

基于以平为期论治溃疡性结肠炎

刘欢¹ 白小雪² 李聚林¹

(1.山西省中医药研究院,山西太原030012;2.山西中医药大学研究生院,山西太原030024)

摘要 溃疡性结肠炎(UC)属于消化系统难治性疾病之一,严重影响患者生存质量。在以平为期理论指导下,我们认为UC的治疗目的在于使机体脏腑、气血、阴阳达到平衡状态,以求稳定病情,可长期维持缓解,并总结本病病机主要为脾胃虚弱、积滞壅肠、寒热错杂、脾肾阳虚,治以补脾升清、化积下滞、温清并用、温补脾肾等法使机体恢复平衡,治疗时辅以仙鹤草、白及、赤龙鳞三味UC经验用药,临床疗效满意。附验案1则以佐证。

关键词 以平为期;溃疡性结肠炎;辨证论治;中医药疗法

溃疡性结肠炎(ulcerative colitis, UC)为炎症性肠病(inflammatory bowel disease, IBD)的一种,临床表现为反复发作的腹泻、黏液脓血便、腹痛、里急后重,病程多在4~6周或以上。UC病变多从直肠开始,逆行向近端结肠发展,病变呈连续弥漫性,主要累及黏膜和黏膜下层。UC病程长,易复发,缠绵难愈,严重危害患者健康,并有癌变风险^[1]。现代医学治疗UC常用5-氨基水杨酸制剂、激素、免疫抑制剂、生物制剂等,但易复发,且长期使用副作用较大^[2]。近年来研究表明,中医药治疗UC具有改善症状、稳定病情、维持缓解、预防复发的明显优势^[3-5]。

针对UC病因繁多、病机复杂的特点,临床应以调和脏腑、气血、阴阳以恢复机体平衡为治疗目标。我们临床将以平为期作为UC治疗的指导原则,针对

不同证型,运用不同治法使机体恢复平衡,并加以特色专药,对临床治疗UC大有裨益,现总结如下。

1 以平为期理论溯源

《素问·平人氣象論》曰:“平人者,不病也”,提出平为健康之意。《素问·至真要大論》曰:“謹察陰陽所在而調之,以平為期,正者正治,反者反治”,提示平即平衡、平均之意。以平为期理论旨在从疾病的病机本质出发,协调臟腑關係,恢復陰陽和諧與平衡,以達健康狀態。《溫病條辨》曰:“治中焦如衡,非平不安”,闡釋了平衡是治療中焦疾病的核心要點。《東垣試效方·瀉痢腸澼論》曰:“大抵治病,當求其所因,細察何氣所剩,取相克之藥平之,隨其所利而利之,以平為期,此治之大法也。”由此可見,治療久痢、腸澼要把握以平為期,補不足、損有餘、調氣血、

参考文献

- [1] TAYLOR R S, WALKER S, SMART N A, et al. Impact of exercise rehabilitation on exercise capacity and quality-of-life in heart failure: individual participant meta-analysis[J]. J Am Coll Cardiol, 2019, 73 (12): 1430.
- [2] SKRZYPEK A, MOSTOWIK M, SZELIGA M, et al. Chronic heart failure in the elderly: still a current medical problem[J]. Folia Med Cracov, 2018, 58 (4): 47.
- [3] TANAI E, FRANTZ S. Pathophysiology of heart failure[J]. Compr Physiol, 2015, 6 (1): 187.
- [4] 佚名.素问[M].北京:中国医药科技出版社,1996.
- [5] 佚名.灵枢经[M].戴铭,金勇,员晓云,等,点校.南宁:广西科学技术出版社,2016.
- [6] 孙思邈.孙思邈医学全书[M].北京:中国中医药出版社,2009.

- [7] 王清任.医林改错[M].欧阳兵,张成博,点校.天津:天津科学技术出版社,1999:40.
- [8] 刘纯.刘纯医学全书[M].北京:中国中医药出版社,1999:515.
- [9] 黄元御.黄元御医学全书[M].北京:中国医药科技出版社,2016:305.
- [10] 张仲景.金匱要略[M].北京:中国医药科技出版社,1996:95.

