

本文引用:朱 卫,高 亚,王爱华,宾东华.王爱华教授辨治溃疡性结肠炎经验[J].湖南中医药大学学报,2017,37(1):48-51.

## 王爱华教授辨治溃疡性结肠炎经验

朱 卫,高 亚,王爱华,宾东华\*

(湖南中医药大学第一附属医院肛肠科,湖南 长沙 410007)

**〔摘要〕** 湖南省名中医王爱华教授认为脾胃气虚为溃疡性结肠炎的发病之本,湿热为致病之标,热毒为下血之因,血瘀为局部病理变化,肠疡为局部病理表现,日久则病及于肾,脾肾双亏,提出健脾助运是根本、调气和血辅其治、清热化湿贯其中的治疗方法。

**〔关键词〕** 溃疡性结肠炎;脾胃虚弱;湿热蕴结;毒瘀互结;脾肾气虚;王爱华

**〔中图分类号〕**R266

**〔文献标识码〕**B

**〔文章编号〕**doi:10.3969/j.issn.1674-070X.2017.01.012

### The Experience from Professor Wang Aihua in Diagnosis and Treatment of Ulcerative Colitis

ZHU Wei, GAO Ya, WANG Aihua, BIN Donghua\*

(Anorectal Department, the First Affiliated Hospital of Hunan University of Chinese Medicine, Changsha, Hunan 410007, China)

**〔Abstract〕** Hunan's famous traditional Chinese physician Wang Aihua thinks that the deficiency of stomach Qi is the primary factor of ulcerative colitis, while damp-heat was the symptomatic factor, heat-toxicity causing bloody stool, blood stasis is the local pathological change, intestine sores is local pathological characteristics. The long illness will damage kidney, causing the deficiency of both spleen and kidney. She proposes that invigorating spleen for digestion is the primary method, harmonizing Qi and blood is the auxiliary method, while clearing heat and promoting diuresis in the whole course of ulcerative colitis.

**〔Keywords〕** ulcerative colitis; deficiency of spleen and stomach; accumulated dampness-heat; blood and poison stasis; Qi deficiency of spleen and kidney; Wang Aihua

溃疡性结肠炎(ulcerative colitis, UC)是一种肠黏膜的慢性、非特异性炎症性疾病<sup>[1-2]</sup>。中医学虽无溃疡型结肠炎病名,根据其临床表现,应归属于“大瘕泄”、“便血”、“肠癖”、“泄泻”等范畴。中医学认为本病总属本虚标实之证,其中本虚以脾胃亏虚为主,标实主要以湿热蕴结大肠及肝气郁滞为主。因先天禀赋不足,或素体脾胃虚弱,或饮食不节,或外感邪气,或情志刺激,从而导致脾胃损伤,湿热内生,蕴结大肠所致。《内经》云:“湿胜则濡泄”。清代沈金鳌亦在其《杂病源流犀烛·泄泻源流》中记载:“湿盛则泄泄,乃独于湿耳,不知风、寒、热、虚虽皆能致病,苟脾强无湿,四者均不得而干之,何自成泄?是

泄虽有风、寒、热、虚之不同,要末有不源于湿者也。”由此可见,无湿不成泻,故本病与湿邪关系最为密切。

UC患者往往以消化道症状<sup>[3]</sup>(腹痛、腹泻、脓血或黏液便伴里急后重)为主要症状,严重患者常伴有不同程度的全身症状(发热、体质量减轻、贫血、低蛋白血症及水电解质酸碱平衡紊乱等,甚至出现大出血、中毒性巨结肠等危及生命的严重并发症),除此之外部分患者还可伴随肠外表现(结节性红斑、关节炎、虹膜炎、口疮样溃疡、胆囊炎、间质性肾炎和内分泌障碍等)。UC病变范围广泛、病势反复缠绵、治愈难度大、癌变性大,严重影响了患者生活

