

溃疡性结肠炎中西医结合治疗策略

李军祥 谭 祥 毛堂友

溃疡性结肠炎(ulcerative colitis, UC)是一种病因和发病机制尚不十分明确的直肠和结肠慢性非特异性炎症,其病变主要限于大肠黏膜和黏膜下层,呈连续性弥漫性分布,范围多自肛端直肠开始,逆行向近段发展,甚至累及全结肠及末端回肠。UC 临床表现除了腹痛、腹泻、黏液脓血便、里急后重等肠道症状外,部分患者还有肠外表现,包括累及关节,例如肠病性关节炎,肝胆管疾病,如原发性硬化性胆管炎,还可以出现眼和皮肤的损害^[1],同时可伴有不同程度的全身症状,如发热、乏力、消瘦等,UC 常见并发症有:中毒性巨结肠、肠穿孔、下消化道大出血、上皮内瘤变和癌变。UC 属于炎症性肠病(inflammatory bowel disease, IBD)之一,是大肠癌发生的高危因素^[2]。可发生于任何年龄,多见于 20~40 岁,男女发病率无明显差别。

UC 是一种迁延难愈,易于复发的难治性消化系统疾病之一,是中医药治疗的优势病种,笔者研究 UC 多年,在临床上采取中西医结合治疗取得一定效果,结合临床体会,提出 UC 中西医结合治疗策略,供大家参考。

1 中医病因病机 笔者认为 UC 基本的病因病机为:外感湿热及饮食不节造成脾胃受伤,情志不畅,恼怒伤肝,郁思伤脾而成肝气犯脾,最终造成脾胃虚弱,继则脾胃运化失常,水湿内停,湿郁化热,脾胃气虚日久不愈,易伤及脾阳,而成脾阳不足,温煦失职,故见腹部怕凉;湿热内蕴日久,湿热与肠道气血相搏结,导致湿热瘀阻,使肠络受损,血腐肉败成脓则见腹泻,黏液脓血便;湿热下注于肠道,肠道传导失司,腑气不通则见腹痛,里急后重。

2 中医药治疗策略 中医治疗 UC 的目标是:消除症状和肠道炎症而诱导缓解,防止疾病复发,促进黏膜愈合,防治并发症,改善患者生活质量达到维持缓解。

基金项目:国家中医药管理局中医药参与慢病管理标准资助项目(No. ZYYS2016 [0023]);北京市科技计划课题(No. Z151100003815011)

作者单位:北京中医药大学东方医院消化内科(北京 100078)

通讯作者:李军祥, Tel: 010 - 67689766, E-mail: lijunxiang1226@163.com

DOI: 10. 7661/j. cjim. 20170203. 001

2.1 诱导缓解——消除症状和肠道炎症

2.1.1 辨认寒热变化,以平调寒热为法 临床若见下利黏液脓血便、大便臭秽、腹痛、里急后重、肛门灼热,辨证当属肠腑湿热,用煨葛根、黄连、炒黄芩以清利湿热;若见暴下脓血便,腹痛剧烈拒按,发热烦躁,辨证当属热毒炽盛,用白头翁、秦皮、黄连、黄柏、紫草、金银花以清热解毒;如若出现心烦失眠、心神不宁、焦虑不安等心火上炎的症状,可用栀子、琥珀清泻心火,或合用黄连阿胶汤;如患者急躁易怒,头晕胀痛,口苦咽干,便鲜血,辨证当属肝火旺盛,可用青黛、白芍、龙胆草、黄芩以清泻肝火。

2.1.2 辨清阴阳盛衰,以调和阴阳为法 患者若见大便清稀,中量白冻,腹部冷痛绵绵,喜温喜按、形寒肢冷乏力、纳呆、不能进食凉物,临床辨证当属脾阳不足,应用干姜、炮姜等药以温脾散寒;若大便稀溏、多量白冻、腰膝酸软、神疲乏力、畏寒肢冷、下肢尤甚、性欲冷淡、夜尿频等脾肾阳虚等症状,可用附子、肉桂、干姜、炮姜、吴茱萸、补骨脂等药温补脾肾。

患者若下利脓血日久不止,津血慢性损耗,加之湿热伤阴,易导致患者阴血亏虚,临床可见面色淡白或萎黄,咽干口干,心慌气短、头晕胸闷,四肢乏力等,此时应用当归、阿胶、仙鹤草、白芍、生黄芪等以滋补阴血;若患者出现下午或夜间发热,晨起热退,无明显恶寒,手足心热,盗汗,烦躁,口干咽燥,舌质红少苔等阴虚内热之证,应用生地、熟地、丹皮、知母、青蒿、鳖甲等以滋阴清热。

