



[DOI] 10.3969/j.issn.1001-9057.2021.02.005

http://www.lcnkzz.com/CN/10.3969/j.issn.1001-9057.2021.02.005

· 综述与讲座 ·

# 中医对炎症性肠病的认识与治疗研究进展

李玉玲 刘云 时昭红

**【摘要】** 炎症性肠病( IBD) 是一组病因尚未阐明的慢性非特异性肠道炎症性疾病, 包括溃疡性结肠炎( UC) 和克罗恩病( CD)。西医治疗 IBD 手段有限, 且因其疗效或不良反应原因, 使得中医药在治疗 IBD 中日益受到重视。本文论述了 IBD 的中医病名、病因病机、辨证论治、中医外治及结合现代医学的研究进展。

**【关键词】** 炎症性肠病; 中医; 研究进展

**【中图分类号】** R574 **【文献标识码】** A

炎症性肠病( IBD) 是一组病因尚未阐明的慢性非特异性肠道炎症性疾病, 包括溃疡性结肠炎( UC) 和克罗恩病( CD)。目前尚无根治办法, 常需终身服药, 严重影响患者生活质量, 耗费医疗资源, 是常见的消化系统疑难病。且被认为是结肠癌的癌前病变, 已被世界卫生组织列为现代难治病之一。西医治疗 IBD 手段有限, 因其疗效或不良反应原因, 使得中医药在治疗 IBD 中日益受到重视。

UC 的临床症状主要是腹痛、腹泻、粘液脓血便、里急后重等, 根据这些症状特点, 本病属于中医学的“肠澼”、“泄泻”、“滞下”、“痢疾”、“肠风”、“脏毒”、“便血”、“腹痛”等病范畴。《黄帝内经》最早描述 UC 的症状, 如“便血”、“下白沫”、“下脓血”、“腹痛”等, 并提出了“肠澼”的病名<sup>[1]</sup>。

CD 可累及从口腔到肛门的全消化道, 以消化道节段性、全层性、炎症性病变为主要病理特征, 常累及消化道以外的器官, 如关节、皮肤及眼。临床表现极其复杂, 主要包括消化道症状( 腹痛、血便、腹部包块、瘻管形成及肛周病变等)、全身表现( 发热、营养障碍等) 和肠外表现( 皮肤、关节和骨骼病变、眼部病变等), 还可出现肠梗阻、肠穿孔、消化道出血等并发症。本病是现代才提出的一种疾病, 在古代中医文献中没有相关记载。对于本病的中医病名, 目前尚未完全统一, 根据其临床表现可命名为“内伤发热”、“腹痛”、“积聚”、“肠痛”、“泄泻”、“便血”、“痢疾”、“痔漏”、“虚劳”等<sup>[2]</sup>。

## 一、中医辨证论治

### 1. UC 的中医辨证论治

本病病位在大肠, 但病机根本在脾, 与肝、肾、肺三脏密切相关。疾病过程中可产生湿、热、瘀、毒、痰等病理产物, 使病情缠绵难愈。湿热蕴肠, 气滞络瘀是 UC 基本病机, 属本虚标实之证。UC 活动期以标实为主, 主要为湿热蕴肠, 气血不调; 缓解期为本虚标实, 以正虚邪恋为主, 运化失健, 本虚多呈脾虚, 亦有兼肾亏者<sup>[3]</sup>。

UC 不同症状的病机侧重点有所不同, 以脓血便为主的病机重点是湿热蕴肠, 脂膜血络受伤。以泄泻为主者应分别虚实, 实证为湿热蕴肠, 大肠传导失司; 虚证为脾虚湿盛, 运化失健。以便血为主者, 实证为湿热蕴肠, 损伤肠络, 络损血溢; 虚证为湿热伤阴, 虚火内炽, 灼伤肠络, 二者的病机关键均有瘀热阻络, 迫血妄行。腹痛实证的主要病机是湿热蕴肠, 气血不调, 肠络阻滞, 不通则痛; 虚证为土虚木旺, 肝脾失调, 虚风内扰, 肠络失和。脓血便伴发热者的主要病机是热毒内盛, 血败肉腐<sup>[3]</sup>。

2017 年中华中医药学会脾胃病分会“溃疡性结肠炎中医诊疗共识”将 UC 分为大肠湿热证、热毒炽盛证、脾虚湿蕴证、寒热错杂证、肝郁脾虚证、脾肾阳虚证、阴血亏虚证 7 个证型<sup>[4]</sup>。

