

刘启泉运用“化浊解毒理肠法”治疗溃疡性结肠炎 经验探析

顾丹丹¹ 王婧娴¹ 周晓娴¹ 吴春晓² 宋易华²

(1.河北中医学院研究生院,河北石家庄050200;2.河北中医学院第一附属医院,河北石家庄050011)

指导:刘启泉

摘要 溃疡性结肠炎(UC)是消化系统难治性疾病之一,其病程迁延,易反复发作。刘启泉教授认为UC病机关键为浊毒内蕴肠腑,提出以“化浊解毒理肠法”治疗UC。临证时应结合疾病分期,灵活运用清热除湿、振奋脾阳、调和气血、温阳滋肾、内外结合等方法以化浊毒,恢复肠道正常功能,同时应注意将宏观辨病与镜下微观辨证相结合,精准用药。刘教授创立了“兰茵凤扬化浊解毒方”作为治疗UC的基础方,随证加减,临床应用疗效颇佳。附验案1则以佐证。

关键词 溃疡性结肠炎;化浊;解毒;刘启泉;名医经验

基金项目 国家中医药管理局全国名中医传承工作室建设项目(国中医药办人教函〔2018〕119号)

溃疡性结肠炎(ulcerative colitis, UC)是一种病变分布在结肠黏膜和黏膜下层的非特异性炎症性疾病,常始于直肠及乙状结肠,可逐渐向近端结肠乃至全结肠进展^[1]。目前发病原因尚不明确,病情轻重不一,症见腹痛、腹泻、黏液脓血便及里急后重等,发作期与缓解期交替出现,内镜下特征性表现以结肠黏膜充血水肿、糜烂及溃疡形成为主,严重者可并发中毒性巨结肠、下消化道大出血、肠穿孔甚至癌变^[2]。根据UC的临床特点,可将其归于中医学“久痢”“痢疾”“泄泻”等范畴^[3]。目前西医尚无特效的治疗方法,且长期治疗价格昂贵、副作用较大。近年来,中医药治疗UC越来越显示出其独特优势。

刘启泉教授是首届全国名中医,全国老中医药专家学术经验继承工作指导老师,致力于脾胃病诊疗研究40余年,积累了丰富的临床经验。刘教授认为UC病位在大肠,其形成与浊毒、气滞、血瘀、脾肾虚弱等有关,其中浊毒内蕴肠腑贯穿了病程的始终,为其病机的关键所在,治疗时应根据病程之新久、浊毒之深浅、在气在血、是否夹虚夹瘀等情况辨证用药,内外合治。笔者有幸随师学习,受益颇多,现将刘教授临证治疗UC之经验介绍如下。

1 “浊毒内蕴肠腑”为病机关键

随着现代生活方式的改变,饮食劳倦、起居失常、情志不遂或先天禀赋不足等均可导致脾胃虚弱,水谷精微运化失司,水湿泛滥,久而浊聚,郁而不解,蕴热成毒。浊毒既是病理产物,又是致病因素,若胶结于肠腑,可致经络气血运行不畅,耗气伤血,脂络

失养,败坏脏腑,化腐成脓,病程迁延,顽固难愈。张锡纯^[4]曰:“痢之热毒侵入肠中肌肤,久至腐烂,亦犹汤火伤人肌肤至溃烂也。”刘教授认为UC的发病与浊毒密切相关,其病位在大肠,浊毒内蕴肠腑为病机的关键。盖浊毒之邪相互胶结,壅滞于肠间,阻遏气机则见腹痛、腹胀;浊毒之邪下注大肠,肠道传导失常,则见泄泻;浊毒之邪与气血搏结,损伤脂膜血络,血败肉腐,则见便下黏液脓血。同时,临证时应根据患者所处病程阶段的不同,分期用药,以求标本同治。疾病初期及急性发作期,因湿浊、痰瘀、热毒之邪蕴结肠腑,多表现为实证,当以祛标实为主;后期及慢性缓解期,常因久病脾肾不足,下元亏虚,运化失司,而致湿浊、瘀毒之邪缠绵不去,正虚邪恋,多表现为虚实夹杂证,当以补本虚为要。故“浊毒内蕴肠腑”贯穿了UC病程发展的全过程。

