

· 临床经验 ·

化瘀通阳法治疗轻中度溃疡性结肠炎经验

石磊 施丽婕

【摘要】 溃疡性结肠炎是一种慢性肠道疾病,对于轻中度患者,中医干预有一定效果。笔者根据临床经验,提出溃疡性结肠炎病机属卫阳郁滞、气滞血瘀,病性为虚实夹杂,且卫阳郁滞为发病关键。在临床中创立宣通卫阳、活血化瘀的化瘀通阳法,并以宣通卫阳为重点,活血化瘀贯穿始终,辨证论治了多例轻中度溃疡性结肠炎患者。

【关键词】 溃疡性结肠炎; 化瘀通阳法; 宣通卫阳; 活血化瘀

【中图分类号】 R249 **【文献标识码】** A doi:10.3969/j.issn.1674-1749.2016.09.022

溃疡性结肠炎(ulcerative colitis, UC)是一种慢性非特异性的肠道炎症性疾病,临床表现以腹泻、腹痛、排黏液脓血便为主,常伴有营养不良或多系统的肠外表现^[1],中医根据疾病证候,将此病归为泄泻、痢疾、大瘕泄等。近年来,UC 在中国的发病率明显升高^[2],不仅影响患者的生存质量,严重时甚至威胁生命。笔者认为其病机当属卫阳郁滞、气滞血瘀,临床采用化瘀通阳法结合辨证论治对轻中度 UC 患者多能收效,现将其病机认识和用药经验介绍如下。

1 宣通卫阳为治疗关键

《营卫生会篇》指出“营出中焦,卫出下焦”,《灵枢·邪客》提到“地有泉脉,人有卫气”,由此可知营卫之气应是源于下焦,生成于中焦,宣发出布于上焦,而卫阳作为机体阳气中重要的一部分,其根于肾中元阳,在肾火的蒸腾作用下,上输于肺,在肺的宣发作用下发挥作用。卫阳又可视为是太阳的实质^[3],因此,当机体感受寒邪,营卫失调的情况下,源于下焦的卫阳在寒邪作用下郁滞不行,一方面不能如常发挥其护卫作用,从而招致他邪,另一方面易郁生变。大肠经的生理功能体现为“营卫潜蓄”,病理上,营卫之气在潜蓄于阳明的过程中受阻^[4],而阳明本经多气多血,卫阳、卫气停滞不畅,易扰乱其气血运行致生他病。有研究认为:卫阳在一定程度上相当于生理学中所认识的非特异性免疫^[5],其具有与免疫系统相类似的“保己排异”功能,而 UC 的发病与免疫因素也是密不可分。因此笔者认为:在 UC 病机中,卫阳郁滞是关键所在。

UC 的症状以腹泻或排黏液脓血便为主,《病机十九条》曾指出“暴注下迫,皆属于热”,故后世医家在急性泄泻的治

疗时,多用如黄连、黄柏、栀子等清化火热之品。然笔者发现,UC 患者中,除了泄泻症状外,多伴有畏寒、四肢欠温、倦怠乏力或脾肾虚之候,参考《生气通天论》所指“凡阴阳之要,阳密乃固”之后,笔者认为卫阳郁滞不行,就会引起阳虚、气滞等变化,表现出腹泻、腹痛等症,日久还会因郁而变,故提出 UC 的治疗关键是宣通卫阳。从宣通舒展阳气角度考虑,首选薤白入药,其味辛性滑利,入大肠和肺经,通散郁结效果尤佳。在化瘀通阳的治法中,以薤白为君药,不仅可以直接作用于营卫潜蓄失利的大肠经,助卫阳运行,解除郁滞,还能作用于肺经,加强其主气和治节的作用,条畅宣发气机,改善卫气运行,从另一方面宣通郁滞的卫阳。

2 活血化瘀当贯穿整个病程

卫阳郁滞作为发病的基础,其影响营卫潜蓄阳明的过程,导致卫气乃至一身之气运行不畅,而气有摄血、行血和生血之功,故气血两者以气为重,气虚生血乏源、运血无力,气机郁滞阻碍血行又导致瘀血产生,故清代王清任也曾提出气血运行通畅是一切运行之本。现代医学认为,血小板(platelet, PLT)的激活在 UC 早期就起到了重要作用,这会使肠系膜血管发生微小的梗死,更易引起栓塞性疾病^[6],但与此同时,PLT 又参与了损伤的修复和组织的再生^[7-8]。笔者通过临床观察发现:UC 患者 PLT 指标较正常人多有增高,其“高凝状态”正好佐证了气血受阻、气滞血瘀属发病的第二机理。