2.1.3 分清湿热轻重,以清热化湿为法 湿为主表现为下利稀薄,带有白冻,甚至滑脱不禁,治疗当以温阳燥湿化湿为法,可用白术、苍术、砂仁、茯苓、薏苡仁、淮山药、附子、干姜和肉桂等药;热为主表现为下利赤白,赤多脓少,里急后重,肛门灼热,治疗当以清热化湿解毒为法可用马齿苋、白头翁、败酱草、黄连、黄芩、秦皮、苦参和青黛等药。

2.1.4 厘清气血变化,以调气和血为法 刘河间提出“调气则后重自除,行血则便脓自愈^[3]”。UC 患者临证应根据证候和病位的异同,选择调理各脏腑气机的中药,如调理脾胃之气常用木香、陈皮、枳壳、大腹皮;调理肝肺之气常用厚朴、桔梗、白芍;调理脾肾之

气常用乌药、小茴香。“气为血之帅，血为气之母”，UC 患者大便有脓血便乃湿热与肠道气血相搏结所致，临证应根据气与血之间的关系，灵活选择药物，常用川楝子、元胡等以行气活血；用当归、白芍、三七等以行血和血；用乳香、没药等以祛瘀止痛；用血竭、珍珠粉等以止痛敛疮。

2.1.5 针对“肠中积滞”，以通涩并用为法 张介宾在《质疑录·论痢无止法》^[4]提到“无积不成痢”，UC 在中医疾病分类上大致属于久痢范畴，治疗当以消导积滞为法，积滞清则痢自止，临床常用神曲、山楂、谷芽、麦芽、大黄通便消食导滞。若久痢滑脱不禁者，可用石榴皮、乌梅酸收止泻，严重时用赤石脂、诃子涩肠止泻，如为清阳不升，则用煨葛根、升麻、防风以升清止泻。

2.1.6 针对五脏虚实，以温补脾肾，五脏俱调为法 UC 在病性上属本虚标实，本虚为脾阳虚，脾为后天之本，气血生化之源，若病情好转，由脾阳虚转为脾气虚，可用黄芪、党参、炒白术等药；脾阳虚可用干姜、炮姜等药；脾阳虚日久进一步发展为肾阳虚，可用补骨脂、肉桂、附子等药；本病病位在大肠，大肠传导失司，出现腹痛与里急后重，因为肺与大肠相表里，除用木香、枳实等理气之品，还可用枇杷叶、杏仁等宣肺理气，以恢复大肠传导功能；若出现腹痛即泻，泻后痛减之状，属于肝脾不和，可用陈皮、炒白芍、炒白术、防风等抑肝扶脾。患病日久，苦于疾病不愈，患者临床易出现心烦易怒，坐立不安，喜悲伤欲哭等心神不安症状，可用甘草、淮小麦、大枣、桂枝、生龙牡调心镇静安神。

2.1.7 针对病位近远，以中药内服与保留灌肠相结合为法 UC 属于本虚标实之证，脾阳不足、湿热瘀阻为其基本病机，经过多年临证摸索，笔者总结出清肠温中汤治疗 UC，临床疗效较为满意。清肠温中汤由黄连、炮姜、苦参、青黛、地榆炭、三七、木香和炙甘草组成。方中黄连、炮姜为君，二者均有良好的止泻功能，黄连清肠中湿热，炮姜温散寒湿，相互配伍，取平调寒热之义。黄连气味苦寒，清热祛湿止利，主治“热气，肠澀，腹痛，下痢，妇人阴中肿痛”^[5]；炮姜气味辛热，温阳化湿止利，主治“温中，止血，肠澀下利”^[5]，炮制为加强其止血功用。苦参、青黛、地榆炭为臣，三者为治疗肠炎的验药。苦参气味苦寒，清热燥湿，愈疮止利，主治“心腹结气，疝瘕积聚，逐水，除痈肿”^[5]，主治“除伏热肠澀，疔恶疮下部疡”^[6]；青黛气味咸寒，清热泻火，解毒止利，《本经逢原》记载“散郁火，治温毒发斑及产后热痢下重”；地榆，气味苦酸涩微寒，凉血止血，解毒敛疮，主治“止脓血，恶疮”^[6]，主治“止血痢蚀

