

丁泽民治疗溃疡性结肠炎临证经验探析

张苏闽¹ 明 兰²

(1.南京市中医院全国肛肠医疗中心,江苏南京 210001; 2.南京中医药大学,江苏南京 210029)

摘要 溃疡性结肠炎是一种慢性、非特异性、反复发作性、炎症性肠道疾病,严重影响患者生活质量,目前尚无根治手段。丁泽民教授多年来治疗本病经验丰富,认为本病的形成多因感受外邪,或饮食不节(洁),或情志失调,或素体脾肾不足,基本病理因素有湿热、气滞、血瘀、痰浊等,并提出大肠“内疡”理论。丁老临床常将本病分为大肠湿热证、脾虚湿蕴证、肝郁脾虚证、脾肾阳虚证四证型。在治疗方面,丁老按活动期与缓解期采用阶段性序贯疗法,同时运用中药保留灌肠这一创新的中药外治方法,创制溃结灌肠液,更首创性地提出气药灌肠的概念,并研制出气药灌肠仪,获得了很好的临床疗效。

关键词 溃疡性结肠炎 中医病机 中医药疗法 名医经验

中图分类号 R259.746.2

文献标志码 A

文章编号 1672-397X(2015)06-0001-04

丁泽民(1919—2014),江苏江都人,丁氏痔科第八代传人,从事中医临床、科研、教学70余载,为全国第一批老中医药专家学术经验继承工作指导老师、江苏省名中医,被中华中医药学会授予“国医楷模”称号。他创建了我国第一个中医肛肠学会并任首任会长18年,创建了我国第一个全国中医肛肠医疗中心——南京市中医院肛肠科。他提出“功能为先”的现代中医肛肠疾病重要诊疗理论,创立了分段齿形结扎疗法、定向分段挂线法、切开挂线缝合旷置术等术式,研制了30多种专科制剂,临床疗效显著。主持或参编多本肛肠病学、中医外科学著作,主持开展了卫生部及省市级课题数十项,其中13项成果获奖。

溃疡性结肠炎(Ulcerative Colitis, UC)是一种原因尚不明确的慢性非特异性肠道炎症性疾病,属炎症性肠病(Inflammatory Bowel Disease, IBD)之范畴,病变常累及大肠黏膜及黏膜下层,其症状主要集中在表现为不同程度的腹痛、腹泻、黏液脓血便以及各种肠外表现和并发症等,具有病程漫长、反复发作、慢性迁延难愈等特点^[1-2]。近10年来UC发病率逐步增加,尤其是发展中国家。国内首个炎症性肠病流行病学研究表明,在中国发达地区IBD的发病率为3.14/10万,与日本和香港非常接近^[3]。本病属于中医学中“休息痢”、“久痢”等疾病范畴。丁泽民教授在长期临床工作中形成对本病独特的诊疗特色,在中医学整体观念和辨证论治思想指导下,认为本病的临床治疗多应遵循阶段性序贯疗法的个体化论治思想,同时强调内外并治。

1 病因病机

丁老认为本病的形成多归因于感受外邪,内蕴大肠;或饮食不节(洁),损伤脾胃,酿生湿热;

或情志失调,损伤肝脾,肝脾不和,气滞血瘀;抑或素体脾肾不足。基本病理因素有湿热、气滞、血瘀、痰浊等,血瘀为局部病变的主要病理因素,病位在大肠,涉及脾、肝、肾、肺诸脏。治疗以健脾化湿为主,调肝温肾兼顾,配合清热化湿、调和气血等,丁老指出久痢不愈,切勿见痢止痢,勿忘温脾肾,临证善用“温药以化湿”,主张内服中药“温阳止泻”。

湿热蕴肠、气滞络瘀为本病基本病机,脾虚失健为主要发病之基,饮食不调是常见诱因。本病多为本虚标实之证,发作期以标实为主,主要为湿热蕴肠,气血不调;缓解期以虚证为主,主要为正虚邪恋,运化失健,且本虚多涉脾肾两脏亏虚。现代医学肠镜检查所得的肠间局部红、肿、热、痛,结直肠黏膜充血、肿胀、糜烂、坏死,丁老采用取类比象之法,认为此症状与中医学“脓肿”、“疮疡”颇为类似,提出并命名谓之大肠“内疡”。丁老还提出以症状不同而论病机的观点。如腹泻——