第一作者:樊宇(1997—),女,硕士研究生在读,中医心血管病临床专业。

通讯作者:刘福明,医学博士,主任中医师,博士研究生导师。doctor.liufuming@outlook.com

收稿日期:2022-03-30

编辑:傅如海 蔡强

辨寒热,使正复邪去,脏腑功能恢复正常,气血阴阳调和,人体得以安泰。

2 谨守病因,明辨病机

根据UC临床症状表现,可将其归于中医学“久痢”“肠澼”“滞下”“休息痢”等范畴^[6]。本病病因有三:其一,外感时邪内侵肠道,气血与之搏结,而致脓血下痢,《杂病源流犀烛·泄泻源流》^[7]曰:“是泄虽有风寒热虚之不同,要未有不原于湿者也”,指出湿邪为重要发病因素;其二,饮食不节,恣食辛辣肥甘,或食不洁腐馊,湿热内生,壅滞肠道,发为下痢;其三,脏腑失和,脾虚运化不足,大肠传导失司,实邪滞于大肠,病久及肾失固。以上病因相互影响,发为UC。UC的基本病机为脾气虚弱,初期脾虚失运,湿、热、瘀等实邪积滞肠道,病理产物胶结难分,互为因果;随着病情发展,脾虚愈甚,进而形成寒热交错、虚实夹杂之证,病久不愈终致脾肾阳虚。其中,脾胃虚弱贯穿疾病始终,治疗时应谨守此病机。

3 辨证论治,以平为期

3.1 脾胃虚弱,补脾升清,虚则补之,升降复平 “邪之所凑,其气必虚”,邪气侵袭人体,是否发病的关键在于正气强弱。《景岳全书》曰:“泄泻之本,无不由于脾胃……以致脾胃受伤,则水反为湿,谷反为滞,精华之气不能输化,乃致合污下降,而泻痢作矣。”《脾胃论·肠澼下血论》曰:“今时值长夏,湿热大胜,正当客气胜而主气弱也,故肠澼之病甚。”脾胃虚弱为发病的关键。脾虚无力运化水湿,水湿停滞,发为泄泻;脾虚无力摄血,血溢脉外而致大便下血。日久水湿郁而化热,湿热气血搏结于大肠,损伤肠中血络,化腐成脓而致下痢赤白。

因此,健脾益气,恢复脾胃运化功能尤为重要。临证采用健脾益气、除湿止痢之法,使脾气得运,中焦气机升降恢复如常,方选参苓白术散加减。方中人参、白术、茯苓健脾除湿,寓四君子汤之意;扁豆、薏苡仁可加强止泻健脾之功;砂仁、桔梗一升一降,调畅气机之枢纽。若见脓血、便次甚,可酌情加入清热利湿、活血化瘀之品如黄柏、苍术、三七粉等。

恢复脾主运化功能的另一重要内容是恢复脾之升清功能。《素问·阴阳应象大论》曰:“清气在下,则生飧泄。”脾胃运化失权,升降降浊失常,故见泄下。李东垣应用升降浮沉理论,选用升阳之风药,而非淡渗利湿之品,谓之“用淡渗之剂以除之,病虽即已,是降之又降,是复益其阴,而重竭其阳气矣……反助其邪之谓也”。下者举之,故用小剂量柴胡、升麻之类,使脾胃阳气升腾,清浊分利,湿邪之胜,得以平之,而积聚之湿除矣。

3.2 积滞壅肠,化积下滞,客者除之,腑通以平 张杲认为病赤白下痢,或脓多血少,或脓少血多,皆为有积^[8]。《仁斋直指方》^[9]曰:“痢出于积滞”,说明积滞是导致黏液脓血便的主要因素。积滞为实邪,包括湿热、热毒、瘀血、气滞等。邪气壅于肠腑,气血搏结,大肠传导失司,脂膜血络受损,化为脓血以至痢下;又因气机不畅,腑气不通,可见腹痛,里急后重。积滞致病,首当化积下滞,损其有余。

