

引用:谢超群,易书林,朱莹. 朱莹从湿热论治溃疡性结肠炎活动期经验[J]. 湖南中医杂志,2021,37(3):37-39.

朱莹从湿热论治溃疡性结肠炎活动期经验

谢超群¹,易书林¹,朱莹²

(1. 湖南中医药大学,湖南 长沙,410208;

2. 湖南中医药大学第一附属医院,湖南 长沙,410007)

[摘要] 介绍朱莹教授从湿热论治活动期溃疡性结肠炎(UC)的临证经验。朱教授认为,本病活动期发病的主要病机多为湿热互结、气血壅滞,其中脾胃气虚贯穿于UC的整个病情发展过程。朱教授根据多年的临床经验,认为活动期UC在治疗上应从湿热、气(气滞)、血(血瘀)入手,以清化湿热、调气行血、抑肝扶脾为治疗大法,并强调健脾之法应贯穿始终。同时,活动期慎用收敛固涩之品,以免闭门留寇,并附验案1则,以资佐证。

[关键词] 溃疡性结肠炎;中医药疗法;名医经验;朱莹

[中图分类号] R259.746.2 **[文献标识码]** A **DOI:** 10.16808/j.cnki.issn1003-7705.2021.03.012

溃疡性结肠炎(ulcerative colitis, UC)是一种主要累及直肠、结肠黏膜和黏膜下层的慢性非特异性炎症^[1]。本病病因及发病机制尚未明确,临床上以腹痛、腹泻、黏液脓血便及里急后重为主要临床表现^[2],并按其病情可分为活动期和缓解期。活动期起病急,症状重,虽然现代医学在一定程度上能控制病情,但尚存在毒副作用多、病后易反复等诸多弊端。近年来,中医辨证论治本病的临床优势日渐凸显,在治疗方面取得了较大进步^[3]。朱莹教授系第六批全国老中医药专家学术经验继承工作指导老师,湖南省名老中医,博士研究生导师,从事消化系统疾病的教学、科研及临床工作三十载,擅长内科疑难病证的诊断治疗。朱教授从湿热论治活动期UC取得了良好的疗效,笔者(除通讯作者)侍诊于侧,受益良多,现将其论治UC的经验进行整理,以飨同道。

1 病因病机

中医学根据UC的临床特点将其归属于“痢疾”“久痢”“泄泻”“腹痛”“肠澼”等范畴^[4],其病因主要分为外感与内伤两端,外多为六淫之邪等,内多为饮食不节、情志失调、素体脏腑虚损等^[5-7],其中湿热为本病产生的主要致病因素。本病病位主要在大肠,与脾、肝、肾、肺诸脏有关。UC按病情又分为活动期与缓解期,活动期多以标实为主,湿热蕴肠,气血失调;缓解期多为虚实夹杂,本虚标实为

主,多表现为脾虚肾弱,兼有瘀血阻络等^[8]。朱莹教授通过多年临床实践总结,认为UC的病因病机多为“湿热、虚(脾虚、肾虚、脾虚肾弱)、气(气滞)、血(血瘀)等,其主要致病因素为湿热,病理基础以脾虚为本,湿热内蕴、气血失调为标,且脾胃气虚贯穿于UC的整个发病过程。

2 治则治法

朱教授根据多年的临床经验,得出活动期UC在治疗上应从湿热、气(气滞)、血(血瘀)等方面入手,运用清化湿热、调气行血、抑肝扶脾之法,强调健脾之法应贯穿于本病治疗的全过程,同时,活动期慎用收敛固涩之品,以免闭门留寇。

2.1 清化湿热、理气和营 《素问·至真要大论》曰:“暴注下迫,皆属于热”,提出泄泻与热邪相关;《医源》载:“湿乃痢疾之根源”,《扫叶庄医案·痢疾泄泻便血》曰:“湿热内蕴气室,为腹胀痛下利”,《杂病源流犀烛·泄泻源流》云:“热邪,脉数实,腹痛肠鸣……后重如滞,泻水”,可见泄泻发病与湿热邪气密切相关。朱教授认为活动期UC临床症状以湿热内蕴、气血不调多见,此期病机多为脾虚为本,湿热瘀为标。患者平素多有饮食失节,过食肥甘,起居不时,情志失常等,导致脾失健运、湿邪内生。湿滞肠中,郁久化热,酿成湿热,湿热之邪由气分波及血分,气血相搏,肠络受损,则下利脓血、大便黏滞不爽、肛门灼热。湿热阻滞气机,不通则痛,则见

