

• 专题笔谈 •

慢性溃疡性结肠炎的中西医结合防治

危北海(北京市中医研究所 北京

100010) 慢性溃疡性结肠炎是一种非特异性的炎性肠病,属于中医的“久泻”、“休息痢”范畴。现代医学认为本病主要与自身免疫和遗传因素有关。具有病程冗长、反复发作、迁延难愈等特点。当前本病用柳氮磺胺吡啶加激素治疗,虽可暂时获效,但停药后多有复发。中医治疗该病具有较大的优势,一般认为疗效较好而稳定,复发较少,而毒副反应轻。根据近两年国内 25 篇文献资料 1322 例的综合分析结果,发现该病以脾虚为主者占 75.8%,临床虽以腹泻、腹痛、粘液脓血便等为主要临床表现,但多伴有食欲不振、全身乏力、体瘦面黄、舌淡、脉弱等脾胃虚弱证候,故可认为本病以脾虚或脾肾虚为本证,以肝郁、湿热、血瘀等为标证,临床上多见本虚标实,虚实相兼,气血同病,治疗上则以健脾益气为主,佐以清热利湿,理气解郁,活血化瘀等。在临床上我们体会到该病初起,邪客大肠,病在气分,湿热壅盛,下焦阻滞,水谷并走大肠,多见里急后重,下痢粘液脓便;进则脾虚失运,湿浊留滞,久病及肾,而成脾肾双虚,则病在血分,故应标本兼顾,气血并治,而活血之法,尤为根本,不论是采用舒肝理气,健脾益气,或是清热凉血,均应配伍活血化瘀药。如丹参、赤芍、川芎、牛膝、姜黄、乳香、没药、三七、桃仁等,具有良好的消炎抑菌、改善微循环和调节免疫功能的作用,融众法于一炉,则效果更好。盖因本病的病理变化除活动期有急性炎症和粘膜溃疡外,主要是非特异性慢性炎症,而其所以迁延难愈,反复发作,与慢性炎症中的血管内膜炎、血管壁纤维性增厚、透明性变化、管腔狭窄和局部血液循环不畅有明显关系。我们认为对于轻中度病例,单用中药口服或灌肠即可以使病情缓解,收到预期效果;对于急病重症,往往需要中西药并用,发挥相互协同作用,西药激素或柳氮磺胺吡啶可以迅速控制病情的急性发作,而大剂量清热解毒、凉血、活血的中药方剂,则可以减少西药的剂量,缩短疗程,避免毒副反应,又可以提高疗效。

在用药途径方面,一般认为对于中重度病例,单用口服汤药,有时效果并不理想,加用灌肠疗法,则可明显提高疗效。据文献统计,单服汤药治疗 450 例,有效率 83.33%,单用灌肠治疗 258 例,有效率 94.19%,而

口服加灌肠治疗 307 例,有效率达 96.4%,结果说明单口服药物疗效不如口服加灌肠治疗,可能是由于灌肠药物直达病所,有利于局部炎症消退和病变修复。而辨证论治方不如辨病协定方疗效高,可能是由于后者对该病针对性强的缘故。

慢性结肠炎一时控制并不难,关键在于防止复发,巩固疗效。我们体会,应针对发病机理纠正免疫紊乱,有机合理地应用培补脾肾和活血解毒法。近代实验研究证明培补脾肾法有增强细胞免疫的作用,活血解毒法有抑制异常的体液免疫和过敏反应的作用,两者结合,可以有的放矢,提高疗效。

张育轩(北京协和医院 北京 100730)

要重视辨证。根据溃疡性结肠炎的临床表现(腹泻、粘液脓血便、腹痛和里急后重,易反复发作),本病属于中医的大肠湿热证。后期兼脾气虚弱或脾肾阳虚,属虚邪实。缓解期则以正虚为主,或兼湿热余邪。由于患者就诊时的病期不同,病情轻重不等,个体差异悬殊,因而需进行细致的辨证,尤需掌握寒、热、虚、实之主次,作为拟定治法及选方用药时参考,才能取得较好的疗效。

