

谢建群分期论治慢性非特异性溃疡性结肠炎经验

★ 张涛 (上海中医药大学附属龙华医院消化科 上海 200032)

★ 指导:谢建群 (上海中医药大学附属龙华医院消化科 上海 200032)

关键词:谢建群;慢性非特异性溃疡性结肠炎;中医药疗法

中图分类号:R 574.62 文献标识码:B

导师谢建群教授从医二十余载,熟于医理,学识渊博,医术精湛,在慢性非特异性溃疡性结肠炎(chronic ulcerative colitis, UC)的中医药治疗方面有着丰富的经验和独到的见解。UC 是指局限于大肠粘膜层的非特异性溃疡性病变,临床特征是结肠粘膜慢性炎症伴上皮层溃疡,主要表现为腹痛、腹泻、便血、粘液便、里急后重等。可并发中毒性巨结肠、肠穿孔、肠道出血,常迁延不愈,反复发作,不易根除。吾师通过辨证论治,结合多年临床经验,分期论治 UC。现总结如下:

1 溯本求源审病机

近年来^[1], UC 的发病率在国内均有逐年增高的趋势。祖国古籍中虽无溃疡性结肠炎的病名,但有类似病变和临床表现的论述,根据其临床表现分析,将它归属于“泄泻”、“痢疾”、“脏毒”等病症。因其病程长久而缠绵,时愈时发,《诸病源候论》称为“久痢”、“休息痢”。又因所下之物如涕如脓、粘滑垢腻,排出辘辘有声,故《内经》中称之这“肠澼”。1997^[2]年国家中医管理局医政处提出把 UC 归为“大瘕泻”范畴。谢师根据多年临床经验,指出 UC 病机是本虚标实,以脾胃虚弱为本,湿热内生为标。湿热蕴结于脏腑与气血相搏结,致肠道传导失司;肠中糟粕与浊邪蕴结,壅阻气血,损伤血络,化腐成脓,日久脾肾阳虚浊邪积甚,正虚邪恋,病程缠绵,反复发作。正如刘河间《素问玄机原病式》指出:“诸泻痢皆属于湿,湿热甚于肠胃之内,而肠胃怫郁,以致气液不得宣通而成。”

2 明辨证详立法,强调内外合治

2.1 早期——大肠湿热毒邪壅盛 主证:腹痛,里急后重,便下鲜紫脓血,肛门灼热,小便短赤,舌质红、苔黄腻,脉滑数。

辨证分析:湿邪为脾胃功能不健,津液不归正化

停积而成。《明医指掌·脾胃证》指出:“脾胃虚弱,运化无权,水谷不能正常运化吸收,水反为湿,谷反为滞,继因饮食积滞,产生痰热湿饮等病理变化。”湿邪作为 UC 的主要致病因子,其性粘滞,湿蕴化热,壅滞肠中,气机阻滞,传导失司,故腹痛、里急后重。诚如《景岳全书》云:“凡里急后重者,病在广肠最下端,而其病本不在广肠而在脾肾也。”湿热熏灼肠道,与气血相搏结,肠络受伤,化为脓血,故见便下鲜紫脓血。《诸病源候论·卷八》云:“此由热毒伤于肠胃,故下脓血如鱼脑,或如烂肉汁,壮热而腹痛,此湿毒气盛故也。”湿热下注后阴,则肛门灼热,热移膀胱,则小便短赤。《素问》云:“火淫所胜,民病注泄赤白,小腹痛溺赤,甚则血便。”舌脉均为湿热毒邪壅盛之象。

治疗:谢师提出本病机是以大肠湿热毒邪壅盛,灼伤血络为主,若单用清热燥湿解毒之品恐难解除上述症状,应根据刘河间所云之“调气则后重自除,行血则便脓自愈”,采用中药内服加外用的方法。在内服中药处方中加入延胡索、广木香、带皮槟榔、青皮等入气分以行气消导,除积化滞;加当归、川芎、红藤、白芍、三七、地榆等入血分以活血止血;加地锦草、黄连、败酱草清热燥湿解毒。诸药合用达到清热化湿解毒,调气行血导滞兼顾胃气的治疗目的。同时予清肠栓直肠给药,以助清热解毒、活血祛瘀、祛腐生新、生肌愈溃之功。

2.2 中期——痰浊瘀血阻滞肠络 主证:腹痛不止,多为刺痛或胀痛,痛而不移,按之痛甚,泻下不爽,大便呈紫黑色兼加粘冻样物质,且症状反复发作,舌质紫暗或有瘀点、瘀斑,脉沉涩。

辨证分析:谢师指出但凡久泻久痢每多夹瘀,此即所谓“久病入络”是也。诚如叶天士所云:“初病湿热在经,久病瘀热入络。”同时,谢师指出本病到了慢性活动期,除了与“瘀”相关外,与“痰湿阻滞”导致病

情顽固也相关。因为 UC 是以脾胃虚弱为本,脾胃虚弱则运化无权,津液不归正化反为痰。所谓“脾主湿,湿动则痰;肾主水,水泛亦为痰。”痰浊日久阻滞气机,血运不畅则反为瘀血。

