

· 临床经验 ·

查安生治疗溃疡性结肠炎经验

赵壮壮

(安徽中医药大学,安徽 合肥 230012)

[摘要]查安生认为,溃疡性结肠炎的病机以脾虚为本,瘀血贯穿疾病始终,湿邪是重要的发病因素,主张分期论治,发作期辨以六淫,缓解期辨以脏腑,重视固本,用药平和,内外合用。

[关键词]溃疡性结肠炎;临床经验;查安生

[中图分类号]R574.62;R249 **[DOI]**10.3969/j.issn.2095-7246.2019.03.010

溃疡性结肠炎是一种肠道慢性非特异性炎症疾病,属于炎症性肠病范畴,临床表现为反复发作的腹痛、腹泻、黏液脓血便。该病目前病因尚未明确,病程较长,易反复发作,难以完全痊愈,被公认为是消化系统难治性疾病之一^[1]。查安生是安徽中医药大学

学第一附属医院脾胃病科主任医师,安徽省名中医,对溃疡性结肠炎的治疗有独到的见解。将其论治溃疡性结肠炎经验总结如下。

1 审病因,明病机

1.1 脾虚为发病之本,久则及肾 溃疡性结肠炎可归属于中医学“大瘕泄”“久痢”“休息痢”等范畴。其主要病因为外邪侵袭、饮食不节、情志不调、素体虚弱等因素相互交织,损伤脾胃所致。《古今医鉴》

基金项目:安徽省自然科学基金项目(1608085mh186)

作者简介:赵壮壮(1991-),男,硕士研究生

[16] SANCHEZ-NIÑO M D, SANZ A B, RUIZ-ANDRES O, et al. MIF, CD74 and other partners in kidney disease: tales of a promiscuous couple [J]. Cytokine

Growth Factor Rev, 2013,24(1):23-40.

(收稿日期:2018-12-09;编辑:张倩)

Clinical Effect of Yiqi Bushen Huayu Prescription in Treatment of Early Diabetic Nephropathy

ZHOU Xin, LU Jun-feng, WEN Quan

(Lu'an Hospital of Traditional Chinese Medicine, Anhui Lu'an 237000, China)

[Abstract] **Objective** To investigate clinical effect of Yiqi Bushen Huayu prescription in the treatment of early diabetic nephropathy. **Methods** A total of 64 patients with early diabetic nephropathy were divided into treatment group and control group, with 32 patients in each group. The patients in the control group were given valsartan alone, and those in the treatment group were given valsartan combined with Yiqi Bushen Huayu prescription. The course of treatment was 12 weeks for both groups. The two groups were compared in terms of the changes in traditional Chinese medicine (TCM) syndrome score, fasting plasma glucose (FPG), blood pressure, urine albumin excretion rate (UAER), 24-hour urinary protein (24hUP), and urinary albumin-to-creatinine ratio (UACR) after treatment. **Results** The treatment group had a significantly better clinical outcome than the control group ($P < 0.05$). After treatment, the treatment group had a significant reduction in TCM syndrome score ($P < 0.05$), and the treatment group had a significantly greater reduction than the control group ($P < 0.05$). After treatment, both groups had significant reductions in FPG, systolic blood pressure, UAER, 24hUP, and UACR ($P < 0.05$), and the treatment group had significantly greater reductions in FPG, UAER, 24hUP, and UACR than the control group ($P < 0.05$). **Conclusion** Yiqi Bushen Huayu prescription can improve the clinical outcome of patients with early diabetic nephropathy and reduce urinary protein.

[Key words] Diabetic nephropathy; Syndrome of deficiency of both Qi and Yin with stasis; Urine albumin excretion rate; 24-Hour urinary protein