2 “化浊解毒理肠”为治疗大法

刘教授根据UC“浊毒内蕴肠腑”的病机特点,拟“化浊解毒理肠”为治疗大法,创立了“兰茵凤扬化浊解毒方”,并以此为基础方,随证加减,临床应用疗效颇佳。基础方药物组成:佩兰15g,藿香12g,茵陈15g,凤尾草15g,飞扬草15g,地榆15g,厚朴6g,佛手12g,白芍15g,石榴皮12g,乌梅9g。方中佩兰芳香化湿,能除陈腐,杀蛊毒,辟邪气,与茵陈、藿香合用共奏芳香化浊之功;飞扬草消炎止痛、止泻、镇静,与凤尾草合用加强清热解毒之力;地榆凉血止痢;佛手、厚朴理气止痛、行气导滞;白芍养血活血,气血同调;石榴皮、乌梅涩肠止泻,收敛止血。全方

共奏化浊解毒理肠之功。刘教授指出,浊毒之证常与湿热、气滞、血瘀、脾肾亏虚等相兼为病,故应根据疾病分期及证候表现的不同,灵活运用清热除湿、振奋脾阳、调和气血、温阳滋肾、内外结合等法,并结合镜下微观辨证,精准用药,使浊去毒消、腐去新生,促进损伤之肠道黏膜得以恢复。

2.1 清热除湿泄浊毒 《扫叶庄医案·痢疾泄泻便血》^[5]云:“湿热内蕴气室,为腹胀痛下利。”《类证治裁·痢症》^[6]曰:“症由胃腑湿蒸热壅,致气血凝结,挟糟粕积滞,进入大小腑,倾刮脂液,化脓血下注。”叶天士曰:“湿久浊凝。”刘教授提出UC病程迁延难愈、反复发作的病机关键在于湿热之邪蕴结肠腑,重着黏腻,顽固不化,并与气血搏结,日久化浊成毒,腑气不通,脂膜血络受损。症见腹痛,黏液脓血便,肛门灼热,里急后重,小便发黄,舌红、苔黄腻,脉弦滑数。证属湿热浊毒内蕴肠腑,此型多见于急性发作期,治疗首当祛邪治标,清除肠道浊毒,常以基础方配伍胡黄连、败酱草、白头翁等取白头翁汤之意。其中胡黄连苦寒,清热燥湿,善清胃肠之湿热,《开宝本草》曰:“胡黄连主久痢……不下食,霍乱下痢”;败酱草具有清热解毒、祛瘀排脓之功;白头翁清热解毒、凉血止痢,《本草汇言》言其可“凉血,消瘀,解湿毒”。临证可少佐陈皮、枳实等理气健脾之品,使“气化则湿除”。刘教授强调万不可因疾病反复而过用攻伐之品,应小制其剂,药量少而精。临证时,若患者鲜紫脓血便较多,可加用槐花以凉血止血;若鲜血便较多,可加用三七粉、仙鹤草、白及等收敛止血。

