

杜晓泉运用湿热伏邪理论辨治溃疡性结肠炎临床经验

郭 星 田 云 王延秋

(陕西中医药大学第一临床医学院, 陕西咸阳 712000)

指导: 杜晓泉

摘 要 杜晓泉教授擅长运用温病理论辨治溃疡性结肠炎, 临证提出“湿热伏邪”理论, 认为“湿热伏邪”具有郁热、耗阴、潜伏、缠绵的特点, 是导致溃疡性结肠炎病情反复的关键。杜教授针对溃疡性结肠炎“湿热内伏、脾胃虚弱”的病机特点, 确立透邪、除邪、扶正的治疗原则。急性期治以清透湿热, 佐以调气行血; 缓解期注重扶助正气, 治以健运脾胃, 酌情清利湿热; 并结合患者病情变化灵活化裁, 使湿热伏邪得以清解。附验案1则以佐证。

关键词 溃疡性结肠炎; 湿热内伏; 中医药疗法; 杜晓泉; 名医经验

中图分类号 R259.746.2 **文献标志码** A **文章编号** 1672-397X (2020) 08-0024-04

基金项目 陕西省重点研发计划项目 (2019SF-099); 陕西省第三届名中医传承工作室建设项目 (2019021)

溃疡性结肠炎 (ulcerative colitis, UC) 为消化系统常见的疾病, 以腹痛、腹泻、黏液脓血便为主要临床表现^[1]。本病具有发病率高, 病发因素多样, 病理机制复杂, 病情迁延反复等特征, 可发生于任何年龄, 在欧洲和北美等发达地区患病率较高。由于生活水平的提高和饮食习惯的改变, UC 在我国的发生率也逐渐升高。目前西医治疗 UC 主要是应用氨基水杨酸类、类固醇激素和免疫抑制剂等药物, 多以缓解症状为主, 但停药后症状易复发, 且迁延难愈, 长期使用有很多不良反应。中医治疗 UC 有其独特的优势, 以辨证论治为前提, 注重整体, 临床疗效明显, 且不良反应较少。

杜晓泉教授是陕西省名中医, 师承国家级名老中医沈舒文教授, 长期从事 UC 的相关理论和临床研究, 临证时对湿热型 UC 有独到的见解。她认为 UC 湿热证型临床常见, 发病具有易于诱发、反复发作、缠绵难愈等特点, 病机总为脾胃虚弱、湿热郁阻, 实质为湿热胶结, 潜伏于内, 致“湿热伏邪”, 每遇诱因则发。笔者有幸跟师学习, 现将其运用“湿热伏邪”理论辨治 UC 的经验介绍如下。

1 伏邪理论概述

《中医大辞典》^[2]中释义: “伏邪, 是指潜伏于体内而不会立即引起疾病的致病因素。”“伏”, 藏也, 常引申为“伏匿”, 在中医理论中常指的是虽然存在但未显示的现象。“邪”在中医泛指各种致病因素, 即不正之气。伏邪理论最早见于《黄帝内经》, 曰“冬

伤于寒, 春必病温”。又有《素问·温疟》指出温病“得之冬中于风寒, 寒气藏于骨髓之中, 至春则阳气大发……此病藏于肾, 其气先从内出之于外”。指出温疟的发病因于冬时感寒, 邪气伏藏, 至春复感外邪或逢正虚而发病。可见经典的伏邪内涵多指伏寒化温一类的温热病^[3]。后世伏邪理论得到延伸和扩展。清·刘吉人所著《伏邪新书》对伏邪有更深层次的认识, 认为伏邪包含三方面内容: 外病邪淫而不立即发病, 过后才发; 已经发作但未治愈者, 病情伏藏; 有初感但治疗不得当, 使得正气损伤, 邪气内陷, 一时假愈, 而后仍反复发作者。他还提出, 伏气包括伏燥、伏寒、伏风、伏湿、伏暑、伏热, 大大扩展了伏邪的范围。当代江顺奎^[4]认为伏邪发病, 总的为伺机而发病, 待时而发作。杜晓泉教授继承外感潜伏、逾时而发的“伏邪学说”, 结合 UC 患者反复发作、迁延难愈的特点, 认为 UC 反复发作的原因在于余邪未净, 潜藏于内, 遇诱因则发, 并对其进行拓展, 提出“湿热伏邪”理论, 为中医防治 UC 奠定了一定的理论基础。