认为泄泻的病因为“脾胃为饮食生冷之所伤,或为暑湿风寒之所感”,指出饮食、暑湿风寒等因素为该病的病因,病邪损伤脾气,中焦运化无权,则脾不升清,清气下陷,而生飧泄。查安生认为,该病缠绵难愈,易损伤正气,病位虽在肠,然其发病之本则为脾虚,脾虚则健运无权,运化不及,水湿内生,停滞肠间,泄泻以成。《景岳全书》认为“泄泻之本,无不由于脾胃”,也认识到该病的发病之本在于脾。疾病在脏腑之间可以相互传变,肾为先天之本、水火之脏,主命门之火,脾为后天之本,气血生化之源,两者互济,肾脏由脾脏运化精微所供养,脾脏需要肾脏的温煦作用,方能健运。《张聿青医案》中形象地描述了两脏的关系:“脾胃之腐化,尤赖肾中这一点真阳蒸变,炉薪不熄,釜爨方成”。查安生认为本病迁延日久,始有脾虚,因虚致病,而且长期的泄泻更损脾气,使脾脏愈虚,则运化不及,气血生化不足,后天失养,会致虚者更虚,久者肾脏虚损,而生泄泻。本病的发病及进展与脾肾两脏密切相关。李中梓《医宗必读》云:“痢之为证,多本脾肾……在脾者病浅,在肾者病深……未有久痢而肾不损者。”

1.2 瘀血贯穿疾病始终 溃疡性结肠炎的常见初发症状为脓血便、腹痛且部位多固定不移,结肠镜下可见结肠黏膜充血、溃烂及出血,久病患者可见舌下脉络青紫,舌边瘀斑。查安生认为这些都是瘀血的外在表现,该病反复发作,病程较长,久病入络,故与瘀血密切相关。本病缓解期以正虚为主,气血生化不足,易因虚致瘀,活动期湿热、积滞等病邪为有形之邪,阻碍气血运行,易因实致瘀,形成气滞血瘀,故瘀血贯穿于疾病的始终。瘀血作为病理产物,为有形之邪,且长期存在,则影响新血生成,即“瘀血不去,新血不生”,影响肠络的濡养,易发生肠黏膜溃烂,且不利于受损肠络的修复,造成该病难愈。王清任《医林改错》认为“腹肚作泻,久不愈者,必瘀血为本”,也明确指出了瘀血与该病相关。现代医学研究表明,溃疡性结肠炎患者存在微循环障碍、血流动力学改变及血液处于高凝状态^[2]。这也佐证瘀血贯穿疾病的始终。

1.3 湿邪是重要的发病因素 查安生认为湿邪作为一种病邪,是发病的重要因素,且易与其他病邪相合致病,有“无湿不成泻”之说。素体脾气亏虚,健运无权,水湿内生,且日久不化。饮食不节、思虑过度、劳累过甚及感受外邪,损及脾气,使脾不能正常受纳,脾不散精,输布失调,则生水湿,下注于肠间,发为泄泻。清代沈金鳌《杂病源流犀浊·泄泻源流》云:“湿胜则飧泄,乃独由于湿耳,不知风寒热虚,虽皆能为病,……而未有不源于湿者也。”也明确指出

湿邪是重要的发病因素。湿邪郁久易化热,热邪也可生湿,两者相互转化,正如《宣明方论》所述:“湿病本不自生,因于火热拂郁,水液不能宣行,即停滞而生水湿。”湿热相搏,郁蒸于肠间,阻碍气机,导致气滞血凝,肠络失养,血败肉腐,与肠络相合,形成脓血,可见脓血便。刘完素在《素问玄机原病式》中也指出湿邪为致病因素:“诸泻痢皆属于湿,湿热甚于肠胃之内……以致气液不得宣通而成”。湿热为患,其性黏腻不爽,留恋难去,滞于脏腑经络之间,日渐损伤正气,正气不足,易感受外邪,内外相合,引起发病。如朱肱《类证活人书》云:“休息痢,经年不愈……致湿热之邪留于冲任之间。”也指出了该病缠绵难愈的特点为湿热留恋所致。

