

魏玮教授治疗溃疡性结肠炎的经验

宋熠林^{1,2} 郭宇^{1,2} 苏晓兰² 魏玮²

【摘要】 溃疡性结肠炎(UC)是一种发病机制尚未明确的慢性非特异性炎性肠病,具有难治性、反复发作性,严重影响患者生活质量。祖国医学注重整体性和个体化的有机结合,对UC的治疗有着明显的优势与特色。魏玮教授总结多年临床经验,认为该病的主要病机为脾肾亏虚,邪气乘犯,经络不利,气血失和,常涉及多个脏腑,临证强调权衡虚实,气血共调。治疗以“补先天、壮后天,涤荡邪毒,通利经络”为总原则,灵活运用温肾健脾、清肠化湿、活血通络、扶正驱邪等方法辨证施治,用药颇具特色,临床疗效显著。同时注重情志因素,认为身心并治、改变不良生活方式是提高本病临床治愈率、降低复发率、提高患者生活质量的重要环节。笔者有幸跟师学习,受益良多,现将其经验浅析如下。

【关键词】 溃疡性结肠炎;补先天、壮后天;涤荡邪毒;通利经络

【中图分类号】R574.62 **【文献标识码】**A

Prof. Wei Wei's Experiences in the Treatment of Ulcerative Colitis

SONG Yi-lin^{1,2}, GUO Yu^{1,2}, SU Xiao-lan², WEI Wei²

(1. Dongzhimen Hospital, Beijing University of Traditional Chinese Medicine, Beijing 100700; 2. Department of Spleen and Stomach Disorders, Wangjing Hospital, China Academy of Chinese Medical Sciences, Beijing 100102)

【Abstract】 Ulcerative colitis is a kind of chronic nonspecific inflammatory intestinal disorders. It is intractable and recurrent and seriously affects the quality of life in patients. Chinese medicine pays attention to the flexible integration of holism and individualization and presents the obvious advantages and characteristics in the treatment of ulcerative colitis. Prof. Wei Wei summarized his clinical experiences for the years and believed that the main pathogenesis of the disease included insufficiency of spleen and kidney, pathogenic factors attacking the body, dysfunction of meridians, disharmony of qi and blood with many zangfu organs involved. The treatment should emphasize on the balancing between the deficiency and excess conditions and coordination of qi and blood. The principles of treatment were “tonifying the congenital, strengthening the acquire, eliminating the toxic pathogens and promoting the circulation of meridians”. The therapeutic methods were applied on the basis of pattern/syndrome differentiation, including warming the kidney, strengthening the spleen, cleaning the intestines, resolving dampness, activating blood circulation, strengthening the antipathogenic qi and eliminating the pathogens. The herbal medication was used flexibly and the clinical efficacy was significant. Additionally, the emotional factors should be considered. The treatment for both physical and mental conditions as well as the change in living style are the important factors for improving the clinical curative rate, reducing recurrent rate and improving the quality of life in the patients. The writers have learned from Prof. Wei Wei and analyzed his experiences in the paper.

【Key words】 Ulcerative Colitis; Tonifying the Congenital; Strengthening the Acquire; Eliminating the Toxic Pathogens; Promoting the Circulation of Meridians

溃疡性结肠炎(ulcerative colitis, UC)是一种主要累及直肠、结肠黏膜的慢性非特异性炎症,以腹痛、腹泻、黏液脓血便、里急后重为主要临床表现,其病因及发病机制尚未明确,目前认为和遗传易感

性、免疫调节紊乱、感染及环境等多因素有关。治愈难度大,复发率高,被世界卫生组织列为现代难治病之一。目前西医主要采用对症治疗,存在部分病例疗效差、药物不良反应多、停药后易复发、患者依从性较差等不足。导师魏玮系中国中医科学院教授、主任医师、博士生导师,从事临床、科研近30载,治学严谨,学验俱丰。尤其致力于消化系统疾病的中西医结合研究,颇具特色。对于UC的临证治疗具有独到经验,取得较好的临床疗效。现笔者

DOI: 10.13935/j.cnki.sjzx.160508

基金项目:国家自然科学基金资助项目(81573806)

作者单位:1. 北京中医药大学东直门医院,北京 100700; 2. 中国中医科学院望京医院脾胃病科,北京 100102

通讯作者:魏玮,Email: sxytyy@sina.com

将其经验进行简要概括,以飨同道。

1 病因病机

依据 UC 患者临床特点,中医学将其归属于“腹痛、肠癖、泄泻、痢疾”等范畴,目前普遍认为湿热蕴肠,气滞络瘀为基本病机,脾虚失健为主要发病基础^[1]。魏玮教授认为本病多因外感时邪、饮食不节、情志内伤、素体脾肾不足所致,基本病理因素有气滞、湿热、血瘀、痰浊等。病位在大肠,涉及脾、肝、肾、肺诸脏。