实则因湿热蕴结,下注肠腑,致大肠传导失司;虚则为脾虚湿盛,运化失健。腹痛——实则为湿热蕴结,气血不调,瘀滞肠络,不通则痛;虚则因土虚木旺,肝脾不调,肠络失和。脓血便,病机关键为瘀热阻络,迫血妄行——实则为湿热蕴结,损伤肠络,络损血溢;虚则为湿热伤阴,虚火内灼,伤及肠络,血溢络外。

2 分型证治

丁老对本病治疗多在整体观念的指导下辨证施治,针对不同患者、不同证型、病情程度、疾病分期及病变部位等采取个体化的治疗方案。临床辨证常分为4型,分别是大肠湿热证、脾虚湿蕴证、肝郁脾虚证、脾肾阳虚证^[4-5]。

2.1 大肠湿热证 症见腹痛腹泻,黏液脓血便,里急后重,肛门灼热,小便短赤,口干口苦,口臭,舌质红,苔黄腻,脉滑数。治以清热化湿,调和气血。予葛根芩连汤加减,以葛根解肌清热、升清止泻,黄芩、黄连清热燥湿,加木香理气止痛等。

2.2 脾虚湿蕴证 症见黏液便,赤少白多,脘腹胀满,腹痛隐隐,食少纳差,倦怠乏力,神疲懒言,舌质淡红,边有齿痕,苔白腻,脉细弱。治以健脾助运,佐以清肠化湿。予参苓白术散,以茯苓、人参、炒白术健脾益气,砂仁、陈皮理气健脾化湿。

2.3 肝郁脾虚证 患者常常因饮食或情志因素诱发腹泻、腹痛,多见黏液便,伴情绪抑郁、焦虑,嗳气不爽,食少腹胀,舌质淡红,苔薄白,脉弦。有腹痛即泻,泻后痛减之特点。治以抑肝扶脾。予痛泻要方,投以白芍养血柔肝,白术健脾补虚,防风升清止泻。

2.4 脾肾阳虚证 症见黎明前脐腹作痛,肠鸣即泻,完谷不化,腹部喜暖,形寒肢冷,腰膝酸软。治以温肾健脾,固涩止泻。予四神丸,以肉豆蔻、吴茱萸温中散寒,补骨脂温补肾阳等。

3 特色疗法

丁老临床治疗本病多遵循阶段性序贯疗法的个体化论治思想,同时强调结合外治即保留灌肠。

3.1 序贯治疗 序贯治疗又称“转换治疗”,是20世纪80年代由美国和欧洲学者提出的一种新的治疗方法,指使用药物治疗疾病时,初期采用胃肠外给药(静脉注射)2~3天,待临床症状基本稳定,病情改善后,改为口服药物治疗,也就是治疗疾病注重时机的问题。而溃疡性结肠炎的序贯治疗因疾病分活动期和缓解期,或者活动期缓解期交替出现,不同时期病机不同,因而治疗侧重点不同。

患者处于活动期时,先治标,后治本,缓解期则标本同治。活动期湿热内蕴肠腑,气滞血瘀,肉腐血败,以实证为主,治以清肠化湿、调气活血、生肌敛疮;缓解期脾肾两虚,肺气失调,大肠不固,湿热留恋,属于虚实夹杂证,以正虚邪恋,运化失健为主,治以健脾助运,佐以清肠化湿,同时参以补肾调肺、敛疮生肌。

3.1.1 活动期证治特点 活动期多以大肠湿热蕴结为主,临床常用清热、利湿、止血、止泻法治疗,但须注意:(1)若症见黏液血便白多赤少或纯为黏液等湿邪明显者,宜化湿运脾、消积导滞;(2)若寒热错杂,见腹痛绵绵、下痢稀薄夹有黏冻、胃脘灼热、烦渴、四肢不温者,宜清热化湿、温中补虚;(3)临证应用时应宗刘河间“调气则后重自除,行血则便脓自愈”之训,参入调气行血之品,同时兼顾脾胃之气以免苦寒伤胃。

