

沈舒文治疗溃疡性结肠炎经验

王捷虹^{1*} 樊 振² 赵 运³

(1. 陕西中医学院附属医院脾胃病科, 陕西省咸阳市渭阳西路副 2 号, 712083;

2. 中铁七局集团有限公司咸阳医院; 3. 陕西中医学院第二附属医院)

* 通讯作者: wangjiehong68@163.com, 13038540627

沈舒文(1950—), 男, 陕西名中医, 博士研究生导师, 第四批全国老中医药专家学术经验继承工作指导老师, 国家中医药管理局脾胃病重点学科带头人, 陕西中医学院中医临床医学院中医内科教授。从事中医临床、教学、科研 30 余载, 学验俱丰, 对脾胃病的治疗有独特风格和经验。

[关键词] 溃疡性结肠炎; 中医药疗法; 名医经验; 沈舒文

我们有幸跟师学习, 获益匪浅, 现将沈舒文教授治疗溃疡性结肠炎的经验介绍如下。

1 补虚治本与泻实治标

该病属于中医学“久泄”、“久痢”、“肠癖”、“休息痢”、“肠风”、“脏毒”等病证范畴。沈老师强调脾胃虚弱是发病的基础, 用中医标本虚实临床思维辨识病机, 脾胃虚弱为本, 湿热、寒湿、瘀毒为标。患者发病或因感受外邪, 或因饮食不慎, 或因忧思恼怒, 引起大肠传导失司, 气机不畅, 通降不利。湿热、寒湿、瘀毒结于肠道, 损伤肠膜脉络而病。此三邪中, 尤当强调湿邪为患。因脾胃虚弱, 运化功能减退, 不能化

水谷为精微, 反聚为湿。而脾喜燥恶湿, 脾虚与湿邪互为因果, 相互影响。且湿邪重浊黏腻, 难于速去, 故病多缓慢, 反复迁延难愈。因该病为本虚标实证, 治疗上应采取补虚治本与泻实治标相兼。

2 辨证分型

结肠炎患者体质属胃阳旺者以湿热证多见, 属脾阳虚者以寒湿证为主。若见腹泻黏液、脓血便, 大便涩滞不爽或里急后重, 腹痛, 下腹坠胀疼痛, 口苦, 小便短赤, 舌苔黄腻, 脉滑数, 此为湿热证。治宜清化湿热, 理气导滞。方药: 马齿苋 30g, 黄连 8g, 黄柏 10g, 秦皮 12g, 槐花 12g, (酒) 大黄 10g, 白芍 30g, 木香 6g, 炙甘草 5g。便中脓血多, 加白头翁、地榆各 30g。沈老师临床常将清化肠热药配对使用, 如先用白头翁配黄柏, 继用黄连配秦皮, 或蒲公英配马齿苋; 血便, 槐花配地榆, 或槐花配仙鹤草, 可适当避免耐药性。

若见泻下赤白黏冻便, 白多赤少, 或纯为白冻,

便尚可, 舌淡红、苔薄黄, 脉沉细。查血常规(—); 尿常规(—); ANA 1:320; ds-DNA 1:32; 抗 RNP/Sm 抗体(+++); 抗 Sm 抗体(++) 抗体; 补体 C3、C4(—)。方药: 黄芪 30g, 党参 10g, (炒) 白术 10g, 茯苓 15g, 防风 10g, 当归 15g, 赤芍 15g, 浮小麦 30g, (煨) 牡蛎 30g, 麦冬 10g, 五味子 10g, 熟地黄 10g, 山茱萸 10g, 女贞子 10g, 墨旱莲 10g。西药: 强的松减至每次 7.5mg, 每日 1 次。2010 年 4 月 9 日三诊: 患者一般情况良好, 汗出明显好转, 手足心热症状基本消失, 纳眠可, 二便调。查血常规(—); 尿常规(—); ANA 1:160; ds-DNA 1:32; 抗 RNP/Sm 抗体(+++); 抗 Sm 抗体(++) 抗体; 补体 C3、C4(—)。方药: 黄芪 30g, (炒) 白术 10g, 茯苓 10g, 太子参 10g, (酒) 黄精 10g, 山药 10g, 防风 10g, 女贞子 10g, 山茱萸 10g, 墨旱莲 10g, 生地黄、熟地黄各 10g, 枸杞子 10g, 菟丝子 10g, 丹参 15g, 金银花 15g, 甘草 6g。西药: 强的松维持每次 5mg, 每日 1 次。守方调

