

葛惠男辨治溃疡性结肠炎之经验

余荣荣

(南京中医药大学附属苏州市中医医院, 江苏苏州 215000)

指导: 葛惠男

摘要 葛惠男教授认为溃疡性结肠炎临床上以脾虚肝旺证型最为多见, 其次为脾阳不足、湿滞肠阻型, 主要治疗原则为健脾疏肝理气、温中健脾化湿, 佐以活血通络。验之临床, 疗效满意。附验案2则以佐证。

关键词 溃疡性结肠炎; 中医药疗法; 葛惠男

中图分类号 R259.746.2 **文献标志码** A **文章编号** 1672-397X (2020) 09-0016-03

溃疡性结肠炎 (ulcerative colitis, UC) 是一种以结肠黏膜连续性、弥漫性炎症改变为特点的慢性非特异性肠道炎症性疾病^[1]。多由遗传背景与环境因素相互作用而产生, 呈慢性的炎性反应状态, 病变呈连续性, 可累及直肠、结肠的不同部位, 具体病因尚不明确, 临床以发作、缓解、复发交替为特点, 常迁延不愈, 甚至发生癌变, 被世界卫生组织列为疑难病^[2]。西医在治疗上以抗炎药物 (5-氨基水杨酸和糖皮质激素) 和免疫抑制剂 (硫唑嘌呤、甲基嘌呤和环孢霉素) 为主, 具有起效迅速、近期临床缓

解率高等优点, 但长期用药不良反应增多, 部分顽固性患者疗效不理想。吾师葛惠男教授乃吴门医派传承人, 笔者有幸拜师于葛教授门下学习, 收获颇丰, 现将葛教授辨治溃疡性结肠炎的临床经验介绍如下。

1 脾虚肝旺, 治宜健脾升阳、疏肝理气

中医古籍中无溃疡性结肠炎之病名, 鉴于该病患者多有腹泻、腹痛、黏液脓血便等临床表现, 葛教授根据其多年临证经验同时结合临床表现将本病归为中医学“泄泻”“痢疾”“肠癖”等范畴。葛教授

4 结语

邹老认为IgA肾病与肺脾肾三脏密切相关, 多从肺脾肾论治。咽喉与IgA肾病相关, 从咽辨治IgA肾病能减少病情波动, 缓解尿检异常。利咽分清热利咽和养阴利咽, 整个治疗过程利咽、调脾、治肾、补肺四法辨证综合运用。基础研究提示清利类中药在清热利湿的同时, 能够发挥抗炎、抗氧化等作用以保护肾脏细胞^[5]。今后, 我们将通过现代分子生物学技术阐明利咽中药治疗IgA肾病的机制, 以进一步促进中医药现代化, 更好地传承与发扬中医药。

参考文献

- [1] LI L S, LIU Z H. Epidemiologic data of renal diseases from a single unit in China: analysis based on 13, 519 renal biopsies[J]. Kidney Int, 2004, 66 (3): 920.
- [2] 周恩超, 王钢, 邹燕勤, 等. 尿血宁治疗IgA肾病热结咽喉证48例临床观察[J]. 国医论坛, 2002, 17 (3): 29.

- [3] 李珊珊, 张琦, 李鑫, 等. 冬凌草的化学成分研究[J]. 药学研究, 2019, 38 (4): 194.
- [4] 马征, 胡春生, 张莹莹. 冬凌草水提物治疗慢性咽炎的临床疗效及其安全性初步研究[J]. 中南大学学报 (医学版), 2011, 36 (2): 170.
- [5] LI W, HE W M, XIA P, et al. Total Extracts of Abelmoschus manihot L. Attenuates Adriamycin-Induced Renal Tubule Injury via Suppression of ROS-ERK1/2-Mediated NLRP3 Inflammasome Activation[J]. Front Pharmacol. 2019, 28 (10): 567.

