

邵荣世运用和络护膜法治疗溃疡性结肠炎的经验

孙 蓓

(南京中医药大学附属南通市中医院, 江苏南通 226001)

摘 要 溃疡性结肠炎(UC)是一种原因不明的直肠和结肠弥漫性非特异性炎症疾病,病变主要在大肠黏膜和黏膜下层。邵荣世教授认为,本病病机为脾虚失运,邪滞于肠,致气机不畅,血行瘀滞,气血凝结,肉腐血败,肠腑脂膜血络受损,而成内疡。对本病的治疗应在辨证论治的基础上,合理配合运用和络护膜法,口服中药同时根据证型配合中药灌肠,获得很好的疗效。

关键词 溃疡性结肠炎 中医病机 和络护膜法 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)07-0024-03

溃疡性结肠炎(ulcerative colitis, UC)是一种原因不明的直肠和结肠炎性疾病,病变主要在大肠黏膜和黏膜下层,为弥漫性非特异性炎症,可形成糜烂、溃疡^[1]。本病临床表现为腹泻、腹痛、黏液脓血便、里急后重等,并可出现严重的并发症,病程迁延,治愈难度大,易反复发作,且有癌变倾向,故被世界卫生组织列为现代难治病之一^[2]。邵荣世教授系全国名老中医,第三、四、五批全国老中医药专家学术经验继承工作指导老师,从事中医药治疗脾胃病数十年,擅用和络护膜法治疗溃疡性结肠炎,临床疗效显著,现将老师经验总结如下。

1 病因病机

溃疡性结肠炎可归属于中医学“痢疾”“泄泻”“滞下”“肠癖”“便血”等范畴。邵师认为,溃疡性结肠炎的病因为正气不足,感受外邪,饮食不节,内伤七情,导致胃肠纳运失职。正如隋代巢元方《诸病源候论》云:“凡痢皆由荣卫不足,肠胃虚弱,冷热之气乘虚入客于肠间,虚则泄,故为痢也。”其病机为脾虚失运,湿浊内生,湿热、寒湿、气滞、瘀血、疫毒、饮食积滞等邪滞于肠,与肠中气血搏结,大肠传导功能失司,气机不畅,通降无常,血行瘀滞,肉腐血败,肠腑脂膜血络受损,而成内疡。

2 和络护膜分四法

邵师认为,溃疡性结肠炎与慢性结肠炎、肠易激综合征等功能性疾病的不同之处在于结肠黏膜的糜烂、溃疡,可以理解为中医的肠腑脂膜血络受损。溃疡性结肠炎患者多先天禀赋不足,脾胃大肠功能失健,升清降浊的生理功能发生紊乱,邪自内生,或感受在外诸邪,壅滞于肠,最终的结果均导致气机不畅,血行瘀滞,气血凝结,肉腐血败,肠腑脂膜血络受损,而成内疡。邵师辨证与辨病相结合,提出运用和络护膜法

治疗溃疡性结肠炎。具体可分为如下四法:

2.1 调气行滞,和络止痛 脾主升清,胃主降浊,脾升胃降,调畅气机,故脾胃为人体气机升降之枢纽。又肝主疏泄,调畅气机,具有协调促进脾胃运化之功。本病气滞患者一则脾胃气滞,升降失司;二则肝郁气滞,木郁土壅。病机可归纳为邪壅肠中,气机不畅,气血不调,肠络阻滞,腑气通降不利,不通则痛。患者常有腹痛、腹胀、里急后重、情志不畅而诱发或加重等表现。张景岳云:“凡治痛之法,无论是火是食,皆当以行气为先。”刘河间指出:“调气则后重自除”,“里急后重闭者,大肠经气不宣通也,宜加槟榔、木香,宣通其气”。对于本病有腹痛、腹胀、里急后重等气滞表现的患者,在辨证治疗的基础上,可配合木香顺气散、柴胡疏肝散加减。邵师常用木香、槟榔、枳壳、制香附等药物。木香,《日华子本草》称其“治心腹一切气,霍乱泄泻痢疾,健脾消食”;槟榔,《本草纲目》云其“治泻痢后重,心腹诸痛,大小便气秘,痰气喘急”;枳壳,《本草纲目》称其“能利气,气通则痛刺止,气利则后重除”;香附,《本草纲目》言其“利三焦,解六郁,消饮食积聚,痰饮痞满,腑肿腹胀,脚气,止心腹肢体头目齿耳诸痛”,醋炙止痛力增强。另外,理气之品性多香燥,久用有耗气伤阴之弊,故用量不宜太大,或选用绿萼梅、香橼皮、佛手、玫瑰花等平和之品以缓图。