理 5 个月, 病情稳定。后守方改蜜丸服用, 病情无变化。

体会: 冯老师认为, 在治疗 SLE 时规范使用糖皮质激素和免疫抑制剂能够迅速控制病情, 在疾病治疗中占有重要地位, 中药虽然不能完全取代西药在 SLE 治疗中的主导地位, 但联合用药可增强临床疗效, 减轻西药副作用, 并且减少激素用量, 使病情得到长期的控制。中医药治疗方面, 冯老师强调“治病必求其本”, 无论总体辨证属何种证型, 均加入墨旱莲、女贞子、山茱萸、熟地黄等治本之品。若标证明显, 虽以治标为主, 亦勿忘治本; 若标症缓解, 除了治本外, 冯老师还非常重视补益后天脾胃, “凡先天之有不足者, 但得后天培养之力, 则补后天之功, 亦可居其强半。”善养后天可扶助先天之不足, 脾旺四季不受邪, 确实为巩固之法。

(收稿日期: 2011-01-13; 修回日期: 2011-04-05)

[编辑: 洪 涛]

大便滞涩,下腹冷痛,口淡乏味,不渴,小便清长,舌质淡白、苔白腻,脉濡缓者,为寒湿证。治宜温运中阳,化湿行气。方药:党参 20g,(炮)干姜、茯苓各 12g,(炒)白术 10g,黄连、吴茱萸、肉桂、木香、(炒)升麻、防风、炙甘草各 6g,赤石脂 30g。沈老师认为,寒湿证者温化寒湿同时可适当加用风药如(炒)升麻、防风、柴胡等,因风药气清性燥,多能燥湿,且能鼓舞脾阳,宣升肺气,清升则浊降,泄泻则愈。

3 辨治经验

3.1 辨腹痛调理气血,枳实与白芍

沈老师认为,泄泻日久,脾虚湿困,气滞瘀血阻滞,该病虽有虚象,但仍不能一味蛮补而壅滞气机,当动静结合。应根据腹痛性质,注意理气药和活血药的恰当应用。若患者腹痛为胀痛,攻窜不定,痛引少腹,得暖气或矢气则腹痛减轻,为气滞腹痛,可适当选木香、厚朴、陈皮、枳壳、佛手等,使气顺则痛止。若患者出现左下腹固定疼痛,且有压痛,腹痛夜间加重,为血瘀腹痛,可用活血药,可加速局部血液循环,有利于局部水肿炎症的消退,可选三棱、莪术、丹参、乳香、没药、三七等。对于气滞血瘀型腹痛,他主张重用枳实与白芍,一般用枳实 30g、白芍 30g。枳实入气分,能破气消积,下气通便,以行气,炒黑并能行血中之气;白芍入血分,能柔肝止痛、养血敛阴,缓急止痛,以调血;二药一散一敛,有行气和血、破积止痛的功效。