第一作者: 高坤 (1979—), 男, 医学博士, 主任中医师, 硕士研究生导师, 主要从事中西医结合肾脏病的基础与临床研究。gaokunchn@163.com

收稿日期: 2020-02-06

编辑: 傅如海

认为本病虽病位在肠,然其发病之本在于脾虚。脾土不运,脾气不升,肝气郁结,土虚木贼,肝木横逆犯脾土则作泄泻。古有医家认为“泄泻之本,无不由于脾胃”^[3],吴澄在《不居集》^[4]也谈到“故凡察病者,必先察脾胃强弱”,故葛教授认为本病以脾虚脾气不升为关键,且临床上以脾虚肝旺者居多,“泻责之脾,痛责之肝;肝责之实,脾责之虚,脾虚肝实,故令痛泻”^[5]。葛教授指出,自古论脾者有“中土为四运之轴,上输心肺,下盖肝肾,外灌四旁,充养营卫,脾胃一健,则水谷充旺,可令五脏皆安”^[6]、“脾胃内伤,百病由生”等论述。然脾虚肝旺亦分主次之别,脾虚不升为主者以大便量多次频为特点,而肝旺为主者以腹痛作泻、大便量少为主。治宜升阳健脾、疏肝理气,自拟痛泻方加减。方药组成:炙升麻10 g、防风炭10 g、炒白芍10~15 g、炒白术(炒苍术)10~15 g、茯苓15~20 g、炒白扁豆10~15 g、炒薏苡仁15~30 g、黄连3~5 g、炮干姜3~5 g、煨木香6~10 g、地鳖虫10 g、干地龙20 g、炙甘草6 g。葛教授宗痛泻要方之义,易陈皮为升麻,意在健脾升阳疏肝气。临床化裁:若胃胀不适,身重,舌苔厚腻者改炒白术为炒苍术,加佩兰、藿香各10 g,以健脾化湿;若气机不畅、里急后重较明显者,“调气则后重自除”,故可加重行气之品,如改煨木香为生木香10 g,加槟榔10 g等;大便黏腻不畅或有黏液脓血者,“行血则便脓自愈”,可酌情加酒黄芩10 g、败酱草30 g、白头翁10 g、大血藤10~20 g、制乳香3 g等活血行气之品以清肠导滞,正如《要药分剂》云“赤白痢腹痛不止者,加入乳香无不效”;若脓血便泻下不止者,可酌情加入地榆炭10 g、石榴皮10 g、诃子肉10 g等涩肠止泻,《名医别录》曰“地榆,止脓血,恶疮”;若腹胀较甚者,加厚朴、大腹皮各10 g,砂仁5~10 g,行气消胀;腹痛较剧者,加延胡索20 g、川楝子10 g、生蒲黄10 g、五灵脂10 g、徐长卿20 g,以活血止痛;纳差,饮食不消,暖气频繁者,加炒麦芽30 g、焦六曲6~10 g、制鸡内金10 g,以消食和胃;久泻不止者,加炒乌梅、石榴皮、诃子肉各10 g,以涩肠止泻。余诸证用药化裁注重辨证与辨症,体现葛教授临证用药习惯以及注重药证合一,有是证则用是药。

2 脾阳不足,湿滞肠阻,治宜温中健脾化湿

溃疡性结肠炎,本病临床多为脾虚肝旺,湿滞肠阻,气血壅滞,日久损伤脾阳。湿滞为其发病重要因素。《素问·阴阳应象大论》云“风胜则动……湿胜则濡泻”,指出湿邪乃导致泄泻的直接原因。《杂