文献发现 UC 涉及中医证型的出现频率依次为湿热内蕴证、寒湿内停证、肝郁脾虚证、气滞血瘀证、脾肾阳虚证、脾胃虚弱证、脾虚湿困证、寒热错杂证、寒湿内停证、虚寒滑脱证<sup>[5]</sup>。

我们根据临床经验, 认为 UC 应按期治疗, 活动期和缓解期分别论治。活动期辨证分 4 型治疗<sup>[6]</sup>, 湿热

作者单位: 430022 湖北省武汉市中西医结合医院 武汉市第一医院消化科(李玉玲、时昭红); 湖北中医药大学(刘云)

通讯作者: 时昭红, E-mail: Zhaohshi@126.com

内蕴为主者,治以清热利湿,以黄芩汤、芍药汤等加减治疗,如兼热毒炽盛,可加用白头翁汤;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;肝郁脾虚者,以痛泻要方、白术芍药散合四君子汤加减治疗。寒热错杂为主者,治以乌梅丸加减。治疗过程中可遵循如下原则:(1)祛邪不伤正:UC 初期或反复发作期,祛邪之时,勿忘扶正,故宜审时度势,酌情用药,才能达到实邪尽去,不伤正气的疗效;(2)不忘补脾:本证脾虚为本。补脾贯穿于整个病程中,祛邪亦不忘扶正,但应分清标本缓急轻重,久病下痢及肾者还当加入补肾之品;(3)涩肠止血:勿忘加入行气导滞、升阳固脱之品。一味的涩肠止血、止泻,只能造成闭门留寇。(4)活血治痢:血瘀肠络为局部病理改变,肠间气血凝滞,血败肉腐,肉溃成疡,应酌情加入活血或活血止血之品,同时应加入祛腐生肌托疮之药。(5)缓急止痛:久泻之人,肠道敏感,易导致肠道痉挛,可加入酸甘化阴之品,缓急止痛<sup>[7]</sup>。

UC 患者缓解期正气亏虚而余邪未尽,治疗以口服药物为主。应注意首先辨别正气亏虚所在,明确气虚、阳虚、阴虚、血虚,以及病位在脾、在肾之不同。辨证采用益气健脾、温阳补肾之法,并在此基础上适当采用活血化瘀之法,且要做到活血而不伤正<sup>[8]</sup>。脾胃气虚者,以补中益气汤、参苓白术散加减;脾肾阳虚者,以四神丸、真人养脏汤、附子理中汤加减治疗;阴血亏虚者,以驻车丸加减。

## 2. CD 的中医辨证论治

湿邪为本病最主要的致病因素。“湿盛则濡泄”,湿邪易困脾土,使脾胃运化失常,水谷不分,秽浊下注,引起泄泻;脾虚木乘,木失条达,肝郁气滞,阻滞气机,不通则痛,而致腹痛;脾胃虚弱,脾阳不振,寒凝气滞,则腹痛;寒温内侵,脾阳不振、湿痰内聚,阻滞气机,气血淤滞,积块而成;邪滞于肠,经络受阻,郁久化热,而成肠痛;若湿热相兼,下注膀胱,使经络阻塞,瘀血凝滞,热胜肉腐成脓,则发为肛痿;湿热熏灼肠道,肠络受伤,气血瘀滞,化为脓血,则下利赤白;肠道滞涩不通,而成肠结;肺、脾、肾亏损,湿热乘虚下注而成肛痛;肛痛溃后,余毒未尽,蕴结不散,血行不畅,疮口不合,日久成痿<sup>[2]</sup>。

CD 是一种需要长期治疗的疾病,不仅需要辨证论治,还需与疾病的分期、分段相结合。活动期以祛邪为主,缓解期则以补虚为要。在治法方面,活动期以祛邪为主,治宜清热解毒利湿、祛腐化浊、护膜生肌;缓解期以扶正为主,治宜补虚益气健脾、和血宁血、养血止血。

湿热为 CD 最重要的病理因素。清热利湿为治疗本病的主要治则,贯穿于本病治疗的始终。发作期用苦参、蒲公英、连翘以清热解毒、消肿散结兼利湿;白头翁、马齿苋以清热解毒、凉血消肿祛瘀;白及、白蔹等药止血祛腐、护膜生肌;槟榔、厚朴行气破滞、通腑降浊止痛。缓解期治疗应以补虚为主,重在调补脏腑阴阳气血。本病发病多责之于脾,病久及肾,故可用黄精、芡实健脾益肾。对于缓解期出现气血亏虚之证,可选用人参、党参以补气健脾;当归、三七和血宁血止血、化瘀止痛;病程日久伤阴者,可选用玄参、太子参以清热滋阴生津,或以龟甲、鳖甲滋阴潜阳。若患者出现寒热错杂、虚实夹杂时,治宜辛开苦降、寒热并用之法,以黄芩、黄连、茵陈等清热燥湿,吴茱萸、高良姜等温中止痛<sup>[2]</sup>。