UC发作期常见大肠湿热证,症见痢下脓血、身热不扬等,而刘河间提出的“行血则便脓自愈,调气则后重自除”之治痢常法仍沿用至今。发作期,邪实壅盛,湿热滞于大肠,需给邪以出路,予经典名方芍药汤以清热燥湿、泻下通腑,使湿热积滞随大便得泻。在祛除湿热的同时,投以炒地榆、炒槐花,此二药味苦性寒,归大肠经,苦降下行,可泻大肠血络之热达凉血止血之效。炒地榆酸涩,有收敛止血之功,还可解毒敛疮,治疗UC尤为适用。

暴下脓血,赤多白少,肛门灼热,口渴者,因其热毒之邪深陷血分,大伤血络,而致血痢。《时病论》治疗热痢采取清痢荡积法,以白头翁汤合葛根芩连汤加木香为底方。方中重用白头翁,凉血止痢解热毒;葛根既可清阳明经所受之热邪,又可升发脾阳而止泻运脾;黄连、黄柏为厚肠止利、清热燥湿之要药;秦皮解毒清热之余兼有收涩之效;木香辛苦降,入大肠经,行肠中积滞之气,止腹中疼痛,为治腹痛、里急后重之调气要药。诸药合用,使得肠中热毒速去,气机得通,下痢得减。

唐容川^[10]曰:“失血何根,瘀血即其根也,故凡复发者,其中多伏瘀血”,认为血瘀与出血关系密切。纵观UC疾病过程,瘀血既是因气滞而致的病理产物,也是导致下痢不止的病因之一。脾气虚,气机阻滞,邪气居于肠中,气血日久搏结,导致肉腐血败,内溃成疡;血为气之宅,血瘀亦致气机不畅。上述过程周而复始,病久不愈。在瘀血阻滞证中,瘀为关键,故强调行血的重要性,但活血化瘀药通利血脉、行散走窜,难免有耗血动血之弊,所以选用活血药时应慎之又慎,以防破血太过,伤及正气。对于实证以血瘀为主的UC,常用失笑散合血府逐瘀汤加刘寄奴、阿胶为底方。血府逐瘀汤活血化瘀、理气行滞,不离刘完素“调气行血”之大法;蒲黄、五灵脂化瘀止血、散积止痛;刘寄奴性温,既可醒脾开胃,又可散瘀止痛化积;少予阿胶补血止血,扶正以祛邪,祛邪而不伤正。诸药合用,共奏活血止血之效。

3.3 寒热错杂,温清并用,求其属也,阴阳乃平 《灵枢·五变》曰:“脾胃之间,寒温不次,邪气稍至,蓄

积留止,大聚乃起。”本病病因病机复杂,根本病机在于脾胃虚弱,脾胃为气机升降之枢纽,中焦失运,枢机不利,上下不能交泰,阴阳失于平衡,正邪交争,寒湿、湿热、热毒、瘀血等病理产物由此蓄积,发为下痢,病久迁延,形成寒热错杂、虚实夹杂之证。常见黏液脓血便,腹冷痛,喜温喜按,或倦怠乏力,或口干口苦,或纳差呕恶等。

《景岳全书》曰:“凡治痢疾,最当察虚实,辨寒热。此泻痢中最大关系。若四者不明,则杀人甚易也”,重点强调在痢疾的辨治过程中,首辨虚实、寒热的重要性。故治疗单纯用寒凉法或温补法尚不能切中病机。《灵枢·官能》曰:“寒与热争,能合而调之”,故应平调寒热,温清并用,随证灵活加减,达阴阳平衡、标本兼顾的目的。半夏泻心汤原为治因少阳证误下而出现的寒热错杂痞,《丹溪心法》曰:“痞者与否同,不通泰也”,痞为不通之意。因脾为太阴湿土,其气易虚,虚则受邪,中焦气机升降失常,气机壅滞而不通,各种病理产物相互胶结,形成寒热错杂之证。因此,此方用于寒热互结之久痢,亦有良效^[11]。半夏泻心汤创辛开苦降之先河,《内经》曰:“辛走气,辛以散之。散痞者,必以辛为助”,辛者,能散能行,可发散积于中焦之邪。方中半夏辛温,长于散结降逆,干姜辛热,善于温中散寒,二药性热升散,共奏温补脾气、散积消滞之功;黄连、黄芩清热泻火,苦寒沉降,共奏通降胃气之效。两组药物升降相因,斡旋中焦气机,使脾升胃降复常,气机得以通畅。人参、大枣、甘草培土益气,体现治病必求于本的理念。若口干、口苦者,加大黄连用量;若腹冷痛明显、痢下白多赤少者,予少量肉桂温行经脉,并加益智仁、补骨脂温脾止泻。