宜综合治疗。由于本病的病因未完全明确(可能与免疫、遗传因素等有关),尚无特效疗法,因而有目的的中西医结合治疗(综合治疗),以控制急性发作,缓解病情,减少复发,是目前最理想的治法。其中,扶正中药对改善全身一般状况及提高机体免疫功能,清热燥湿中药对减轻肠道炎症及继发感染,从而减少脓血便,均有一定或较好的效果。而西药水杨酸偶氮磺胺吡啶对轻型或缓解期患者,疗效也较好。中西药配合应用,往往可以取得更好的疗效。

选方及用药。急性发作期患者的辨证以大肠湿热为主,常用白头翁汤(白头翁 15~30g,黄柏、秦皮各 10g,黄连 5g)加苡仁、茯苓、木香、甘草为基本方,随证加味;便血较多者,选加槐花、生地榆(30g)、黄芩炭、侧柏炭、赤石脂等药;腹痛较甚者,加白芍(15~20g)、元胡;舌苔厚腻影响食纳者,加藿香、佩兰、焦三仙。缓解期或脓血便很少、脾气虚弱为主者,用参苓白术散方加减;原方加黄芪 30g,再配伍 1~2 味清热燥湿药(白头翁、黄连);热象不明显者,加干姜(1.5~3g)、作为反

佐;大便次数仍较多者,选加诃子、赤石脂、肉豆蔻、五味子、乌梅等固涩药,罂粟壳的固涩止泻作用虽较强,但易致成瘾,不宜轻易使用;有寒象或脾肾阳虚者,加肉桂、干姜各 3g。大便基本正常且无其他不适的缓解期患者,可服参苓白术丸以巩固疗效。

保留灌肠方。服药效果不够满意、脓血便仍较多的患者,若条件允许,可短期(5~7 天为一疗程)配合保留灌肠治疗。灌肠药物可用锡类散 1~2g,加 0.5%普鲁卡因 100ml,或用中药煎剂:白头翁、败酱草、生地榆各 30g,黄柏、白芨各 15g,煎液 100~150ml。每晚睡前保留灌肠 1 次。

陈泽民(同济医科大学附属协和医院 武汉 430022) 当前对慢性结肠炎的认识,尚未完全明了,单纯用消炎药治疗收效不佳。根据多年来的临床经验,我认为应以中西医对本病认识的基本理论,指导诊治和用药。慢性结肠炎患者病史较长,病邪蕴结肠道后所引起脏腑之间的矛盾亦较复杂,导致以肠道证候为中心的多个脏腑功能受损的病理变化。病初为脾胃虚弱,日久则脾肾阳虚,出现一系列寒热错杂、虚实夹杂之证。其基本病变为邪实正虚。

本病辨证要点有三:(1)分析大便性质及其病因或诱因。(2)深入了解临床证候变化,辨清寒热虚实之证。(3)详察舌象。黄白腻苔属湿热;白润腻苔为寒湿;舌质淡嫩为阳虚;舌质淡嫩而苔见黄白腻者为虚寒夹湿热之证。治疗宜攻邪、扶正结合,口服、灌肠并举。脾胃虚弱,兼有寒湿型,治宜健运脾胃、温中化湿,基本方:炒党参、苍术、茯苓、藿香、补骨脂、炮姜、当归、厚朴、炒黄连、炙甘草;大肠湿热、兼有脾虚型,治宜清热利湿,佐以健脾,基本方:白头翁、炒黄连、地榆、黄芩、藿香、赤茯苓、薏仁、薏苡仁、厚朴、甘草;肝气乘脾、湿浊化热型,治宜疏肝健脾、清利湿热,基本方:柴胡、白芍、防风、枳壳、炒黄连、白头翁、赤茯苓、厚朴、甘草;脾肾亏虚、湿浊化热型,治宜温补脾肾、芳香化湿,基本方:附块、党参、白术、茯苓、藿香、薏仁、厚朴、炒黄连;脾肾阳虚,治宜温补脾肾,基本方:附块、肉桂、炒党参、白术、薏仁、干姜、补骨脂、炙甘草。以上方药随证加减,每日 1 剂口服。对于病情复杂、结肠粘膜慢性炎症较为顽固者,口服药与保留灌肠并施。灌肠常用方剂:马齿苋 30g 白头翁 30g 白花蛇舌草 30g 蒲公英 30g 紫花地丁 30g 丹皮 10g 黄芩 20g 白芍 10g 浓煎 100ml,每晚保留灌肠。