2.2 振奋脾阳消浊毒 《景岳全书》曰:“脾强者,滞去即愈。……脾虚者,因虚所以易泻,因泻所以愈虚。”强调脾胃为后天之本,脾虚则气血生化无源,运化失司,进而导致水湿内阻,郁而化浊,久则成毒,浊毒之邪蓄积肠腑,化腐成脓,而见黏液脓血便。《景岳全书》亦云:“泄泻之本,无不由于脾胃。”临证时,刘教授主张无论哪个时期,均应注意健脾益气,振奋脾阳。尤其在疾病缓解期,浊毒之邪久蕴不解,胶着难去,脾胃虚弱,正气亏损,无力驱邪,正虚邪恋,患者可见腹部隐痛,黏液脓血便减少,但大便溏薄或便不成形,便次较多,伴面色萎黄、食欲不振、神疲倦怠、舌淡、苔白腻、脉缓,治当振奋脾阳、化浊解毒。刘教授遣方用药注重以平为期,少用纯补脾之品,以防脾虚不受补,常以基础方配伍茯苓、白术、薏苡仁、山药、黄芪等健脾益气,升发脾阳,并少佐木香6~9g行气理肠,以通为补。方中药味精简清灵,直达病所,且无滋腻脾胃之碍。现代研究认为,免疫功能低下与UC的发病密切相关,而振奋脾阳已证实有增强人体免疫力的作用^[7]。

2.3 调和气血散浊毒 《医宗必读·痢疾》曰:“因于气者调之;因于血者和之。”因邪蕴肠腑,气机不畅,血行壅滞,久而化浊成毒,临床上患者除多见里急后重、腹胀、黏液脓血便等症状外,还可见黑便、腹痛不移、舌质紫暗、脉象弦涩等血瘀之象。刘教授指出,浊毒致病易阻滞气机,夹瘀夹痰,伤及气血,治疗时应注意气血并调。《保命集》载:“行血则便脓自愈,调气则后重自除。”故常于基础方中加入陈皮、枳实等行气消胀之品,并佐以当归、儿茶、丹参、三七、赤芍等以活血化瘀、养血止血。对于初发病便血量较多者,宜以止血为先,兼以活血;对于久病复发便血量少者,应以活血为先,兼以止血。同时刘教授指出,UC的发生与情志变化密切相关,《景岳全书》曰:“凡遇怒气便作泄泻者,必先以怒时挟食,致伤脾胃……盖以肝木克土,脾气受伤而然。”肝木疏泄失常,致脾失健运,升降失司,气滞湿阻,郁而化热,浊毒由生,蕴结肠腑,从而导致血败肉腐。常以基础方配伍延胡索、柴胡等^[8]。其中延胡索能行血中之气滞,又可行气中之血滞;白芍柔肝缓急,酸甘养阴。两者相合,一动一静,动静结合,气血并调。同时加小剂量柴胡疏理肝胆,升阳止泻。诸药合用,共奏疏肝解郁、调气和血、散除肠腑浊毒之功。现代研究亦表明,情志因素如焦虑、抑郁等可引起神经-内分泌改变,使肠道组织细胞缺血,最终导致溃疡形成^[9]。

2.4 温阳滋肾除浊毒 《景岳全书·泄泻》曰:“今肾中阳气不足,则命门火衰,而阴寒独盛……即令人泻泄不止也。”刘教授指出,浊毒之邪蕴积日久,易耗伤正气,脾胃虚弱,久则及肾,肾阳不足。症见四肢不温,腰膝酸冷,肛门坠胀,痢下滑脱不禁,小便清长,脉象沉迟。此型多见于疾病缓解期,正虚邪恋。常以基础方配伍肉豆蔻、炒升麻、诃子肉等涩肠止泻,温阳化浊。同时浊毒之邪蕴积日久,胶着不去,易耗伤阴液,症见腰膝酸软、五心烦热、盗汗、舌红少苔、脉沉细等,为浊毒伤阴之象。治以滋阴补肾、化浊解毒,常以基础方配伍山萸肉、五味子、墨旱莲等滋阴固肾之品,用量适宜,并少佐黄芪,一者益气,一者养阴,阴阳相合,滋而不滞,以防助长湿浊之邪。《证治汇补·痢疾》^[10]有云:“肾为胃关……未有久痢而肾不虚,故治痢不知补肾,非其治也。”故对处于本病程阶段的患者应治以滋肾温阳,兼清余邪,使机体阴平阳秘,以助肠腑浊毒得除。