病源流犀烛·泄泻源流》云:“湿胜则飧泄,乃独由湿耳……是泄虽有风寒热虚之不同,而末有不源于湿也”,《医宗必读》中有“无湿不泄”,这些均在于强调湿邪在泄泻发病中的重要性,其他邪气如寒、热、风等,均需与湿邪合而为病发为泄。葛教授认为,湿邪会导致久泻、久痢的发生。湿邪既是病理因素,易阻滞气机影响脾胃升降运行,日久脾阳耗损;湿邪又是病理产物,脾阳虚损不运而湿邪内生,所以在温中健脾止泻的基础上,时刻注意清肠化湿,湿化则胃肠得以通降,脾气上升,气机调和,血循脉道。葛教授临床自拟温中健脾化湿方。方药组成:炙黄芪15~30 g、党参10 g、炒白术10 g、茯苓20 g、炒白芍15 g、生甘草5 g、姜炭5 g、肉桂3 g(后下),制附片5 g、防风炭10 g、诃子肉10 g、炒薏苡仁30 g、煨木香10 g、砂仁5 g。葛教授以《古今名医方论》中的“香砂六君子汤”为底方,旨在健脾理气,加入大剂量炙黄芪,加强原方健脾益气之功,脾健气升则泻可止,中焦枢纽作用方可恢复正常;再入姜炭、上肉桂、制附片合用可温补脾阳之虚损;炒薏苡仁、砂仁可健脾化湿行气,是治疗脾胃系统疾病之良药;防风炭、诃子肉、煨木香、炒白芍等共奏涩肠理气化湿之功。若患者畏寒怕冷厉害,手足不温者,可加花椒目3 g、菟丝子10 g、补骨脂10 g,以温肾助阳。

3 久病入络,治宜活血通络、消癥止痛

葛教授受益于吴门医派大家叶天士“久病入络”思想^[7],临证中治疗诸多脾胃疾病,除了顾护脾胃之本外,尤其重视络病学说。葛教授提出对于溃疡性结肠炎治疗亦是如此。本病临证除了重视从脾虚肝旺、阳虚湿滞肠阻论治外,还提倡活血通络止痛之法。《内经》言“血能载气,气能行血”,现肝气郁结不畅,脾胃中焦气机失调,升降失衡,则易导致气滞血瘀;另一方面,脾虚湿盛,湿阻气机,亦会导致气滞血瘀。且本病一般病程长,反复发作,符合“久病必瘀”“久痛入络”等理论。溃疡性结肠炎之始,虽系气分受病,然气分日久,未有不伤及血分者。对于溃疡性结肠炎,多是反复发作的慢性病,葛教授曾师从国医大师朱良春,故而临床中亦善用虫类药物攻克疑难杂病,如久病者或病及血分入络者,葛教授多用五灵脂、蒲黄、制乳香、土鳖虫、干地龙、蜣螂虫等活血化瘀、消癥止痛之品;病久,脾阳虚损累及肾阳者,宜采用温阳通络法,宜加制附片、鹿角霜、九香虫等。随证加减治之,效如桴鼓。

4 典型案例

案1.沈某某,男,52岁。2019年3月19日初诊。

主诉:腹泻,伴黏液脓血便,日行9次,腹痛,里急后重。无明显发热,食纳一般,舌苔厚腻,脉弦。患者有“溃疡性结肠炎”病史10年余,服用甲泼尼龙40 mg/d。中医诊断:痢疾;西医诊断:溃疡性结肠炎。辨证属肝脾不和,瘀热阻络。治宜疏运清热通络。方选自拟痛泻方。处方:

炙升麻10 g,防风炭10 g,炒白芍20 g,生甘草10 g,炒白术10 g,白扁豆10 g,炒薏苡仁30 g,败酱草30 g,茯苓20 g,黄连5 g,煨木香10 g,大血藤20 g,炮姜5 g,赤石脂10 g,诃子10 g,土鳖虫10 g,干地龙20 g,五灵脂10 g,蒲黄炭10 g,生黄芪30 g。14剂。日1剂,早晚温服。

4月2日二诊:腹泻次减,脓血量少,腹痛减轻,甲泼尼龙逐渐减量,每周减少4 mg。舌苔薄白腻,脉弦。邪热渐去,脾阳亏虚,治宜温脾通络,于上方去赤石脂、白扁豆、升麻,生黄芪加至45 g,加当归10 g、制附片6 g、鹿角霜10 g。继服14剂。