腹痛、腹部不适等症状。朱教授在治疗中注重清化湿热,兼以健脾理气,善用白头翁汤合芍药汤加减治疗为主。白头翁汤处方:白头翁 15 g,黄柏 12 g,黄连 6 g,秦皮 12 g;芍药汤处方:芍药 30 g,当归、黄连、黄芩各 15 g,槟榔、木香、炙甘草各 6 g,大黄 9 g,肉桂 5 g。临证化裁:酌情加用败酱草、苦参清热解毒,厚朴、草果、菖蒲、大腹皮行气化湿导滞,肠鸣、腹痛明显者,常加延胡索、威灵仙等祛风胜湿、止痛。出血量较多时,可酌情加入藕节炭、地榆炭等以止血。

2.2 抑肝扶脾、祛湿止泻 《景岳全书·泄泻》载:“凡遇怒气便作泄泻者,必先以怒时夹食,致伤脾胃……此肝脾二脏之病也。盖以肝木克土,脾气受伤而然”,《素问·调经论》曰:“志有余则腹胀飧泄”,说明泄泻的发作与情志失调关系密切。《素问·阴阳别论》所云“木强则侮土,故善泄也”,亦指出肝脾不和而致泄泻。肝脾二脏同属中焦,肝主疏泄而调畅气机,性喜条达而恶抑郁,司一身气机之升降出入。脾主运化,主升清,脾依赖于肝主疏泄而运化有权。若郁怒伤肝,肝失疏泄,致气机不畅,脾胃运化失常,水谷不化,下趋肠道为泻。或脾虚土弱,肝木乘脾,或复因情志刺激、精神紧张,均可致肝脾失调,不能容纳水谷和运化精微,水谷停滞,清浊不分,混杂而下,而成泄泻。临床常有腹痛,泻后痛减,腹部胀闷,暖气食少等症状^[9]。朱教授于临床中发现,上述症状每因情志不畅而反复发作及加重,此肝脾二脏之病也,治以抑肝扶脾、祛湿止泻,方选小柴胡汤合痛泻要方加减。小柴胡汤处方:柴胡 12 g,黄芩 9 g,人参 6 g,法半夏 9 g,炙甘草 5 g,生姜 9 g,大枣 4 枚;痛泻要方处方:白术 30 g,白芍 12 g,陈皮 6 g,防风 10 g。临证酌情加茯苓、薏苡仁、扁豆、佩兰、砂仁、藿香等健脾渗湿、止泻之药物,亦可增强药效。

2.3 活血化瘀、行气止痛 《医林改错》曰:“泻肚日久,后方不效,是瘀血过多”;李用粹《证治汇补·瘀血痢》曰:“恶血不行,凝滞于里,侵入肠内,而成疾”,认为本病迁延难愈,日久入络,瘀血是重要的病理因素。现代研究也表明,UC 患者较正常人具有血液高凝状态,且活动期病情越严重,患者高凝状态越显著^[10]。气为血之帅,气行则血行,气结则血凝。朱教授认为饮食失节、起居不时、情志不舒、素体脾虚等导致脾失健运、湿邪内生、气机阻滞,从

而血行受阻,瘀结不行,形成气滞与血瘀并存的病理变化;或脾失健运,湿邪内生,湿滞肠中,郁久化热,酿成湿热,湿热之邪由气分波及血分,气血相搏,肠络受损,化为脓血,下注大肠而发病。在临床诊治中,朱教授临证立足于整体观、辨证观,用药分清主次,以活血化瘀、行气止痛为治疗原则,并酌情加减。其喜用当归、川芎、赤芍、丹参、牡丹皮等活血化瘀,延胡索、枳壳、乌药、紫苏梗、香附等行气止痛。