笔者选药组方时,根据结肠粘膜慢性炎症变化及临床证候特点,分为 6 个用药类别。(1)健脾药:党参、太子参、白术、黄芪、苍术、山药、茯苓。(2)温肾药:附

块、肉桂、补骨脂、益智仁、巴戟肉、五味子。(3)清热药:黄连、黄芩、白头翁、地榆、茵陈、白花蛇舌草、蒲公英。(4)化湿药:藿香、赤茯苓、薏苡仁、薏仁、砂仁、白芷。(5)理气药:广木香、厚朴、枳壳、陈皮、乌药、白芍。(6)祛瘀药:当归、川芎、三棱、莪术、玄胡、赤芍。六类药中每类药物任选 2~3 味组方,均收疗效。

关于清热、温肾、理气和祛瘀几法对于本病的作用,笔者认为,慢性结肠炎的基本病变是结肠粘膜的慢性炎症病变,属于中医“热证”范畴,清热为其基本治则,但单用清热药则收效甚微。临床观察体会到,清热药与温肾药、理气药、祛瘀药配合组方则收效显著,此因病邪滞留日久,肾阳受损,脾土失于温煦,导致气滞血瘀,肠道局部微循环障碍之故。而温肾药有温阳补肾益气之功效,有助于清热药发挥清热祛邪的作用;理气和祛瘀药有畅达气机、调和气血、改善微循环和消肿活血之功效,清热药亦藉以发挥更大攻邪效力而收显效。

陈治水(解放军 211 医院 哈尔滨 150080) 慢性结肠炎包括非特异性结肠炎和溃疡性结肠炎,二者临床表现基本相似,主要区别是前者内窥镜下粘膜无明显溃疡,病理组织学显示非特异性炎症改变。而后者可以见到粘膜溃疡,病理组织学检查有杯状细胞减少、陷窝脓肿等特征性改变。本病的治疗可用传统方法辨证施治,亦可辨病施治或中西医结合治疗。辨证目前有 6~8 型之多。常见者如大肠湿热型可用当归芍药汤或白头翁汤加减;脾胃虚弱者可用参苓白术散加减;若脾肾阳虚者可用理中汤合四神丸加减;脾虚肝郁型用痛泻要方合四逆散加减;脾虚湿热型用连理汤加减……。辨病施治多用专方、专药治疗。脾胃虚弱、免疫功能失调是本病的主要发病因素,笔者据此以健脾益气法调整免疫功能治本,缓急止痛、涩肠止泻、生肌敛疮、促进溃疡愈合治标,自拟健脾灵片:黄芪 15g 党参 15g 白术 15g 炮姜 5g 乌梅 15g 当归 10g 元胡 15g 木香 10g 儿茶 15g 白芍 15g 甘草 5g,制成片剂。每次服 8 片(每片含生药 0.74g),每日服 3 次,重症者晚睡前加服 1 次。也可用汤剂治疗,但疗效不如片剂。对直肠、乙状结肠糜烂溃疡较严重者,可配合中药保留灌肠:苦参 30g 槐花 30g,水煎 100ml,内加锡类散 2 支、1~2%奴夫卡因 10ml,每晚灌肠 1 次。我们用上法治疗溃疡性结肠炎 300 余例,非特异性结肠炎 1000 余例,治愈率为 66.7%,总有效率达 99.5%。

慢性结肠炎的防治难点是抗复发问题。我们对 596 例患者的发病诱因进行了分析,其中因饮食不节(指进食刺激性食物和不洁饮食,造成肠道感染)诱发

者占 70.1%，因情志因素诱发者占 52.2%，劳倦占 23.8%，气候因素占 18.6%，其它因素占 11.4%。311 例因情志因素发病者中，属郁怒者占 44.7%；属忧思过度者占 69.8%；恐惧者（恐癌心理）占 40.8%。以上说明，要防止慢性结肠炎的复发，关键应注意饮食有节，忌食辛辣、生冷、肥甘厚味及醇酒之品，并且保持心情舒畅，七情调和，脾胃升降有度、纳化正常则病不复发。此外，对久病体弱，脾胃大虚者，应加强身体锻炼，可练气功或打太极拳，以增强体质。另外，在临床治愈以后，适当延长服药时间，也是防止疾病复发的一个主要手段。