2 UC 的发病特点以及与“湿热伏邪”的相关性

2.1 UC 的病因病机特点 中医认为 UC 的病因主要与嗜食肥甘厚味、先天禀赋不足、外邪侵袭、情志失常、劳逸失调等有关。周福生认为本病病因多因饮食失节, 或劳逸过度, 或情志内伤, 或素体脾胃亏虚, 起居失慎, 外加六淫侵犯, 难以驱邪外出, 从而引起脏腑功能失常^[5]。周正华认为湿邪侵犯为致病因素, 湿热蕴阻致疾病缠绵难愈^[6]。杜晓泉教授认为过分

安逸则气血流通不畅,过食肥甘则损伤脾胃,脾不运化,水食停滞,郁伏于中焦及下焦,久则化热。外邪引动,则表现出正气亏虚,湿热伏邪郁滞中下焦的症状。范恒强调UC发病的关键为湿、热、瘀,认为这三者所酿之伏邪是UC反复发作的重要因素,湿热为本病急性发作期的根本,而热、瘀为重要病机^[7]。杜晓泉教授认为UC的发病机制还与湿热伏邪潜藏的部位紧密相关。大小肠层面较深,气血流动缓慢,所以外来病邪侵袭机体后容易潜伏于此。有研究表明UC患者血液聚集性、黏滞性增高,血液流动速度减慢,肠黏膜血液灌注量减少,使肠黏膜细胞缺血而变性坏死,形成溃疡;毛细血管闭塞使血液瘀滞,微小血栓形成,使肠黏膜进一步受到损伤。以上为该病迁延难愈的重要病理机制,也是伏邪存在的有力证据^[8]。

2.2 UC之大肠湿热证 北宋医家朱肱在《活人书·伤寒下利》中云:“湿毒气盛则下利腹痛,大肠如脓血,或如烂肉汁也”,《类证治裁·痢症》云:“症由胃腑湿蒸热壅,致气血凝结……夹糟粕积滞,并入大小肠”,均指出湿热之邪为本病关键病机。据统计,在杜教授临诊的诸多UC患者中,辨证为大肠湿热型者十之八九。大肠湿热证的形成与体质也密切相关,《黄帝内经》曰“邪之所凑,其气必虚”,薛生白亦云:“太阴内伤,湿饮停聚,客邪再至,内外相引,故病湿热。”脾胃虚弱是湿热蕴阻的基础,外感湿热邪气是引发湿热证的重要病理因素。

2.3 UC与湿热伏邪 杜教授认为湿热伏邪不仅是UC的主要病理基础,并且贯穿了疾病始终。其认为湿热伏邪不同于一般的湿热证,湿热病邪通常停留于气分,流连三焦,而湿热伏邪稽留日久,由气入血,与血搏结,湿热酿毒挟癖,以致血络痹阻。UC复发/活动的关键在于湿热蕴肠,脂膜血络受伤,气血不调,大肠传导失司。湿为阴邪,其性重浊黏滞,湿与热合,热炽湿郁,充斥三焦。热入湿中,如蜜之黏滞,胶结不解。湿热伏藏,胶结于体内,难以清解,迁延难愈,成为“湿热伏邪”。湿重则阳微,热重则阴竭,致正气耗损,无力驱邪外出,使“湿热伏邪”潜藏于体内,每遇诱因而发。

3 运用“湿热伏邪”理论指导UC的治疗

大肠湿热证中,湿热蕴阻于肠道,肠道失司,表现为腹部疼痛、痢下赤白脓血、黏稠如胶冻、腥臭,或肛门烧灼、小便短赤,舌红、苔黄腻,脉数或滑数等。然而,湿热久伏,入血耗气伤阴,杜教授平日接诊的“湿热伏邪”患者常兼见食少神疲、心烦口干、少寐或不寐、舌质黯、脉细涩等。结肠镜提示:黏膜血管纹理模糊、紊乱或消失,黏膜充血、水肿、质脆,亦可见

黏膜粗糙,呈细颗粒状;病变处可见多发性、弥漫性溃疡或糜烂;可见结肠袋变浅、消失或变钝等^[9]。杜教授针对“湿热伏邪”的蕴热、耗阴、伤气、伏藏、迁延难愈等特点,兼顾正气与伏邪的关系,临证治疗“湿热内伏型”UC,确立治疗总则为透邪、祛邪、扶正,着重“扶助正气”,“一面泄热祛湿,一面调气活血”。

