

· 综述 ·

中医辨证论治慢性溃疡性结肠炎临床研究进展

周春和 高玉华 高社光 王玲玲 宋立峰 申炜 郭兴芳 李志斌 刘娜

【摘要】 溃疡性结肠炎是一种迁延难愈的慢性疾病,中医辨证论治有一定的优势。临床医家辨证分多型治疗,但对其认识不一,其中湿热内蕴、脾虚湿热、肝郁脾虚、脾肾阳虚几型比较常见。治疗上自拟经验方及经方加减化裁均可,口服和灌肠给药并见,疗效明显。但存在自拟验方难以推广、中医辨证分型尚缺乏统一的标准、远期疗效观察不足、科研设计不合理等问题。

【关键词】 溃疡性结肠炎; 辨证论治; 临床研究; 综述

【中图分类号】 R574.62 **【文献标识码】** A doi:10.3969/j.issn.1674-1749.2012.09.024

Clinical research progress on syndrome differentiation and treatment of chronic ulcerative colitis

ZHOU Chun-he, GAO Yu-hua, GAO She-guang, et al. Department of Anorectal Surgery, Handan Hospital of Traditional Chinese Medicine, Hebei Province, Handan 056001, China

Corresponding author: SONG Li-feng, E-mail: hdsf2008@163.com

【Abstract】 Ulcerative colitis (UC) is a chronic disease and it's difficult to be cured. Syndrome differentiation and treatment has certain advantages. Clinical physicians treat UC patients by many differentiation types, but they have different opinions on the syndrome differentiation. Syndrome differentiation types such as retained dampness-heat, spleen weakness and dampness-heat, liver depression and spleen deficiency, spleen-kidney yang deficiency are more common. Experience formula and modified classical formula can all be used to treat UC. Drugs can be given either taken by mouth or enteroclysis, and the treatment efficacy is obvious. But there are still a lot of problems. For example, it is hard to promotion the experience formula, there is still a lack of standard of syndrome differentiation, the long-term treatment efficacy observation is not sufficient, scientific design for the research is not reasonable.

【Key words】 Ulcerative colitis; Syndrome differentiation and treatment; Clinical research; Review

溃疡性结肠炎 (ulcerative colitis, UC), 亦称“慢性非特异性溃疡性结肠炎”, 是指发生在结肠黏膜及黏膜下层的一种弥漫性炎症性疾病。本病可归属于中医“泄泻”、“痢疾”、“腹痛”、“肠痹”等范畴。中医药注重整体观念, 从整体上辨证治疗, 整体调养, 标本兼治, 运用中医药治疗本病已积累了大量

的经验, 包括中药内服、外治、针灸等, 均有大量相关的临床报道。本文仅就近年来中医辨证论治治疗慢性溃疡性结肠炎临床研究做一综述。

1 辨证分型

李佃贵教授认为, UC 源于脾虚, 以浊、瘀、毒为标, 因此在治疗中化浊解毒贯穿始终^[1]。临床辨证论治, 湿热内蕴者治宜清热利湿, 化浊解毒; 气血壅滞, 腑气不通者治宜通腑泻浊解毒; 气滞血瘀者治宜行气活血, 化浊解毒; 脾胃虚弱者治宜益气健脾, 化浊解毒; 脾肾阳虚、寒热错杂者治宜温肾固涩, 化浊解毒。朱生樑治疗溃疡性结肠炎注重三焦, 以调气清血化湿为主, 辨证分 6 型: 湿热内蕴、脾胃虚弱、脾肾阳虚、肝郁脾虚、阴血亏虚、气滞血瘀^[2]。赵克

作者单位: 056001 河北省邯郸市中医院肛肠科 (周春和、宋立峰、申炜、郭兴芳、李志斌), 老年病科 (高社光、王玲玲、刘娜); 邯郸市传染病医院 (高玉华)

作者简介: 周春和 (1958-), 本科, 副主任中医师。研究方向: 中医治疗慢性溃疡性结肠炎研究。E-mail: hdsf2008@163.com

通讯作者: 宋立峰 (1975-), 本科, 副主任中医师。研究方向: 中医肛肠疾病临床研究。E-mail: hdsf2008@163.com

文献标引:

周春和, 高玉华, 高社光, 等. 中医辨证论治慢性溃疡性结肠炎临床研究进展[J]. 环球中医药, 2012, 5(9): 717-720.

