

口腔黏膜下纤维性变的中医辨治经验

刘一平¹, 文倩², 谭劲¹

(1. 湖南中医药大学第一附属医院, 湖南 长沙, 410007;

2. 湖南中医药大学, 湖南 长沙, 410208)

[摘要] 根据口腔黏膜下纤维性变的中医病机特点, 临证时注意从虚实、脏腑、气血综合辨治, 治以活血养血、祛湿化浊、清热解毒, 采用自拟养血清热解毒方加减治之, 临床疗效显著。

[关键词] 口腔黏膜下纤维性变; 虚; 瘀; 浊毒

[中图分类号] R276.815 **[文献标识码]** A **DOI:** 10.16808/j.cnki.issn1003-7705.2019.06.015

口腔黏膜下纤维性变(oral submucous fibrosis, OSF)是一种具有恶变潜能的慢性、进行性口腔黏膜疾病^[1], 嚼食槟榔是其最主要的诱发因素^[2]。本病主要表现为颊、舌、翼下颌韧带等口腔黏膜发白、变硬, 严重者可导致张口受限, 甚至癌变。故世界卫生组织(WHO)已将其列为癌前状态。

中医古籍中没有 OSF 的相关记载。《黄帝内经》中记载了类似本病症状的疾病, 故根据其临床症状和表现, 可将其归属于中医“血瘀”“积聚”等病证范畴^[3]。笔者根据多年临床经验认为, 虚、瘀、浊毒三者互结是本病中医病机的一大特点, 故在临床上注重从虚实、脏腑、气血综合辨治, 治以活血养血、祛湿化浊、清热解毒, 疗效显著, 现总结如下。

1 病机特点

1.1 因虚致病 《素问·调经论》有“百病之生, 皆有虚实”之说。虚, 指正气不足, 即人体阴阳、气血、津液、精髓等正气亏虚, 可由先天禀赋不足或后天失调及疾病耗损导致, 正所谓“正气存内, 邪不可干; 邪之所凑, 其气必虚”。无虚则无病, 既病必有虚。流行病学调查研究发现, 该疾病的发生存在一定的易感性差异, 并非所有有咀嚼槟榔习惯的人群均会罹患 OSF^[4]。笔者认为, OSF 的发生与患者自身正气强弱密切相关。槟榔作为外源性“邪毒”侵入人体后, 若先天不足或后天失养, 邪毒便可趁机而入; 加之 OSF 是一种慢性疾病, 日久则又耗损自身正气, 使气血亏虚进一步加重, 肌膜失于濡养, 从而导致本病的发生。

1.2 因瘀致病 瘀, 是指血液运行不畅或血液瘀滞不通的病理状态。《灵枢·营卫生会》曰: “老者之气血衰, 其肌肉枯, 气道涩。”血液的正常运行, 依

赖心、肺、肝、脾等脏腑的生理功能, 依赖气的推动与固摄, 依赖脉道的完整和通畅。《医学正传·气血》有“血非气不运”之说, 可见气行则血行, 气滞则血瘀。OSF 的主要病理变化是上皮组织萎缩及结缔组织胶原纤维变性。显微镜下观察, 可见黏膜上皮萎缩, 结缔组织胶原纤维玻璃样变, 血管出现狭窄甚至闭塞^[5]。故此, 长期咀嚼槟榔、过食辛辣等刺激性食物, 使毒邪郁积于口腔黏膜, 可致黏膜脉道的完整性和通畅性被破坏, 进而引起局部的气机不畅, 血运受阻; 气血失和之后, 瘀血滞留, 黏膜失去血液的滋养, 导致疾病的发生^[6]。

1.3 因浊毒致病 浊毒理论是近年来提出的一个较新的中医病因病机理论。浊毒既是致病因素, 也是病理产物。浊与湿同源, 湿乃浊之源, 浊乃湿之甚; 毒与热同类, 热乃毒之渐, 毒乃热之极。《景岳全书·肿胀》曰: “盖水为至阴, 故其本在肾; 水化于气, 故其标在肺; 水惟畏土, 故其制在脾。”因此, 津液的代谢平衡依赖于脾、肺、肾等脏腑的相互协调。其中脾主运化, 运化水湿。若脾失健运, 湿无以化而聚为水, 积水成饮, 饮凝成痰; 《丹溪手镜·积聚》云: “因食、酒、肉、水、涎、血、气入积, 皆因偏爱, 停留不散, 日久成积块。”故恣食肥甘厚味, 也可致湿浊内生。痰饮为浊物, 随气而行, 内至五脏六腑, 外达肌肤腠理, 可停滞而致多种疾病, 故有“百病多由痰作祟”之说。槟榔性温燥热, 在嚼食过程之中不断与口腔黏膜接触, 其中所含有毒物质不断刺激口腔黏膜, 日久则邪毒蕴结不散, 进而化痰, 痰浊作用于人体, 影响脾、肺、肾等脏腑功能, 导致水液代谢失衡, 使得口腔黏膜失去津液的滋养, 其生理结构和活动受到影响, 导致本病的发生^[7]。