3.1.2 缓解期证治特点 溃疡性结肠炎后期,久病伤阴,脾肾两虚,需补脾益肾,固护二本,同时须注意以下几点:(1)补脾勿忘行滞,健脾利湿方中配以厚朴、枳壳等理气行滞之品,寓消于补,补不碍滞。(2)若脾虚不运,气滞湿阻,饮食不化致湿浊停聚,而见苔腻,应在补虚基础上加用芳香化湿之品,如藿、佩、砂、蔻等。(3)久病伤及阳气,阳虚致寒,温阳的桂、附勿大量,对脾肾阳虚者常用少量附子、肉桂,虽大辛大热,但少用则助阳而不伤阴,用之能温阳暖中,逐寒除湿。尤其对病史较长者,非桂、附不能温其阳,逐其寒,祛其湿。(4)温肾勿忘固肠,久泻则清气下陷,肾阳渐衰,下关不固,补剂中加五味子、诃子、乌梅等止泻涩肠。(5)应注意攻补兼施,以补为主,益气升清、温阳固涩是其主力,酌情考虑木能克土、风能胜湿之意,参用祛风除湿之品如防风、荆芥炭、桂枝、柴胡、葛根、升麻等,以宣通阳气,胜湿散邪。同时对于内有余邪留滞者,宜兼清余邪,以达扶正祛邪、邪去正安的治疗目的。

3.2 外治——保留灌肠 《理渝骈文》:“外治之理,即内治之理,外治之药,即内治之药,所异者法耳。”中医外治法亦以中医学整体观念和辨证论治思想原则为指导,审证求因,审因论治,运用各种不同的方法将药物或手法、器具等施于皮肤、孔窍、腧穴等部位,发挥疏通经络、解毒化瘀等作用,使失去平衡的脏腑阴阳得以重新调整和改善,从而促进机体功能的恢复,以达病愈之目的。

中医外治法治疗溃疡性结肠炎的临床和实验

研究客观上完善了中医学的内涵,为寻求治疗溃疡性结肠炎的新法新药提供了思路、方法和实验依据,而丁泽民教授提出的保留灌肠法乃中医外治法创新之一。保留灌肠法治疗溃疡性结肠炎,一方面靶向治疗,直达病所,可使药物充分接触病灶,直接作用于肠壁,提高病变部位的血药浓度,使药物被迅速吸收,充分发挥药物的局部作用;另一方面,药物经肠道吸收后,大部分可绕过肝脏进入大循环,对全身发挥治疗作用;再一方面,亦可避免或减少消化液、消化酶等对药物的影响和破坏,减轻药物对胃肠道的刺激及口服中药的苦涩感,有着传统口服给药无法比拟的优势。保留灌肠可作为联合治疗的有效方法之一,起内外并举,局部与整体兼顾的作用,针对明确,减少了全身的副作用,并提高了疗效^[6-7]。

在保留灌肠治疗方面,丁老基于溃疡性结肠炎患者肠腑“内疡”理论学说,创新性提出局部从“瘀”论治的辨证思想,并做出了三个方面的创新:(1)创制中药制剂——溃结灌肠液。主要药物组成有金银花、地榆、三七、白芍、川芎、槐花、炒白术、延胡索、乳香、没药、五灵脂、珍珠、白及等,具有清热利湿、行气活血祛瘀、消肿止痛、祛腐生肌等作用。(2)提出气药灌肠理念。丁老基于传统保留灌肠技术基础,首创性提出了气药灌肠的概念,采用适当的气压药液将药物均匀地输布到整个结肠黏膜表面和病灶部位,提高药效,尤其对高位结肠病变疗效显著。(3)研制出气药灌肠仪,具有微处理器控制,PID调节方式,工作压力、工作时间和加热温度自主设定功能。该仪器在配制气压药液的同时对药液的温度、剂量和输入时间可以控制,使治疗更加规范、科学。仪器操作简便、安全,患者无特殊不适感,同时也减轻了医护人员的工作强度,提高了工作效率^[8]。

在保留灌肠时可根据病变部位,选择合适体位,病位在直肠、乙状结肠和左半结肠,取左侧卧位,广泛结肠和全结肠,取左侧卧位 15min→膝胸位 15min→右侧卧位 15min,可使药液在肠道内保留较长时间。