3.1 泄热祛湿,清透伏邪 内外合邪、湿热阻滞、气机失司是大肠湿热证的主要病机特点。湿热壅滞,久稽深伏,肠道运化失司,为“湿热伏邪”导致UC迁延反复的关键。杜教授提倡“泄热祛湿之法”,多选芍药汤、白头翁汤等方为基础,常用药物有黄芩、黄连、黄柏、白头翁、苦参、秦皮、大黄等。若以湿邪为重者,可加入广藿香、佩兰等行气化湿之品;若以热邪为重者,可于方中加入山栀、知母等清热泻火之品。此外,杜教授常在方中配生地、玄参、丹参等养阴凉营,竹叶、连翘等清解气热,薏苡仁等渗湿透热,使内伏营阴之湿热透达外出,以复肠道之气机。

3.2 调气活血,化瘀通络 杜教授认为湿热伏藏于体内,可致气机不畅,或灼伤脂络,阻滞肠道中气血运行,久则气滞血瘀肉腐,发为本病。因此,气滞血瘀不仅是本病的发病因素,也是本病的结果,故治疗上应遵循辨证论治的前提,将调气活血法贯穿治疗始终。杜教授临证常用:陈皮、木香、厚朴、川芎、丹参、地榆炭、赤芍、五灵脂、血竭等。现代药理学研究表明,调气活血中药能显著改善结肠黏膜病理异常:如木香能降低炎性细胞趋化,抑制局部炎症反应^[10];川芎可抑制血小板聚集,改善微循环^[11];丹参能够抑制炎症因子释放,降低血黏度,促进黏膜修复^[12];血竭能增强机体免疫功能,减轻瘀血所致的肠黏膜损伤^[13]。诸药合用,可明显减轻UC患者临床症状。此外,杜教授认为临床上还应根据症状的不同各有侧重:里急后重、痢下赤白清稀者,重用理气药;腹部疼痛,脓血黏稠者,重用活血药。正所谓“调气则后重自除,行血则便脓自愈”。

3.3 健脾益气,扶正祛邪 脾虚是湿热伏邪的前提和基础,也是诱发湿热伏邪反复发作的重要因素。《景岳全书·泄泻》云:“泄泻之本,无不由于脾胃。”因此,针对大肠湿热伏邪,当补益脾胃之气,脾气健则抗邪有力,助邪外达。杜教授临证常于清化、清解之品中配伍参苓白术散等方,益气健脾,渗湿止泻,常用药物有麸炒白术、党参、黄芪、茯苓、砂仁、薏苡仁、苍术等,其中茯苓、砂仁、苍术、薏苡仁等药物具有健脾化湿、和中醒脾的作用,正合本病多以湿热为患的病机特点,以期扶助正气,使邪有出路,体现了清化湿热、扶正托邪的总原则。

4 典型病例

张某,男,55岁。2019年9月9日初诊。

主诉:反复黏液血便伴大便次数增加10余天。现病史:患者于10 d前无明显诱因出现黏液血便,色暗红,量少,日解10余次,自觉肛门坠胀,左下腹隐痛不适,纳差,发热,最高体温达38.5℃,全身乏困无力,消瘦,口干口苦,夜寐差,小便量少,舌质红、边有齿痕、苔黄腻,脉滑数。既往史:2012年3月因“溃疡性结肠炎”于西安某三甲医院住院治疗,效不佳;2012年8月因“溃疡性结肠炎”于陕西中医药大学第一附属医院住院治疗,后恢复尚可。辅助检查:电子结肠镜示溃疡性结肠炎(重度)。西医诊断:溃疡性结肠炎(慢性复发性、广泛结肠、活动期重度)。中医诊断:久痢(脾胃虚弱,肠道气滞,湿热内伏)。予芍药汤加减,处方:

赤芍30 g,葛根30 g,炒薏苡仁30 g,马齿苋20 g,地榆炭15 g,麸炒白术15 g,黄连15 g,黄芩15 g,木香6 g,甘草6 g。7剂。每日1剂,水煎,早晚饭前30 min温服。

9月16日二诊:腹泻次数较前减少,每日5~6次,大便中仍夹杂暗红色脓血,自觉肛门坠胀感,口干口苦减轻,左下腹隐痛不适,未再发热,仍纳差,夜寐差,全身乏困无力,小便短赤,舌暗红、苔黄,脉滑数。上方去葛根、黄芩,加川芎15 g、丹参10 g、血竭5 g,7剂,煎服法同前。