2 辨治思路及用药原则

2.1 补先天、壮后天

脾胃为后天之本、水谷之海,脏腑之枢。肾为先天之本,阴阳之根蒂、生命之本源,二者相互滋生,相互影响,脾之运化水谷,赖于肾阴、肾阳的资助;肾藏先天之精,赖于脾胃运化水谷精气的充养^[2]。“脾肾互济”是人安身立命的根本。

脾虚失运是 UC 主要发病基础,若久病久泻,日久难愈,损伤脾阳,脾失健运,清阳不升,水谷精微不能布散全身,肾气不得充养,进而脾肾两衰,易致大肠传导失司,出现腹痛泄泻,或里急后重。正如《内经》云“脾病者,虚则腹满肠鸣,飧泄食不化。”《医宗必读·痢疾》云“痢之为证,多本脾肾,脾司仓廩,土为万物之母,肾主蛰藏,水为万物之元,……然而尤有至要者,则在脾肾两脏。”魏师强调“治病必求于本”,临证以“补先天、壮后天”为基本治疗原则,认为 UC 多以脾肾两虚为本,湿热积滞为标。在治疗中重视脾肾二者生理病理关系,兼顾补脾和益肾。对于 UC 伴纳食不馨、身重懒言、腹胀痞满、肛门坠胀等脾胃虚弱证或中气下陷证,擅用“补药之长”黄芪,气虚甚者用量逐次递增,可由 30 g 渐至 120 g,以求慢调体质,量大力宏,顾护脾土。太子参甘滋清灵,补益中土,健脾和胃;石斛保胃气,存津液,使脾肾互资;炒白术、炒苍术相伍以健脾燥湿,益气和中。

《素问·生气通天论》曰“阳气者,若天与日,失其所则折寿而不彰。”阳气是生命的源泉及机体新陈代谢的原动力,所谓“得阳者生,失阳者亡”,魏师认为本病发生常因脾肾阳虚,因久病损伤肾阳,或年老体衰,元阳不足,命火虚馁,而致中焦虚寒、运化失司,出现畏寒喜暖、腰酸背痛、大便溏泄、便带脓血、如厕不爽,腹痛绵绵等。擅用补骨脂、肉豆蔻补肾阳,温下元,暖中土,运脾阳,以达温肾散寒,

暖脾止泻之效;对于阳虚肢冷者,予桂枝温通经脉,阴寒盛者,常予炮附子温阳散寒,提供机体能量,既可暖脾胃以健运,又可补肾阳以祛寒。遣方又谨记“善补阳者,必阴中求于阳”的原则,常配伍玄参、生地、枸杞子、麦门冬等濡润之品以滋阴助阳,益胃生津。

2.2 涤荡邪毒

《金匱要略心典》记载“毒,邪气蕴结不解之谓。”罗云坚教授认为“伏毒”熏蒸肠道,暗耗正气,结于营血,伤及肠络膏脂,热伤肉腐,肉腐为脓,发为内疡,便下赤白脓血^[3]。魏师认为 UC 因多种内外因素造成脏腑功能紊乱,导致湿、热、痰、瘀等邪毒蓄积体内,久而不除,蕴积成病。正如《古今医统大全·滞下门》云“休息痢者,乃乍作乍止,或因邪气未曾涤尽,逮止而复作者是也。”

2.2.1 发作期重视清利湿热 《素问玄机原病式》

云“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。”UC 的现代文献研究表明^[4],湿热为其主要证候及证候要素。魏师认为 UC 发作期脏腑失和,脾胃清浊不分,湿热内蕴肠腑,气血搏结,血络受损,谷气下流则下痢赤白、里急后重,发热、腹痛,治宜清热利湿,凉血解毒。常用黄芩、黄连清热解毒,清肠化湿;白头翁凉血止痢;白芍、炙甘草缓急止痛,养血敛阴;地榆炭、血余炭凉血止血。热重于湿者,予败酱草解毒排脓,炒栀子清热泻火;湿重于热者,予厚朴燥湿宽中,茯苓健脾渗湿,若伴有头痛、口苦、目涩或性急易怒者,则善伍用龙胆草清泄肝胆。