4 验案举隅

案 1.王某某,男,26岁。2007年3月17日初诊。

腹痛伴黏液脓血便半年,加重1周。患者半年来反复发作腹痛隐隐,大便次数增多及黏液脓血便,自服蒙脱石散、甲硝唑或氧氟沙星等药物,疗

效不显。日行大便 2~3 次,多则十余次,质稀不成形,夹有黏液及血丝。自诉 1 周前因饮食不洁后突然出现腹部疼痛明显,大便日行 5~8 次,以黏液脓血便为主,自服药物后相关症状未见明显好转。肠镜检查示:溃疡性结肠炎。查体:神清,精神萎靡,面色萎黄,神疲倦怠,形体消瘦,舌质淡红,边有齿痕,苔白腻,脉细弱。腹软,左下腹压痛明显,肝脾肋下未及。诊断为溃疡性结肠炎,慢性复发型、中度、活动期、直乙状结肠病变。证属脾虚湿蕴证。治则:温脾益气,化湿止泻。予参苓白术散加减,处方:

炙黄芪 20g,淮山药 20g,党参 15g,炒白术 10g,炒苡仁 30g,茯苓 15g,白及 6g,白芷 10g,炒白芍 10g,泽泻 15g,木香 10g,黄连 3g,地榆 10g,补骨脂 10g,吴茱萸 9g,炙甘草 5g。水煎,日 1 剂,分 2 次服。

中药保留灌肠治疗,予溃结灌肠液 100mL,39℃左右,患者左侧卧位,经肛导入结肠内。

二诊(2007年4月1日):治疗2周后,患者腹泻症状减轻,大便日 3~4 次,质偏稀,时有成形,黏液少许,肉眼未见出血,但复查粪便隐血均为阳性,腹部仍有隐痛时作,时有头晕,神疲乏力,舌淡苔白,脉细弱。辨为脾虚失健、气血不足,予以调和气血、健脾止泻。处方:淮山药 20g,炙黄芪 20g,茯苓 15g,党参 20g,谷麦芽(各)10g,焦楂曲(各)10g,炒白术 15g,炒白芍 20g,炒当归 10g,陈皮 10g,砂仁 10g,木香 8g,熟地黄 5g,川芎 5g,泽泻 10g,白及 10g,延胡索 15g,炙甘草 3g。水煎,日 1 剂,分 2 次服。

三诊(2007年4月16日):治疗2周后,大便日行 1~2 次,成形,质地可,未见黏液脓血便,腹痛较前明显好转。继续服用二诊方 2 周,并配合隔日 1 次保留灌肠 1 月,病情平稳,维持缓解,并嘱其调饮食,慎起居,避寒暑。

按:本案系溃疡性结肠炎脾虚湿盛证,脾主运化,为后天之本,脾虚则水湿不运,湿蕴于内,下注肠腑,则下利。方中茯苓、白术、党参、炙甘草为四君,健脾益气、补益中焦,以行水湿;淮山药、黄芪归脾、肺经,山药补益脾肺,黄芪补气行水,二者共助四君子补后天之本,且肺主治节,通调水道,黄芪助肺气肃降,水道通调,则利水湿;薏苡仁、茯苓均利湿以治标;白及、地榆止大肠之下血;补骨脂、吴茱萸温脾肾;木香、黄连行气导滞、清热利湿止泻等,以使大队补益药补而不滞。诸药合用,共奏健脾益气、利湿止泻之功。二诊患者仍有腹部隐隐疼痛不

绝,故加大芍药之量并加用延胡索,且宗河间之“调血则便脓自愈,理气则后重自除”的治病思想,大量使用当归、川芎、白芍以及陈皮、砂仁、木香等调血理气之品,疗效明显。

案2.张某某,女,32岁。2006年5月20日初诊。

腹泻黏液脓血便10日。患者自述大便日行4~7次,为黏液脓血便,便前伴有明显腹痛,便后腹痛稍减轻,但肛门坠胀感明显,时有腹胀。舌质红、苔黄腻,脉滑数。肠镜检查示:溃疡性结肠炎,初发型、中度、活动期、左半结肠。辨证:大肠湿热证。治则:清热化湿止泻。方以白头翁汤加减,处方:

金银花15g,防风炭15g,马齿苋20g,川连3g,木香10g,陈皮10g,炒地榆15g,炒槐花10g,炒当归10g,赤白芍(各)15g,延胡索10g,紫草15g,薏苡仁20g,车前子10g,炙甘草5g。水煎,日1剂,分2次口服。