2.2 活血和络,化瘀止血 本病具有慢性、病程长、易复发的特点,叶天士云:“其初在经在气,其久入络入血”,所谓久病必瘀。邪壅大肠,传导失司,气血凝结,日久气滞血瘀损伤肠络而致内疡,患者出现脓血便、便血等表现。近年研究发现,溃疡性结肠炎患者血液呈高凝状态,并有发生血栓等并发症的可能,提示微血栓的形成可能是其重要的发病机制之

一。溃疡性结肠炎患者血液的浓稠性、聚集性、黏滞性增高,肠黏膜血液灌流量减少,肠黏膜细胞缺血、缺氧致变性坏死,引起肠黏膜组织损伤。血液的高黏滞状态使肠黏膜毛细血管闭塞,血液沉积、瘀滞,进而微小血栓形成,肠黏膜组织坏死,形成溃疡^[3]。故本病符合中医血瘀证的微观病理变化。由于本病为瘀血与出血并存,故患者出现脓血便、便血等表现时,在辨证治疗的基础上,可配合化血丹、失笑散加减。邵师喜用三七、蒲黄、焦山楂、制大黄等药物,以冀祛瘀不引起出血,止血不留瘀血。诚如刘河间所云:“行血则便脓自愈。”三七,《本草求真》云其“气味苦温,能于血分化其瘀血”,《本草新编》称其“止血之神药也”;蒲黄,《本草汇言》曰其“血之滞者可行,血之行者可止”;焦山楂能活血散瘀,消积止痢,故《本草图经》言其可治痢疾;制大黄有泻火破积、行瘀止血、祛瘀生新之功。

2.3 凉血祛瘀,和络止痢 对于本病急性期或初期,脓血便因热,瘀热明显者,症见下痢赤白、腹痛、身热、小便短赤等,病机关键是瘀热阻络,迫血妄行,可选槐花散、槐角丸加减。邵师喜用地榆、槐花、丹皮、赤芍等药物以期清瘀热,防出血。药理研究表明此类药物可增强毛细血管抵抗力,改善血管脆性。地榆,《本草正》云其“味苦微涩,性寒而降,既消且涩,故能治吐血、衄血,清火明目,治肠风血痢”;槐花,《药品化义》云其“味苦,苦能直下,且味厚而沉,主清肠红下血”,与地榆合用,共奏凉血止血、涩肠止痢之功;丹皮,《神农本草经》称其能“除坚癥瘀血留舍肠胃,安五脏,疗痢疮”;赤芍,行瘀、止痛、凉血、消肿,善除营血分郁热且能散血中之瘀,有凉血泄热散瘀的作用,常用治一切血热、血瘀之证,《本草求真》称其“能凉血逐瘀”,与丹皮合用,凉血止血,活血祛瘀之功著。

2.4 护膜生肌,敛疮愈疡 溃疡性结肠炎以肠镜下肠黏膜糜烂、溃疡、脓苔等为主要表现,其病机为肉腐血败,肠腑脂膜血络受损。邵师根据患者镜下表现,辨病用药,善用仙鹤草、煅花蕊石、白及、玉蝴蝶等药物护膜生肌,修复肠道黏膜损伤。仙鹤草有收敛止血、止痢、补虚之效,善治疗血痢久痢,《百草镜》谓其“下气活血,理百病,散痞满;跌打吐血,血崩,痢,肠风下血”;煅花蕊石为矿物类中药,善化瘀止血生肌,《本草经疏》云“花乳石,其功专于止血,能使血化为水”,“以酸敛之气,复能化瘀血,故敷金疮即合,仍不作脓也”;白及功专收敛止血,消肿生肌,《本草汇言》言其“止血、消痈之药也”;玉蝴蝶有保护黏膜的作用,兼有疏肝和胃之效,《本草纲目拾遗》云“凡痈毒不收口,以此贴之”。