2 辨治特色

2.1 发作期辨以六淫 查安生认为该期以邪实为要,应以六淫辨证,且感邪与节气相关。多因感受风、寒、湿、暑、火等外邪所致,外邪可单独致病,也可相合发病,如《素问·至真要大论》曰:“少阳司天,火淫所胜……民病注泄赤白,腹痛溺赤,甚则血便。”将其病因归于火邪所致。南宋·陈无择《三因极一病证方论·滞下》论及“风停于肤腠后,乘虚入客胃肠,或下瘀血……湿毒下如豆羹汁,皆外所因也”,指出风邪致病。清代喻昌《医门法律》论及“夏秋热暑湿三气交蒸,互结之热……外感三气之热而成下痢”,提出外感邪气相蒸致病。查安生认为该期以外感六淫之邪而发,其中湿、热相合最为多见,外感邪气夹湿,蕴于肠间,与肠中积滞互结,三焦宣通不畅,气血阻滞,与湿热搏结,化为脓血。在治疗上当以宣通祛邪为主,但应顾护脾胃之本,健运脾胃以扶正,以增强机体的抵抗力为治疗本病的关键^[3]。该期则以疏解外邪、清热祛湿为主,佐以健脾,选择药物上查安生常说“用药如用兵”,需详细了解药物功效并灵活运用,方能药证相合,效果明显。查安生喜用对药,如地锦草、马齿苋,二者共奏清热解毒、凉血止痢之功。赤芍、白芍合用,一则凉血活血,一则养血止痛,两药相配,一散一敛,补泻并施,可达到凉血养血,化瘀止痛之效。木香、枳壳,合用调气行滞;对于初起之患而见表证者,查安生取芳化宣通之法,习用藿香、佩兰、苏叶,因其气芳香可疏表化湿,味辛可宣畅气机,故可祛除由表及内病邪,表解则内邪自解。在祛邪时多佐以健脾之药,常用炒白术、炒谷芽顾护脾胃,以防祛邪寒凉之品伤胃之弊。

2.2 缓解期辨以脏腑 查安生认为此期以肝脾两脏为主,久则及肾,应以脏腑辨证。《景岳全书》也明确记载:“凡遇怒气便作泄泻者,此肝脾二脏之病也,

盖以肝木克土,脾气受伤而然。”临床症状可见大便溏泻伴黏液、泻下不爽、肠鸣、时有下腹部隐痛、肛门坠胀、两胁胀满、精神抑郁、纳少等。查安生认为此期的主要病机为肝郁脾虚、邪浊留恋。溃疡性结肠炎病程较长、易反复发作,需长期药物治疗,严重影响患者生活质量,从而影响患者情绪,抑郁、焦虑等不良情绪也会使病情加重,导致疾病复发^[4]。古代医家已认识到情绪因素可以引起泄泻类疾病,如陈无择《三因极一病证方论·泄泻叙论》论及“喜则散,怒则激,忧则聚,惊则动,脏气隔绝,精神夺散,以致溏泄”。查安生指出肝为将军之官,主疏泄,喜条达,是全身气血条达之主导,脾的运化功能需要肝的正常疏泄条达,若情绪失调,影响及肝,肝失疏泄,脾之运化紊乱,代谢失常,病邪中生,下注肠间,则见泄泻等症。治疗上需使肝气条达,脾气健运,立法为抑木扶土、祛除留邪,在疏肝理气用药方面,慎用温燥之品,不忘顾护津液。查安生在药物选择上白芍、甘草共用,取芍药甘草汤之意,白芍可平肝木、养肝阴,与甘草相合,可酸甘化阴、缓急止痛。叶天士指出:酸甘可生津,用酸甘之法可使津液恢复正常,可起补液止泻的作用^[5]。对于久泻久痢已见伤阴之体时,查安生每方必用白芍、甘草。在扶土用药上,查安生则选用药性平和之品,如炒白术、苍术联用,共奏燥湿健运之效,健脾之法贵在健运,使脾气行而不滞。加用炒薏苡仁、炒山药、茯苓等清淡之品,具有补而不壅之效,有利于病邪祛除。同时查安生在该期用清化之品,如仙鹤草、炒黄芩、马齿苋,以防病邪留恋。其中仙鹤草药性平和、味涩、兼有补虚的作用,现代药理研究表明仙鹤草具有止泻、促凝止血、抗炎、抗肿瘤等作用^[6]。对于久病及肾,脾肾阳虚的患者,查安生用温化通阳之法,温肾不可急、需缓图、忌峻烈,所选之品如巴戟天、鹿角霜之类,温而不燥之品可以振奋气机,增强机体的免疫力,促进疾病的恢复和病邪的祛除。

2.3 内外兼治和生活调摄 查安生认为内治、外治相结合治疗溃疡性结肠炎是一种行之有效的手段,灌肠治疗对于病变发生在左半结肠及直肠病变处尤为适合,灌肠治疗可以使药物直接与肠黏膜接触,有利于药物的吸收和病损肠黏膜的修复,可以降低体内炎症反应,调节机体免疫力^[7]。灌肠药物主要为清热燥湿、止血生肌之品,常用黄柏、白头翁、苦参、地榆炭、炒白术、炒谷芽各 15 g,炒黄连、白及各 10 g,三七 3 g,每剂煎取 100 mL,保留灌肠。查安生在临床工作中发现,生活调摄对于疾病的发生和预后尤为重要,在药物治疗的基础上常给予患者生活调摄方面的指导,如向患者普及溃疡性结肠炎知识,告知