3.4 脾肾阳虚,温补脾肾,保扶阳气,虚实得平 肾为先天之本,脾为后天之本,二者相互资生促进。《医宗必读·痢疾》曰:“在脾者病浅,在肾者病深。肾为胃关,开窍于二阴,未有久痢而肾不损者。”病久缠绵,脾胃受损无力充养先天,肾气温煦作用减退,阳气衰惫,无法温煦脾阳,脾阳虚弱,寒湿凝滞,久踞不散,伤及脏腑阳气,则脾肾二脏阳气愈衰,故见久泻,夹有白冻或血便,形寒肢冷,腹痛隐隐,出现大便清稀、完谷不化甚至鸡鸣泻之脾肾阳虚证。

通过温脾暖肾,益火补土,培补先后天之阳气。在选方用药时须兼顾两脏,不可顾此失彼,常以四神丸合理中汤加减。方中重用补骨脂温补命门之火,《本草纲目》云其可治“肾泄”,《神农本草经疏·草部中品之下》言其“能暖水脏,阴中生阳,壮火益土”;肉豆蔻以补脾温中为主,又可涩肠止泻。二药相伍,共奏健脾补肾之效。吴茱萸入脾、肾二经,温暖脾

肾,助阳止泻;五味子涩肠止泻,收敛正气;党参补中益气,调和脾胃;白术既可健脾胃,又可燥脾湿;干姜大辛大热,培补中阳,温脾祛寒;甘草缓急止痛,与诸药相合,加强健脾益气之功。

UC缠绵难愈,黏液脓血便反复发作,医者常投以大队苦寒、辛散之品以达清热利湿、活血化瘀之效,长此以往,患者病体虚弱,不耐攻伐。又因久痢正气亏虚日久,在治疗脾肾阳虚证时,要防止正气进一步耗伤,故需兼顾敛涩,可加石榴皮以增强收敛涩肠之功。

4 经验用药

仙鹤草、白及、赤龙鳞为我们治疗UC之经验用药,此三味药专力宏,止痢敛溃,用之效佳。

辨证选用仙鹤草。本品又名脱力草,可收敛止痢,兼补虚强壮,适用于UC虚证,可敛正止痢,防止正气进一步耗伤。《滇南本草》^[12]载其用于日久赤白血痢,《百草镜》^[13]谓之可“下气活血,调理百病”。

根据UC分期选用白及、赤龙鳞。白及收敛止血、生肌敛疮,为外科疮疡常用药,UC患者内镜下可见黏膜组织溃疡特征,从疡论治正当其时。《问斋医案》^[14]曰:“痢成休息,有痼疽成漏之理,已故脓血主,经年累月不瘳。爰以《医话》赤松丸主之。”赤松丸的君药为赤松皮,即赤龙鳞,味苦性温,归肺、大肠经,祛风除湿,活血止血,敛疮生肌,功专止痢。根据UC缠绵难愈之特点推测其内疡难敛,故选二者以助其收敛。然疾病活动期内疡未有收敛之象,贸用白及、赤龙鳞有闭门留寇之弊,应待脓血便消失、实邪将去之时使用白及、赤龙鳞最宜,以助内疡愈合。