2.4 气血通调、慎用收敛 朱教授认为气血失调在 UC 发生发展过程中起着重要作用,临证亦强调辨证气血的重要性。《素问病机气宜保命集》载:“泻而便脓血,气行而血止,行血则便脓自愈,调气则后重自除”,指明气血调和的重要性。肝属木,性喜条达而主疏泄,气血通调,为肝疏泄功能正常的表现。脾主运化水谷,输布精气津液,有“脾乃气血生化之源”之说,是气血津液输布代谢的枢纽。故临证中,调和气血也多从肝脾论治。对此,朱教授治以抑肝扶脾并酌情加减以达气血调和,同时在治疗过程中,对于活动期 UC,朱教授强调治疗应立足于整体观、辨证观,通补兼顾,病证结合。而治疗过程中应慎用收敛涩肠之品,以免闭门留寇,使邪气不能驱除体外而加重病情。

2.5 益气健脾、贯穿始终 《素问·脏气法时论》载:“脾病者……虚则腹满肠鸣,飧泄食不化”,提出脾气虚弱则发泄泻;《景岳全书·泄泻》载:“脾强者滞去即愈,脾虚者,因虚易泻,因泻愈虚”,提出本病的发生,其根本内因在于脾虚。《景岳全书·泄泻》亦云:“泄泻之本无不由于脾胃,盖胃为水谷之海,而脾主运化……若饮食失节,起居不时,以致脾胃受伤,则水反为湿,谷反为滞,精华之气,不能转化,乃至合污下降而泻痢作矣”,提出本病发生之本为脾虚,标为湿盛。朱教授临证中亦强调脾虚是 UC 发病的基础,也是其病情反复之原因。对此,临证治以益气健脾,并贯穿治疗始终。朱教授认为 UC 的发病多是在脾胃虚弱的基础上,复因感受外邪、情志不舒、饮食不节等因素作用下导致脾气受损。此外,湿邪又往往因脾虚而起,而湿邪又困阻中焦脾胃,使之更虚。脾虚则运化不利,不能制水,湿注胃肠则泄痢,对此应健脾补脾以恢复脾胃运化。朱教授常选用太子参、茯苓、麸炒白术、山药、扁豆等以健脾益气。

3 典型病案

刘某,女,50岁,2018年7月24日初诊。主诉:腹痛腹泻伴黏液脓血便10年余,加重1周。患者于2017年6月至某医院行电子肠镜检查,肠镜提示:溃疡性结肠炎,经口服美沙拉嗪治疗后病情缓解,近年来病情反复且逐渐加重,1周前因工作劳累,上述症状再发加重,为进一步治疗,遂就诊于朱教授门诊处。患者诉大便带大量黄白色黏液,夹杂脓血,有排便不净感,黏滞不爽,每天4~8次,伴腹痛,每逢饮食不节后上述症状加重,伴疲倦乏力、纳差等症状,寐可,精神较差。舌质暗、苔黄,脉弦。西医诊断:溃疡性结肠炎;中医诊断:痢疾,湿热壅滞兼脾虚证。治宜清热化湿、益气健脾,方予白头翁汤加减。方药如下:白头翁30g,黄连15g,黄柏15g,马齿苋20g,苦参10g,绵萆薢10g,地榆炭10g,牛膝10g,郁金10g,太子参15g,法半夏10g,陈皮6g,茯苓15g,薏苡仁30g,山药15g,甘草3g。予上方14剂,水煎,每天1剂,分早晚2次温服。并嘱患者注重饮食,注意休息,切勿过度劳累,保持心情舒畅。二诊:患者腹痛及泄泻较前缓解,每天3~4次,大便黏滞不爽较前改善,仍有便中脓血,舌质暗红、苔黄,脉弦。于上方加木香6g,延胡索10g,仙鹤草15g。予上方14剂,水煎,每天1剂,分早晚2次温服。三诊:患者腹痛较前明显缓解,大便次数3次左右,大便中黏液及脓血较前减少,仍伴纳差,疲倦乏力等不适。舌暗、苔根部黄腻,脉弦。嘱上方去绵萆薢,加白术15g、砂仁6g。予上方7剂,水煎服,每天1剂,分早晚2次温服。四诊:患者腹痛泄泻较前明显好转,伴少许黏液,偶有少量脓血,大便每天2~3次,纳寐可,舌红、苔根部薄黄,脉弦。效不更方,续予原方服2个月,服法同前。后电话随访,患者病情稳定,诸症消失。