2.2.2 缓解期注重调和气血 UC 缓解期病机多

虚实并见,寒热错杂,气血同病,即便湿热邪毒已散,气机仍难以流转复原。此时病机以气滞血阻、痰瘀互结多见,症见痢下赤白量少、腹痛拒按、身痛肢乏、面色晦暗等。魏师临证遵“治痢调气则后重自除,行血则便脓自愈”为法,注重调和气血,通络导滞,以求正气内守,腑通邪去。常合用白花蛇舌草、半枝莲清热解毒、活血散瘀;醋元胡、乌药、玫瑰花行气止痛;若久病气滞血瘀较甚者,善用炮甲珠以通经活络、活血化瘀;若见下痢稀薄,腹部冷痛,四肢不温,口苦心烦,证属寒热错杂者,善灵活运用半夏泻心汤温清并用,平调寒热^[5]。

脾胃为后天之本,亦为易受邪之地,脾肾虚损与下痢互为因果,脾胃失职则病情易反复或加重,故不论疾病何期,都谨遵“无犯胃气”的思想,将健脾和胃贯穿治疗始终,清热需制苦寒,通利讲求适

度 驱邪不忘扶正,遣方常加黄芪、参类以健脾益气,培固生化之基;对于素体脾胃不足者,常加生姜、大枣为佐,意在顾护脾胃,防攻伐太过,鼓舞中焦运化。

2.2.3 UC 各期的灌肠治疗特色 UC 病程各期,魏师主张发挥中医药优势及特色,使局部治疗和整体治疗相配合,重视中药灌肠的应用。灌肠给药能使较高浓度的药液与肠腔病变部位直接接触,避免了胃、小肠消化液对药物的影响,提高药物利用率,且灌肠液的温热刺激,可使肠黏膜血管扩张,促进局部的血液和淋巴循环,增强新陈代谢,改善局部组织及全身营养状态^[6]。在灌肠中药的选择上,发作期多以清热化湿,止血解毒为主,缓解期以调和气血,摄肠固脱为要。常用大黄、黄连清泄湿热,涤荡邪毒;党参、黄芪、当归益气养血,以制清泄太过,配升麻以升阳举陷,共奏补气摄血之效;血热妄行者加丹皮、地榆炭清热凉血,解毒敛疮;脾肾阳虚者加炮附子温补脾肾,散寒止痛。诸药合用发挥消炎祛肿、黏膜保护、调整结肠运动、改善机体内环境等多种作用。此外,结合具体病情,可在灌肠液中加入云南白药加强消肿、止血、止痛之功,加锡类散以增解毒化腐、收敛生肌之效。

2.3 通利经络

经络是人体运行气血,联络脏腑肢节,沟通上下内外的通道,早在《黄帝内经》记载“经脉者,所以决死生,处百病,调虚实,不可不通。”魏师认为 UC 症状反复发作,久则湿热、食积、瘀血等壅塞经络,血脉不畅,气滞血瘀而致病情迁延难愈。《类证活人书·伤寒下利》言“休息痢,经年不愈,缘初起失于通利,致湿热之邪留于冲任之间,久则气血愈陷,清阳不升,故久远不休。”故 UC 治疗上注重以通祛疾,通利经络重在通畅脏腑气机,包括消积化瘀、宣畅肺气、调理肝气等多方面。

2.3.1 消积化瘀 《证治汇补·下窍门》记载“滞下者,谓气食滞于下焦,肠癖者,谓湿热积于肠中,即今之痢疾也。故曰无积不成痢,痢乃湿热食积三者。”UC 者常经络不利,以滞为病,魏师临证推崇“治痢调气则后重自除,行血则便脓自愈”为法,对于饮食不节,滞于脾胃,积于肠中,而见腹痛、里急后重者,用炒谷芽、炒麦芽、鸡内金消食化积,健脾和胃;枳实、厚朴温胃厚肠、行气宽中;擅用升麻、葛根鼓舞胃气,升清止泻。本病多见湿热内蕴之候,湿邪最易阻遏气机,若湿从热化,煎熬津液,使血液黏稠,运行不畅,壅滞成瘀。王清任《医林改错》云:

“腹肚作泻,久不愈者,必瘀血为本。”魏师认为瘀血阻滞既是 UC 形成的重要病机,也是 UC 复发的病理基础。若患者因脓血便反复应用止血药、苦寒药则致血瘀更甚,临床多见腹部刺痛,痛处固定,便中带暗红脓血,舌暗伴瘀点等,擅用丹参、当归、红花等活血化瘀、通络理气,醋元胡、郁金等行气活血,调畅中焦气机。另外,魏师擅用大剂量维生素 C 联合高浓度葡萄糖静脉滴注,调节肠道内环境,治疗 UC 临床疗效较为显著。研究显示维生素 C 具有促进肠黏膜代谢,增强肠道黏膜屏障防御功能和调节机体的免疫功能^[7-8]。