2.5 内外结合祛浊毒 对位于直肠及结肠远端的病变,联用中药灌肠可直达病灶,提高疗效。中药灌肠联合中药内服,充分体现了局部与整体相结合的辨治思路,突出了中医药的特色和优势^[11]。现代研究表明,中药通过肠壁的吸收,可起到抗炎、杀菌、保护黏膜及

调节免疫的功效^[12]。根据“浊毒内蕴肠腑”的主病机,灌肠方常应用苦参、黄柏、地榆、白及、儿茶、白头翁、五倍子等,另加锡类散及云南白药粉。其中苦参清热燥湿,《名医别录》言其“除伏热,肠癖,止渴……治恶疮”,故可有效祛除肠道浊毒伏热;黄柏功善清热燥湿止痢;地榆凉血止血、解毒敛疮;白及、儿茶收敛止血;白头翁清热解毒、凉血止痢,善除肠中湿热浊毒;五倍子酸涩收敛,《本草纲目》言其治“久痢……消肿毒……敛溃疮金疮”,可解毒敛疮、涩肠止泻。锡类散清热解毒,去腐生肌,可促进黏膜修复和溃疡愈合^[13]。中药内服配合中药灌肠达到内外合治,共奏“化浊解毒理肠”之功,可有效改善UC的临床症状。

2.6 微观辨证化浊毒 随着现代诊疗技术的发展,先进的检查手段作为“望、闻、问、切”四诊的延伸,扩大了四诊信息的收集范围。如内镜检查可以清晰地看到结肠黏膜的病变情况。刘教授提出在宏观辨病的同时,应与镜下微观辨证相结合,根据UC的肠镜及病理表现,精准用药。(1)若镜下见结肠黏膜水肿明显,加用茯苓、白术、防风等健脾祛湿;(2)若镜下见结肠黏膜充血水肿,甚至糜烂溃疡,其上覆黄色脓苔,加用地锦草、豨莶草、蒲公英、败酱草、白头翁等清热解毒,燥湿止痢;(3)若镜下出血点众多,甚或出血不止、创面较大者,加用白及、三七粉等收敛止血;(4)若镜下见黏膜呈颗粒状或结节状改变,或见腺体排列异常及上皮变化者,加用当归、黄芪、鸡血藤、山萸肉、延胡索等益气活血散结;(5)若镜下见结肠囊袋变浅变钝,或假性息肉者,加用莪术、三棱等活血化瘀;(6)若黏膜质脆,触之易出血,多为阴液亏虚所致,加用石斛、女贞子、乌梅、墨旱莲等养阴护膜。

3 验案举隅

于某,男,50岁。2020年10月25日初诊。

主诉:间断黏液脓血便13年,加重7d。患者13年前于当地医院确诊为溃疡性结肠炎,间断予美沙拉嗪肠溶片及中药治疗(具体不详),症状时轻时重,常因饮食不节而反复发作。7d前因进食辛辣刺激食物后症状加重。患者为求进一步治疗,遂至河北省中医院脾胃病科就诊。刻下:黏液脓血便7~8次/d,伴腹痛、腹胀,里急后重,焦虑不安,纳差,寐一般,小便黄,舌质红、苔黄腻,脉弦滑。复查电子结肠镜提示溃疡性结肠炎活动期(直肠及乙状结肠黏膜明显充血水肿,质脆易出血,散在多发糜烂出血灶及溃疡形成,上覆黄色脓苔)。西医诊断:溃疡性结肠炎(活动期);中医诊断:久痢(浊毒内蕴证)。治以化浊解毒、清热除湿。予茵陈凤尾化浊解毒方加减。处方:

藿香12g,佩兰15g,茵陈15g,凤尾草15g,飞扬草12g,败酱草15g,泽泻6g,白术12g,党参

20g,白芍15g,柴胡6g,佛手12g,醋延胡索12g,当归12g,白及6g,仙鹤草15g,乌梅9g。14剂。每日1剂,水煎,早晚饭后温服。

同时予自拟“溃结灌肠方”行保留灌肠治疗。处方:

苦参12g,白头翁15g,地榆30g,黄柏15g,儿茶6g,白及6g,五倍子10g。14剂。每日1剂,浓煎,取汁100mL。另于药液中加入锡类散2g及云南白药粉2g混匀,保留灌肠,灌肠液温度控制在37~39℃,滴速为10~14mL/min。

2020年11月9日二诊:患者症状明显减轻,精神可,大便次数减少为3~4次/d,便质软、不成形,便血基本消失,偶伴有少量黏液,腹痛减轻,仍感纳差乏力,寐可,舌淡红,苔黄腻较前减轻,脉弦滑。予初诊方将党参加至30g,白术加至15g,14剂。同时,继续予灌肠治疗,治疗方案同初诊。

2020年11月24日三诊:患者诸证明显减轻,大便日行2次,为不成形软便,无黏液脓血,无腹痛腹胀,纳少,寐可。予二诊方去败酱草、佛手、醋延胡索、白及,加炒薏苡仁20g、茯苓12g、山药15g、陈皮6g,14剂。停止灌肠治疗。

三诊药后,患者大便日行1~2次,为成形软便,无腹痛腹胀及黏液脓血便,纳寐可。因本病易反复,为巩固疗效,守三诊方继续治疗2个月。嘱患者节饮食,适运动,保持情志舒畅。

随访至今,未见复发。

按:本案患者为老年男性,平素饮食不节,脾胃运化失司,水湿内生,久而化热,积而成毒,浊毒之邪内蕴肠腑,与气血相搏,损伤脂膜血络,致肠道血败肉腐,故见黏液脓血便及腹痛腹胀等不适症状。治当化浊解毒,清热除湿。初诊时,针对浊毒内蕴肠腑之主病机,予藿香、佩兰、茵陈芳香化浊,除陈腐,杀蛊毒,解郁散结;患者舌红、苔黄腻,脉象弦滑,镜下可见上覆黄色脓苔,为浊毒之邪郁久化热,故予凤尾草、飞扬草、败酱草清热化浊解毒;患者小便发黄,配以泽泻泻热利水,使浊毒之邪从小便而解;脾胃乃后天之本,而UC本于脾胃虚弱,患者平素纳差,故予白术、党参、白芍以健脾除湿,化浊解毒;患者症见里急后重、腹痛、腹胀、焦虑不安,为浊毒之邪壅滞肠道,气机运行不畅,肝气郁结,故加入柴胡、佛手、醋延胡索疏肝行气导滞,且柴胡用量较轻,引药入肝,并以当归养血活血;患者黏液脓血便日行7~8次,予白及、仙鹤草、乌梅涩肠止泻,收敛止血。全方共奏化浊解毒理肠之功。同时因患者病变集中于直肠及乙状结肠,故配合清热解毒、涩肠止血、敛疮生肌之中药保留灌肠,使药效直达病所,内外合治,加速病变

王有鹏运用分消走泄法治疗儿童汗疱疹之临证经验

郭 峰¹ 侯一鸣² 田昌盛³

(1.黑龙江中医药大学研究生院,黑龙江哈尔滨 150040; 2.常州市中医医院,江苏常州 213003;
3.重庆三峡医药高等专科学校附属医院,重庆 404000)

指导:王有鹏

摘 要 汗疱疹是一种非炎性复发性皮肤常见疾病,儿童发病尤为多见。王有鹏教授指出儿童汗疱疹发病总不离一“湿”字,湿热体质亦是影响其发病的重要内在因素,而分消走泄法是治疗儿童汗疱疹的有效治法。王师临证常以分消走泄之代表方剂温胆汤为基础方,同时根据不同证型随证配伍经典方剂,以清热祛湿为基本法则,兼以补脾、运脾,以达标本兼治之功。附验案 1 则以佐证。