3 内服灌肠相结合

邵师认为,本病为本虚标实、气血同病,宗《内

经》“疏其血气,令其调达”之旨,倡导调气行血、和络护膜法,在辨证治疗的基础上,加用此法,不仅有利于缓解患者腹痛、腹胀、里急后重、脓血便的症状,保护肠黏膜,对糜烂、溃疡、炎症的治疗有良好的作用,对控制病情的进一步发展和转化也有重要意义。内服治疗时,在辨证论治的基础上,合理配合运用和络护膜法贯穿治疗始终,达到事半功倍的效果。灌肠治疗时,对于发病部位在直肠及乙状结肠的患者,邵师喜用自创的本院特色制剂止血灵胶囊(药用三七、花蕊石、白及、制大黄等)灌肠使药物直达病所,有较好的抗炎、促进糜烂溃疡愈合的作用^[4],并在此基础上辨证用药。具体辨证分型如下:

3.1 大肠湿热证 症见腹痛,腹泻,大便不爽,夹有黏液或脓血,肛门灼热下坠,口苦口黏,舌质红、苔黄腻,脉濡或弦。内服方予煨葛根、黄芩、黄连、马齿苋、凤尾草、槟榔、制香附、地榆、槐花、仙鹤草、煅花蕊石、制大黄等,灌肠方予止血灵胶囊加黄连、槐花、海螵蛸、败酱草等。

3.2 寒湿蕴肠证 症见腹痛较著,大便日数行或十余行,质稀,夹有黏液,肠鸣,形寒怕冷,舌质淡红、苔白腻,脉沉细。内服方予炒苍术、厚朴、炮姜、防风、炒薏苡仁、小茴香、淡吴萸、陈皮、煨木香、制香附等,灌肠方予止血灵胶囊加薏苡仁、肉桂、艾叶等。

3.3 脾胃虚弱证 症见腹泻便溏,有黏液或少量脓血,食少纳差,肢体倦怠,腹胀肠鸣,舌质淡胖或有齿痕,苔薄白,脉细弱或濡缓。内服方予炒党参、炙黄芪、炒白术、茯苓、炒薏苡仁、煨木香、仙鹤草、白及等,灌肠方予止血灵胶囊加党参、黄芪、红花、仙鹤草等。

3.4 脾肾阳虚证 症见大便日数行,质稀烂,或完谷不化,黏液不显或少量白色黏液,肠鸣明显,饮食不慎或劳累后加重,腰膝酸软,舌质淡、苔薄白,脉细无力。内服方予炒党参、炒白术、茯苓、炮姜、补骨脂、淡吴萸、肉豆蔻、制附片、煨木香、防风、仙鹤草、白及、煅花蕊石等,灌肠方予止血灵胶囊加附子、仙灵脾、补骨脂等。

3.5 脾虚肝郁证 症见腹痛泄泻,大便夹黏,肠鸣,每因情志不畅而发,泻后痛减,苔薄白,脉弦。内服方予炒柴胡、炒白术、炒白芍、陈皮、防风、党参、炒薏苡仁、木瓜、香橼皮、香附、木香、枳壳、槟榔、玉蝴蝶等,灌肠方予止血灵胶囊加香附、川芎、枳壳、柴胡、芍药等。

4 病案举隅

王某,男,40岁。2014年5月20日初诊。

大便次多不成形夹有黏液脓血反复3年,查肠镜诊断为“溃疡性结肠炎”,曾予柳氮磺胺吡啶、泼尼松等治疗,症状时好时差。刻下:大便日4~5行,质稀,夹有黏液脓血,小腹疼痛作胀,肛门滞下感,口干苦,舌质红、苔黄腻,脉弦。辨证为湿热挟瘀互阻,损伤脂膜肠络。治拟清肠化湿,化瘀和络。处方:

刘永年辨治非重型再生障碍性贫血的经验

朱翔

(南京中医药大学第三附属医院, 江苏南京 210001)

