

徐进康论治溃疡性结肠炎经验

● 黄宽忠¹ 指导:徐进康²▲

摘要 徐进康认为溃疡性结肠炎以脾虚为本,湿热为标,脾胃虚弱、湿热蕴结是其基本病机。治疗上强调分期论治,以健脾益气为主,兼顾他脏,同时注重调和气血的关系。此外,常配合中药灌肠,内外并治,使药物直达病所,提高疗效。

关键词 溃疡性结肠炎 名医经验 徐进康

吾师徐进康教授是江苏省名中医,从事消化系统疾病临床和研究近30年,在溃疡性结肠炎(ulcerative colitis, UC)诊治中积累了丰富的经验,现将其经验总结如下,以飨同道。

UC 又称慢性非特异性结肠炎,是一种病因尚未完全明确的直肠和结肠慢性非特异性炎症性疾病。中医学文献无相应的病名记载,但根据其“腹痛腹泻、便下脓血、里急后重”等临床特点,可归属中医的“肠癖”、“肠风”、“滞下”、“休息痢”、“久痢”等范畴。

1 脾胃虚弱、湿热蕴结是基本病机

徐师认为 UC 的成因不外乎外感湿热、饮食不节、情志不遂、先天禀赋不足等因素,而脾胃虚弱是发病的根本。患者多在脾胃虚弱的基础上感受湿热之邪,或是恣食

肥甘厚味,内生湿热,湿热蕴结肠腑,腑气不通,与气血、积滞相搏,血行瘀滞,血败肉腐,脂膜受损而成本病。其病位虽在肠,但与脾、肝、肾、肺四脏密切相关。在疾病过程中,易产生湿、瘀、痰等病理产物,使病情缠绵难愈。本病总属本虚标实,多表现为虚实夹杂。

徐师在临证时,强调对 UC 的中医病机演变的把握。起病初期因外感湿热或恣食肥甘,酿湿生热,以致湿热壅滞气机,大肠传化失司,甚则湿热熏灼肠道,热盛肉腐,脂膜受损,而生内痛,故腹痛腹泻,里急后重,肛门灼热,甚则下痢赤白,舌红苔黄腻,脉滑数。本期以邪实为主,常见于急性发作期患者。若病情迁延日久,失治误治,气血亏耗,正虚邪恋,易形成脾虚和湿热并存的虚实夹杂证,临床表现为反复腹痛腹泻,肠鸣漉漉,痢下赤白,时轻时重,常因饮食不洁

和劳累诱发或加重,伴有脘腹胀满,怠倦乏力,面色萎黄,舌淡胖或有齿痕,苔白腻,脉细弱,常见于慢性复发型患者。若病情进一步发展,久病及肾,脾虚气陷,肾阳衰惫,可出现久利不止之变证。如《景岳全书》所说:“肾为胃关,开窍于二阴,所以二便之开闭,皆肾脏之所主,今肾中阳气不足,则命门火衰……阴气盛极之时,则令人洞泄不止也。”临床表现为久泻不愈,大便清稀如水,完谷不化,或五更泻,脐中腹痛,喜温喜按,伴面白神疲,腰膝酸软,形寒肢冷,舌淡胖,苔薄白,脉沉细,常见于慢性持续型患者。

2 辨治经验

2.1 谨查病机,分期论治 活动期邪实炽盛,多属湿热壅盛之证,应以清热祛湿为法,清热多用苦寒之品,祛湿则有燥湿、化湿和利湿之不同。清热燥湿药常用黄芩、黄连、黄柏、苦参、秦皮之类,此类药物多集清热、解毒、燥湿于一身,对于急性期 UC 尤为适宜。徐师认为江南之地,江河水网密布,气候

▲通讯作者 徐进康,男,教授,江苏省名中医。主要从事中医脾胃病研究。E-mail:13809061203@163.com

●作者单位 1. 南京中医药大学(210023); 2. 南京中医药大学附属昆山市中医院(215300)

潮湿,民众常易感受湿邪而发病,且长期应用苦寒燥湿药有碍脾胃健运和化燥伤阴之弊,因此在临证时常与芳香化湿及甘淡渗湿之品相配伍,往往达到事半功倍的效果。芳香化湿药如砂仁、白蔻仁、扁豆花、藿香、佩兰之类,甘淡渗湿药如茯苓、薏苡仁之属。且芳香化湿、甘淡渗湿药兼有醒脾和胃、健脾助运之功,恰恰与本病脾虚之本的病机相契合。活动期常用芍药汤、白头翁汤加减。

缓解期常表现为脾胃虚弱,湿热内恋之候。应以健脾益气为主,以清热利湿为辅,常用参苓白术散、连理汤加减。若病情迁延不愈,反复发作,导致脾肾阳虚,久利不止的变证,治当温补脾肾为主,兼以收敛固涩,常用桃花汤、四神丸及真人养脏汤加减。