3.2 便稀与便滞同观,纵通与摄固并用

结肠炎最易出现大便溏稀,同时有排便不畅。此乃脾肾虚肠道不固则泻,邪气壅滞气不降则滞,若治泻涩肠,便滞更甚;治滞通腑,则加重泄泻,沈老师认为,宜施之良策惟用纵擒法,涩肠与导滞并用,可用枳实、槟榔或(制)大黄之纵以通腑导滞,补骨脂、豆蔻、乌梅(炭)、赤石脂之擒以涩肠止泻。治疗结肠炎纵擒摄宣法的应用当审时度势,一般疾病早期多湿热滞肠,当导滞纵之,扭转病势由滞转通,不宜擒之。后期脾肾虚弱阶段,正虚少邪无滞,肠滑谷流,治当涩肠擒之,扭转病势由通转涩,不宜纵之。只有在虚实夹杂、正邪交加的缠绵阶段,便稀与便滞同时出现者,方可擒而固摄与纵而通滞同时并举。

3.3 调脾肾巩固疗效,温脾肾防止复发

本病病久绵长,久病伤阳,虚寒内滞;久病伤脾及肾,肾气无以温煦脾阳,无法固涩大肠,导致出现脾肾阳虚,大肠失固等一派阴寒征象。《黄帝内经》云“劳者温之,损者益之”,沈老师强调在疾病后期

发展为脾肾阳虚阶段,此时应注重温补脾肾。患者出现泻下脓血或下痢稀薄,反复发作,甚则滑脱不禁,伴形寒肢冷,耳鸣乏力,舌淡苔白,脉沉细弱。故治以温补脾肾、涩肠止泻。常用组方为四神丸合附子理中丸加味。药用:豆蔻 10g,五味子 9g,吴茱萸 6g,补骨脂 15g,(熟)附子 6g(先煎),(炒)白术 10g,党参 20g,干姜 12g,炙甘草 6g,白芍 15g,黄柏(炭) 8g,赤石脂 30g(先煎)。

沈老师认为,在疾病后期发展到脾肾阳虚阶段,疾病以正气内亏为主,往往少邪无滞,或无邪少滞,病势以本亏肠滑、下漏谷流为主。在扶正的同时必须扭转病势,由通转涩,宜涩不宜通,适度地用涩肠止泻药物。对于涩肠止泻药物的选用,沈老师常用补骨脂、豆蔻、五味子,重者加乌梅,甚者加诃子、石榴皮。

本病以脾肾亏虚为后期及复发的病机关键。脾肾亏虚不但是疾病缓解期的基本病理特性,更是本病发作期的易感体质因素,因此,不论是在疾病缓解期的病灶修复治疗,还是疾病愈合的抗复发治疗,都要把温脾肾放在一个重要位置。与此同时,还要注意饮食调节,改变伤脾碍胃的有关不良饮食习惯,调畅情志,减少诱发因素。

3.4 结合结肠镜下表现用药

若镜下见肠黏膜充血,色红者为热,加用黄连、黄柏;若肠黏膜充血糜烂者为热甚,加黄连、金银花、连翘;若肠黏膜水肿,色白者为寒,加吴茱萸、干姜;若肠黏膜松弛者为气陷,加黄芪、升麻、柴胡;若肠黏膜广泛苍白者,为气血虚,加黄芪、当归;若肠黏膜附着黏液较多者为湿热,加黄连、薏苡仁。

3.5 重症内服兼直肠给药

由于溃疡性结肠炎病变可累及直肠,重症者由直肠扩展到全结肠,腹痛及脓血黏液便久治不除,可在内服中药的同时配合直肠给药,采用保留灌肠的方法能显著提高疗效。直肠给药首先能使药物直达病所,药物高浓度作用于病灶,有利于直肠、结肠黏膜充血水肿消失及溃疡修复愈合;其次是药物通过直肠中、下静脉及肛管静脉,绕过肝脏直接进入大循环,可防止或减少药物在肝脏中发生化学变化,从而大大提高了药物的生物利用度。临床实践表明,本病内服药配合直肠给药疗效优于单纯直肠给药。因此,内服兼直肠给药,是治疗重症溃疡性结肠炎的有效方法。

(收稿日期:2010-12-30;修回日期:2011-02-28)

[编辑:洪 涛]