脓”^[7]，炒炭炮制加强其止血功用。木香、三七为佐，二者配伍，以达行气活血之效。木香气味辛苦温，主治“心腹一切气，止泻，霍乱，痢疾，健脾消食”^[8]。三七，气味甘微苦温，《本草纲目》主治“止血散血定痛，下血血痢”^[9]；两药合用，达到“调气则后重自除，行血则便脓自愈”。炙甘草为使，气味甘平，能调和寒热，调和诸药，缓急止痛止利，兼有补益作用。方中诸药，针对 UC 病机，相互配伍，能平调寒热，能除湿热、滞气、瘀血和食积，达到止利之效。如果患者发病病位在乙状结肠和直肠，应同时予以中药保留灌肠，灌肠治疗可使直肠黏膜直接吸收药物，药物直达病所，促进炎症吸收，从而达到黏膜愈合的治疗效果，灌肠方药物可选用苦参、青黛、地榆、槐花、白及、五倍子等中药以及锡类散、云南白药和康复新液等中成药以敛疮止血，整体与局部治疗相结合，往往能取得很好的效果^[10]。

2.2 维持缓解

2.2.1 促进黏膜愈合 UC 常见镜下表现就是黏膜的糜烂和溃疡，因此可以通过使用中药促进黏膜愈合，例如儿茶、白及、赤石脂、枯矾、炉甘石、诃子、白敛和五倍子等可以敛疮生肌；蒲黄、丹参、参三七、地榆、槐花、仙鹤草、血竭、侧柏叶、紫草、乌梅炭、大黄炭、紫珠叶和紫珠草等可以化瘀敛疮；中成药锡类散、养阴生肌散、康复新液、云南白药具有敛疮生肌止血的作用。

2.2.2 改善患者生活质量 由于 UC 的疾病特点，病程长且易复发，患病日久，常给患者带来很大的经济负担和精神负担，因此 UC 常合并抑郁和焦虑症，临床表现常伴有心烦失眠，焦虑不安，精神抑郁，喜悲伤欲哭，可用小柴胡汤加桂枝甘草龙骨牡蛎汤加减，疏肝解郁，镇静安神，具体参考用药：柴胡、黄芩、姜半夏、党参、生姜、大枣、桂枝、生龙牡、琥珀、炙甘草；效果一般时，可联合西药黛力新（氟哌噻吨美利曲辛片）治疗，减轻患者精神负担，对 UC 的症状改善，具有较为明显的作用^[11]。

2.2.3 预防复发 UC 患者具有适应性下降、敏感性增强、抵抗力下降等特点，这些都是易复发的重要方面，究其原因，与邪伏于内、饮食、劳倦和情志因素等密切相关。

2.2.3.1 伏邪因素 中医学认为脾虚湿热之邪伏于体内是导致 UC 的复发的的重要因素。在夏秋季节，酷暑难耐，湿热邪气盛行，冬天天气寒冷，寒易伤阳气，引动伏邪而发病，因此患者日常生活应该注意夏秋季节规避暑湿邪气，可喝荷叶马齿苋粥，能祛除暑湿之邪；冬天注意保暖，常吃生姜或艾灸，能温阳散寒，预防复发。

2.2.3.2 饮食因素 UC 的复发与饮食不节密

切相关,如进食韭菜、鱼虾海鲜等热性发物易生热动血,使得湿热加重;如果恣食生冷或不洁食品,伤及脾胃,引动脾虚湿热之邪,导致病情反复;因此在饮食上注意避免上述食物,同时可服用薏苡仁、山药等健脾化湿之品,能够稳定病情,预防复发。

2.2.3.3 劳倦因素 劳倦是 UC 患者加重或复发的重要原因,该病本身就有脾虚湿热之邪伏于体内,劳倦伤脾,使脾虚更甚,脾失健运,水湿内停,湿郁化热,湿热之邪发作,导致病情迁延不愈;需要避免过度劳累,注意劳逸结合,可做一些八段锦、太极拳运动,不能勉强行事,预防复发。

2.2.3.4 情志因素 情志的稳定对于防止 UC 复发十分重要,肝在志为怒,脾在志为思,肺在志为悲,这三种不良情绪,可导致肝气犯脾,脾虚不运,肺气不降,大肠传导失司,从而使湿热留恋,热毒壅盛,从而导致病情复发或加重;尽量地保持心态平和,避免上述不良情绪,听舒缓欢快的音乐,平常泡玫瑰花茶,能调节情志,预防复发。