按语:患者平素饮食不节,喜食肥甘厚味之品,导致脾失健运,湿邪内生,郁久化湿,湿热之邪由气分波及血分,气血相搏,肠络受损,则下利脓血、大便黏滞不爽。湿热阻滞气机,不通则痛,则见腹痛等症状。且患者素体脾虚,复因饮食不节、过度劳累,导致脾气受损。此外,湿邪又往往因脾虚而起,湿邪又困阻中焦脾胃,使之更虚。本案患者大便带大量黄白色黏液,夹杂脓血,伴排便不净感、黏滞不爽、腹痛,每逢饮食不节后上述症状加重,伴疲倦乏力、纳差等症状,舌质暗、苔黄,脉弦。朱教授四诊合参,辨证属湿热壅滞兼脾虚证。治疗上注重清化湿热,兼以益气健脾。初诊予白头翁、黄连、黄柏、马齿苋、苦参以清热燥湿、凉血止痢;绵萆薢利湿去浊;地榆炭凉血止血;茯苓、薏苡仁健脾利湿以排脓;太子参、法半夏、陈皮、茯苓、山药、甘草仍寓六君子汤之义以益气健脾(其中白术易山药)。牛膝、郁金以活血行气,调畅气机,并取牛膝引药下行,直

达病所。如此湿热得清,脾气得健,最终气血通调,诸症缓解。二诊患者仍有腹痛,下利脓血,加用木香调畅肠中气机,延胡索理气活血止痛,仙鹤草配地榆炭以清热凉血、化瘀止血。三诊患者腹痛、腹泻等不适均较前明显缓解,上方去绵萆薢加用白术、砂仁,意取参苓白术散之义以善其后。四诊患者症状均明显好转,效不更方,继续予原方续服2个月,服法同前。后电话随访,患者病情稳定,诸症消失。

参考文献

- [1] CHEN YX, ZHANG XQ, YU CG, et al. Artesunate exerts protective effects against ulcerative colitis via suppressing tolllike receptor 4 and its downstream nuclear factor kappaB signaling pathways [J]. Mol Med Rep, 2019, 20(2): 1321-1332.
- [2] 董俊刚, 刘喜平, 李培清, 等. 参苓白术散治疗溃疡性结肠炎研究进展[J]. 辽宁中医杂志, 2018, 45(8): 1785-1788.
- [3] 李军祥, 谭祥, 毛堂友. 溃疡性结肠炎中西医结合治疗策略[J]. 中国中西医结合杂志, 2017, 37(4): 398-400.
- [4] 甄建华, 黄光瑞. 溃疡性结肠炎中医病名、病因、病机的古今比较和回顾[J]. 环球中医药, 2019, 12(8): 1286-1289.
- [5] 张声生, 沈洪, 郑凯, 等. 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.
- [6] 牛少娟, 张晓艳, 丁晓坤, 等. 溃疡性结肠炎病因病机述评[J]. 河南中医, 2019, 39(5): 799-801.
- [7] 陈章凤, 刘宏岩. 溃疡性结肠炎的中医研究进展[J]. 长春中医药大学学报, 2018, 34(1): 196-198.
- [8] 郑帆, 蔡丽, 邱承智, 等. 中医药治疗溃疡性结肠炎临床研究进展[J]. 亚太传统医药, 2018, 14(6): 91-93.
- [9] 刘苗, 申睿, 朱向东, 等. 从“肝脾相关”理论探讨中医药治疗溃疡性结肠炎的疗效机制[J]. 上海中医药大学学报, 2018, 32(2): 11-13.
- [10] 梅敏慧. 炎症性肠病患者血小板和凝血功能分析[D]. 武汉: 华中科技大学, 2019.

(收稿日期: 2020-03-22)

声 明

为适应我国信息化建设, 扩大本刊及作者知识信息交流渠道, 本刊已许可多家网络媒体和数据库以数字化方式复制、汇编、发行、信息网络传播本刊全文, 其作者文章著作权使用费已采取版面费适当折减与赠送样刊两种形式给付。作者向本刊提交文章发表的行为即视为同意我社上述声明; 如作者不同意文章被收录, 请在来稿时向本刊声明, 本刊将作适当处理。