郁滞的卫阳一方面使气的固摄作用减弱,另一方面由于气机不畅,气血运行受阻,瘀血内生,又加重了气机的阻滞,使卫阳无法顺利舒展,而内生的瘀血占据血络,妨碍新血的产生,更容易导致出血。刘素素曾提出“调气则厚重自除,行血则便脓自愈”;李汉文遵《医林改错》,用丹参、乳香、没药、皂刺等活血通络、祛瘀生新之品缓解 UC 症状^[9];毕卫珍^[10]用健脾温中、化瘀导滞中药口服或加灌肠治疗 58 例 UC 患者,使其郁滞通畅,黏膜修复,总结经验可以发现:活血化瘀治法应当贯穿整个疾病。因此,化瘀通阳法选择了有化瘀止痛之功的失笑散为代表,其除滞化瘀的作用平缓而不峻猛,不会伤及人体正气,又可根据气滞血瘀的侧重不同,辨证加减用药。血瘀明显的适当增加五灵脂用量,另可加丹参、

基金项目:国家自然科学基金(81373848)

作者单位:300000 天津中医药大学研究生院[石磊(硕士研究生)];天津中医药大学第一附属医院脾胃科(施丽婕)

作者简介:石磊(1989-),2013 级在读硕士研究生。研究方向:消化道疾病诊治。E-mail:klmysl1205@126.com

通讯作者:施丽婕(1971-),女,博士,主任医师,硕士生导师。研究方向:消化道疾病诊治。E-mail:slj629@163.com

桂枝、当归、川芎、益母草等;气滞显著的用枳实、木香、紫苏梗、厚朴、柴胡、槟榔等。

3 临床经验

笔者将化瘀通阳作为溃疡性结肠炎的基础治法,其中薤白温通卫阳、理气散结治疗泄泻属“通因通用”;蒲黄、五灵脂凉血止血、活血化瘀止痛,共同发挥了通阳而不壅滞,止血而不留瘀的功效。在化瘀通阳的基础上,结合患者证候特点,便血明显者加仙鹤草、地榆炭、白及收敛止血;湿重者加蒿芩清胆汤清化湿热并加山药、白术、薏苡仁等助脾运湿;腹泻明显者加白头翁、黄连、秦皮;偏气虚者加用四君子汤、紫苏叶、黄芪益气行气;畏寒明显者可用炮附子、干(炮)姜、吴茱萸、乌药温中散寒;偏血虚者加四物汤、当归、鸡血藤补血养血;腹痛明显者加延胡索、白芷、茺莢理气止痛;兼有肺系症状者加桔梗、防风、五味子通宣肺气而调大肠;津失明显者,加天花粉、玄参、葛根、麦冬等滋阴生津。对镜下表现以息肉为主者,在病变及周围黏膜处多点活检送病理,采用益母草、川芎、莢术等化瘀之品并加用当归、白芍、红藤以养血;病变在近端结肠和全结肠的,加用美沙拉嗪肠溶片口服达到消炎效果;病变在远端结肠或直肠者,可用化瘀通阳方灌肠治疗,并加用黄芪、白术、陈皮、升麻等补中益气;溃疡面较广泛,无明显出血的,加当归、三七粉^①、党参、茯苓、桂枝等调和营卫,促进黏膜愈合。

4 病案举例

患者,男,42岁,主因“间断左下腹痛1年,加重1周伴腹泻3天”就诊。患者1年前因左下腹痛伴少量血便,日行3次就诊,肠镜及病理考虑溃疡性结肠炎,予美沙拉嗪肠溶片口服1g,每天3次。1周前因劳累受凉后复现左下腹痛,3天前腹痛加重伴有腹泻,得热痛减,日行3~4次,便质黏稠不成形,畏寒明显,口干不欲饮,纳少寐欠安。查体:左下腹压痛,肠鸣音活跃。舌黯淡苔白腻,脉沉弦。血常规:白细胞计数:9.6×10⁹/L,红细胞计数:7.4×10¹²/L,血红蛋白浓度:117g/L,血小板计数:304×10⁹/L。便常规:便潜血(+)。快速C反应蛋白:26.40mg/L,超敏C反应蛋白:>5mg/L,红细胞沉降率:17mm/h。肠镜:直肠乙状结肠散在不规则溃疡,表面覆白苔。中医诊断:泄泻。证型:寒湿瘀阻。治法:化瘀通阳止痛,散寒除湿止血。处方:醋五灵脂10g、炒蒲黄10g、薤白20g、炒薏苡仁15g、生黄芪10g、炒白术15g、白芍10g、地榆炭10g、白及5g、仙鹤草15g、干姜6g、甘草10g、石榴皮10g、白头翁10g、丹参10g、桔梗10g,7剂,每天1剂,分2次温服。美沙拉嗪肠溶片1g,每天3次,长期口服。