**〔收稿日期〕**2016-10-12

**〔基金项目〕**湖南省教育厅课题资助(16C1224)。

**〔作者简介〕**朱 卫,男,硕士,医师,主要从事肛肠疾病的中医药防治研究。

**〔通讯作者〕**\* 宾东华,男,医学博士,主治医师, E-mail:bindonghua@163.com。

质量。

王爱华教授是湖南省名中医、硕士生导师、全国中医肛肠学科知名专家、全国中医肛肠学科先进名医工作室专家、湖南中医药大学第一附属医院“首届名医”,从事中西医肛肠专科临床、教学、预防、科研工作30余年,勤求博采,学验俱丰,擅长运用中医内外治法治疗各种肠道疾病,尤其对溃疡性结肠炎的治疗有独到的见解,临证加减,治病多验,现将其对溃疡型结肠炎治疗经验总结介绍于下。

## 1 发病诸因兼夹

王爱华教授根据其三十余年临床经验认为,脾虚为UC发病之本,湿热为致病之标,热毒为下血之因,血瘀为局部病理变化,肠疡为局部病理表现<sup>[4]</sup>。溃疡性结肠炎的病因病机总体属本虚标实。多在禀赋不足,脾虚湿盛的基础上,继发湿热蕴结、瘀毒交迫、脾肾亏虚等多因素作用而发病。病久正气亏虚,邪气久居不去,形成慢性疾病,每遇感受外邪或饮食不洁(节)、情志失调,致肠道功能失司而发病。

### 1.1 脾胃虚弱

脾胃素虚,或嗜食生冷,中伤脾胃。脾胃为后天之本,一身正气之源;脾胃虚弱,正气生化乏源;正气虚弱,难以祛邪,此为发病之初外邪客袭的内在因素,又是既病之后,湿邪、热邪及瘀毒之邪相互依附、聚结难解的主要原因。《素问·太阴阳明论》指出本病病因病机是:饮食不节,起居不时,而致脏腑阴阳受损,病邪游积,危害于已虚之大肠而引起本病。

### 1.2 湿热蕴结

脾主运化水湿,胃主游溢精气。外感湿热之邪,或脾胃虚弱,水湿运化无能,停为痰湿水饮之邪。脾胃为水湿所困,进一步制约脾胃运化功能,湿邪愈盛,碍脾愈盛,循环无端。湿邪停积日久,郁而化热,湿热互结,湿助热势,湿助热威,沉澁一气,湿热胶着难解。《素问·至真要大论》曰:“暴注下迫,皆属于热。”

### 1.3 毒瘀互结

毒邪有湿毒、热毒、瘀毒之分,三者胶着互化,难以驱逐。湿邪滞留日久,化生湿毒,阻滞血络;热邪祗张,迫于肠道,便为瘀毒;热邪亢盛,灼伤血络,迫血妄行,血溢脉外,离经之血则为瘀;此外,久病入络,亦衍生瘀毒。毒邪蕴于肠内,则发下血。UC一般病程较长,反复不愈或复发,血滞于内,易生瘀血<sup>[5]</sup>。

### 1.4 脾肾气虚

久病伤脾,脾气虚弱,治疗迁延,进一步发展,久病及肾而成。肾为先天之本,化生元阴元阳,为一身阴阳之根。肾气不足,肾阳亏虚,肾火不暖脾土,脾胃虚寒,运化失职,发为泄泻、腹痛等症。脾为后天之本,运化水谷精微,以滋先天。脾气虚弱,运化失司,肾气失充,脾肾均亏。

王爱华教授总结溃疡性结肠炎的病因病机认为,脾虚失运为本病发病为本,湿毒、热毒为致病之标,日久则夹瘀,脾肾双亏。正如《诸病源候论·痢病候》所言:“痢由脾胃肠虚,……肠虚不复,故赤白连滞,……血痢者,热毒折于血,入大肠故也。”同时由于脾虚无力运化水液,湿邪更重,下注于肠腑,邪难祛,正亦难补,故临床多见疾病缠绵难愈。

关于溃疡型结肠炎的病机,不同医家的学术观点稍有差别,但均认为“虚”“热”“湿”“瘀”为溃疡性结肠炎的共同病机。例如吕永慧等<sup>[6]</sup>通过对UC患者中医证候进行聚类分析,发现UC活动期证型以大肠湿热证、肝郁脾虚证、血癖肠络证为主,缓解期证型以脾胃气虚证、脾肾阳虚证为主;王新月<sup>[7]</sup>则认为“毒损肠络”是其病机,湿热毒积久损伤肠络是UC反复发作、缠绵难愈的病机关键。