中药保留灌肠,予溃结灌肠液100mL,39℃左右,患者左侧卧位,经肛导入结肠内。

二诊(2006年6月1日):治疗10日后,患者腹泻症状明显减轻,大便日行2~3次,偶有成形,带有脓血,腹痛时有发作,伴有神疲乏力懒言,舌质红、苔黄,脉滑。处方:炙黄芪15g,防风炭15g,马齿苋10g,陈皮10g,木香10g,炒地榆20g,炒槐花10g,炒当归10g,赤白芍(各)15g,延胡索10g,薏苡仁20g,车前子10g,山药15g,党参15g,茯苓15g,炒白术15g,炮姜10g,炙甘草5g。水煎,日1剂,分2次口服。中药灌肠法同初诊。

三诊(2006年6月11日):治疗10日后,腹部隐痛明显缓解,大便日行1~2次,成形,质地可,未见黏液脓血便,患者未再口服,仅予以每日保留灌肠1月,维持缓解未再发。

按:本案系溃疡性结肠炎大肠湿热证。丁老以序贯治疗为主要方案,急性期以大肠湿热蕴结为主,故临床常用清热、利湿、止血、止泻法治疗。方中地榆、槐花归肝、大肠经,二者相须为用,清泄大肠之火而凉血止血;金银花、马齿苋清热解毒、凉血止血;黄连清热燥湿止泻;防风胜湿以止泻止痛;薏苡仁归脾经,健脾渗湿,清热排脓;芍药缓急止痛;延胡索行气止痛;归、芍调血;木香等理气。诸药清热化湿止泻,减黏液,凉血排脓止血,行气祛后重止痛。后期予以健脾益气、祛湿止泻,初诊方减清热之剂,加党参、茯苓、炒白术、黄芪等益气健脾助运化,添炒白术、炮姜达“温药以化湿”之功,则脓血止,腹

痛消,泄泻停,诸症愈。

5 结语

丁老不仅在临床诊治本病方面勤求古训、继承创新,提出一系列治疗本病的方法、方药以及相关创新治疗技术,而且带领其团队积极进行中医药治疗溃疡性结肠炎的科学研究。基于对溃疡性结肠炎病因病机的深入研究,研制出中药制剂——溃结灌肠液,同时配合中医外治方法,在灌肠的基础上进行了进一步改良,发明了气药灌肠,从而将药液均匀地输布到整个结肠的黏膜表面和病灶部位,提高药效。现在公认肠道菌群失调是溃疡性结肠炎病因之一,我们将继续继承丁老思想,从肠道微生态等角度探讨本病治疗的相关方案,并借以PCR-DGGE、454短标签测序等多种先进的微生物分子生态学技术探索气药灌肠治疗溃疡性结肠炎的治疗机制。

参考文献

- [1] Conrad K, Roggenbuck D, Laass MW. Diagnosis and classification of ulcerative colitis. *Autoimmun Rev*, 2014, 13: 463
- [2] Laass MW, Roggenbuck D, Conrad K. Diagnosis and classification of Crohn's disease. *Autoimmun Rev*, 2014, 13: 467
- [3] Zeng Z, Zhu Z, Yang Y, et al. Incidence and clinical characteristics of inflammatory bowel disease in a developed region of Guangdong Province, China: a prospective population-based study. *J Gastroenterol Hepatol*, 2013, 28: 1148
- [4] 罗红, 余九峰, 冯春兵, 等. 溃疡性结肠炎的中医治疗进展. *广西中医药*, 2014, 37(4): 5
- [5] 任彦, 柯晓, 黄美娜, 等. 溃疡性结肠炎中医证素特点及规律的研究. *中医临床研究*, 2013, 5(21): 1
- [6] 杨旭, 张苏闽, 刘犛, 等. 溃疡性结肠炎的气药灌肠疗法. *世界中西医结合杂志*, 2011, 6(11): 983
- [7] 杨旭, 张苏闽. 溃疡性结肠炎的中医药外治研究进展. *中医药导报*, 2011, 17(2): 91
- [8] 杨旭, 张苏闽. 张苏闽教授气药保留灌肠法经验总结. *辽宁中医药大学学报*, 2011, 13(4): 105

第一作者:张苏闽(1957—),男,本科学历,主任医师,二级教授,从事炎症性肠病方向的研究。

通讯作者:明兰,硕士研究生。1269456020@qq.com

收稿日期:2014-12-20

编辑:吴宁