二诊:自诉畏寒较前减轻,仍有间断左下腹疼痛,发作次数较前减少,大便日行2~3次,便质略好转,考虑郁滞卫阳略有减轻,阳气运行较前顺畅,随症去地榆炭,加醋延胡索10g、玄参10g,以理气止痛、生津增液,余方不变,继服1周。

三诊:便质较前变化不大,未诉明显腹痛,去白及,改用炒薏苡仁15g,自诉进食黄瓜后腹部畏寒反复,考虑患者阳

气未复,又因饮食不节再感寒凉,改干姜8g,加白豆蔻10g,加大温阳之力,继服2周。

四诊:未诉明显腹痛,大便日行1~2次,便质偏稀软,无黏液脓血,查便常规:便潜血(-),考虑患者目前症状平稳,去玄参,改用生黄芪15g、干姜6g、桔梗15g,通过益气、治肺加强整体治疗。继服2周,以求巩固。3月后复查肠镜见直肠黏膜轻度小片状充血。

按“辨病者,当先别阴阳”。患者病情日久,长期腹泻反映脾胃功能受损,卫阳郁滞于阳明,卫气不能布于体表,易感寒邪;阳气郁滞不畅,温养脏腑器官功能减弱,畏寒明显。外来寒邪与内生虚寒相合,加重卫阳的郁滞,表现为腹痛畏寒,阳得热助则彰显,故腹痛得热减轻;卫阳郁滞使“脾为之卫”功能不全,脾阳也随之不足,又加之寒邪内侵,运化水湿功能受挫,表现为腹泻加重、舌苔白腻。病久邪气入络,气血运行不畅,瘀血内生,影响正常血液运行,表现为便潜血阳性和舌质黯淡。病因为阳虚感寒,病机为卫阳郁滞,寒邪入里,脾虚湿困,气滞血瘀。病性为本虚标实,卫阳郁滞、阳气不足为本,寒邪入里伤脾,脾寒生湿、气滞血瘀为标。治以化瘀通阳,散寒除湿止痛,兼顾补脾、止血,并在大量温通阳气、活血化瘀药中佐以小量凉药,以防郁而生热。中西医结合治疗后,炎症得以减轻,卫阳得以舒展,阳气得以流通,寒湿得以温化,瘀血得以清除,患者的临床症状和黏膜表现都有明显缓解。

参 考 文 献

- [1] Feuerstein JD, Cheifetz AS. Ulcerative colitis: epidemiology, diagnosis, and management [J]. Mayo clinic proceedings, 2014, 89(11):1553-1563.
- [2] 胡仁伟,欧阳钦,陈曦,等.近15年我国炎症性肠病文献分析[J].胃肠病学,2007,12(2):74-77.
- [3] 王春生.太阳病解析[J].天津中医药,2003,20(1):43-44.
- [4] 林友泉.运用营卫理论研究《伤寒论》六经实质[D].广州:广州中医药大学,2013:44-46.
- [5] 张宁一.从造血干细胞向免疫细胞分化探讨“卫气根于肾”本质[D].南京:南京中医药大学,2009:9-11.
- [6] 许丽莉,王吉耀.活动期溃疡性结肠炎患者体内血小板激活状态的评价[J].中华消化杂志,2002,22(5):285-287.
- [7] Evan gelos Voudoukis, Konstantinos Karmiris, Ioannis E Koutroubakis. Multipotent role of platelets in inflammatory bowel diseases: A clinical approach [J]. World journal of gastroenterology, 2014, 20(12):3180-3190.
- [8] Asuka Nakarai, Jun Kato, Sakiko Hiraoka. Prognosis of ulcerative colitis differs between patients with complete and partial mucosal healing, which can be predicted from the platelet count [J]. World journal of gastroenterology, 2014, 20(48):18367-18374.
- [9] 王玉娟,邓华亮.李汉文治疗溃疡性结肠炎经验[J].山东中医杂志,2015,34(1):61-62.
- [10] 毕卫珍.中西医结合治疗溃疡性结肠炎58例[J].环球中医药,2014,7(S2):24.

(收稿日期:2015-11-05)

(本文编辑:董历华)