痰浊瘀血可互为因果,阻滞肠络,以致病情胶固难解,反复不已。瘀血阻滞,气机不畅,不通则痛,故腹痛不止;瘀血入络,故痛有定处,固定不移,按之痛甚。此即王清任所述:“泻肚日久,百方不效,是总提瘀血过多。”瘀血阻络,血不循常道而外泻,故见大便呈紫黑色,王清任云:“久病必有瘀,邪毒壅滞于肠或肝郁克脾,血液瘀滞于肠络或脾胃气虚运行血液无力,气血阻滞肠络失和而血败肉腐成脓。”痰浊瘀血内阻,大肠传导失司,则泻下不爽兼夹粘冻物。正如明·戴思恭所云:“或泻,时或不泻,或多或少,或夹粘液,是痰也。”舌质紫暗或有瘀点、瘀斑,脉沉涩,均为瘀血痰浊内阻之象。

治疗:谢师指出本证病机是痰浊瘀血阻滞肠络,此时是邪正交争,正虚尚耐攻。治法应以活血化痰,行气逐瘀为旨。在“疏其血气,令其条达,而致和平”的理论指导下,将活血通络和化痰止血二法合用,力求活血不伤血,止血不留瘀。方中选用三七、红藤、全当归等活血止血。同时可随证加用竹茹、陈皮、半夏、苏子等行气化痰,继遵《内经》“通因通用”之原则,加入制大黄、槟榔等消积导滞之品,从而达到标本兼顾、祛瘀生新之治疗目的。

2.3 后期——脾肾阳虚,湿邪留恋 主证:肠鸣腹泻,以黎明时或进食肥甘厚味更为明显。质稀薄或带有不消化食物,甚则滑脱不禁,缠绵不愈,伴见食少神疲,四肢欠温,腰痛怕冷,舌淡苔薄白,脉沉细而弱。

辨证分析:谢师指出久痢、泄泻日久,脾病及肾,脾肾两虚,肾阳虚衰无以温养脾胃,运化失常,加之湿邪未能尽去,故见肠鸣腹泻,缠绵难愈。黎明时阳气较虚,阴寒壅盛,故症状又在黎明时更为明显。

《诸病源候论·痢疾诸候》云:“由脾虚大肠虚弱,风邪乘之,则泄痢虚损不复,遂连滞涉引岁月,则为久痢也”。脾阳虚,升清降浊失职,“清气在下,则生飧泻”;脾肾阳虚,则温养无权,可见泻下质稀薄或带有不消化食物,甚则滑脱不禁,缠绵不愈,伴见食少神疲,四肢欠温,腰痛怕冷,舌淡苔薄白,脉沉细而弱。

治疗:谢师指出患者病到此时,已是正虚不耐攻,而湿邪又未能尽祛。治疗应攻补兼施,治法以“益气升清,温养固涩”为旨。诚如《伤寒论》云:“少阴病,下痢便脓血者,桃花汤主之。”另外尚可遵循《内经》所述“风能胜湿”之说。故用方以赤石脂禹余粮方为主方,酌情加入少许风药如升麻、防风、柴胡、葛根、桂枝、羌活等,风药既能升腾阳气,又可流展中州,辛散宣达,祛除湿邪。正如李东垣云:“寒湿之胜,助风药以平之……,下者举,得阳气升而去也。”佐辣蓼以温中化湿解毒,兼清余邪。

3 体会

笔者在谢师的指导下,将中医的辨证辨病与临床所见相结合,发现 UC 患者多是脾胃虚弱为本,湿热毒邪为标且贯穿疾病的始终,瘀血痰浊阻滞肠络为主要病理变化,病到后期累及脾肾,则可见脾肾虚弱,疾病反复难愈。治疗中也应该根据其疾病发展变化,随证治之。早期,应以攻邪为法,兼顾胃气;中期,应攻补兼施,佐以活血化痰祛瘀;后期,应以补虚固涩为主,兼祛余邪。切忌攻伐太过,以免犯虚虚实实之戒。同时根据 UC 好发左半结肠尤以直肠多见的临床特点,可以采用肛门给药,直接作用在病灶而取得更好的治疗效果。

参考文献

- [1]林文棠,朱平.实用临床免疫学[M].西安:第四军医大学出版社,2003,377~379
- [2]中医管理局医政处.中医临床诊疗术语[J].中医诊断学杂志(专辑),1997,(3):34

(收稿日期:2006-05-22)

《江西中医药》征订启事

《江西中医药》创刊于1951年,是新中国创办最早的中医药杂志,也是第一批进入中文核心期刊的中国医药类核心期刊,并被多家知名权威检索期刊及数据库确定为固定信息源。五十多年来,《江西中医药》发表了数以万计的优秀论文,一大批中医药学者就是从这里走向成功、走向成名的。21世纪,《江西中医药》迎来了更大的发展机遇,2002年评为华东地区优秀期刊、江西省优秀期刊,2004年评为全国高校优秀期刊。2003年成功改为月刊,赢得了更多读者的青睐。本着“面向临床,面向基层,坚持传统,注重实用”的办刊思路,我们进一步充实内容,调整栏目,使文章更具可读性、实用性、信息性,以满足读者的需要。

《江西中医药》(ISS 0411-9584, CN 36-1095/R)为月刊,国内外公开发行。国内邮发代号为44-5,国外代号为BM1012。每期定价:4.80元。