宋桂琴（中国医科大学附属一院 沈阳 110001） 溃疡性结肠炎多为脾虚湿盛，或为寒湿，或为湿热。治疗以灌肠为主，如青黛散保留灌肠。灌肠后患者的体位必须依结肠镜所见为准，依病变部位的不同采取相应的体位，如仰卧、俯卧、侧卧、臀低位、臀高位等。如病变范围广泛时，灌肠后应进行必要的体位活动，使药液尽可能地附于病变之处。灌肠同时根据不

同辨证内服中药，以期达到标本兼治增强疗效的目的，必要时并用西药治疗。慢性溃疡性结肠炎容易复发，故治疗需较长时间，一般为两个月左右。因病变范围与疗效密切相关，临床上依病变范围的不同分为溃疡性直肠炎、溃疡性直肠乙状结肠炎、溃疡性左半结肠炎及全结肠炎。上述前两型经治疗后绝大多数患者病情好转直至恢复，但后两型由于病变广泛，保留灌肠所及有限，只有通过治疗后脾虚好转，随着机体免疫功能的调整而逐渐好转，这也正是病变范围愈广，恢复期亦愈长的原因。此外，溃疡性结肠炎常合并假息肉病（炎症性息肉病）、狭窄，有些并发中毒性巨结肠、结肠癌及坏疽性脓皮病等，这些均会影响其疗效。

溃疡性结肠炎是以保守治疗为主的内科疾病，只有合并中毒性巨结肠且有穿孔可能，或虽已多方治疗仍大量便血不止，或合并结肠癌时始行手术治疗。由于手术后常可出现水、电解质吸收减少，回肠末端机能障碍及排便异常等改变，故非绝对必要时一般不采取手术疗法。

白虎汤加减治愈全身严重药疹 1 例

湖南省长沙市郊洞井医院（长沙 410116） 张学坤

病历简介 张某，男，38 岁，农民。1990 年 6 月 18 日初诊。患者 3 天前上感发热，头痛头昏，口苦咽干，自购四环素片 8 片，分 4 次口服。服药后觉周身不适，继而四肢出现红疹，逐渐遍及全身，面、胸、腹部及四肢躯干、包皮、肛门等部位出现斑疹、疱疹，尤以两股内侧明显，部分水疱破溃糜烂，有烧灼感，疼痛难忍，诊为药疹。连续 2 天用林可霉素 0.4g、氢化可的松 200mg 加入 5% 葡萄糖 1500ml 静脉滴注，并配合中药清热凉血之法未愈。检查体温 39.3℃，舌质红绛，苔黄燥，脉洪数；白细胞 $20 \times 10^9/L$ 。诊为多发性红斑型药物疱疹。拟用清热解毒、泻火生津之法，用白虎汤加减治疗，处方：生石膏 60g 生地 30g 黄连 10g 金银花 15g 连翘 10g 生甘草 10g 玄参 15g 赤芍 12g 丹皮 10g 知母 10g 薄荷叶 6g 淡竹叶 10g 白茅根 20g 车前草 10g 生大黄 15g（后下）。每天 1 剂，早晚分服，连服 3 剂。6 月 24 日复诊，患者体温

37.6℃，全身皮疹明显好转，水疱破溃已干燥，疼痛明显减轻。上方去生大黄，生石膏改 30g，加生黄芪 30g，再服 5 剂。6 月 29 日三诊，患者自述口已不渴，体温正常，皮疹消退，水疱和糜烂面已干燥结痂。药已中方，按上方去石膏、黄连，续服 7 剂以清除余邪，巩固疗效。尔后随访无任何不适，共服 15 剂而痊愈。

体会 本例药疹合并全身感染，临床较为少见。从症状上看多属《伤寒论》中阳明经证，表里俱热而表热多由内热熏蒸引起。咽干、口渴喜冷饮、高热烦躁、小便黄少均为白虎汤证。所以选用白虎汤加减以清热保津，除肺胃燥热；加生地、黄连、银花助白虎汤清热解毒，控制感染，清除外感余邪；大黄除肠胃结热；赤芍、丹皮、玄参、天花粉、竹叶协同以上各药共奏清热解毒、泻火凉血、生津扶正之功。故邪去自安，病体得愈。