华^[3]分脾虚湿热型、脾肾阳虚型、肝脾不和型、阴血亏虚 4 型。沈洪教授分湿热内蕴、脾肾阳虚、脾虚湿盛、肝郁脾虚 4 型,分别治以清热利湿、温养脾肾、健脾化湿、疏肝补脾^[4]。刘玉东^[5]分 4 型调和胃肠,肝郁气滞则疏肝理气健脾;胃肠湿热则清化湿热;脾胃虚寒则健脾益气,温化寒湿;寒热错杂则健脾养阴,寒热并治。

谢晶日教授认为本病活动期以邪实为主,以湿热互结、气血壅滞多见,但脾虚贯穿于溃结病情发展的全过程。缓解期以正虚为要,以脾肾两虚为主^[6]。其证乃属虚实夹杂,活动期治疗之初主要治以清热利湿佐以行气活血、通因通用等法;缓解期主要治以补益脾肾,调气行血,兼清余邪等。韩涛等^[7]首分两期,再辨证论治。发作期分湿热壅滞型、肝气乘脾型、寒热错杂型;缓解期分脾胃虚弱型、脾肾阳虚型。治疗上发作期以祛邪为主,祛邪不伤正,缓解期以扶正为主,活血化瘀贯穿始终。

朱洁梅等^[8]提出,中医辨证论治溃疡性结肠炎,当以健脾益气为本,重视温肾调肝,以清热祛湿为标,兼用活血化瘀,调气化痰、寒热并用等法。要综合病程、疾病的阶段、患者的特异性、伴发症等因素,具体问题具体分析。

1987 年中华全国中医学会肛肠学会曾制定了国内第一个 UC 的中医分型标准《慢性非特异性溃疡性结肠炎诊断分型及治疗标准(讨论稿)》^[9],实证包括湿热内蕴型和气滞血瘀型,虚证包括脾肾虚弱型和阴血亏虚型。中国中西医结合学会消化专业委员会 2003 年修订了《UC 中西医结合诊疗方案(草案)》将该病分为大肠湿热证、脾胃气虚证、脾肾阳虚证、肝郁脾虚证、阴血亏虚证、血瘀肠络证六个证型,并提出复合证与兼证的标准^[10]。《国家中药新药指导原则》^[11]对 UC 的中医辨证分型标准和《UC 中西医结合诊疗方案(草案)》基本相同,但对临床症状量化分级更为全面。

综上可见临床医家对溃疡性结肠炎的认识不一,有直接进行辨证论治者,有先进行分期,再进行辨证论治者。但总的来说,湿热内蕴、脾虚湿热、肝郁脾虚、脾肾阳虚几型比较常见。

2 辨证治疗

2.1 湿热内蕴

湿热内蕴型患者往往起病较急,腹痛即泻,泻下急迫如注,气味臭秽,甚者血随便下,伴腹胀肠

鸣,肛门灼痛,舌苔黄腻脉滑数。这型患者多由饮食不洁,或过食辛辣,或夏秋之际,湿热伤及胃肠,致大肠传导失常所致。

全战旗等^[12-13]采用复方苦参结肠溶胶囊治疗,该药以苦参、地榆、青黛、白及、甘草等组成,具有清热燥湿、解毒敛疮、凉血止血之功效,通过多中心、随机、单盲、阳性药平行对照试验,初步表明,复方苦参结肠溶胶囊治疗溃疡性结肠炎(湿热内蕴证)疗效与柳氮磺吡啶片相当,不良反应轻微。黎人至等^[14]自拟清肠消溃汤(白头翁 15 g、白术 20 g、败酱草 15 g、赤芍 15 g、黄连 6 g、黄芩 6 g、苍术 15 g、地榆 15 g、川厚朴 12 g),并随症加减,同时辅以蒲公英 20 g、苦参 20 g、地榆 15 g、白及 15 g、诃子 10 g、生甘草 10 g、云南白药 2~4 g 水煎灌肠。