患者减少诱因的措施,并进行心理疏导,以取得患者配合,达到减少复发、有效控制病情的目的。

3 验案举隅

王某,男,38岁,2017年5月10号初诊。主诉反复黏液脓血便5年余。患者5年前出现黏液脓血便,每日5~6次,经电子结肠镜诊断为“溃疡性结肠炎”,服用美沙拉秦、激素(不详)等药后,黏液脓血便可缓解,自行停药及饮食不慎后,症状反复发作,平素情绪不定。现患者大便不成形,伴黏液,无便血,每日4~5次,饮食不慎及情绪不定时加重,时有下腹部隐痛不适,肛门坠胀,伴排便不畅,纳少,乏力,舌质淡红,苔白腻,脉弦细。中医诊断为泄泻病,辨证为肝郁脾虚、病邪留恋,治以调和肝脾、祛除邪浊之法,方用痛泻要方加减。炒薏苡仁、怀山药、马齿苋、仙鹤草各 15 g,炒白术、苍术、醋香附、炮姜各 10 g,陈皮、法半夏、杭白芍、柴胡、炒枳壳各 9 g,炙甘草、广木香各 6 g,炒黄连 3 g。7剂,水煎,早晚餐后服,每日1剂。二诊:患者诉大便基本成形,每日2~3次,少见黏液,下腹部隐痛较治疗前改善,仍有排便不畅,时感肛门坠胀不适,舌淡红,苔薄白,脉弦细。上方加荷叶、炒谷芽各 15 g。7剂,水煎,早晚餐后服,每日1剂。以后遵照原方随证加减,并嘱其生活调摄,服药3个月后诸症消除,随访未见复发。

按 本案患者系溃疡性结肠炎缓解期,因症状反复发作,患者情绪失调,造成精神焦虑、抑郁,形成肝气郁滞,久泻则脾虚,即形成木郁土虚之证。治以疏肝健脾为主,兼以调气祛湿。方中柴胡、香附、枳壳、白芍疏肝理气,白术、苍术、山药以健脾固本,薏苡仁、陈皮、法半夏助脾祛湿,仙鹤草、马齿苋、炒黄连可祛留邪,炮姜温中止痛。诸药相合,苦中有辛,温中寓清,涩肠不留邪,调畅气机。二诊加用荷叶、炒谷芽以达到升清化滞之效。该方以疏肝健脾为主,寒温并用,补清相合,标本兼顾,故疗效显著。

4 结语

溃疡性结肠炎是一种病程较长、易反复发作的疑难疾病。查安生结合临床经验,总结本病的病机特点,即以脾虚为发病之本,久则及肾,瘀血贯穿疾病始终,湿邪是重要的发病因素,辨治上以“期”为纲,分期论治,内外合用,形成一套独具特色的理法方药,并在临床取得良好疗效。

参考文献:

- [1] 中华医学会消化病学分会炎症性肠病学组. 炎症性肠病诊断与治疗的共识意见(2012年·广州)[J]. 胃肠病学, 2012, 17(12): 763-781.

· 针灸经络 ·

电针预处理不同原络配穴对急性心肌缺血再灌注损伤大鼠心肌组织 TNF- α 、COX-2、ICAM-1 蛋白表达的影响邵雪芳¹, 蔡荣林², 曹奕³, 吴生兵⁴, 吴子建², 王璐璐¹, 刘磊¹, 郑良玉¹, 李小贾¹

(1. 安徽中医药大学研究生院, 安徽合肥 230012; 2. 安徽中医药大学针灸推拿学院, 安徽合肥 230012; 3. 安徽中医药大学第二附属医院, 安徽合肥 230061; 4. 安徽中医药大学科研实验中心, 安徽合肥 230038)