9月23日三诊:腹泻次数减少,每日2~3次,大便中夹杂少量脓血,肛门坠胀感减轻,无明显口干口苦,左下腹无隐痛不适,仍纳差,乏困无力,夜寐差,小便量少,舌质红、苔微黄,脉滑。于上方加党参15 g、茯苓15 g、砂仁6 g、苍术10 g、炒神曲15 g,14剂,煎服法同前。

10月6日四诊:诸症皆明显好转,腹泻每日1~2次,无脓血,偶有腹痛,乏困无力减轻,余症消失,舌质红、苔薄黄,脉弦细。上方去赤芍、炒薏苡仁、马齿苋、地榆炭、血竭,7剂,煎服法同前,并嘱患者禁食辛辣刺激之品,避免劳累。后遵上方加减治疗2月,患者症状缓解,随访至今未有复发。

按语:本案杜教授在诊疗过程中,详细询问患者病史,结合中医舌脉象等,认为患者素体脾胃虚弱,湿热伏藏于大肠,平素嗜食辛辣刺激之品,引动伏邪,阻滞气机,瘀血内停,损伤肠络,故症见腹泻、便下脓血、肛门坠胀,结合患者舌质红、边有齿痕、苔黄腻,脉滑数,辨病为久痢,辨证为脾胃虚弱,肠道气滞,湿热内伏,紧扣湿热伏邪深伏肠络之病机,运用芍药汤加减。方中葛根、赤芍清热解

血止痢;马齿苋、地榆炭凉血止血;黄芩清热燥湿;炒白术补气健脾止泻;木香、黄连清热化湿,行气止痛;炒薏苡仁渗湿透热。全方清热燥湿兼调气行血,促使邪气外出。二诊,考虑患者病程较长,久病入络,瘀阻络伤,故于前方中加入川芎调畅气机,丹参、血竭活血祛瘀,使滞于肠络之瘀血得以化解。三诊,患者服前方后脓血减少,肛门坠胀感减轻,但仍觉乏力、纳差,杜教授认为患者久痢,其病理性质为本虚标实,病位在大肠,与脾、肝、肾、肺诸脏的功能失调相关,主要病机为湿热蕴肠、气血不调,则以清肠化湿为主,多重用血药,但始终把祛邪与扶正的辨证关系,将固护胃气贯穿于治疗的全过程。继续以调气活血、化瘀通络为大法,兼扶正益气,故加用党参、茯苓、砂仁、苍术、炒神曲,诸药合用,祛邪不伤正,顾护脾胃之气,扶正以使邪有出路。四诊,患者湿热伏邪透达外出,气畅血行,脾胃功能得以恢复,四肢得以濡养,诸症好转,故以益胃健脾、调气清热为大法,巩固治疗2月,患者未再复发。

5 结语

杜教授在临证中灵活运用“湿热伏邪”理论,针对湿热伏邪导致的慢性反复发作的UC,临证辨证选方,合理化裁,兼顾邪正,扶正以透邪,透邪以护正,从而扭转大肠湿热型UC向耗气伤阴、酿毒化瘀方面转化,体现中医“先安未受邪之地”,先证而治的原则。此外,杜教授嘱患者应养成良好的生活、饮食习惯,保持心情舒畅,方能取得良好的临床疗效。

参考文献

- [1] 缪志伟,叶柏.从瘀毒论治溃疡性结肠炎临证心得[J].江苏中医药,2019,51(11):44.
- [2] 李经纬.中医大辞典[M].北京:人民卫生出版社,2004:559.
- [3] 王玉,陈怀珍,赵漫丽.基于伏邪理论辨治缺血性脑卒中研究[J].山东中医药大学学报,2019,43(3):246.
- [4] 江顺奎.浅论伏邪理论中邪气伏匿的机理[J].中华中医药杂志,2005,20(3):140.
- [5] 马普伟,周福生.周福生名老中医辨证论治溃疡性结肠炎经验[J].中医临床研究,2017,9(28):49.
- [6] 冀建斌.周正华从痢疾论治溃疡性结肠炎经验介绍[J].新中医,2017,49(12):210.
- [7] 张佳,南真,唐庆,等.范恒教授治疗溃疡性结肠炎经验[J].中西医结合研究,2017,9(1):45.
- [8] 董时洁,马含夕,袁捷.溃疡性结肠炎与凝血功能异常[J].临床荟萃,2013,28(4):464.
- [9] 郑素梅,张艳国,张艳红,等.中西医结合治疗慢性非特异

“健脾利湿通络方”联合西药治疗脾虚肾络瘀阻型特发性膜性肾病 36 例临床研究

多慧玲 魏华娟 梁燕 吴笛 赵扬

(石家庄市中医院,河北石家庄 050021)