5 验案举隅

王某,男,58岁。2021年3月11日初诊。

主诉:腹泻1年伴黏液脓血便2个月。患者1年前出现便次增多,日行5次,未有脓血,查肠镜及活检示溃疡性结肠炎(直肠、乙状结肠),因症状轻微未予重视。2个月前出现黏液脓血便,日行5~6次,于当地医院复查肠镜示:溃疡性结肠炎(活动期,直肠、横结肠为主),病理示:横结肠黏膜慢性炎症伴重度活动性炎症及浅表溃疡形成。口服美沙拉秦肠溶片后症状虽有改善,但仍有黏液脓血便。刻下:便下脓血,血色淡、黏液少,日行3~4次,质稀,无腹痛,无里急后重,肛门未觉灼热,无口干、口苦,纳食尚可,夜寐安,舌淡红、苔薄白,脉沉弦。西医诊断:溃疡性结肠炎(活动期);中医诊断:久痢(脾肾阳虚兼血瘀证)。治以健脾温肾,活血止痢。方选理中汤合四神丸加减。处方:

党参10g,炒白术10g,茯苓30g,车前子30g,补骨脂10g,肉豆蔻10g,吴茱萸6g,五味子10g,仙

鹤草 30 g, 桔梗 6 g, 杏仁 10 g, 三七粉 6 g, 桃仁 10 g, 炒槐花 30 g, 地榆炭 30 g。7 剂。每日 1 剂, 水煎, 早晚温服。并嘱患者调畅情志, 忌辛辣刺激。

2021 年 3 月 18 日二诊: 患者大便日行 1 次, 黏液脓血便较前明显减轻, 咽干, 食后腹胀、暖气, 纳寐尚可, 舌淡、苔薄白, 脉弦。予初诊方去杏仁、桔梗, 加莱菔子 30 g、枳壳 20 g、黄芪 40 g、葛根 30 g, 7 剂。

2021 年 3 月 25 日三诊: 患者诉黏液脓血便基本消失, 大便日行 1 次, 质偏干, 排出不畅, 无腹胀、暖气, 舌淡红、苔白, 脉沉。予二诊方去葛根、枳壳, 莱菔子用量减至 10 g, 加莪术 30 g、焦槟榔 10 g、当归 10 g, 14 剂。

2021 年 4 月 8 日四诊: 患者大便日行 1 次, 质可, 未见赤白下痢, 余无明显不适。予三诊方加白及 10 g、赤龙鳞 30 g, 黄芪用量增至 50 g, 7 剂。

后患者规律就诊 2 次, 继服中药 14 剂, 均以四诊方随证加减, 未见病情反复。

3 个月后随访, 患者告知因疫情原因又在当地药房购药守四诊方服用 14 剂后停药, 至今未再复发。

按: 本案患者 1 年之内病变部位由直肠、乙状结肠弥漫至横结肠, 疾病发生进展。初诊时, 患者仍处于活动期, 虽有黏液脓血便, 大便日行 3~4 次, 但便血色淡, 黏液较少, 大便质稀, 并无里急后重、肛门灼热之感, 此为脾虚失运, 病程日久, 耗伤脾阳。又患者年近六旬, 先天渐衰, 后天充养无力, 而成脾肾阳虚之证, 湿邪阻滞大肠, 日久成瘀。因此, 针对患者病情, 结合病史, 予理中汤合四神丸加减。方中党参、炒白术、茯苓健脾益气; 车前子利湿, 寓“利小便所以实大便”之意; 患者泄泻日久, 脾肾之阳衰惫, 故用补骨脂扶命门之火衰, 肉豆蔻、吴茱萸温中止泻, 五味子固肾收涩; 其证属虚, 故用仙鹤草收敛止血, 补虚扶正; 桔梗意在排脓; 杏仁宣肺气, 通腑气; 三七粉、桃仁行肠中瘀血; 炒槐花、地榆炭止血。诸药相合, 共奏温脾补肾、活血行瘀之效, 以期达到脏腑平和协调。二诊时, 患者便次明显减少, 黏液脓血便减轻, 大肠腑气得通, 邪滞去其大半, 故去杏仁, 患者腹胀、暖气, 故去载药上行之桔梗而加下气宽中之莱菔子、枳壳, 加黄芪增强补气健脾之功, 加葛根升发脾阳。三诊时, 患者诉脓血便基本消失, 大便偏干, 无腹胀, 考虑中焦气滞已除, 脾阳复升, 故去葛根、枳壳; 谨守脾肾阳虚兼血瘀之病机, 加莪术、焦槟榔, 单用莪术破血之力稍缓, 少佐焦槟榔兼具助运消积、运脾通腑之功; 同时莱菔子用量减至 10 g, 防补气太过致气机壅滞; 加当归增强活血行瘀之力兼可养血。四诊时, 患者无明显不适, 未有黏液血便,