1.4 虚、瘀、浊毒互结 《医林改错》指出:“元气既虚,必不能达于血管,血管无力,必停留而瘀,以至气虚血瘀之证。”又如《灵枢·百病始生》曰:“风雨寒热,不得虚,邪不能独伤人。卒然逢疾风暴雨而不病者,盖无虚,故邪不能独伤人。”此乃因虚致瘀,因虚致毒,因毒致虚。而瘀瘀又可相互化生,一方面痰浊黏滞易阻,而又可随气流行,若流注于经络,则致经络阻滞,影响气机的运行,导致气血运行不畅;另一方面瘀血阻络,可导致脏腑功能失调,气不化利,水液代谢障碍,致水液停聚,凝而成痰。故虚、瘀、浊毒三者互为因果,互生互化,共同导致疾病的发生。

2 辨治经验

中医学认为本病的发生主要因禀赋不足,致气血失和,复因过食膏粱厚味,醇酒炙煿及辛辣之品,湿热浊毒之邪乘虚而入,致脏腑失调,气血失和,气滞血瘀,黏膜肌肉失于濡养,导致本病发生。故治以活血养血、祛湿化浊、清热解毒,采用自拟养血清热解毒方,方中当归、白芍、生地黄、川芎四物养血活血,茯苓、淮山益气健脾,祛湿化浊;黄芩、黄连、黄柏、栀子清热化浊解毒。然还需注意从以下几个方面临证辨治。

2.1 从虚实辨治 本病属慢性渐进性疾病,患者多为青壮年。临床应根据患者体质、病程长短、局部病损表现辨明虚实。疾病早期以邪实为主,患病部位黏膜常反复发生水疱、充血、糜烂等损害,故治疗以清热解毒、祛湿化浊为主,兼以活血养血。在原方基础上加连翘、荆芥、柴胡、薄荷等,于清降之中加入升散宣透之品,使火郁得泄;浊毒甚者加薏苡仁、厚朴等祛湿化浊。疾病中晚期,病邪侵入日久,导致血脉不通,气滞血瘀,出现张口受限、黏膜僵硬,此时治以活血养血、化瘀通络为主。在原方中去黄连、黄柏等苦寒之品,加丹参、红花、桃仁等活血通络,祛瘀生新。而随着病情的发展,后期又可出现气血亏虚,气不行血,血液瘀滞,致气血不能充养肌膜,故临床出现口腔黏膜苍白、舌体变小、伸舌障碍等症。此时应在前方基础上重用黄芪,使补气以生血,行瘀以通络,通过补气而发挥其补血、活血之作用。

2.2 从脏腑辨治 口腔黏膜下纤维性变主要涉及心、脾、肝、胃等脏腑,临床治疗当根据实热浊毒所属脏腑及气血归经理论调理心、脾、肝、胃等。平素饮食不节,过食辛辣炙煿之品,以致运化失司,脾胃有热,郁热上炎,发为口糜。清·顾世澄《疡医大全》

云:“脾胃受邪,则唇为之病,得寒则紧也。”过食膏粱厚味、醇酒炙煿,邪毒内蕴心脾,故口腔黏膜出现充血、水疱、糜烂等表现,患者伴心烦,口干口苦,舌红苔腻,可在原方基础上加连翘清心泻火,薏苡仁、茯苓、淮山等淡渗甘补,既能利水渗湿,又能补脾益气,且利水不伤正,补脾不滋腻;若患者情志不畅,肝气郁结,气机阻滞,则血行不畅,必致血瘀,血不荣筋,出现张口受限、舌体挛缩,故临床用药时可加柴胡、香附、陈皮以疏肝理气,疏柔相合,气血兼调,肝胃并治,再配伍川芎解肝经之郁滞,增行气活血之效。