摘要 目的:观察自拟健脾利湿通络方联合盐酸贝那普利片治疗脾虚肾络瘀阻型特发性膜性肾病患者的临床疗效。方法:72例脾虚肾络瘀阻型特发性膜性肾病患者随机分为治疗组和对照组,每组36例。对照组予口服盐酸贝那普利片治疗,治疗组在对照组治疗的基础上加用健脾利湿通络方,2组疗程均为12周。观察并比较2组患者治疗前与治疗第1、3、6、12周时24 h尿蛋白定量,治疗前后血清白蛋白、肌酐、甘油三酯、胆固醇水平及血清M型磷脂酶A2受体(PLA2R)抗体阳性率和中医证候积分变化情况,并评估临床疗效。结果:治疗组治疗第6、12周24 h尿蛋白定量较治疗前明显降低($P<0.05$),且明显低于对照组($P<0.05$);对照组治疗第12周24 h尿蛋白定量较治疗前明显降低($P<0.05$)。2组患者治疗后甘油三酯水平、胆固醇水平、血清PLA2R抗体阳性率及中医证候积分均较治疗前明显降低($P<0.05$),血清白蛋白水平明显升高($P<0.05$);治疗组治疗后血清白蛋白水平明显高于对照组($P<0.05$),血清PLA2R抗体阳性率及中医证候积分明显低于对照组($P<0.05$)。治疗组总有效率为88.89%,明显高于对照组的63.89%($P<0.05$)。结论:在常规西医治疗的基础上加用自拟健脾利湿通络方治疗脾虚肾络瘀阻型特发性膜性肾病能降低尿蛋白含量,调节血清学指标,减少肾脏损伤,改善症状,提高临床疗效。

关键词 特发性膜性肾病;脾虚肾络瘀阻;五苓散;补阳还五汤;清营汤;盐酸贝那普利片;血清M型磷脂酶A2受体抗体;尿蛋白

中图分类号 R592.05 **文献标志码** A **文章编号** 1672-397X(2020)08-0027-04

基金项目 河北省中医药管理局科研计划项目(2015201)

特发性膜性肾病(IMN)是最为常见的成人原发性肾病综合征的病理类型之一,该病的病理学特征为肾小球基底膜上皮细胞侧可见较多的免疫复合沉积,临床表现为蛋白尿、血尿、水肿、高脂血症等。IMN的病因病机尚未明确,可能与血清M型磷脂酶A2受体(PLA2R)抗体、1型血小板反应蛋白7A域(THSD7A)以及缺乏25-羟维生素D3[25-(OH)D3]等因素有关^[1-3]。西药治疗IMN主要选用糖皮质激素联合非免疫抑制剂^[4],盐酸贝那普利为治疗IMN常用的血管紧张素转化酶抑制剂^[5],但治疗效果不佳

且易出现肝功异常等不良反应。中医药治疗IMN已成为研究热点之一,且取得了令人满意的疗效。临床发现IMN患者多见脾肾阳虚兼血瘀湿热证,治宜健脾补肾利湿、清热活血通络。笔者以赵玉庸教授“肾络瘀阻”病机学说为指导^[6],拟“健脾利湿通络方”治疗脾虚肾络瘀阻型IMN,取得了较好的临床疗效,现将相关临床研究结果报道如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 选取2015年1月至2017年1月我院肾内科确诊IMN且辨证属“脾虚肾络瘀阻证”

性溃疡性结肠炎56例疗效观察[J].河北中医,2012,34(1):75.

[10] 毕夏.黄连木香配伍治疗溃疡性结肠炎临床疗效及机制研究[J].辽宁中医药大学学报,2019,21(5):187.

[11] 孔德平,吴颖,汤倩,等.当归-川芎配伍对急性血瘀证大鼠血液流变学的影响[J].江苏中医药,2014,46(12):85.

[12] 陈振东,裴凤华,陈立杰,等.丹参及丹参提取物治疗溃疡性结肠炎机制研究进展[J].临床消化病杂志,2017,29(1):61.

[13] 王芮,杜晓泉.从血瘀角度浅谈血竭治疗慢性非特异性溃疡性结肠炎经验[J].河北中医,2017,39(9):1398.

第一作者:郭星(1995—),女,硕士研究生,研究方向为中医诊疗脾胃病。

通讯作者:杜晓泉,医学硕士,主任医师,教授。duxiaoquan1997@163.com

收稿日期:2020-01-29

编辑:傅如海