

裴瑞霞教授分期论治溃疡性结肠炎经验^{*}

马玲¹ 裴瑞霞^{2**}

(1. 陕西中医药大学, 陕西 咸阳 712046; 2. 西安市中医医院, 陕西 西安 710021)

摘要: 陕西省名中医裴瑞霞教授擅长治疗疑难杂病。溃疡性结肠炎是一种原因不明的大肠黏膜的慢性炎症和溃疡性病变, 因本病常易复发, 迁延难愈, 易发生癌变, 故为现代疑难病、难治病之一。裴瑞霞教授认为本病的基本病机为脾虚湿盛, 强调湿热为最关键的致病因素, 而以脾虚为本, 湿热、气滞、血瘀为标, 虚实夹杂, 治疗上主张分期论治, 标本兼顾, 常以清热燥湿, 行气活血, 健脾祛湿; 调和肝脾, 顾护正气, 佐清余毒为法, 临床疗效较为显著。

关键词: 溃疡性结肠炎; 中医药; 名医经验; 裴瑞霞

中图分类号: R574.62 文献标识码: A 文章编号: 2096-1340(2022)02-0027-04

DOI: 10.13424/j.cnki.jsctcm.2022.02.006

Professor PEI Ruixia's Experience in Treating Ulcerative Colitis by Stages

MA Ling¹ PEI Ruixia²

(1. Shaanxi University of Traditional Chinese Medicine, Shaanxi Xianyang 712046, China;

2. Xi'an Hospital of Traditional Chinese Medicine, Xi'an 710021, China)

Abstract: Professor PEI Ruixia, a famous traditional Chinese medicine in Shaanxi Province, is good at treating difficult and miscellaneous diseases. Ulcerative colitis is a chronic inflammation and ulcerative lesion of large intestinal mucosa with unknown cause. Because the disease is often easy to relapse, difficult to heal and prone to canceration, it is one of the modern difficult and refractory diseases. Professor PEI Ruixia believes that the basic pathogenesis of this disease is spleen deficiency and excess of dampness, and emphasizes that damp heat is the most critical pathogenic factor, while spleen deficiency is the basis, damp heat, Qi stagnation and blood stasis are the criteria, and deficiency and excess are mixed. In treatment, PEI advocates treatment by stages with consideration of symptoms, often clearing heat and drying dampness, promoting Qi and activating blood circulation, strengthening spleen and removing dampness; The method of harmonizing the liver and spleen, taking care of the healthy Qi and assisting in clearing the remaining toxins has a significant clinical effect.

Key words: Ulcerative colitis; Traditional Chinese medicine; Experience of famous doctors; PEI Ruixia

溃疡性结肠炎(ulcerative colitis, UC)是一种原因不明的大肠黏膜的慢性非特异性炎症性疾病和溃疡性病变, 多发于直肠及乙状结肠, 病变主要局

限于大肠黏膜与黏膜下层^[1], 临床以腹泻、黏液脓血便、腹痛及里急后重为主要特征^[2]。目前 UC 的发病机制尚未完全阐明, 当前多数学者认为和遗

^{*} 基金项目: 高上林全国名中医传承工作室建设项目(国中医药人教发[2011]41号); 秦晋高氏内科学术流派传承工作室建设项目(陕中医药发[2018]40号); 陕西省第三届名中医裴瑞霞传承工作室建设项目(陕中医药发[2019]036号)

^{**} 通讯作者: 裴瑞霞, 主任医师。E-mail: 29prx@163.com

传易感性、免疫调节紊乱、肠道菌群紊乱、感染及环境等多种因素相关^[3]。治疗上,现代医学尚无根治之法,主要以氨基水杨酸、糖皮质激素、免疫抑制剂和微生物制剂等治疗为主^[4],因本病反复发作,迁延难愈,具有较高的致癌率,虽西药治疗可较快的控制症状,但整体疗效较差,加之西药治疗不可避免的带来一些副作用,其费用高,复发率亦高,使患者的生活质量大大降低^[5-6]。近年来,随着祖国医学的深入运用,中医药凭借其个体化、多角度优势明显提高临床疗效,降低复发率,在治疗方面取得了巨大进展,有着广阔的应用前景^[7-8]。裴瑞霞教授系陕西省名中医、西安市首届名中医,陕西中医药大学硕士研究生导师,国家级名老中医高上林工作室负责人,第二批国家级名老中医学术经验继承人,长期从事中医临床、科研工作30余载,对各种内科常见病及疑难杂症均有较深的造诣。导师临证时,笔者常侍诊于侧,感悟颇深,现将导师治疗一则UC临床验案总结如下。