指导: 刘永年

摘要 刘永年主任医师运用中医药辨治非重型再生障碍性贫血,以精气内夺为病机核心,脾肾为主要辨治方向,瘀血及热毒为主要动因;治疗采取辨证论治,同时结合现代医学的检查辨病审证用药,针对相应的检查异常在用药上有所侧重。

关键词 再生障碍性贫血 中医病机 辨证论治 名医经验

中图分类号 R259.565

文献标志码 A

文章编号 1672-397X(2015)07-0026-03

刘永年(1934-)主任医师,博士生导师,第二、三、四、五批全国名老中医药专家学术经验继承工作指导老师,国家级名中医工作室带头人,享受国务院特殊津贴。刘师从医60余年,致力于内科疑难病的治疗,积累了丰富的经验,主编专著6部,获得各级科技进步奖12项,培养学术继承人10人。

再生障碍性贫血是一类以骨髓三系减少为特征,出血,贫血,感染为主要临床表现的血液系统疾病。以往分为急性再障与慢性再障,目前规范称为重型再障与非重型再障,重型再障病情凶险,死亡率高,治疗以免疫抑制和骨髓移植为主,中医药参与相对空间较小。非重型再障病程较长,治疗以刺

激骨髓造血为主,中医药的参与度与疗效均较突出,中医临床研究也很活跃。刘师长年辨治内科疑难病,对许多疑难病都有独到的见解与思路。对非重型再障这种慢性虚损性疾病的病机分析与治疗思路有独特的观点。笔者作为国家级名老中医药专家学术经验继承人随刘师学习,获益匪浅,现将刘师对非重型再生障碍性贫血的诊治经验总结如下。

1 病因病机

1.1 虚损虚劳为核心 刘师认为虚损虚劳是非重型再障的核心病机,而这种虚损以精气内夺为关键。^[1]如《金匱要略·血痹虚劳病脉证并治》中就有:“男子脉虚沉弦,无寒热,短气,里急,小便不利,面

煨葛根 10g,淡子芩 10g,黄连 3g,甘草 3g,煨木香 10g,焦山楂 15g,制香附 10g,槟榔 5g,马齿苋 30g,制大黄 6g,参三七 3g,仙鹤草 30g,煨花蕊石 15g,槐花 15g。7剂,水煎服,日服1剂。

另用止血灵胶囊、黄芩、黄连、海螵蛸、槐花、败酱草灌肠。7剂,水煎灌肠,日1剂。

药进7剂,腹痛、肛门滞下感减轻,大便日二三次,黏液脓血减少,守方加减,治疗2月余而愈,3月后复查肠镜正常。

按:《丹溪心法》指出:“凡治痢疾,最当察虚实,辨寒热,此泻痢中最大关系。”《医宗必读》云:“至治法,须求何脏所伤,何脏受病,因于湿热者,去其湿热;因于积滞者,去其积滞;因于气者调之,因于血者和之;新感而实者,可以通因通用;久病而虚者,可以塞因塞用。”本例患者湿热内蕴,壅滞于肠,与肠中气血搏结,气滞失调,故见腹痛腹胀、肛门滞下感;气血瘀滞,肉腐血败,肠腑脂膜血络受损,化为

脓血,而为下痢赤白;积热熏蒸于上,则见口干苦。方中煨葛根、淡子芩、黄连、马齿苋清肠化湿止痢,煨木香、制香附、槟榔调气行滞和络,焦山楂、制大黄、参三七、仙鹤草、煨花蕊石、槐花化瘀护膜止痢,甘草调和诸药。灌肠方以和络护膜、清肠化湿为法。

参考文献

- [1] 陈灏珠.实用内科学.北京:人民卫生出版社,2006:1914
- [2] 何兴祥.循证消化病学.北京:清华大学出版社,2008:112
- [3] 沈洪.溃疡性结肠炎.南京:东南大学出版社,2012:57
- [4] 明顺华.止血灵胶囊灌肠治疗慢性非特异性溃疡性结肠炎78例.中医外治杂志,2003,12(5):24

第一作者:孙蓓(1977—),女,本科学历,副主任中医师,研究方向:脾胃病的中医药治疗。sunbei365@sina.com

收稿日期:2015-03-15

编辑:吴宁