3 典型病案

邓某,男,35岁,2018年3月5日初诊。因进食刺激性食物致口腔黏膜疼痛半年余就诊。患者于半年前始嗜食辛辣、温热食物,感觉口腔黏膜疼痛不适。平素喜嚼槟榔。曾于外院诊断为口腔黏膜下纤维化,并予以西药治疗(药物不详),效果不佳。近期症状加重,影响进食,遂来求诊。检查:颜面对称,张口度约两横指。双侧颊黏膜、软腭黏膜呈灰白色、皮革样改变,双侧翼下颌韧带可触及明显纤维条索结构,双侧舌缘乳头萎缩,舌体运动尚无明显障碍,伴口干口苦,小便黄,大便结。舌质红,苔黄腻,脉弦细。患者长期咀嚼槟榔,邪毒郁积于口腔黏膜,导致局部气机不畅,血运受阻;又因平素喜食辛辣等刺激性食物,使得脾胃受邪,邪毒内蕴于脾胃等脏腑,导致内热浊毒蕴结不散,出现口干口苦等症;加之该疾病属于慢性渐进性疾病,日久耗损自身正气,又可进一步导致气血失和、脏腑失调。故证属气滞血瘀、脾胃湿热。治宜养血活血、祛湿化浊、清热解毒。予自拟养血清热解毒方加减,方药:当归 10g,白芍 20g,生地黄 10g,川芎 10g,茯苓 10g,黄芩 10g,黄连 5g,黄柏 10g,栀子 10g,荆芥 10g,连翘 10g,柴胡 10g,丹参 15g,威灵仙 10g,薏苡仁 10g,甘草 3g。每天1剂,水煎,早晚分服,共14剂。嘱戒除烟、酒、槟榔,饮食清淡。3月19日复诊:口腔黏膜刺激痛程度明显减轻,双颊及软腭黏膜变软、变红,张口度略有增大。予原方去黄柏、黄连、栀子,加黄芪 30g,桃仁、红花各 10g,继服14剂,口腔黏膜刺激痛症状基本缓解。随访3个月,病情稳定,嘱每天张口训练,定期复查。

按语:方中当归补血养肝、白芍养血敛阴,配伍生地黄滋阴养血之功益著,再配以川芎辛散温通,则畅达血脉之力益彰,四药配伍,可使血虚得补,血滞得散;黄芩解毒,可泻上焦之火,黄连清心,兼泻中焦之火,黄柏清热,泻下焦之火,栀子导热引火下行,四药皆为大苦大寒之品,协同增效,力挫三焦之火毒;荆芥、连翘清热解毒、疏风散热;柴胡疏肝理气;丹参活血祛瘀;威灵仙通络止痛;茯苓、薏苡仁健脾祛湿;甘草调和诸药,全方共奏活血养血、祛湿化浊、清热解毒之效。

(下转第47页)

对照组,2组比较,差异有统计学意义。(见表2)

表2 2组治疗后症状体征评分比较($\bar{x} \pm s$,分)

组别	例数	内镜下炎症表现	腹胀腹痛	黏液脓血便
治疗组	64	1.02 ± 0.53 ^a	0.72 ± 0.31 ^a	0.75 ± 0.58 ^a
对照组	64	2.94 ± 0.75	1.32 ± 0.59	1.53 ± 0.51

注:与对照组比较,^a $P < 0.05$ 。

4 讨论

溃疡性结肠炎是临床上常见的一种炎症性肠道疾病,发病机制较为复杂,目前尚不明确,但有学者指出其发病可能与人体自身免疫系统障碍有关^[3]。溃疡性结肠炎临床常表现为血性腹泻、腹痛、呕吐等,严重者甚至可以导致肝功能障碍、虹膜睫状体炎等并发症。目前我国溃疡性结肠炎的发病率呈现出逐年增长的趋势,若不及时治疗,有癌变倾向。相关文献报道,致病菌会对患者肠道免疫系统造成一定影响,并且导致免疫功能紊乱,从而诱发炎症^[3]。临床常采用美沙拉嗪栓治疗该病。美沙拉嗪栓是一种水杨酸类药物,能够有效地抑制肠黏膜的炎症反应,促进肠壁结缔组织的恢复,而且用药后能够与肠道组织直接作用,延长了药物在局部作用的时间,并且具有较高的安全性^[4]。

溃疡性结肠炎在中医学上属于“泄泻”“便血”

范畴,认为该病可能由于长期饮食不当、脾胃虚弱所致,因此临床上采用四逆汤加減进行治疗。方中黄连清热泻火解毒;制附子止痛、通络;炮姜炭温脾止泻;乌梅止泻、止呕;炙甘草补脾和胃、调和诸药;仙鹤草收敛止血、止痢、补虚。诸药合用,补虚泄实、止痛止血。