浊毒是 CD 发病过程中的一种病理产物,而且在 CD 的发生、发展中起着关键作用。化浊毒是中医经过辨证论治,促使病理产物在人体内部重新被利用的过程。化浊毒治疗的基本方药包括藿香、佩兰、白头翁、秦皮、黄连、黄芩、木香、当归、蒲公英、薏苡仁等<sup>[2]</sup>。

CD 肛周病变接近“痢”的范畴,“毒瘀致痢”是 CD 肛周病变的核心病机,解毒活血是治疗 CD 肛周病变的主要治疗方法,根据疾病活动期、缓解期的特点,可以分期进行清热解毒、活血消痈、补益气血、托毒消痈的疗法。活动期可用仙方活命饮,缓解期运用托里消毒饮加减。CD 肛周病变患者通常有长期腹痛腹泻的症状,本病主要的病机为脾气虚弱、脾失健运,气血生化乏源、全身一派虚象;又因脾运失健,湿浊内生,辨证当属脾虚湿蕴夹瘀,治疗上多采用健脾益气、清热利湿、活血化瘀的方法,方用参苓白术散加减,重用黄芪补气固表、托毒生肌,可针对全身脾气虚弱根本,又可以解决局部毒邪余留、脓水淋漓、创面生长缓慢的问题<sup>[2]</sup>。

对于合并肛周病变或肠外病变者,口服药物疗效常不理想,应内外结合。内治重在健脾化湿,绝湿邪之源,复生肌之本;外治重在清热化湿,去腐生肌,行中药灌肠、塞肛或挂线治疗,祛邪务净,使药物直达病所<sup>[2]</sup>。

## 二、中医外治法

中医博大精深,除了使用方药服用等内治法外,尚有如针灸、穴位埋线、耳穴疗法、穴位敷贴、塞肛、灌肠等多种中医特色治法。

穴位贴敷治疗 IBD 在古代文献有记载。外敷法主要治疗虚寒痢<sup>[10]</sup>,可取中药艾叶、荜澄茄、吴茱萸、川椒、干姜、香附、细辛、公丁香等药。

IBD 患者一般均有结肠黏膜充血水肿、溃疡糜烂、

黏膜血管通透性增高等病理改变,灌肠法可避免胃肠吸收不良所致的药效下降及药物对胃肠刺激的不良反应,使药物直达病所,具有局部药物浓度高、起效快的优点。中药保留灌肠有较好的抗炎、促进溃疡愈合等作用,是治疗 IBD 的主要方法之一。中药灌肠液中常用药物包括:(1)清热解毒类:黄连、黄柏、青黛、白头翁、苦参、赤芍、败酱草、黄芩、大黄、蒲公英、金银花、白花蛇舌草等;(2)敛疮生肌类:珍珠粉、白及、枯矾、黄芩、冰片、儿茶等;(3)活血止血类:蒲黄、三七、丹参、桃仁、红花、地榆炭、侧柏炭、仙鹤草、丹皮等;(4)酸收类:五味子、五倍子、乌梅等;(5)涩肠止泻类:赤石脂、诃子等<sup>[10]</sup>。常用灌肠方包括:锡类散、云南白药、溃结清、青黛散、肠涤清灌肠液<sup>[11]</sup>等。

中药栓剂是另一种局部给药途径,以直肠乙状结肠型、左侧结肠型,轻、中度及初发型和慢性间歇型疗效佳。目前治疗效果较好的有清肠栓,有学者自制了中药清肠栓(五倍子、马齿苋、青黛散、参三七、冰片等组成)。此外还可以经肠镜下直接给药,作用于左半结肠以上部位<sup>[12]</sup>。

### 三、中医调摄

饮食不节是 IBD 发病的一个重要原因,在药物治疗的同时指导其饮食调摄尤为重要。情志因素也是 IBD 发病另一诱因。IBD 病程缠绵,常反复发作,影响患者正常工作与学习,使其生活质量下降,常导致患者心理压力极大,加重腹痛、腹泻等不适,因此临床诊治时应注意顾护患者的情志变化,予以心理疏导,耐心解释病情,鼓励其树立战胜疾病的信心,还可于方中加入疏肝理气解郁之品,如柴胡、香附、青皮、陈皮等<sup>[13]</sup>。