[摘要]目的 观察电针预处理不同原络配穴对急性心肌缺血再灌注损伤大鼠心肌炎症因子表达的影响, 初步探讨其保护心肌的作用机制。**方法** 采用冠状动脉左前降支结扎再灌注法复制急性心肌缺血再灌注损伤模型, 将模型大鼠随机分为模型对照组、神门支正组、神门通里组、大陵内关组、大陵外关组, 每组6只, 另取6只大鼠设为假手术组。电针预处理组分别选取神门、支正、通里、内关、大陵和外关穴位, 用电针仪进行电针刺激, 刺激电压1 V, 频率为2 Hz, 每日1次, 每次20 min。模型复制前共刺激14 d。假手术组、模型组不给予电针刺激。监测大鼠心电图, 分析ST段位移情况; 采用免疫组织化学法检测心肌组织肿瘤坏死因子- α (tumor necrosis factor- α , TNF- α)、细胞间黏附分子-1 (intercellular adhesion molecule-1, ICAM-1)、环氧合酶-2 (cyclooxygenase-2, COX-2) 表达水平。采用Western blot法检测心肌组织COX-2蛋白相对表达水平。**结果** 电针预处理不同原络配穴均可显著降低急性心肌缺血再灌注损伤模型大鼠升高的ST段电压 ($P < 0.05$), 以神门支正组的效应最显著。免疫组织化学法检测结果显示, 电针预处理不同原络配穴均可显著降低模型大鼠心肌组织TNF- α 、COX-2、ICAM-1表达水平 ($P < 0.05$), 以神门支正组的效应最显著。Western blot法检测结果显示, 各组心肌组织COX-2蛋白表达水平与免疫组织化学法检测结果相一致。**结论** 电针预处理减轻急性心肌缺血再灌注损伤的机制与调节心肌组织TNF- α 、COX-2、ICAM-1表达水平有关, 电针神门、支正穴的效应最为显著。

[关键词]急性心肌缺血再灌注; 原络配穴; 肿瘤坏死因子- α ; 环氧合酶-2; 细胞间黏附分子-1

[中图分类号]R541.4; R245 **[DOI]**10.3969/j.issn.2095-7246.2019.03.011

目前心血管疾病已成为中国居民的第一位死因, 占总死亡人数的40%, 其中引起心血管疾病最基本的病因是心肌缺血^[1]。而治疗心肌缺血的重要疗法, 如介入治疗、溶栓、搭桥术, 均可能引起心肌缺

血再灌注损伤 (myocardial ischemia reperfusion injury, MIRI)^[2]。因此, 如何减轻MIRI是治疗急性心肌缺血亟待解决的临床问题。针刺为心肌缺血的预防和治疗提供了绿色的治疗方案^[3]。多项研究结果已经证实, 针刺保护缺血心肌的作用是确切的^[4-6], 而且选穴或配穴不同, 其治疗效果存在一定的差异。

腧穴配伍可以起到加强腧穴间的协同作用, 从而提高临床疗效。原络配穴是临床最常用的经典配穴法之一。但是目前关于原络配穴法在干预急性心肌缺血方面的实验研究较少。前期研究^[7]发现, “神

基金项目:国家自然科学基金项目(81774414); 安徽省高校优秀青年人才支持计划重点项目(gxyqZD2016134); 安徽高校科研创新平台建设项目(2015TD033)

作者简介:邵雪芳(1991-), 女, 硕士研究生

通信作者:蔡荣林(1982-), 男, 博士, 副教授, ronglincai@163.com

[2] 贺国斌, 欧阳钦, 陈岱云, 等. 溃疡性结肠炎结肠组织微血栓形成的研究[J]. 中国内镜杂志, 2003(7): 42-43, 46.

[3] 董晓琳. 查安生治疗复发型溃疡性结肠炎经验[J]. 安徽中医学院学报, 2013, 32(6): 53-54.

[4] 朱磊, 赵钢. 精神心理因素与溃疡性结肠炎的关系[J]. 胃肠病学和肝病学杂志, 2011, 20(9): 868-870.

[5] 赵琼, 廖琼, 王腾飞, 等. 酸甘化阴法生津止泻作用探析[J]. 中华中医药杂志, 2012, 27(11): 2794-2796.

[6] 陈曼, 宋新荣. 近10年来仙鹤草临床应用与药理研究进展[J]. 中医药信息, 2000(6): 5-7.

[7] 陈建科. 中药保留灌肠治疗溃疡性结肠炎临床研究[J]. 中医学报, 2015, 30(5): 731-733.