大便不干, 司外揣内, 考虑肠中内疡将收, 故加白及、赤龙鳞以助其敛疡。现代医家鲜有使用赤龙鳞, 然此药为治疗久痢之要药, 活血止痢与敛疮止痢并行。黄芪用量增至 50 g 以增益其健脾之力。诸药合用, 使患者正气得复, 气血充沛, 肠腑得以充养, 溃疡收敛, 进入缓解期, 一如平人。

参考文献

- [1] MAGRO F, GIONCHETTI P, ELIAKIM R, et al. Third European evidence-based consensus on diagnosis and management of ulcerative colitis, part 1: definitions, diagnosis, extra-intestinal manifestations, pregnancy, cancer surveillance, surgery, and ileo-anal pouch disorders[J]. J Crohns Colitis, 2017, 11 (6): 649.
- [2] 刘琼, 成哲, 陈广. 溃疡性结肠炎中医治疗进展[J]. 中国中医基础医学杂志, 2021, 27 (7): 1191.
- [3] 中国中西医结合学会消化系统疾病专业委员会. 溃疡性结肠炎中西医结合诊疗共识意见 (2017 年) [J]. 中国中西医结合消化杂志, 2018, 26 (2): 105.
- [4] 陈淑君, 潘慧, 常为伟, 等. 肠健平方治疗溃疡性结肠炎脾虚湿盛证临床研究[J]. 中国中医药信息杂志, 2022, 29 (4): 121.
- [5] 江海燕, 王新月, 王建云, 等. 解毒活血灌肠方联合中药口服治疗溃疡性结肠炎患者的临床研究[J]. 中华全科医学, 2021, 19 (11): 1925.
- [6] 甄建华, 黄光瑞. 溃疡性结肠炎中医病名、病因、病机的古今比较和回顾[J]. 环球中医药, 2019, 12 (8): 1286.
- [7] 沈金整. 杂病源流犀烛[M]. 李占永, 李晓林, 校注. 北京: 中国中医药出版社, 1994: 62.
- [8] 左黎黎. 基于古籍医家的痢疾源流探析[D]. 北京: 中国中医科学院, 2021.
- [9] 杨士瀛. 仁斋直指方论: 新校注杨仁斋医书[M]. 福州: 福建科学技术出版社, 1989: 44.
- [10] 唐容川. 血证论[M]. 上海: 上海人民出版社, 1997: 141.
- [11] 张博, 姜鑫. 半夏泻心汤加减联合灌肠方式治疗慢性溃疡性结肠炎的应用研究[J]. 辽宁中医杂志, 2018, 45 (4): 763.
- [12] 兰茂. 滇南本草-第一卷[M]. 云南省卫生厅, 整理. 昆明: 云南人民出版社, 1959: 156.
- [13] 赵学敏. 本草纲目拾遗[M]. 闫冰, 校注. 北京: 中国中医药出版社, 1998: 155.
- [14] 蒋宝素. 问斋医案: 点校本[M]. 黄初贵, 覃业姣, 点校. 北京: 人民卫生出版社, 1989: 14.

第一作者: 刘欢 (1996—), 女, 硕士研究生在读, 中医内科学专业。

通讯作者: 李聚林, 医学博士, 主任中医师, 硕士研究生导师. 136853828@qq.com

收稿日期: 2022-04-15

编辑: 吴宁 张硕秋