6月18日三诊:大便次减,黏液脓血便基本消失,便前偶有腹痛,舌苔薄白腻,脉弦。甲泼尼龙15 mg/d,二诊方加徐长卿10 g,继服14剂。

8月13日四诊:腹泻明显缓解,无便前腹痛,大便基本成形,日行3次。停药甲泼尼龙,续服前方,去徐长卿,制附片加至10 g,再服14剂。嘱患者注意清淡饮食,忌食辛辣刺激。

按:溃疡性结肠炎常迁延难愈,并依赖激素及免疫抑制剂。疾病早期往往以毒热内蕴为主,进而生瘀伤络,久则伤及脾肾之阳,形成寒热错杂的复杂病理状态。首先治以调和肝脾、清热通络,随着激素的减量,脾肾阳虚转化为主要矛盾,然后运用搜剔温阳通络之五灵脂、土鳖虫和制附片、鹿角霜,渐收其功。

案2.刘某,男,45岁。2019年9月18日初诊。

主诉:腹泻反复发作8年余。日行3~4次,稍进食生冷之品则腹泻加重,大便可见少许黏液,无脓血,无腹痛里急后重,平素怕冷,晨起口苦,纳食尚可,舌体胖大有齿痕、苔薄白,脉细弱。至外院脾胃科门诊就诊查电子肠镜诊断为“溃疡性结肠炎”,曾服用激素、肠道微生态制剂及中药(具体不详),症状缓解。近期病情反复遂来就诊。中医诊断:泄泻;西医诊断:溃疡性结肠炎。辨证属脾阳不足、湿滞肠阻。治宜温中健脾化湿。方选自拟温中健脾化湿方。处方:

炙黄芪20 g,党参10 g,炒白术10 g,茯苓

20 g,炒白芍15 g,生甘草5 g,姜炭5 g,肉桂(后下)3 g,制附片5 g,防风炭10 g,诃子肉10 g,炒薏苡仁30 g,煨木香10 g,砂仁5 g,黄连3 g,土鳖虫10 g,干地龙20 g。14剂。水煎,日1剂,早晚温服。嘱忌食油腻辛辣刺激难消化食物。

10月4日二诊:诸症较前稍缓,大便次数减少,2次/d,未见黏液,质稀,仍怕冷手脚凉,口苦消失,舌胖大、苔薄白,脉细。基于上方,去黄连,炙黄芪加至30 g,加九香虫3 g,继续服用14剂。

10月21日三诊:患者病情明显好转,大便日行1次,诸症减轻,上方加莲子10 g、芍药10 g,继续服用14剂。

按:初诊时结合患者症状及舌苔脉象,葛教授认为辨证属脾阳不足、湿滞肠阻。患者怕冷,稍进食生冷则作泻,病久暗耗脾阳,而致中阳不足。治以温中健脾化湿。选用温阳健脾及理气化湿之品,共奏温中阳、健脾气、化湿阻之功。患者病程有8年之久,考虑久病入络,故而配伍土鳖虫、干地龙、九香虫活血通络止痛,治疗同时嘱患者注意饮食调理,终收良效。

参考文献

- [1] 梁洁,周林,沙素梅,等.炎症性肠病诊断与治疗的共识意见(2012年·广州)溃疡性结肠炎诊断部分解读[J].胃肠病学,2012,17(12):712.
- [2] 麦尔哈巴·米吉提,王佳佳,迟莉,等.中医药治疗溃疡性结肠炎研究进展[J].时珍国医国药,2019,30(3):669.
- [3] 张介宾.景岳全书[M].北京:人民卫生出版社,2007:543.
- [4] 吴澄.不居集[M].北京:人民卫生出版社,1998:74.
- [5] 吴昆.医方考[M].北京:中国中医药出版社,1998:85.
- [6] 林涛.《脾胃论》之李东垣脾胃学说探讨[J].中医研究,2009,22(4):4.
- [7] 叶天士.临证指南医案[M].太原:山西科学技术出版社,2006:318.

第一作者:余荣荣(1994—),女,硕士研究生,研究方向为中医内科脾胃病学。

通讯作者:葛惠男,医学硕士,主任中医师,教授,博士研究生导师。szzyy88@163.com

修回日期:2020-04-28

编辑:傅如海