重症期黏液脓血较多,腹痛、里急后重、发热明显,多属于血败肉腐成脓所致。徐师认为此阶段属于内痈范畴,可参考外科疮疡的治法,多采用清热解毒、凉血消痈、托毒排脓、化腐生肌之法。清热解毒药常用金银花、黄连、黄柏、白头翁、马齿苋、青黛等,凉血消痈药有地榆、败酱草、蒲公英、红藤等,托毒排脓药有黄芪、白芷、桔梗、穿山甲等,化腐生肌药有白及、三七、血竭等。

2.2 健脾为主,兼顾它脏 UC 的发病以脾虚为本,健脾益气应贯穿治疗的始终,尤其在缓解期补脾、运脾为主要治则。沈金鳌有云“脾统四脏,脾有病,必波及之,四脏有病,亦必有待脾养,……凡治四脏者,安可不养脾哉。”^[1]鉴于此,徐师认为 UC 的治疗应以健脾益气为主,兼顾肺、肝、肾三脏。如脾虚肺弱,痰湿下注,大肠失固而作泻者,徐师认为可从“痰泻”论治。清

代雷丰《时病论》对痰泻有详细的论述,“痰泻者,因痰而致泻也。昔贤云:脾为生痰之源,肺为贮痰之器。夫痰乃湿气而生,湿由脾弱而起……痰气上袭于肺,肺与大肠相表里,其大肠固者,肺经自病,而为痰嗽;其不固者,则肺病移行于大肠,而成痰泻矣。”^[2]治疗上宗雷氏化痰顺气之法,予二陈汤加煨木香、川朴、桔梗、白扁豆等。UC 病程长,易反复发作,患者常对治疗丧失信心,易出现因病致郁的现象。若患者情志不畅,肝郁气结,可进一步影响脾胃之运化,生湿生痰,使病情更加缠绵难愈,因此徐师在治疗中重视情志疏导,配合药物调和肝脾,常用药如柴胡、芍药、枳壳、陈皮、川芎、香附、郁金、八月札等。如病情迁延,脾气受损,脾阳不足,日久脾病及肾,脾肾阳虚,可予小茴香、吴茱萸、补骨脂、菟丝子等补肾温阳收涩之品。

2.3 调气行血,慎用固涩 刘完素在《素问病机气宜保命集》中明确指出:“行血则便脓自愈,调气则后重自除。”说明了从气血调治的重要性。基于此,徐师在临床处方时除用木香、枳壳、厚朴、槟榔、莱菔子、陈皮等行气导滞外,常配伍柴胡、八月札、青皮、玫瑰花等疏肝理气之品,促进肠道气机之流通。徐师强调调血有凉血、活血、止血及养血之别。活动期热毒炽盛,脓血量多,甚则纯下鲜血,治当凉血活血,宁络止血,常用地榆、槐花、侧柏叶、白头翁、赤芍、紫草等;缓解期当养血和血,收敛止血,常用当归、白芍、荆芥穗、地榆炭、白及、仙鹤草等。

UC 虽然常表现为大便次数增多,但其病机以湿热留滞、虚实夹杂为特点,有别于单纯的脾虚证或脾肾阳虚证。在疾病的早期忌用

收敛固涩之品,以免闭门留寇,治疗上常先行疏泄导滞、运化祛湿,使邪有出路。但在缓解期,邪气已衰大半,出现久泻不止,完谷不化的患者,可适当加以石榴皮、诃子、肉豆蔻等涩肠止泻药,稍佐煨葛根、柴胡、升麻等升提药。

2.4 内外并治,生肌愈疡 《景岳全书》云:“广肠最远,药不易达。”对于发病部位在直、乙状结肠的活动期患者,常内服药与中药灌肠同用,可使药物直达病所,提高局部血药浓度,促进溃疡愈合。徐师在长期的临床实践中,创制了中药灌肠方青蒲方(青黛 3g、蒲公英 30g、白头翁 30g、马齿苋 30g、赤芍 30g、黄柏炭 10g、黄连 10g、浓煎 100ml,加入中成药锡类散,37℃ 左右保留灌肠),验之于临床,疗效确切^[3]。方中白头翁性苦寒,入胃、大肠经,善清胃肠湿热及血分热毒,为治痢之要药;马齿苋酸寒,清热解毒,凉血止痢;青黛、蒲公英清热解毒,凉血消痈;赤芍清血分之热,且能活血散瘀;黄连泻火解毒,燥湿厚肠;黄柏清下焦湿热;锡类散能解毒生肌愈疡,促进溃疡愈合。诸药合用,共奏清热解毒,凉血止痢,生肌愈疡之功。

3 病案举隅

王某,男,28 岁,2014 年 3 月 20 日初诊。患者近两年来间断解黏液血便,严重时大便日行 6~8 次,黏液脓血较多,伴腹痛、里急后重。曾于 2013 年 9 月外院行肠镜示:溃疡性结肠炎(直、乙状结肠),病理示:黏膜中度慢性炎,活动性,伴隐窝脓肿。诊断为溃疡性结肠炎;予美沙拉嗪缓释颗粒(艾迪莎)口服及美沙拉嗪栓肛塞治疗半年后,病情缓解现予“美沙拉嗪缓释颗粒 1.5g、美沙拉嗪栓 0.5g”维持