

• 思路与方法 •

虚实标本辨治溃疡性结肠炎的思路与方法

惠建萍^{1,2*} 刘 力¹ 杜晓泉² 惠建荣¹

(1. 陕西中医学院中医临床医学院, 陕西省咸阳市世纪大道中段, 712046;

2. 陕西中医学院附属医院)

基金项目: 国家自然科学基金资助项目(81173156); 国家中医药管理局

陕西中医学院附属医院脾胃病重点学科资助项目

* 通讯作者: jbtm369@163.com, 13659105219

[摘要] 虚实标本辨治法是中医诊治慢性难治病的临床基本辨证思维方式, 也是中医治疗慢性难治病的疗效优势所在。阐述了溃疡性结肠炎(UC)的概念、病因病机及发展现状, 指出该病虚实夹杂、本虚标实的特点, 强调中医治疗该病需采取个体化的治疗方案, 标本兼治的辨证思维及随症加减、灵活用药。

[关键词] 溃疡性结肠炎; 虚实标本辨治; 中医药治疗

随着生活水平的提高, 饮食结构、生活习惯的改变, 环境的变化及诊断技术的不断进步, 我国溃疡性结肠炎(ulcerative colitis, UC)的发病率逐年增高。据推测, 我国 UC 患病率为 11.6/10 万^[1-2], 已成为消化系统常见疾病和慢性腹泻的主要病因, UC 已严重影响到患者的生活质量。

1 UC 的概念及研究现状

UC 又称慢性非特异性溃疡性结肠炎, 是主要累及直肠、结肠黏膜和黏膜下层的慢性非特异性炎症, 属于炎症性肠病(IBD)范畴, 临床以腹泻、黏液脓血便、腹痛、里急后重为特征。

UC 的病因迄今仍未完全明了, 一般认为, 本病与遗传因素、肠道感染、免疫功能异常、食物过敏、肠道防御功能障碍及环境与精神因素有关。近年的研究认为, 本病是易感基因、环境和免疫系统之间的复杂的交互反应所致, 这些交互反应导致非特异性炎症细胞激活, 炎性细胞因子与介质产生, 进而造成肠黏膜的损伤^[3]。但对 UC 的治疗仍难以找到一个特异性的治疗方法, 西医治疗本病多采用水杨酸制剂、肾上腺皮质激素、免疫抑制剂等综合治疗, 有一定效果, 但存在不良反应大、价格昂贵等问题。现有的循证医学证据表明, 皮质激素长期维持并不能降低复发, 而且会增加药物不良反应^[4]。尽管有 UC 的干预措施, 如干细胞治疗、生物治疗、黏膜修复以及限时加速的序贯等治疗方法的出现, 但由于其安全性、可行性等问题尚未得到解决, 目前仍难以广泛应用于临床。故 UC 的治疗仍然是临床上非常棘手和亟

待解决的问题。

2 中医对 UC 的认识

中医学早在《黄帝内经》就记载了与 UC 表现类似的疾病, 并概括了 UC 腹泻、便血或里急后重的特征。UC 属中医“泄泻”、“痢疾”、“肠癖”等范畴, 其中慢性复发型又属中医“休息痢”范畴, 而慢性持续型属中医“久痢”范畴。

UC 的病因有内因和外因之分, 内因主要为饮食不节、内伤七情、脾胃虚弱、瘀血内阻; 外因主要因外感湿热、疫毒之邪入侵体内, 而致湿热、积滞等客于肠道, 与肠道气血相搏结, 大肠传导失司, 气血凝滞, 脂膜血络损伤, 血败肉腐, 壅滞成脓, 内溃成疡, 形成本病。疾病日久不愈, 反复发作, 损耗正气, 而成寒热错杂、虚实夹杂之证, 以脾肾亏虚为本, 湿、热、瘀、积为标。发作期以气郁、湿热、血瘀之邪实为主; 缓解期以脾胃、脾肾正虚为主。发作期气血壅滞, 肠中有滞而不通; 缓解期脾肾亏虚, 余邪未净。瘀血内阻、积滞不通是 UC 反复发作的病理基础^[5]。

3 虚实标本辨治 UC 的临床思维方法分析

本虚标实是存在于一些难治性疾病漫长病程中最常见的证候特征, 最常用的治疗法则是虚实标本辨治。如冠心病、老年慢性支气管炎、慢性萎缩性胃炎、糖尿病、肾病综合征等许多中医中药疗效的优势病种, 临床基本采用虚实标本辨治思维, 实施补虚泻实、标本兼顾的干预措施都取得了较好的疗效^[6]。UC 在疾病正邪盛衰的演变中多处于一种正邪交错、虚实兼夹的病机状态, 对其临床辨证论治采用虚