2.3.2 宣畅肺气 肺与大肠在相表里,大肠以通为用,肺气以降为和,大肠的传导赖于肺气的宣发肃降。《医经精义·脏腑之官》云“大肠之所以能传导者,以其为肺之腑,肺气下达故能传导,是以理大便必须调肺气也。”魏师认为肺的肃降是大肠传导的动力,畅通肺气有助缓解便意频频、里急后重等肠腑不通之象。常用苦杏仁、枳壳肃降肺气;苦杏仁入肺经又能通达肠气,润燥益血;枳壳可开肺气之壅塞,使腑气得泄;用桔梗开宣肺气,使上窍开泄,下窍解壅,助大肠传导有度,《本草备要》云桔梗治“下痢腹痛”,又可兼有排脓治痢之效。

2.3.3 疏理肝气 肝主疏泄,条达全身气机,肝气不舒,肝经不利则水谷不化、肠腑壅塞、水谷下迫。魏玮教授认为 UC 脾气虚衰,肝木易乘侮,致中焦经络失和而发病,所谓“阳明胃土已虚弱,厥阴肝风振动。”而情志与肝气调畅有着密切联系,现代大量研究表明^[9],情感消极事件能引起 UC 的复发。临床中因忧思恼怒等情志不遂而致病情加重或复发的 UC 病例屡见不鲜。对于兼有胸胁胀闷、嗳气食少、眠差心烦,或每因抑郁、恼怒、紧张等情绪改变而发生腹痛腹泻、矢气频作者,结合舌脉,以疏肝理气,调肝扶脾为法,擅用玫瑰花、合欢花、绿萼梅等行气活血,疏肝解郁;炒酸枣仁、远志合用宁心安神,调肝怡情。并在诊疗过程中通过解释、安慰、开导、鼓励等心理暗示法来缓解患者精神压力,增强其战胜疾病的信心。

3 典型病例

患者,女,39岁,于2013年7月3日就诊。患者间断腹部隐痛伴腹泻1年余,2周前因进食生冷出现腹痛、腹泻,大便日行10余次,呈水状或糊状稀便,夹有少量暗红色脓液。自服黄连素、氟哌酸等,症状无明显改善。于我院查肠镜示:UC,两端型,活

动期。便常规 + 潜血: 白细胞(WBC) 4~6/HP, 红细胞(RBC) 满视野/HP, 潜血(+), 血常规未见明显异常。就诊时症见: 腹痛、腹泻伴里急后重, 腰痛, 腹部及四肢怕凉, 食凉即泻, 无发热, 口干, 纳差, 眠欠安。舌质淡, 边有齿痕, 舌中、舌根部苔黄腻, 脉沉细。中医诊断: 泄泻(脾肾阳虚, 湿热蕴肠)。治法: 温肾健脾, 清肠化湿。口服中药处方: 补骨脂 30 g, 肉豆蔻 30 g, 炮附子 10 g(先煎), 太子参 30 g, 黄芪 30 g, 黄芩 10 g, 黄连 8 g, 白花蛇舌草 30 g, 半枝莲 30 g, 炒苍术 30 g, 炒白术 30 g, 黄精 30 g, 首乌藤 30 g。6 剂, 水煎, 日 1 剂, 分 2 次。中药灌肠: 白头翁 15 g, 地榆炭 10 g, 黄芪 15 g, 党参 10 g, 升麻 10 g, 联合锡类散 1 g, 6 剂, 水煎煮, 日 1 剂, 灌肠液温度约 38℃, 睡前用 100 ml 保留灌肠。

二诊(2013 年 7 月 10 日), 腹痛缓解, 腹泻约 5 次/d, 糊状便, 伴少量白色黏液附着, 里急后重感减轻, 腹部、腰部怕凉, 口干, 纳眠如前, 舌脉如前。复查便常规 + 潜血未见异常。口服方在上方基础上加黄芪至 45 g, 当归 15 g, 石斛 30 g, 炒谷、麦芽各 30 g。灌肠药在上方基础上减白头翁为 10 g。各 12 剂, 用法同前。