## 2 症征多象同见

王爱华教授根据溃疡型结肠炎的不同症状体征,总结出此病常见的几种征象表现。

### 2.1 脾胃气虚征象

腹胀食少,大便溏薄,夹脓血黏液,肢体倦怠,神疲乏力,少气懒言,面色萎黄,或有脱肛。

### 2.2 湿热蕴结征象

腹痛,里急后重,下痢赤白脓血,赤多白少,肛门灼热,小便短赤。

### 2.3 瘀毒互结征象

腹部刺痛固定不移,拒按,夜间加重,面色晦暗,里急后重,下痢脓血黏液便色黑,或腹部结块,推之不移。

### 2.4 脾肾气虚征象

大便次数多,质稀不成形,无黏液及便血,无腹痛,伴纳差、神疲乏力、少气懒言、腰膝酸软、四肢不温、小便清长。

同时,王教授还发现,以上征象都可以在UC患者身上同时出现,呈现出湿热之邪、瘀毒之邪与

脾胃气虚、脾肾气虚同时并存的现象,从而体现出多种病因相兼为患的发病机制,成为强调标本并治的主要依据。

### 3 治宜主次杂合,内外并用

溃疡性结肠炎是一种自身免疫性炎症性疾病,中医药可通过调节自身免疫系统,达到很好的缓解效果<sup>[8]</sup>。王爱华教授认为在具体辨治中,此病的诸因兼夹也有主次之分,初期以邪实为主,后期以虚实夹杂为主。故治疗上应标本兼治,固本祛邪,内治法与外治法并行;健脾固本是治病之本,清热解毒、燥湿止泻是治病之标,行气活血、止血敛疮是治疗久病缓解期的大法;且强调分期论治,活动期以清热燥湿为主,佐以健脾、调气、行血;缓解期以固本(健脾、益肾)为主,佐以化湿止泻。对于溃疡性结肠炎脾胃气虚证,治以健脾益气,化湿止泻,选方参苓白术散加减;湿热蕴结证,治以清热燥湿,调气行血,选方芍药汤加减;瘀毒互结证,治以化瘀解毒,利湿止痢,选方白头翁汤加减;脾肾气虚证,治以健脾益肾,培元固本,选方芪杞固本汤加减。

其他医家,亦与王爱华教授的学术观点有一定程度的契合:周滔等<sup>[9]</sup>通过分期二步法治疗 UC 亦取得良好疗效。沈洪等<sup>[10]</sup>采用分期序贯治疗轻中度 UC,对患者的症状有明显改善作用,并能较快地诱导患者症状的缓解,尤其对腹胀、腹痛的改善早于西药治疗;李姿慧等<sup>[11]</sup>利用健脾利湿法——参苓白术散治疗 UC,获效显著;刘果等<sup>[12]</sup>采用益气活血解毒中药复方治疗溃疡性结肠炎,并获得显著临床疗效,尤其在抗复发方面较柳氮磺胺嘧啶有着明显优势。

### 4 治验举隅

案1 李某某,女,65岁,湖南省长沙市浏阳市农民。于2016年4月25日初诊。主诉:反复腹痛伴黏液血便3月余。病史:患者于3个月前无明显诱因出现腹痛伴黏液血便,腹痛呈灼痛,绵绵不休,大便5~7次/日,质稀,有大量黏液及暗红色血液,自服“黄连素片”未见明显缓解。3个月来上述症状反复发作,伴食欲不振、口渴、乏力、畏冷。检查:患者于2016年4月20日在当地医院行肠镜:左半结肠多发性溃疡伴出血;溃疡性结肠炎。病检回报:固有膜内可见多种炎性细胞浸润,隐窝形态不规则,排列紊乱伴杯状细胞减少。舌质红,苔黄厚腻,脉沉缓。诊