赵一丁^[15]予白头翁汤加减:白头翁 15 g、败酱草 20 g、炒黄连 10 g、葛根 20 g、秦皮 10 g、乌梅 15 g、白芍 15 g、枳实 10 g、炒白术 10 g、茯苓 30 g、炙甘草 5 g、肉豆蔻 10 g、地榆 20 g、木香 10 g、金银花 12 g。汪远平^[16]也选用白头翁汤加味(白头翁、黄柏、黄连、秦皮、白花蛇舌草、五倍子、乌梅、茯苓),若脓血便较甚者加云南白药 0.5 g(冲服);里急后重甚者加广木香、白芍。

英洪友^[17]提出溃疡性结肠炎的经方选用原则,对于腹泻为突出表现的湿浊内蕴型患者,湿热并重型选用葛根芩连汤治疗,热重于湿者选用黄芩汤,湿热血毒内蕴型选用白头翁汤。沈洪教授则治以清热利湿,以黄芩汤、白头翁汤、芍药汤等加减治疗^[4]。

湿热内蕴型患者的治疗中,常用的药物有黄连、黄芩、黄柏、白芍、白头翁、木香、秦皮、地榆、败酱草、茯苓、白术、当归等,主要以白头翁汤为核心,进行随症加减。

2.2 脾虚湿热型

此型患者通常表现为腹泻伴里急后重、肛门灼热、神疲乏力、食欲不振、胸脘满闷、口渴尿黄,一般病程较长。多因情志不遂、湿热郁结,或暴饮暴食,挟有积滞,瘀结于大肠,或嗜食生冷,损伤脾胃,或素有湿热兼感外邪,日久成便下脓血。

朱良春教授之经验方芪仙汤,黄芪 30 g、仙鹤草 30 g、白术 15 g、五倍子 15 g、细心 3 g、乌梅 15 g,口服和灌肠双管齐下,治疗该型溃疡性结肠炎效果明显^[18]。健脾清肠方(潞党参 30 g、炒白术 12 g、淮山药 30 g、炙黄芪 30 g、黄柏 9 g、马齿苋 20 g、炙鸡金

9 g、香谷芽 30 g、白花蛇舌草 30 g) 是柏连松教授几十年临床经验总结而成的经验方, 功能补益脾胃, 清利湿热, 解毒清肠, 治疗脾虚湿热型疗效显著^[19]。南通中医院特色制剂健脾化滞丸^[20] (药物组成为炒白术、煨木香、黄连、炮姜、厚朴、制香附、槟榔、炒山楂、建曲等), 治疗 UC (脾虚湿热证) 效果优于柳氮磺胺吡啶肠溶片。

陈铮等^[21]以益气活血解毒中药汤剂治疗, 张怡^[22]自拟健脾清热化湿方: 生黄芪 50 g、仙鹤草 30 g、白茅根 30 g、白芍 30 g、苦参 10 g、徐长卿 10 g、红藤 30 g、厚朴 10 g。刘璐平等^[23]自拟溃结方 (黄芪、白术、败酱草、苦参、木香、当归、白及、白芍、甘草) 均有较好疗效。英洪友^[17]提出选用厚朴生姜半夏甘草人参汤治疗轻症脾虚湿恋型, 以理中丸 (人参汤) 治疗脾虚湿盛者。赵克华^[3]治以清化湿热、行气导滞, 方用四君子汤和白头翁汤加减。沈洪教授脾虚湿盛为主者, 治以健脾化湿, 以参苓白术散、香砂六君子汤等加减治疗^[4]。

治疗脾虚湿盛患者常用药物有黄芪、白术、白芍、木香、黄连、黄柏等, 用药益气 and 除湿并进, 祛邪和补脾同时进行。

2.3 肝郁脾虚型

此型患者腹泻多发生于情绪紧张或激动后, 腹痛即泻, 泻后痛减, 常伴有胸胁胀痛, 脘闷纳呆等症状, 舌苔薄白, 脉细弦。多因平素多肝气郁结, 情志不疏, 肝失条达, 横逆犯胃, 脾失健运而致。治疗应抑肝扶脾。