本研究结果显示,治疗组的总有效率高干对照组,且治疗后内镜下炎症表现、腹胀腹痛、黏液脓血便评分均低于对照组。结果表明,四逆汤加減联合美沙拉嗪栓可降低患者的疼痛感,有效地调整患者的肠胃功能,值得推广使用。

参考文献

- [1] 中华医学会消化病学分会炎症性肠病协作组. 对我国炎症性肠病诊断治疗规范的共识意见(2007年,济南)[J]. 中华消化杂志,2007,27(8):545-550.
- [2] 国家中医药管理局. 中医病证诊断疗效标准[S]. 南京:南京大学出版社,1994:47.
- [3] 高磊,薛娟. 双歧杆菌三联活菌散联合美沙拉嗪肠溶片治疗溃疡性结肠炎的临床效果[J]. 中国当代医药,2016,23(5):143-145.
- [4] 温福兴,王丽双. 双歧杆菌三联活菌联合美沙拉嗪治疗溃疡性结肠炎的临床分析[J]. 中国继续医学教育,2016,8(5):175-176.

(收稿日期:2018-12-25)

(上接第39页)

4 小结

OSF是一种慢性、进行性、隐匿性的口腔黏膜斑纹类疾病^[2],且具有癌变倾向,一直受到国内外学者们的广泛关注。嚼食槟榔^[2]、进食刺激性食物、营养、免疫、遗传等因素均与该疾病的发生有关^[5]。本病好发于20~50岁之间人群,无明显性别差异。但在不同国家和地区,男、女性病例分布略有不同。在我国,以男性患者居多^[8]。目前OSF的临床治疗主要以对症治疗为主。通过戒除槟榔、药物软化瘢痕、促进血管增生等,达到缓解临床症状、控制疾病发展的目的。类固醇、透明质酸酶、人胎盘提取物、胰凝乳蛋白酶和胶原酶、戊烯羟磷酸酶、盐酸尼氏剂、铁和包括番茄红素在内的多种维生素补充剂等药物已被应用于临床治疗OSF^[9],然而由于该病发病机制尚未完全明确,致使各种治疗手段均不能取得令人满意的治疗效果^[10]。近年来,中医药治疗OSF取得了一定的疗效。因此,笔者通过多年的临床观察和探索,从OSF虚、瘀、浊毒的中医病机特点综合考虑,临证时审证求因,施方得当,临床疗效颇佳。

参考文献

- [1] 陈谦明,曾听. 案析口腔黏膜病学[M]. 北京:人民卫生出版社,2014:145-147.
- [2] 翦新春. 中国大陆地区口腔黏膜下纤维性变研究的过去、现在与未来[J]. 中华口腔医学研究杂志:电子版,2008,2(6):545-552.
- [3] 李元聪,谭劲,文倩,等. 口腔黏膜下纤维化中医诊疗方案[J]. 实用口腔医学杂志,2018,34(6):838-840.
- [4] 谭劲,李元聪,陈安,等. 丹玄口康治疗口腔黏膜下纤维化的临床研究[J]. 湖南中医药大学学报,2006,26(5):41-43.
- [5] 陈谦明. 口腔黏膜病学[M]. 北京:人民卫生出版社,2015:127-131.
- [6] 隋嘉宁,陈世娟,李元聪. 李元聪教授治疗口腔黏膜下纤维化临证经验[J]. 湖南中医药大学学报,2018,38(4):424-426.
- [7] 谭劲,吴丹,刘寻,等. 从虚瘀痰毒探讨口腔黏膜下纤维化的发病机制[J]. 湖南中医药大学学报,2016,36(3):38-39.
- [8] 彭解英,孟庆玉,李继佳. 口腔黏膜下纤维性变的诊断研究进展[J]. 中国实用口腔科杂志,2011,4(2):72-75.
- [9] Betra, Jitender. Oral submucous fibrosis: an overview of the aetiology, pathogenesis, classification, and principles of management [J]. British Journal of Oral and Maxillofacial Surgery, 2013, 51(7): 587-593.
- [10] Revant H. Chole, Shailesh M. Gondivkar, Amol R. Gadgil, et al. Review of drug treatment of oral submucous fibrosis [J]. Oral Oncology, 2012, 48(5): 393-398.

(收稿日期:2019-03-27)