断:溃疡性结肠炎(活动期)。辨证:寒热错杂证。治法:温中补虚,清热燥湿。方剂:半夏泻心汤加减。处方:法半夏10g,黄芩10g,黄连5g,干姜10g,党参15g,黄芪10g,茯苓10g,白术15g,陈皮10g,薏苡仁10g,炒鸡内金10g,白及10g,紫草10g,白头翁10g,地榆炭10g。10剂。服法:水煎,每日1剂,分2次温服。外治:结肠宁5g+地塞米松5mg+云南白药2g溶解于100mL温开水中,保留灌肠,每日睡前1次。医嘱:(1)适当休息,提高身体抵抗力;(2)清淡饮食,忌食辛辣肥甘厚味。二诊2016年5月5日。患者腹痛明显缓解,大便2次/日,质软不成形,黏液较前减少,无便血,纳食可,稍感口干,无畏冷。舌质淡红,苔白,脉缓。原方去白及、紫草、白头翁、地榆炭,重用黄芪20g,白术20g,以益气健脾,渗湿止泻。10剂。三诊2016年5月15日。腹痛及黏液血便完全缓解,大便1~2次/日,质软成形,无黏液及出血。纳食可,无口干、畏冷。改用参苓白术散益气健脾,巩固疗效。

按:王爱华教授认为,患者初诊时,溃疡型结肠炎症状明显,属本虚标实之证,但以标实为主,根据“急则治其标”的原则,此时当以治标缓解症状为主。根据《温病条辨·湿温》所言:“久痢伤及厥阴,上犯阳明,气上撞心”,“心中疼热”,则见腹部灼痛。又因下焦阳气虚,阴寒盛,不能外达,故畏冷、下痢稀溏夹黏冻。脾阳虚衰,脾不统血,湿郁化热,迫血妄行,故见便血。舌质红,苔黄厚腻为热,脉沉缓为虚寒,故辨证为寒热错杂证。半夏泻心汤是张仲景创立的寒热并用、消补同施之经方。方中半夏苦辛温燥,善能燥湿理气,和胃降逆,为君药。干姜辛热,温中散寒,助半夏温中燥湿以和阴;黄芩、黄连苦寒清降,清泻里热以和阳,均为臣药。党参、黄芪、白术、茯苓健脾益气,补虚和中,兼生津液,既可防芩、连之苦寒伤阳,又防夏、姜之辛热伤阴;陈皮、薏苡仁、炒鸡内金行气消食、健脾渗湿;白及、紫草、白头翁、地榆炭清热凉血、止血生肌,共为佐药。诸药相合,使寒热得除,气机得畅,升降复常。患者二诊时,邪实症状已明显缓解,此时当注重标本兼治,故加用黄芪、白术以健脾祛湿;患者此时已无便血,故在原方基础上去白及、紫草、白头翁、地榆炭等止血之药。患者三诊时,标实症状已完全缓解,此时当“缓则治其本”,故改用参苓白术散口服以益气健脾治其本也。

案2 解某某,男,61岁,湖南省新化县个体经营

者。于2016年7月12日初诊。主诉:大便不成形伴有黏液半年。病史:患者2015年5月因反复便血在当地医院就诊,完善检查后诊断为“溃疡性结肠炎”,经美沙拉嗪治疗后便血缓解。近半年来大便2次/日,质稀不成形,伴有透明胶冻状黏液,无便血,无腹痛。伴食欲不振,乏力易疲劳。检查:患者于2015年5月在当地医院行肠镜:直肠黏膜充血,血管纹理不清,可见多发性小溃疡,质脆易出血报告为溃疡性结肠炎。病检回报:送检组织可见多种炎性细胞浸润,支持UC诊断。舌质淡,苔白,脉缓弱。诊断:溃疡性结肠炎(缓解期)。辨证:脾气虚弱证。治法:健脾益气,化湿止泻。方剂:参苓白术散加减。处方:党参15g,茯苓10g,白术10g,黄芪20g,白扁豆15g,陈皮10g,广藿香10g,防风10g,黄连10g,炒麦芽15g,炒鸡内金10g,薏苡仁10g。10剂。服法:水煎,每日1剂,分2次温服。外治:美沙拉嗪栓,1g,肛塞,每日1次。医嘱:(1)适当休息,提高身体抵抗力;(2)清淡饮食,忌食辛辣肥甘厚味。二诊2016年7月22日。患者大便1~2次/日,质软成形,黏液较前减少,纳食可,精神充沛。舌质淡,苔薄白,脉缓。继续原方10剂健脾益气,巩固疗效。