国向东等^[24]自拟疏肝补脾汤: 黄芩 6 g、党参 15 g、陈皮 10 g、防风 6 g、干姜 6 g、枳实 15 g、砂仁 4 g、白芍 6 g、桂枝 6 g、柴胡 10 g、白术 6 g、甘草 6 g。刘喜赖等^[25]采用柔肝健脾法, 处方: 白芍 30 g, 白术、陈皮、防风、柴胡各 12 g, 葛根、山药、白扁豆各 9 g, 丹参、当归各 20 g, 炙升麻 6 g。治疗 50 例, 治愈 13 例, 好转 35 例。吉林大学第一医院院内制剂肠炎康口服液是经过多年临床经验化裁而成, 组方药物为黄芪、山药、马齿苋、白头翁、元胡、厚朴、丹参、白芨、乌贼骨、儿茶等^[26]。王庆利等^[27]从肝论治, 采用柔肝扶脾、托毒生肌中药治疗, 疗效明显。

杨桦等采用加味逍遥散治疗。熊之焰等^[28]用四君子汤合痛泻要方加减。王如茂等^[29]用痛泻要方合四逆散加味。英洪友^[17]选用四逆散或痛泻药方。赵克华^[3]治以疏肝和中, 健运脾胃, 方用痛泻药方加减。沈洪教授以痛泻要方合四君子汤加减

治疗^[4]。

肝郁脾虚型常用药物有延胡索、白芍、柴胡、防风等。选方以痛泻药方为核心, 随症加减, 或合用其他方剂。

2.4 脾肾阳虚型

脾肾阳虚型主要表现为五更泄泻、腰膝酸痛、形寒肢冷等。张景岳说: “久泻无火, 多因脾肾虚寒也。”该型多因病久耗伤而来, 日久出现肾阳虚表现。主要病机为脾肾阳虚, 湿邪不化。

胡海平等^[30]采用芪杞固本汤治疗: 黄芪 30 g、枸杞 30 g、白术 10 g、防风 10 g、生地 10 g、陈皮 10 g、丹皮 10 g、白芷 8 g、升麻 6 g、乌梅 10 g、诃子 10 g、地榆 10 g、槐花 10 g, 温补脾肾。口服加灌肠, 通过调整机体功能和病位用药, 促进局部病变恢复。王蕊等^[31]自拟温阳止泻汤水煎服。何建忠^[32]自拟中药溃愈汤, 水煎灌肠治疗。

湖南中医药大学第二附属医院陈昌飞等^[33]以溃结宁贴膏治疗, 选用炮附子、细辛、丁香、白芥子、延胡索、赤芍、生姜等制成 2 cm×2 cm×0.2 cm 大小的贴膏, 贴于上巨虚 (双侧)、天枢 (双侧)、足三里 (双侧)、命门、关元, 隔 5 天 1 次, 每次贴敷 4 小时后揭去, 疗程为 60 天。

英洪友^[17]认为应选用理中丸加味、桂枝人参汤、赤石脂禹余粮汤、桃花汤、黄土汤、真武汤、四逆汤类等。沈洪教授则以真人养脏汤、附子理中汤加减治疗^[4]。

对因虚而致的久泻久痢应大胆用补法, 注重脾与肾。常用药物为补骨脂、木香、肉豆蔻、吴茱萸、肉桂、干姜、党参等。方以真人养脏汤、四神丸等加减。

3 结语

中药治疗溃疡性结肠炎很多经验值得临床推广。在辨证论治的基础上, 中药内服和灌肠均宜。中药内服能起到全身调节, 调节患者整体状态, 治疗疾病的效果。中药保留灌肠能使药物直达病所, 使局部保持较高的血药浓度, 能提高疗效, 特别是于不宜口服药物的患者, 如患有严重消化系统疾病的患者, 具有重要意义。而对于那些身体状况较好的患者, 笔者认为中药内服与灌肠结合, 可以使整体与局部治疗相结合, 更能提高治疗效果。其他亦有贴膏治疗或针灸治疗的, 均显示了较好的疗效。