1 辨析病因,审查病机

溃疡性结肠炎为西医病名,根据其临床表现特点,属中医学“腹痛”“肠风”“泄泻”“久痢”“休息痢”“肠癖”等范畴^[9]。其发病多与先天禀赋不足,后天失养,饮食失调、感受外邪、情志内伤等原因有关^[10]。脾胃同属中焦,而脾主运化,胃主受纳水谷,脾主升清,胃主降浊,一升一降,若先天脾胃虚弱,升降运化失司,致水湿内停,郁而日久化热,湿热之邪下注于大肠,肠道分清泌浊及传导功能失司,肠道脉络受损,气血瘀滞,乃致肉腐血败,故见黏液脓血便。若病变迁延日久,患者存在不同程度的肝气郁结征象,肝为刚脏,喜调达而恶抑郁,一旦肝气郁滞,木不疏土,将使脾虚更进一步加剧,湿盛更甚,则病情进一步加重,迁延难愈。又因久病入络、久病必瘀,湿热之邪困阻肠络,肠道传导失司,血行不畅,瘀血阻滞肠络,与脾虚互为因果。《医宗金鉴》载:“泻皆成于湿,湿皆本于脾虚。”《素问·阴阳应象大论》曰:“湿胜则濡泄。”根据中医辨证论治思想,导师认为本病基本病机为脾虚湿盛,可贯穿于整个病程,以脾虚为本,湿热、气滞、血瘀为标,虚实夹杂。

2 分期论治,标本兼顾

2.1 发作期,清热燥湿,行气活血,健脾祛湿 导

师认为此期以实证居多,治疗原则当以清热燥湿,行气活血,健脾祛湿为法,在泻实的同时,强调顾护中焦脾胃,防止实邪更进一步损伤后天之本。此期的典型表现为腹痛、腹泻、黏液脓血便、里急后重、舌红,苔黄腻,脉滑数等症状。若先天禀赋不足,脾胃健运失司,脾虚生湿,湿热内阻于肠道,致腑气不通,气血停滞,不通则痛,故见腹痛;大肠主津,小肠主液,水湿停滞,与气血搏结,客于肠道,致肠道传导失调,无以分清泌浊、传化糟粕,故见腹泻、黏液便;脾统血,脾胃受损,气血生化乏源,统血无权,血离经妄行,溢出脉外,故见脓血便;湿热搏结,气血壅滞,传导失司,可见里急后重。

临证选方以葛根芩连汤为主方进行随证加减,方中重用葛根升举脾胃清阳之气,黄芩、黄连苦寒燥湿、清泄里热、化浊解毒,现代药理研究表明黄芩、黄连等药通过调节炎性递质及细胞因子等可以抗炎、抗感染^[11];甘草调和、缓急迫之功;白芍缓急止痛、养血和营;郁金行气活血散瘀;白头翁苦寒降泄,专入大肠经,功能清热燥湿、凉血解毒,善除大肠热毒蕴结而凉血止痢;热像明显者,加北沙参、玄参等滋阴清热之品;血瘀明显者加当归、丹参;同时配伍厚朴、砂仁等行气健脾药物,顾护中焦脾胃,以调整中焦气机。诸药相配,气机畅达、脾气得健、气血调和、肠腑清净,诸邪渐消。裴老师认为此期以祛邪为主,此外对于活动期的治疗还应当调和气血、兼顾脾胃,正如刘完素曰:“调气则后重自除,行血则便脓自愈。”同时强调需慎用大量滋腻之品,以防闭门留寇,宜分期论治,标本同治,根据病症特点合理选择方药。

2.2 缓解期,调和肝脾,顾护正气,佐清余毒 本期正邪交争,余毒尚未全清,正虚邪恋,虚实夹杂,迁延难愈,常易反复发作。临床上常表现为腹部隐痛不适,黏液便,偶有或无脓血便,舌质暗红,苔白,脉沉(细),治疗上以调和肝脾,顾护正气,兼清余毒为大法。裴老师辨治此期,时刻不忘治病求于本的思想,善用中医“和法”思想,以调畅中焦气机,调整脏腑阴阳,使得气机畅通,阴阳平衡,百病不生。