三诊(2013 年 7 月 24 日), 腹痛、腹泻明显缓解, 大便日 2~3 次, 少量欠成形软便, 便中未见黏液脓血, 偶有便不尽感, 腹部、肢末仍怕凉, 不敢进凉食, 腰痛、口干缓解, 纳眠可。舌质淡, 边有齿痕, 舌中腻苔好转, 舌尖略红, 脉弦滑。口服处方: 上方减炮附子为 6 g, 继加黄芪至 60 g, 减黄精, 加麦冬 30 g, 竹叶 10 g, 玫瑰花 30 g。灌肠药在上方基础上减地榆炭、锡类散, 加川芎 10 g。各 14 剂。3 个月后电话随访, 患者诉服药后, 腹痛明显缓解, 遂继续服用上方 14 剂, 停中药灌肠, 此后偶有腹部隐痛, 大便基本正常, 无明显其他不适。

按: 患者病程日久, 失治误治, 久泄损伤中焦脾阳, 脾之运化失司而至脾肾阳虚, 阳虚气化不利则

湿热之邪内恋于肠道, 便中赤白。结合舌脉、兼证及辅助检查, 魏师初诊标本兼治, 在温肾健脾基础上, 注重清利湿热、敛溃止血, 涤荡邪毒治其标, 使邪去正安。重视权衡正邪轻重, 用药随证加减, 二诊症状好转, 加黄芪量, 求培土健中, 慢调体质; 加炒谷、麦芽健胃消积, 调畅中焦气机; 加石斛既防温燥伤阴, 又有阴中求阳之意。久病多瘀, 酌加当归养血活血以助涤荡邪毒, 培固正气。三诊症状明显缓解, 便中未见脓血, 减附子用量防辛燥太过, 继加黄芪用量以“壮后天”, 使脾肾互济而治本, 加麦冬益胃生津, 使生化有源; 加竹叶清心降火。久病多瘀, 治疗中每善加调气活血之品, 如当归、玫瑰花等, 助养血活血、涤荡邪毒、通利经络。灌肠药的加减也常遵此法, 在补气升阳基础上, 重视清利湿热、收敛止血治其标, 根据便下赤白情况, 收敛涩肠药中病即止, 继予活血药祛瘀生新, 治疗效果满意。

参 考 文 献

- [1] 张声生. 溃疡性结肠炎中医诊疗共识(2009) [J]. 中国中西医结合杂志 2010, 30(5): 527-532.
- [2] 井贵平, 郝立升, 薛金发, 张景岳. “从肾论治脾胃病”探讨 [J]. 河南中医 2008, 28(3): 19-20.
- [3] 武志宇. 溃疡性结肠炎“伏毒理论”的分子生物学机制的临床研究 [D]. 广州: 广州中医药大学, 2014.
- [4] 岳宏, 王天芳, 陈剑明, 等. 溃疡性结肠炎常见中医证候及证候要素的现代文献研究 [J]. 北京中医药大学学报 2010, 33(5): 306-308.
- [5] 魏玮, 郝建军. 辛苦降法治疗脾胃病机制初探 [J]. 北京中医药 2010, 1(29): 41-42.
- [6] 刘立全. 中药灌肠治疗溃疡性结肠炎的研究近况 [J]. 医药产业资讯 2005, 6(8): 88-89.
- [7] 李军华, 周薇, 于皆平. 抗氧化剂对溃疡性结肠炎患者的治疗作用及其机制 [J]. 中国现代医学杂志 2009, 19(3): 459-464.
- [8] 于晓明, 金宏, 糜漫天. 肠屏障功能的损伤与营养素防护 [J]. 解放军预防医学杂志 2006, 24(1): 68-70.
- [9] 桑力轩, 刘汉立, 姜敏. 溃疡性结肠炎发病机制研究进展 [J]. 世界华人消化杂志 2007, 15(20): 2249-2254.

(收稿日期: 2016-04-24)

• 信息 •

《现代实用临床医学》系列著作(2016 年) 编辑工作已全面启动

《现代实用临床医学》系列著作(专著)是由北京华夏中医药发展基金会主办,《世界中西医结合》杂志社、中天宏阳(北京)文化传媒有限公司及多家国家级出版社共同合作出版的国家级医学著作,本套著作主要涵盖:中医学、中药学、基础医学、综合医学、内科学、外科学、妇幼医学、护理学等学科。

为弘扬传统中医药文化,促进祖国医学更好的传承与发展,《现代实用临床医学》著作(专著)编辑部诚挚欢迎各位老师共同参与本套著作的编写工作,参编具体事宜请致电或发电子邮件详询。

联系电话: 010-59767081 010-57793466 网址: www.xdsylcyx.org 电子邮箱: xdsylcyx@163.com