### 四、现代化研究进展

现代研究表明多种免疫因素参与了 IBD 的发病,包括肠道抗原、肠上皮细胞、天然免疫细胞、获得性免疫细胞及多种细胞因子。从免疫分子水平来看,研究较多的是细胞黏附分子、免疫球蛋白分子及各种细胞因子;从免疫细胞水平来看,T 淋巴细胞、B 淋巴细胞、单核细胞和吞噬细胞等,以及这些细胞所产生的抗体、补体和免疫复合物是目前研究的热点<sup>[14]</sup>。

中医基础实验研究为中医治疗 IBD 提供可靠依据。现已建立了大肠湿热证、脾胃虚弱、脾虚湿盛、脾肾阳性等动物模型。目前对血常规、红细胞沉降率、C 反应蛋白、白蛋白、血清抗体、粪便蛋白质、肠道菌群、细胞因子研究较多,如传统的促炎细胞因子白细胞介

素(IL)-1、IL-6、IL-8、IL-17 和肿瘤坏死因子(TNF)等与传统的抗炎细胞因子 IL-4、IL-10、IL-13 等<sup>[14]</sup>。

精神因素是诱使 IBD 症状复发的因素之一,如美国著名的 IBD 学家 Joseph B. Kirsner 认为,心理因素在 IBD 的发展过程、病变严重程度及治疗中具有重要影响。目前也有报道采用心理量表评估中医治疗 IBD 的疗效<sup>[10]</sup>。

### 五、目前研究中存在的不足

就 IBD 的中医药治疗而言,目前临床研究主要存在以下问题:(1)中医辨病辨证认识不一致:对 IBD 的疾病归属尚无统一认识,中医辨证分型的随意性更加明显。(2)辨证与临床治疗脱节:IBD 病程长,本虚标实,寒热错杂情况多见,而目前辨证分型列出的基本证型未能明确区分活动期与缓解期,与临床实际复杂情况存在脱节,不能起到确切的指导作用。(3)局部用药尚需改进:中药灌肠等局部用药对轻、中度 IBD 效果较好,但在局部用药时机、组方依据、有效剂型等方面尚无统一认识。(4)疗效评价标准不统一。中医药临床疗效的评价理当兼备病、证疗效两方面的内容,在“病”的疗效判定上应当尽量与国际同步化,可引进远期疗效的评价及生活质量评价<sup>[10]</sup>。

### 参 考 文 献

- [1] 黄穗平,黄绍刚,张海燕. 专病专科中医古今证治通览. 溃疡性结肠炎[M]. 北京:人民出版社,2012. 3-18.
- [2] 陈延,张北平. 克罗恩病[M]. 北京:科学出版社,2020. 1-21.
- [3] 罗云坚. 余绍源,黄穗平. 消化病专病. 中医临床诊治[M]. 北京:人民出版社,2000. 212.
- [4] 中华中医药学会脾胃病分会. 溃疡性结肠炎中医诊疗专家共识意见(2017)[J]. 中华中医药杂志,2017,32(8):3585-3589.
- [5] 谭丹. 溃疡性结肠炎的辨证分型治疗浅析[J]. 中医药学刊,2001,19(6):555.
- [6] 缪春润. 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.
- [7] 延卫东,何琰,陈延. 余绍源教授治疗溃疡性结肠炎经验[J]. 河南中医,2006,26(6):17.
- [8] 张森,杨晓波. 罗云坚教授治疗慢性结肠炎经验[J]. 中医研究,2005,18(4):50-51.
- [9] 陆琳,沈洪,张声生,等. 中医序贯疗法对溃疡性结肠炎维持缓解的疗效观察[J]. 南京中医药大学学报,2011,27(2):118-120.
- [10] 李玉玲. 中医综合疗法对维持 UC 缓解期的作用及 IL-33/ST2 意义的研究[D]. 广州:广州中医药大学,2015.
- [11] 张学斌,罗云坚,黄穗平,等. 肠涤清治疗慢性溃疡性结肠炎 104 例临床观察[J]. 中药新药与临床药理,2002,13(5):275.
- [12] 施斌,谢建群,袁建业,等. 清肠栓对大鼠溃疡性结肠炎急性期模型 CXCR2 的影响[J]. 中国中西医结合消化杂志,2014,22(9):494.
- [13] 史亚祥,陈璇. 溃疡性结肠炎的中医药辨治体会[J]. 中国中医药现代远程教育,2010,8(7):202-203.
- [14] 于海食,洪缨,王玉蓉. 溃疡性结肠炎发病机制[J]. 实用医学杂志,2010,26(2):323-325.

(收稿日期:2020-12-23)

(本文编辑:张一冰)