

王长洪治疗溃疡性结肠炎经验

杨 卓*

主题词 结肠炎, 溃疡性/中医药疗法 名医经验 @ 王长洪

王长洪教授擅长治疗溃疡性结肠炎。现将其诊治难治性溃疡性结肠炎的临床经验介绍如下。

1 清利湿热, 健脾止泻, 内外合治

王师认为, 饮食结构的改变使得湿热之邪时时为患, 内蕴肠腑, 肠道传导失司, 通降不利, 故见肠鸣腹痛, 大便不畅; 热郁湿蒸, 气血凝滞, 腐败肠间, 以致肠腑脂膜血络受损, 化为赤白脓血下利。虽然病程缠绵, 但当今之溃疡性结肠炎, 首以清热利湿为要, 同时要注意健脾化湿, 扶正固本。清热药以黄连、黄柏、苦参、败酱草、秦皮、白头翁之类为首选, 健脾化湿药以黄芪、甘草、白术、苍术、肉桂为佳。曾有一患者耿某, 男, 40 岁, 因腹痛、腹泻、排脓血便 2 年余, 求治于多家医院, 肠镜及病理检查后确诊为溃疡性结肠炎, 口服艾迪莎、柳氮磺胺吡啶、强的松、中药(具体不详)及柳氮磺胺吡啶保留灌肠治疗, 病情始终无改善, 1 周前加重伴发热, 于 2002 年 2 月 10 日求治于吾师。查体温 38.0℃, 舌红苔黄腻, 脉数, 化验血常规: 白细胞 $11.0 \times 10^9/L$, 中性 0.74, 淋巴 0.24, 血红蛋白 80g/L, 红细胞 $280 \times 10^{12}/L$; 肠镜检查示: 肠管僵硬, 全结肠可见广泛多个孤立性深凹陷溃疡, 其上覆盖黄白色苔, 诊断: 溃疡性结肠炎(慢性持续型、全结肠、重度、活动期)。中医辨证为湿热蕴结, 给予中药口服并灌肠治疗。口服方: 黄连 10g, 地骨皮 10g, 白头翁 15g, 秦皮 15g, 白芍 15g, 败酱草 15g, 黄芪 60g, 白术 10g, 苍术 10g, 肉桂 10g, 防风 10g, 甘草 10g, 上药每剂水煎成 300ml, 每日口服 3 次。灌肠方: 苦参 15g, 败酱草 15g, 槐花 10g, 黄柏 10g, 白及 10g, 孩儿茶 10g, 甘草 10g, 上药每剂水煎成 100ml, 保留灌肠, 每晚 1 次。2 周后复诊, 热退, 腹泻明显减轻, 但后重感仍较明显, 口服方加莪术 10g, 木香 10g, 槟榔 10g, 灌肠方不变。续服 3 个月, 复查血便常规, 血沉正常。继续巩固治疗半年, 结肠镜检查见全结肠黏膜光滑未见异常。随访 2 年未复发。

2 活血化瘀, 益气健脾, 采用抗凝中药

王师认为, 溃疡性结肠炎患病日久出现少气懒言, 疲乏无力, 舌暗苔薄白, 舌体可见散在瘀斑、瘀点, 脉细

弱而涩, 腹痛固定, 结肠镜检查可见肠黏膜溃疡, 表面覆有浊苔, 周边不隆起, 病理多见微血栓形成, 这些表现均是脾气虚弱, 脉络瘀阻, 血溢于脉外所致。因此, 老师在治疗久治不愈的难治性溃疡性结肠炎时, 多参以大剂量的活血化瘀药, 配以益气健脾, 临床恐口服活血化瘀药药力不足, 常静脉滴注复方丹参、红花、地龙注射液, 每收良效。患者李某, 女, 39 岁, 初诊于 2004 年 4 月 2 日。自述 2 年前出现便血, 每日 2~4 次, 无剧烈腹痛, 无里急后重, 曾于多处就诊, 口服补脾益肠丸、艾迪莎等药物及应用柳氮磺胺吡啶片保留灌肠治疗, 病情时有反复, 血便始终未愈。查面色萎黄, 倦怠懒言, 舌质紫暗, 脉细涩。化验血常规: 白细胞 $8.0 \times 10^9/L$, 血红蛋白 80g/L, 红细胞 $400 \times 10^{12}/L$, 血沉 30mm/h, 血小板 $220 \times 10^9/L$; 大便常规示: 血性黏液便, 红细胞满视野, 白细胞 25~30 个/高倍视野; 结肠镜检查示: 直肠黏膜广泛溃疡形成, 黏膜病理见多处微血栓形成, 诊断: 溃疡性结肠炎(慢性持续型、直肠、中度、活动期)。中医辨证为脾胃虚弱、瘀血阻络, 给予中药口服并灌肠治疗。口服方: 黄芪 60g, 白术 10g, 陈皮 10g, 当归 30g, 红花 10g, 丹参 30g, 黄连 10g, 白芍 10g, 三七粉 6g, 肉桂 10g, 甘草 10g, 上药每剂水煎成 300ml, 口服, 每日 3 次。同时, 静脉滴注复方丹参注射液 40ml, 每日 1 次。灌肠方: 槐花 20g, 地榆 20g, 秦皮 10g, 海螵蛸 30g, 白及 10g, 甘草 10g, 上药每剂水煎成 100ml, 保留灌肠, 每晚 1 次。3 周后复诊, 肉眼血便消失, 槐花、地榆减至半量; 原方续用 3 个月, 血便消失, 复查结肠镜全结肠黏膜光滑, 未见异常。随访 6 个月未见复发。