此期当选以小柴胡汤随证加减,因湿热之邪仍未清除,故将原方人参易为北沙参以清除余热;《神农本草经》言柴胡“主心腹,去肠胃中结气,饮食积

滞,寒热邪气,推陈致新。”方中柴胡疏肝行气,宽胸解郁,升举阳气,使气血调和;郁金行气活血散瘀;白芍缓急止痛,养血和营;气机失调为百病之源,调畅气机为百病治疗的根本大法^[12],故辅以炒白术、厚朴、砂仁、姜半夏等行气健脾祛湿之品,调畅中焦脾胃,加之甘草缓急止痛、调和诸药。上药合用,使其具有调和肝脾、气血通畅的作用。

3 病案举例

任某某,女,38岁,2019年11月7日。主诉:黏液脓血便5年余。病史:患者5年余前无明显诱因如厕后发现黏液脓血便伴腹痛,消瘦,乏力,曾于外院住院治疗,行电子结肠镜提示:“溃疡性结肠炎”,予以口服“强的松(具体用量不详)”,症状缓解后出院,出院后继续口服该药,半年后停药。近期症状反复,服用“美沙拉嗪肠溶片”后,仍不能控制症状,现为求中医药治疗,遂于我科门诊就诊,现症见:黏液脓血稀便,日行一次,伴腹痛,晨起口干口苦,口臭,怕冷,纳眠可,小便调。舌质红,苔厚腻,脉滑数。西医诊断:溃疡性结肠炎;中医诊断:泄泻(脾虚湿热证)。本病由脾虚湿热互结,肠道传导失常所致,治宜清热燥湿,凉血解毒,兼以健脾祛湿,方剂选用葛根芩连汤加减,具体用药如下:葛根15g,黄芩6g,黄连10g,北沙参15g,炒白术15g,甘草6g,白头翁15g,砂仁6g,郁金10g,地榆炭15g,白芍10g,金钱草15g。取颗粒剂6副,日1副,开水冲服,分早晚饭后温服。嘱患者:畅情志,调饮食,勿劳累。

二诊(2019年11月14日):患者诉服药后大便性状明显改善,仅有少量脓黏液,无血便,腹痛减轻,口干口苦、口臭等症状均消失,纳眠可,小便调。舌质红,苔白苔略腻,脉滑。效不更方,嘱患者继进12副,不适随诊。服药1月后,大便每日1次,伴少量黏液无脓血便,余无不适。舌质暗红,苔白,脉沉。此时当以调和脏腑、清除余邪为主,调整方为小柴胡汤加减:北沙参15g,醋柴胡10g,姜半夏10g,甘草6g,连翘10g,炒白术15g,白芍10g,厚朴10g,砂仁6g,郁金10g,茜草15g,炒薏苡仁30g。取颗粒剂6剂,服法同上,嘱患者按时复诊,坚持用药。

2020年3月19日复诊,患者自诉停用“美沙

拉嗪肠溶片”2月余,坚持服用中药,现精神佳,大便正常,无特殊不适,为防复发,嘱其继服中药以巩固疗效。

按语:本案患者系久病致脾胃虚弱,运化不及,水聚成湿,终从热化,湿热交蒸,客于肠间,热邪与气血相搏,致使肠道传导失司,气行受阻,血运不畅,气血邪毒壅滞于肠道脂膜,日久脂络受伤,血败肉腐成脓,而见腹痛、黏液脓血便之症;湿热之邪上蒸于口,故见口干口苦、口臭;脾阳受损,温煦功能失职,故见怕冷;舌质红,苔厚腻,脉滑数均表现为一派湿热征象。导师认为治疗上应清热燥湿,气血同调,健脾祛湿,强调标本同治,选用葛根芩连汤加减,方中以葛根甘辛而凉,入脾胃经,可升发脾胃清阳之气而止痢,汪昂称之为“治泻主药”;黄芩、黄连、白头翁性寒味苦,可清热燥湿,凉血解毒,厚肠止痢;北沙参滋阴清热;炒白术、砂仁、甘草共奏行气健脾燥湿之功,此外甘草亦可调和诸药;郁金行气解郁、凉血散瘀;地榆炭收敛止血、清热解毒,现代药理研究表明:地榆炒炭后可增强止血作用^[13];少量白芍运脾畅中,缓急止痛;金钱草清热化湿、散瘀止痛。二诊时诉腹痛消失,黏液脓血便等症状明显改善,方药对症,效不更方,故嘱患者坚持服药。导师在辨证治疗过程中始终注意攻而不过,中病即止,以免伤及脾胃,1月后复诊,结合舌脉,调整方为小柴胡汤加减,以达到调和肝脾、通利三焦的作用^[14]。方中醋柴胡疏肝顺气,使气血调和,宽胸畅郁,使阳气升举;白芍可缓急止痛、养血和营;邪热未尽,当乘势追击,故用北沙参、连翘清热解毒以消余邪;姜半夏、厚朴、砂仁行气消导,以顾护中焦脾胃运化功能;郁金、茜草行气凉血散瘀,以防复发;炒白术、薏苡仁以健脾渗湿,加上甘草缓急止痛,补气健脾,调和诸药。诸药合用,既可健脾、补气以治本,又可行气、活血、解毒以治标,使祛邪而不伤正,补虚而不留邪,标本兼顾,故疗效满意。

