甘石20g,乳香6g。水煎100ml,中药保留灌肠,直肠滴入,每天1剂。3月26日二诊:患者大便不

成形,3~4次/d,可见黏液脓血,食欲可,无腹痛腹胀。舌质红、苔黄厚,脉滑。处方:上方改薏苡仁为20g,加炒白术15g、黄柏9g、黄芩9g。4剂。溃结灌肠方同前。4月2日三诊:患者大便日2次,夹有少许黏液脓血,余无不适。舌质红、苔薄稍黄,脉滑。处方:上方去黄柏,改薏苡仁为15g,加黄连6g。7剂。溃结灌肠方同前。4月12日四诊:患者大便基本正常,1次/d,余无不适。舌质淡红、苔薄白,脉弦。复查电子肠镜示:溃疡性结肠炎愈合期。处方:上方去槐花、银花炭、黄芩、黄连。6剂。溃结灌肠方同前。

按语:该患者处于溃疡性结肠炎活动期,主要病机为湿热蕴肠,气血不调。湿热蕴肠、脂膜血络受伤故见脓血便,湿热蕴肠致大肠传导失司,故见腹泻,因而予败酱草、蒲公英、马齿苋、皂角刺清热除湿、解毒消痈,予地榆、白及止血敛疮;另白芍合甘草缓急止痛;脾健则运化有常,故予薏苡仁、鸡内金、焦山楂扶中燥土、健脾渗湿;诸药合用,共奏清热解毒、健脾清肠之效,尽收全功。中药溃结灌肠方中苦参清热燥湿,青黛清热解毒凉血,炉甘石解毒收湿敛疮,乳香活血定痛、祛腐生肌。诸药合用,共奏清热解毒、收湿敛疮之功。

参考文献

- [1] 中华中医药学会脾胃病分会. 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.
- [2] 刘国山,施丽婕. 溃疡性结肠炎在中医药领域中的文本挖掘[J]. 中医药学报,2017,45(4):40-43.
- [3] 余在先. 结肠镜检查对中医辨证治疗溃疡性结肠炎的意义[J]. 光明中医,2010,25(5):809-810.

(收稿日期:2018-10-13)

张大宁治慢性肾病六药(五)

(续上期)

雷公藤 雷公藤首见于清代医家赵学敏的《本草纲目拾遗》,原载:“雷公藤,蒸酒服,治风气”,其功效是祛风湿、通经络。从药理学看,雷公藤为卫矛科植物,苦、辛、寒,有大毒,入肝、肾经,功能祛风除湿、活血通络、消肿止痛、杀虫解毒。现代研究证实,本品化学成分多达七十多种,包括雷公藤碱、雷公藤宁碱、雷公藤甲素、雷公藤乙素、雷公藤红素,以及卫矛醇、卫矛碱等,有促进肾上腺皮质激素样作用,对免疫系统表现为抑制作用,可抗感染、镇痛、抗肿瘤,还有降低血液黏滞性、抗凝、改善微循环及降低外周血阻力的作用,治疗类风湿关节炎及强直性脊柱炎有一定效果。

张大宁曾以中药饮片雷公藤5~10g先煎2h后,再置入群药中煎服,治疗慢性肾炎蛋白尿有一定疗效。现在临床上采用雷公藤多苷片剂治疗蛋白尿有一定效果,但有肝损害、伤及生殖腺、白细胞减少、血小板减少、胃部不适等毒副作用。张大宁多在汤剂中加入五味子、石斛、当归、三七、佛手等以减少雷公藤的毒副作用。

此外,同为卫矛科的昆明山海棠和鬼箭羽等,对于肾炎蛋白尿的治疗也是有效的。昆明山海棠出自《滇南本草》,其性味、归经、功用、主治、成分及毒副作用等与雷公藤相似,所以制成成药后也可用于治疗蛋白尿。鬼箭羽,又名鬼见愁、卫矛,最早见于《神农本草经》,云:“味苦寒,除邪,杀鬼毒。”言卫矛者,谓其逐瘀之力尤强。张大宁常以该药作为治疗蛋白尿加入方剂之中,毒副作用小,疗效较佳。(http://www.cntcm.com.cn/xueshu/2019-07/04/content_62575.htm)