3 中西医结合切入点 针对 UC 不同时期发病情况,寻找中西医结合的切入点,对于诱导临床症状缓解,促进黏膜愈合,改善生活质量方面,从而提高临床疗效具有重要意义。

3.1 轻中度活动期 UC 中医药治疗轻中度 UC 的疗效与美沙拉嗪制剂相当^[12],能明显改善患者腹痛、腹泻、黏液脓血便及里急后重等临床症状,诱导临床症状缓解,促进黏膜愈合,提高患者生活质量;中医药能发挥辨证论治的特点,可以进行个体化治疗。本课题组研究发现清肠温中方治疗轻中度活动期 UC 84 例患者,总有效率为 93.48%,临床研究显示:其能改善中医临床症状,提高患者生活质量,降低疾病活动度,修复肠黏膜损伤^[13]。

3.2 重度 UC 在使用美沙拉嗪制剂和激素的基础上联合中医药的治疗,能缩短诱导临床症状缓解的时间,减少激素的副作用,在诱导临床症状缓解后能逐步减少激素的用量甚至停用激素。

3.3 难治性 UC 在使用美沙拉嗪制剂、激素和免疫抑制剂的基础上联合中医药的治疗,能诱导临床症状缓解,逐步减少、甚至停用激素和免疫抑制剂,避免激素依赖,免疫抑制剂的毒副作用。

3.4 缓解期 UC 中医药治疗能够明显改善患者的体质,可以逐渐减少甚至停用美沙拉嗪制剂;中药的服药频次可以逐步减少,而达到长期的缓解,减少患者的复发率;中药服用可从每日一剂,减至 2~3 日一剂,甚至每周一剂维持缓解,减少药物的服用量。

4 重视癌变监测,定期肠镜检查 建议 6~8 年的 UC 患者行结肠镜检查以确定当前病变的范围;伴有原发性硬化性胆管炎发生结肠癌风险较高,应每年进行肠镜检查;如为直肠型,无需肠镜检查;广泛性结肠炎或左半结肠炎患者,第 8 年起,每 1~2 年(高风险者)或者每 3~4 年(低风险者)行肠镜检查,对 UC 患者进行风险评判,根据不同风险患者,调整治疗方案。

治疗 UC 的临证过程中,应该熟练灵活掌握 UC 的各期西医诊治,根据 UC 中医基本病因病机,辨清疾病正邪关系,基于中医学理论的整体观念,采取整体调节与局部治疗相结合,寻找中西医结合治疗的切入点,能取得较单纯西医治疗更好的效果,提高 UC 的临床疗效,改善患者生活质量。

参 考 文 献

- [1] 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指南(草案)(2010)[J]. 中国中西医结合杂志, 2011, 31(1): 61-65.
- [2] 唐凯, 王建国. 炎症性肠病并发结直肠癌的相关研究动态[J]. 全科医学临床与教育, 2010, 8(6): 647-650.
- [3] 金·刘完素. 孙洽熙. 素问病机气宜保命集[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2005: 81.
- [4] 明·张景岳. 王新华. 质疑录[M]. 江苏: 江苏科学技术出版社, 1981: 17.
- [5] 清·顾观光. 乙力. 神农本草经[M]. 兰州: 兰州大学出版社, 2004: 35, 77, 79.
- [6] 梁·陶弘景. 尚志钧. 名医别录[M]. 合肥: 人民卫生出版社, 1986: 128, 247.
- [7] 唐·甄权. 尚志钧. 药性论[M]. 安徽: 安徽科学技术出版社, 2006: 46.
- [8] 唐·日华子. 常敏毅. 日华子本草[M]. 北京: 中国医药科技出版社, 2016: 28.
- [9] 明·李时珍. 刘衡如. 本草纲目[M]. 北京: 华夏出版社, 2008: 535.
- [10] 王新月. 溃疡性结肠炎分期辨治体会[J]. 江苏中医药杂志, 2006, 27(1): 10-11.
- [11] 张炜, 窦玉勤, 朱丽群, 等. 氟哌噻吨美利曲辛治疗溃疡性结肠炎伴焦虑抑郁的疗效分析[J]. 临床医学工程, 2013, 20(11): 1355-1356.
- [12] 沈洪, 张声生, 王垂杰, 等. 中药分期序贯治疗轻中度溃疡性结肠炎临床观察[J]. 中华中医药杂志, 2012, 27(7): 1788-1791.
- [13] 毛堂友, 程佳伟, 魏仕兵, 等. 清肠温中方治疗溃疡性结肠炎 84 例[J]. 环球中医药, 2016, 9(4): 479-481.

(收稿: 2016-07-23 修回: 2016-12-15)

责任编辑: 赵芳芳
英文责编: 张晶晶