4 小结

UC作为现代疑难病、难治病之一,其发病率正逐年上升,已被世界列为重大疑难疾病,中医药治疗本病优势明显^[15-16]。经过多年临床积淀,裴老师治疗疑难杂病已形成个人独特的学术思想,

针对 UC 的治疗,首先要审证求因、分期辨治、调肝健脾,强调发作期重在清热燥湿,行气活血,健脾祛湿,缓解期重在调和肝脾,顾护正气,佐清余毒,以达到标本同治之效。此外,本病多因久病致肠胃功能受损,故临证遣方用药尤要重视后天之本,注意攻伐得当,补而不腻,热而不燥,寒而不过,应将健脾祛湿贯穿于治疗始终,同时亦要加强心理疏导。在本病的整个治疗过程中,中医标本兼治的辨证思维,随证灵活加减的用药特点均得到完美体现,我们应当充分发挥这种优势,以期能更好的提高 UC 患者的生活质量,减轻其身心痛苦。

参考文献

- [1] 刘启鸿,黄文彬,骆云丰,等. 溃疡性结肠炎当重湿热[J]. 陕西中医药大学学报,2018,41(6):13-16.
- [2] 曹云,郭志玲,何莹,等. 田德禄论治溃疡性结肠炎经验[J]. 北京中医药,2020,39(1):23-26.
- [3] 周凤,吴静. 溃疡性结肠炎内科治疗的进展[J]. 世界华人消化杂志,2016,24(20):3149-3158.
- [4] 张瑞芳,陈朝晖,刘漪沦,等. 溃疡性结肠炎的发病机制及其治疗进展[J]. 生命的化学,2018,38(2):241-249.
- [5] 田玲玲,刘丽娜. 溃疡性结肠炎治疗的现代观点[J]. 世界华人消化杂志,2016,24(7):1054-1063.
- [6] 孙平良,钟元帅,李裕波. 溃疡性结肠炎中医病因病机研究进展[J]. 中医研究,2016,29(4):71-74.
- [7] 谢晶日,孙涛,张冰. 溃疡性结肠炎的中医药治疗进展及相关优势探讨[J]. 辽宁中医杂志,2016,43(2):425-427.
- [8] 杨泽云. 溃疡性结肠炎的发病机制与治疗进展[J]. 临床合理用药杂志,2015,8(30):180-181.
- [9] 张声生. 溃疡性结肠炎中医诊疗共识意见[J]. 中华中医药杂志,2010,25(6):891-895.
- [10] 邓大鹏. 略论从脾论治慢性溃疡性结肠炎[J]. 中外医疗,2010,29(25):124.
- [11] 刘又前,顾培青,张露,等. 沈洪辨治难治性 UC 的经验撷菁[J]. 辽宁中医杂志,2016,43(6):1155-1156.
- [12] 胡慈姚. 论“百病生于气”与气机理论的临床价值[J]. 中华中医药杂志,2007,22(6):392-394.
- [13] 俞浩,毛斌斌,刘汉珍. 炒炭对地榆中鞣质量及止血效果的影响[J]. 中成药,2014,36(6):1317-1320.
- [14] 周晶,贾尚美,叶品良. 叶品良治疗妇女更年期潮热特色经验[J]. 陕西中医学院学报,2010,33(6):38-39.
- [15] 郭芮彤,张炜玄,贾雪梅,等. 杨倩教授治疗溃疡性结肠炎用药经验举隅[J]. 中国中西医结合消化杂志,2020,28(5):389-391.
- [16] 吴撼平. 中药治疗溃疡性结肠炎的临床研究与进展[J]. 中医临床研究,2012,4(8):115-116.

(收稿日期:2020-06-28 编辑:方亚利)