按:王爱华教授认为,患者初诊时,大便2次/日,质稀不成形,伴有透明胶冻状黏液,无便血,无腹痛,症状轻微,根据溃疡型结肠炎总属本虚标实的病机,此时患者以脾胃本虚为主。患者久痢损伤脾胃,受纳无权,脾气虚弱,健运失职,故见食欲不振;食入不消,清浊不分,注入有伏邪积垢之肠道,则见大便稀夹有黏液;脾气虚,化源不足,不能充达肢体、肌肉,故肢体倦怠易疲劳,宗气不足则乏力;舌质淡,苔白,脉缓弱,为脾气虚兼湿浊之象。故方选健脾益气,化湿止泻的参苓白术散加减。方中用四君子汤之党参、茯苓、白术平补脾胃之气为主,与黄芪合用更可增强益气健脾之功,共为君药;加入和胃理气渗湿之品如白扁豆、陈皮、广藿香、薏苡仁既可理气健脾,使诸药补而不滞,又能渗湿而止泻,标本兼顾,是为臣药;脾气虚弱则运化失司,湿浊内生,佐以防风升清燥湿,黄连苦寒燥湿,炒麦芽、炒鸡内金消食导滞以助脾胃运化。患者二诊时,病情有所好转,但辨证仍以本虚标实之脾胃本虚为主,故仍以参苓白术散加

减口服。

王爱华教授认为,溃疡型结肠炎以本虚标实为根本病机,脾虚失运为发病之本,湿热、热毒为致病之标,日久则夹瘀,脾肾双亏。治疗上当根据其本虚标实的根本病机,在急性期采取“急则治其标”的原则,首先运用具有止泻、止痛作用的方药缓解症状,当症状基本缓解后,根据“缓则治其本”的原则,根据脾肾亏虚的根本原因,采取益气健脾,培元固本的方法,如此方能做到有的放矢以达到最佳的治疗效果。

#### 参考文献:

- [1] Bezzio C, Fasci-Spurio F, Viganò C, et al. The problem of adherence to therapy in ulcerative colitis and the potential utility of multi-matrix system (MMX) technology [J]. Expert Rev Gastroenterol Hepatol. 2017,11(1):31-44.
- [2] Dotti I, Mora-Buch R, Ferrer-Picón E, et al. Alterations in the epithelial stem cell compartment could contribute to permanent changes in the mucosa of patients with ulcerative colitis[J]. Gut. 2016, Doi:10.1136/gutjnl-2016-312609.
- [3] 张凌玲,王素娟,龙再菊,等.溃疡性结肠炎患者外周血C反应性蛋白、血清降钙素原及白细胞介素-6水平及临床意义[J].现代生物医学进展,2016,16(26):5166-5168.
- [4] 刘梦竹,王爱华.芪杞固本汤治疗溃疡性结肠炎30例临床观察[J].湖南中医杂志,2015,31(5):46-47.
- [5] 李叶,梁灿,张北平,等.罗云坚教授治疗溃疡性结肠炎经验[J].湖南中医药大学学报,2013,33(9):64-66.
- [6] 吕惠慧,丛龙玲.溃疡性结肠炎中医证型分布研究[J].中国中西医结合杂志,2012,32(4):450-454.
- [7] 王新月,闫昕.溃疡性结肠炎的发病特点与“毒损肠络”病机学说[J].中国中西医结合杂志,2013,33(3):410-414.
- [8] 朱闻,何清湖.中医药通过调节Th17细胞分化在自身免疫性炎症性疾病中作用的研究进展[J].湖南中医药大学学报,2016,36(8):82-86.
- [9] 周滔,张声生,崔超,等.中医药分期二步法治疗溃疡性结肠炎的临床研究[J].中国中西医结合杂志,2012,32(2):172-175.
- [10] 沈洪,张声生,王垂杰,等.中药分期序贯治疗轻中度溃疡性结肠炎111例疗效观察[J].中医杂志,2011,52(13):1108-1111.
- [11] 李姿慧,王键,蔡荣林,等.参苓白术散对溃疡性结肠炎大鼠超氧化物歧化酶及丙二醛的影响[J].中医杂志,2012,53(20):1764-1767.
- [12] 刘果,孙慧怡,周波,等.益气活血解毒法抗溃疡性结肠炎复发的临床疗效评价[J].北京中医药大学学报,2013,36(1):51-55.

(本文编辑 贺慧娥)