对于不同的辨证分型, 基本上都有可以直接使用

的经方,成方,对于临床的推广应用十分方便。同时,在临床中,不仅要充分的利用那些成熟的,具有明显疗效的名方经方,也要进一步发展,开拓出一些更适合当今临床的验方。中医药治疗溃疡性结肠炎的临床研究具有多样化的特点。各医家有很多自拟的经验方,很多医院也有颇有疗效的院内制剂。

新的方药虽繁多,但存在以下几个问题:一是很多研究只有少数的简单的临床观察,每个方药的临床有效性,缺乏多次验证;二是某些文献中,仅列出了药名,缺乏剂量,他人借鉴会比较困难,难以推广。

临床研究也存在着很多问题,如:中医辨证分型尚缺乏统一的标准,不常见的分型方法不利于学术交流;在观察指标方面,进行远期疗效观察的较少,溃疡性结肠炎是一种慢性疾病,其远期疗效对其治疗非常重要,有待今后进一步加强对远期疗效的观察;很大一部分研究科研设计不合理,为小样本的临床观察,缺乏严格的随机分组、对照、双盲等科研设计,其科研价值不大,循证医学证据不够。

或许更加严谨的证候学研究能够建立起得到更加广泛认可的 UC 中医辨证的共识,但分型辨证的标准只能是临床参考的章法之一。辨证论治和个体化治疗,是中医的精髓和优势所在^[34]。把握好中医的特色和优势,就一定能取得良好的临床疗效。

参 考 文 献

- [1] 冯金萍. 李佃贵教授治疗慢性非特异性溃疡性结肠炎的经验[J]. 河北中医, 2009, 31(10): 1447-1448.
- [2] 王高峰, 黄天生, 朱生樑. 朱生樑辨证治疗溃疡性结肠炎经验[J]. 中医杂志, 2010, 51(S1): 100-101.
- [3] 赵克华. 辨证分型治疗溃疡性结肠炎[J]. 中医学报, 2010, 25(2): 329-330.
- [4] 缪春润, 沈洪. 沈洪教授治疗溃疡性结肠炎的经验[J]. 吉林中医药, 2008, 28(10): 709-710.
- [5] 刘玉东. 辨证治疗慢性胃炎并溃疡性结肠炎 57 例[J]. 河南中医学院学报, 2007, 22(3): 58-59.
- [6] 刘朝霞. 谢晶日教授治疗溃疡性结肠炎经验初探[J]. 中医药学报, 2010, 38(3): 65-66.
- [7] 韩涛, 谭丹, 张毅, 薛新丽, 等. 中药复方治疗溃疡性结肠炎研究探要[J]. 中国实验方剂学杂志, 2007, 13(3): 69-71.
- [8] 朱洁梅, 李春婷. 中药内治溃疡性结肠炎浅议[J]. 环球中医药, 2011, 4(1): 43-45.
- [9] 中华全国中医学会肛肠学会. 慢性非特异性溃疡性结肠炎诊断分型及治疗标准(讨论稿)[J]. 中国医药学报, 1988, 3(4): 71.
- [10] 中国中西医结合学会消化专业委员会. 溃疡性结肠炎中西医结合治疗方案(草案)[J]. 中国中西医结合杂志, 2004, 24(11): 1052-1055.
- [11] 郑筱萸. 中药新药临床研究指导原则(试行)[M]. 北京: 中国医药科技出版社, 2002: 129-134.