实标本辨治思维方法,分析证候结构特征并加以治疗,则为虚实标本辨治。中医证候研究是近几年来研究的热点问题,在1992年中国中西医结合学会消化系统疾病专业委员会就已经制定了《慢性非特异性溃疡性结肠炎中西医结合诊断、辨证和疗效标准(试行方案)》,但其只是针对单证候的辨证标准,不能够完全反映UC在疾病正邪盛衰的病机演进中表现出的,正虚与邪实交错的病理状态。有学者将这一虚实相关、正邪相兼的证候状态称为“虚实关联证”,认为UC具有反复发作、虚实相兼、滞损交加的病变特点,其疾病的缓解期与发作期反映着疾病本虚与标实矛盾的主次变化特征^[7]。通过临床观察,UC的患者存在虚实夹杂的病机过程。由于UC的患病人群有脾虚肠弱,结肠黏膜黏蛋白缺陷的易感基因,故平素多有饮食不振、胃肠不适、体倦乏力等脾虚表现,每因饮食不当,感寒受凉,或情志失调而诱发急性发作,出现黏液脓血便、腹泻腹痛。病程长的患者多有乏困加重,全身或腹部怕冷,腰困腿软,舌淡紫,脉沉细的症状,为脾胃气虚,肾阳亏虚,瘀血阻络。因此,治疗本病宜标本兼顾,补虚泻实,急则治标、缓则治本是大要,但具体治疗则要根据不同病理阶段的证候特征采用不同治法;在疾病的发作期,以治实治标为主,根据滞壅大肠之病邪属性,采用不同的逐邪方法,调理胃肠并兼顾正气;缓解期以治虚治本为主,依据正气内虚的涉脏病性采用不同的补脏方法,扶助正气兼除余邪。

4 关于UC的个体化治疗及疗程

在临床上约80%的UC患者呈周期性发作,多数患者病情迁延反复,难以根除,且被认为是结肠癌的癌前病变。临床上尚未有特异性的根治措施。因此,如何提高UC患者的临床缓解率和降低本病的复发率,对于临床医生来说是一个严峻挑战^[8]。目前针对诊断标准的不完善和治疗方案的不规范,重点强调完善诊断标准和建立规范化治疗方案,并需要根据患者的不同病情采用综合与个体化治疗,认为只有这样才能为更多患者解除痛苦^[9-10]。

陕西中医学院附属医院脾胃病科近年来采用口服中药煎剂辨证分型施治,配合结肠滴注及隔姜灸中医三联疗法辨证治疗UC,在治疗上采取个体化的治疗方案,在给药途径上采用内外并用,加之标本兼治的辨证思维及随症加减的灵活用药特点,疗效上有了较大的突破,在治疗方法上有所创新,在药物剂型上不断改革。

UC的中医中药治疗过程是一个从量变到质变,循序渐进的缓慢过程,只有坚持治疗较长时间,才能使疗效得到巩固,所以疗程一般不少于3个月,并随访6~12个月^[11],才能准确判断其治疗效果。总之,UC的治疗疗程要长,方法宜规范,并定期随访,病情缓解后需维持治疗,维持治疗时间尚无定论,可能是3~5年甚至终身服用,以防复发^[2]。

对本病结肠癌变的监测,建议对病程8~10年以上的广泛性结肠炎、全结肠炎和病程30~40年以上的左半结肠炎、直乙状结肠炎患者及UC合并原发性硬化性胆管炎的患者行监测性结肠镜检查,至少2年1次,并做多部位的病理活检。如发现异型增生,确诊为重度者,则建议行结肠切除术;如确诊为轻度异型增生,应在3~6个月内复查结肠镜^[12]。

参考文献

- [1] 欧阳钦, Tandon R, Goh KL, 等. 亚太地区炎症性肠病处理共识意见(一)[J]. 胃肠病学, 2006, 11(4): 233-238.
- [2] 中华医学会消化病学分会炎症性肠病协作组. 对我国炎症性肠病诊断治疗规范的共识意见[J]. 胃肠病学, 2007, 12(8): 488-495.
- [3] 邓长生, 夏冰. 炎症性肠病[M]. 2版. 北京: 人民卫生出版社, 2006: 13-19.
- [4] 江学良, 崔慧斐. 顽固性溃疡性结肠炎治疗的新方法[J]. 世界华人消化杂志, 2011, 19(18): 1871-1873.
- [5] 姜桂宁. 溃疡性结肠炎病因病机探讨[J]. 山东中医杂志, 2008, 27(4): 219-220.
- [6] 惠建萍, 沈舒文, 刘力, 等. 虚实标本辨治胃癌前病变的思路与方法[J]. 中医杂志, 2011, 52(17): 1463-1464.
- [7] 沈舒文. 内科难治病辨治思路[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2002: 182.
- [8] 陈治水. 溃疡性结肠炎的中西医结合研究新进展[J]. 中国中西医结合杂志, 2010, 30(1): 104-109.
- [9] Hanauer SB. Inflammatory bowel disease: epidemiology, pathogenesis, and therapeutic opportunities[J]. Inflamm Bowel Dis, 2006, 12 (Suppl 1): S3-S9.
- [10] 江学良, 崔慧斐. 对我国炎症性肠病诊断治疗规范的共识意见的解析[J]. 世界华人消化杂志, 2008, 16(11): 1141-1143.
- [11] 徐景藩. 溃疡性结肠炎反复发作的防治对策[J]. 江苏中医药, 2006, 21(7): 14-15.
- [12] 欧阳钦, Tandon R, Goh KL, 等. 亚太地区炎症性肠病处理共识意见(二)[J]. 胃肠病学, 2006, 11(5): 301-305.

(收稿日期: 2011-12-07; 修回日期: 2012-01-09)

[编辑: 黄健]