3 内镜介入, 中西并用, 因人施治

难治性溃疡性结肠炎往往合并病变区的肠管狭窄、僵硬及炎性息肉。王师坚持对每位患者都亲自进行电子肠镜检查, 准确判断病变, 制定治疗方案。多年经验证明, 上述病理性改变很难单纯通过药物治疗恢复, 常常需要借助内镜下介入治疗或外科手术治疗, 一味地追求内科治疗只能延长疾病的治疗周期, 增加患者的经济负担, 同时也增加了息肉恶变的几率。有一男性患者马某, 27 岁, 患溃疡性结肠炎 7 年余, 2000 年 7 月就诊于吾师。自诉腹痛, 腹泻, 便脓血, 每日 7~8 次, 伴有食少纳呆, 体倦乏力, 时有低热。查面色萎黄, 身体羸瘦, 舌淡苔白, 脉细弱。结肠镜示: 全结肠黏膜广泛溃疡及炎性息肉形成, 以左半结肠为重, 尤以横结肠脾曲、

* 中国人民解放军沈阳军区总医院中医科, 辽宁省沈阳市沈河区文化路 83 号(110016)

收稿日期: 2006-02-12; 修回日期: 2006-05-23

降结肠、乙状结肠段息肉生长得最为密集,伴有肠管狭窄、肠壁僵硬。诊断:溃疡性结肠炎(慢性持续型、全结肠、重度、活动期)。中医辨证为脾胃虚弱,以参苓白术散加黄芪 60g,肉桂 10g,败酱草 15g,槐花 10g,地榆 10g,丹参 30g,水煎至 300ml,口服。以苦参 10g,败酱草 15g,黄柏 10g,白及 10g,孩儿茶 10g,甘草 10g,煎汤 100ml,保留灌肠。治疗 3 个月,腹痛、腹泻、排脓血便症状稍有好转,复查结肠镜示除病变较重区外,其余肠段黏膜溃疡均趋愈合,唯遗留炎性息肉没有变化。遂先后 7 次行结肠镜下息肉微波凝固及电凝治疗,共灼除炎

性息肉 300 余枚,再继续给予中药巩固治疗。持续治疗近 1 年,复查肠镜,除病变较重肠段无明显变化外,其余肠段黏膜基本正常,将患者转至外科将息肉密集肠段切除,再给予中药巩固治疗半年。再诊时患者自诉腹痛、腹泻、便脓血等症状消失,体重明显增加,复查结肠镜示吻合口黏膜愈合良好,残余结肠黏膜光滑。该病为久治不愈之顽疾,王师先内治将溃疡治愈,后内镜介入,将分散之百枚息肉切除;再内治,使炎症吸收;最后外科手术切除息肉密集之肠段,匠心独运,法度严谨,终于使多年顽疾治愈。

自拟通腑活血汤治疗重症急性胰腺炎并发肠麻痹 50 例

毛建川*

重症急性胰腺炎(SAP)是一种严重而又常见的疾病,往往由胰腺局部病变引起全身炎症反应,并常继发败血症和各脏器功能不全或多器官衰竭,病死率较高。在 SAP 并发多脏器功能不全中,胃肠道是较易受损的系统,其主要表现为应激性溃疡和肠麻痹。笔者近年来采用中西医结合方法,用自拟通腑活血汤治疗 SAP 并发肠麻痹,取得较好的临床疗效,报告如下。