- [12] 全战旗, 杨波, 童新元, 等. 复方苦参结肠溶胶囊治疗湿热内蕴型溃疡性结肠炎多中心、随机、双盲、对照研究[J]. 中国中西医结合杂志, 2011, 31(2): 172-176.
- [13] 全战旗, 吴整军, 赵美玲, 等. 复方苦参结肠溶胶囊治疗溃疡性结肠炎临床研究[J]. 中国中医药信息杂志, 2009, 16(9): 67-68.
- [14] 黎人至, 张俊, 张杰伟, 等. 中药内服加灌肠治疗活动期溃疡性结肠炎 33 例[J]. 中国实验方剂学杂志, 2012, 18(2): 233-234.
- [15] 赵一丁. 溃疡性结肠炎辨治心得[J]. 中国中医药信息杂志, 2010, 17(4): 81-83.
- [16] 汪远平. 白头翁汤治疗溃疡性结肠炎 48 例[J]. 实用中医内科杂志, 2007, 21(5): 49.
- [17] 英洪友. 仲景经方在溃疡性结肠炎治疗中的辨证运用及探析[J]. 上海中医药大学学报, 2007, 21(2): 37-41.
- [18] 陈爱民, 刘永芬, 熊雯雯, 等. 芪仙汤对溃疡性结肠炎患者血清 TNF- α , IL-8 的影响及疗效观察[J]. 中国实验方剂学杂志, 2011, 17(8): 255-257.
- [19] 张雅明, 张冬梅. 自拟健脾清肠方治疗溃疡性结肠炎脾虚湿热型的疗效观察[J]. 上海中医药杂志, 2007, 41(8): 36-37.
- [20] 王钦, 顾庆华. 健脾化滞丸治疗溃疡性结肠炎(脾虚湿热证) 30 例[J]. 中国中医急症, 2011, 20(1): 157-158.
- [21] 陈铮, 曹彬, 袁玲. 益气活血解毒法治疗慢性溃疡性结肠炎 43 例临床观察[J]. 长春中医药大学学报, 2010, 26(1): 67-68.
- [22] 张怡. 健脾清热化湿方治疗脾虚湿热型溃疡性结肠炎 30 例[J]. 江西中医药, 2007, 38(6): 42-43.
- [23] 刘璐平, 张晓艳. 渍结方治疗脾虚湿热瘀滞型慢性非特异性溃疡性结肠炎临床观察[J]. 中国中医药信息杂志, 2009, 16(3): 70-71.
- [24] 国向东, 谢晓辉, 姜斌. 疏肝补脾汤加减配合锡类散治疗溃疡性结肠炎 45 例[J]. 中国实验方剂学杂志, 2011, 17(8): 258-259.
- [25] 刘喜赖, 赵粉娥. 柔肝健脾法治疗肝郁脾虚型非特异性溃疡性结肠炎 50 例[J]. 陕西中医, 2010, 31(6): 688.
- [26] 董宇翔, 李晓春, 张二力. 中药汤剂康口服液治疗溃疡性结肠炎临床疗效观察[J]. 吉林大学学报(医学版), 2004, 30(5): 785-786.
- [27] 王庆利, 陈金亮, 李彦霞. 从肝论治溃疡性结肠炎 87 例[J]. 中国中医基础医学杂志, 2008, 14(10): 761-762.
- [28] 熊之焰, 李帅军, 桂平. 四君子汤合痛泻要方加减治疗肝郁脾虚型溃疡性结肠炎 49 例临床观察[J]. 中医药导报, 2006, 12(2): 39-41.
- [29] 王如茂, 胡开生. 痛泻要方合四逆散加味治疗肝郁脾虚型溃疡性结肠炎 58 例[J]. 中医杂志, 2008(5): 438-439.
- [30] 胡海平, 李珊, 蔡锐. 芪杞固本汤治疗溃疡性结肠炎的临床疗效及对免疫指标的影响[J]. 湖南中医药大学学报, 2008, 28(2): 60-62.
- [31] 王蕊, 朱鸣琴, 徐吉祥. 温阳止泻汤治疗脾肾阳虚型溃疡性结肠炎 36 例[J]. 中医研究, 2010, 23(4): 44-45.
- [32] 何建忠. 溃愈汤治疗脾肾阳虚型慢性溃疡性结肠炎 31 例[J]. 中医外治杂志, 2009, 18(6): 20-21.
- [33] 陈昌飞, 朱莹. 渍结宁膏穴位敷贴治疗脾肾阳虚型溃疡性结肠炎 30 例临床观察[J]. 中医药导报, 2012, 18(3): 19-21.
- [34] 王永炎, 张启明, 赵宜军. 对中医个体化诊疗的理解与解释[J]. 环球中医药, 2009, 2(3): 161-163.

(收稿日期: 2012-06-21)

(本文编辑: 刘群)