关键词 儿童汗疱疹;分消走泄法;湿热;温胆汤;王有鹏;名医经验

基金项目 黑龙江省自然科学基金项目(LH2020H088);黑龙江省名中医专家传承工作室项目

汗疱疹又称为“出汗不良”,是一种非炎性复发性皮肤常见疾病,皮损多见于手指侧缘、掌趾部位,呈针尖至绿豆样大小丘疹或水泡,常伴有瘙痒、手足汗多等症^[1]。本病一般发病于春夏季炎热之时,病程缠绵难愈,易反复发作,中医根据其发疹特点将其归于“蚂蚁窝”“田螺疱”范畴^[2]。随着社会经济水平的提高以及生活饮食习惯的改变,儿童发病尤其多见。目

前西医治疗本病多以对症治疗为主,疗效尚待提高,中医在治疗儿童汗疱疹方面具有较好的疗效。

王有鹏教授为黑龙江省名中医、全国优秀中医临床人才,临证 30 余年,对于运用中医经典理论防治儿科疾病经验丰富。王师通过对儿童汗疱疹发病特点以及儿童生理病理的综合分析,运用分消走泄法治疗本病,取得了较好的疗效,现将其临证经验介绍如下。

黏膜修复。二诊时,患者诸症减轻,仍有纳差乏力,故加大党参、白术剂量以健脾益气,助邪外出,继续予以保留灌肠增强疗效。三诊时,患者纳少、便不成形,余症悉消,为疾病缓解期,正虚邪恋,故去败酱草、佛手、醋延胡索、白及,并加炒薏苡仁、茯苓、山药及陈皮顾护脾胃,扶正祛邪。治疗后患者病情稳定,直肠黏膜病变消失,遂停止灌肠治疗。药证合拍,守方 2 个月,患者病情未再复发。

参考文献

- [1] 白利军.消化疾病诊断与治疗[M].长春:吉林科学技术出版社,2016:253.
- [2] 张金玲,杜光,李娟.炎症性肠病免疫发病机制的研究进展[J].胃肠病学和肝病学杂志,2019,28(9):1051.
- [3] 吴笑,夏俊东,方珂,等.溃疡性结肠炎中西医结合治疗临床研究进展[J].中西医结合研究,2021,13(2):118.
- [4] 张锡纯.医学衷中参西录[M].石家庄:河北人民出版社,1974:548.
- [5] 薛生白.扫叶庄医案[M].上海:上海科学技术出版社,2010:33.
- [6] 林珮琴.类证治裁[M].上海:第二军医大学出版社,2008:251.

- [7] 梁澄月,李桂贤,韦德锋,等.中药调节肠道菌群在溃疡性结肠炎治疗中的应用概述[J].山东中医杂志,2020,39(2):195.
- [8] 李娜,郝旭蕊,李维康,等.刘启泉从肝脾论治溃疡性结肠炎经验浅析[J].中华中医药杂志,2020,35(2):735.
- [9] 李梦洁,王惠娟.疏肝健脾法治疗溃疡性结肠炎的概况与展望[J].中医导报,2020,26(15):143.
- [10] 李用粹.证治汇补[M].上海:上海卫生出版社,1958:429.
- [11] 蒋峰,刘慧泽,陈玉根.中医辨治溃疡性结肠炎临证摘要[J].江苏中医药,2021,53(10):38.
- [12] 庄小津,赵斌.近五年中药灌肠治疗溃疡性结肠炎研究进展[J].中医临床研究,2021,13(6):51.
- [13] 钱亚军,李克芳,郑刚.愈溃汤加锡类散灌肠治疗溃疡性结肠炎 126 例[J].中医外治杂志,2020,29(6):22.

第一作者:顾丹丹(1986—),女,硕士研究生在读,中医外科学(肛肠疾病)专业。

通讯作者:吴春晓,医学硕士,副主任医师,硕士研究生导师。cxeye@126.com

修回日期:2022-08-21

编辑:吴 宁 张硕秋