1 临床资料

75 例患者均为 2004 年 1 月~2005 年 12 月在我院外科、消化科住院的患者,所有患者依据中华医学会外科学分会胰腺组《急性胰腺炎的诊断及分解标准》已确诊为 SAP 并伴有肠麻痹。SAP 并发肠麻痹的诊断条件:腹胀、腹痛、恶心、呕吐、肛门排气及排便不畅或停止,肠鸣音减弱(低于 3 次/分钟)或消失。75 例患者随机分为两组,治疗组 50 例,其中女性 17 例,男性 33 例,平均年龄 50 岁;对照组 25 例,其中女性 8 例,男性 17 例,平均年龄 47 岁,两组患者性别、年龄、病程等方面差异无显著性意义,具有可比性($P>0.05$)。

2 治疗方法

对照组采用禁食、胃肠减压、抗感染、补液及营养支持,药物抑制胰酶分泌等。治疗组在对照组治疗的基础上给予通腑活血汤。处方:柴胡、郁金、厚朴、枳实、黄芩、赤芍、牡丹皮、桃仁、红花、三棱、莪术、延胡索各 15g,大黄 8g,芒硝 5g,其中大黄、芒硝另包泡水,其余中药煎液 400ml,每次胃管内注药 100ml,并加注大黄、芒硝水 50ml,夹闭胃管 30 分钟,首日每 2 小时胃管内注药 1 次,次日后可减为每 4 小时或每 6 小时注药 1 次。病情缓解后可减为每 8 小时注药 1 次。麻痹性肠梗阻者可改用上述中药每 4 小时保留灌肠 1 次,7 日为 1 个疗程。

3 治疗结果

3.1 疗效标准:临床治愈:SAP 及肠麻痹的症状、体征消失,血清淀粉酶恢复正常,B 超、CT 检查正常;有效:临床症状、体征明显改善,血清淀粉酶基本恢复正常,B 超、CT 复查有改善;无效:临床症状、体征、血清淀粉酶及 B 超、CT 复查均无明显改善甚至病情加重及死亡。

3.2 治疗结果:(1) 总体疗效:治疗组 50 例,治愈 35 例,好转 10 例,无效 5 例(其中死亡 4 例);对照组 25 例,治愈 11 例,好转 8 例,无效 6 例(其中死亡 4 例)。治疗组治愈率 70%,明显高于对照组 44%,差异有显著性意义($P<0.05$),总有效率治疗组为 90%,明显高于对照组 76%, χ^2 检验差异有显著性意义($P<0.05$),治疗组的病死率明显低于对照组, χ^2 检验差异有显著性意义。(2) 肠功能恢复情况:治疗组、对照组腹痛缓解时间分别为(7.03±3.90)天、(9.72±4.32)天;腹胀缓解时间分别为(3.05±2.0)天、(6.25±2.96)天;肠鸣恢复正常时间分别为(1.01±0.89)天、(3.92±1.50)天;排便恢复时间分别为(16.43±8.78)天、(75.25±28.54)天。治疗组用通腑活血汤治疗后,多在 24 小时内恢复排便、排气,一般大便为黄色稀糊状,偶呈黄色稀水状,而对照组 24 小时内排便 0 例。治疗组平均排便恢复时间显著低于对照组($P<0.05$),另外治疗组腹痛、腹胀、肠鸣音恢复时间均较对照组短。

4 讨论

SAP 依据其临床表现属于中医“腹痛”范畴。SAP 并发肠麻痹的主要病机为腑气不通、气滞血瘀。中医认为,“六腑以通为用”,肠道系六腑之一,腑气不通,气机升降失常,气不行则血脉瘀阻,气滞血瘀反过来加重肠道腑气不通,故可致腹痛、腹胀、恶心、呕吐、大便不通、肠鸣音减弱甚至消失等症。针对 SAP 并发肠麻痹的主要病机“腑气不通”、“气滞血瘀”,治疗组选用自拟通腑活血汤理气通腑、活血化瘀。方中柴胡、郁金、厚朴、枳实行气疏肝,协助大黄、芒硝通腑攻下,黄芩清热除湿杀菌,赤芍、牡丹皮、桃仁、红花、三棱、莪术、延胡索活血化瘀、止痛,全方共奏行气活血、通腑攻下之功效。现代药理研究表明,方中主药大黄的抗菌作用较强,能防止和减轻胰周组织的充血水肿,防止腹膜炎的发生。生大黄含有番泻皂苷甲,可有效促进结肠蠕动与收缩排空,使滞留于肠道的各种肠源性有毒物质得以排出体外。方中活血化瘀药物能有效改善胰腺及肠道的微循环,减轻胰周组织和肠壁的充血水肿。总之,通腑活血汤能促进肠道动力,并能明显减少 SAP 局部严重并发症,如胰腺脓肿、胰腺假性囊肿等的发生率,降低病死率,加快病情恢复。