

王晞星运用肠瑞灌肠剂辨病论治放射性直肠炎理论研究

朱潇雨, 高晋生, 王晞星

山西省中医药研究院, 山西 太原 030012

[关键词] 放射性直肠炎; 中药灌肠; 肠瑞灌肠剂; 辨病论治; 王晞星

[中图分类号] R730.55; R289.6 [文献标志码] A [文章编号] 0256-7415 (2019) 04-0282-03

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2019.04.086

“辨病论治”是中医诊疗疾病的方法之一,《黄帝内经》已有相关论述,如在《热论》《痹论》中对病因病机的专病讨论,对“生铁落饮”等专病专方临床应用的讨论。及至《伤寒杂病论》,更有辨病与辨证相结合的诊治理念。

中药灌肠作为中医外治法的重要组成部分,不仅可以与口服药物配合发挥功效,更能独立运用于治疗一些疑难杂病。随着盆腔肿瘤放射治疗的普及,临床中出现了众多放射性直肠炎的患者,中药灌肠治疗已经成为了一种常用手段,但其中医机理不甚明确。中药灌肠剂主要有导泻、退热、局部止血等临床应用,大多为中药复方成分,运用时主要对病而用,如大承气汤导泻、七厘散止血,相对于口服药物,有见效快、剂量选择宽泛等好处。肠瑞灌肠剂是王晞星教授的验方,特为放射性直肠炎而立。王晞星教授以“辨病论治”为切入点,探究肠瑞灌肠剂治疗放射性直肠炎的机理,现总结如下。

主要从中药灌肠溯源及现状、肠瑞灌肠剂的运用、辨病论治的思考三方面进行阐述。

1 中药灌肠溯源及现状

中药灌肠具体起于何年已不可考,《伤寒论》中已有用蜜煎、猪胆汁及土瓜根为导者。三种导法见于阳明病篇,用于阳明病津液耗伤,大便硬而不能下。此三导法并不作为阳明病篇的主要方剂,后世多取而用之,虽效佳却浅尝辄止,未有对其理论进行阐发者。

仲景之后,如《千金要方》《普济方》等,均有对中药灌肠治疗方法的应用,并提出了更多的适用药物,但理论进展尤为缓慢,更多的是日常经验的总结。

中医药进入新世纪后,在中药现代化方面有了新的发展,灌肠药物如大黄、芒硝、白及等都已经分析出其成分及作用机理,如中药灌肠常用的大承气汤,总结为蒽醌类与硫酸镁的导泻作用。

对于治疗疾病来说,明确药理毒理是必要的。现代灌肠剂

多从西医角度立法,多采用单药,中药这一“混合剂”在药理分析上尚存在困难。虽然中药灌肠现代运用正在推广,疗效相关理论仍有待完善。辨证选方,辨病选药是中医的主要手段,“辨病论治”并不少见,如水肿病,无论是实是虚、病因何在,利水药物总能发挥相当的效果,故只对病而用的情况下,“辨病论治”理论也有相当的循证证据。面对中药灌肠理论尚不完善的情况下,可从“辨病论治”的角度进行系统地阐述及总结。

2 肠瑞灌肠剂辨病运用

放射性直肠炎古代并不存在,因而没有历史辨证依据可依。其病乃人力为之,可以通过控制放疗剂量、部位、频数等控制其发病,也可以通过提前护理控制其严重程度,故放射性直肠炎并不是某种疾病的自然病程,而实属“不内外因”所伤。

当今虽有医家进行辨证分析,然所辨多为患者本身体质,或大病初起火热血热,抑或久病缠绵脾肾虚,无论何证,本病的便血、泄泻等症状总是大致相同,故疗效差强人意,显效者或也归功于底方之后的辨病加减。肠瑞灌肠剂是王晞星教授多年以来治疗放射性直肠炎的经验总结,其理论来源于王晞星应用现代诊疗技术肠镜直接观察到患者直肠溃烂出血,腐败流脓且经久不愈,指出此病病机为肠道损伤之后血败肉腐,腐肉不去而新肉不生,治法应为祛腐生肌、止血疗伤,应选用止血药、清热解毒药、生肌药合方,并加入通便药使残毒败血有路可出,最佳用药途径因需直达病所,故剂型用灌肠剂。

此剂基于古代名方化腐生肌散并进行随病加减,主要成分由地榆、三七、儿茶、白及、仙鹤草、阿胶、大黄等药物构成。其所辨之病可从中医和西医两个角度分析。中医角度以“便血”和“疮疡”来辨,故用药多为效验的止血药和愈疮药。地榆性寒味酸,功擅凉血止血、解毒敛疮,一直为治疗便血的要药,其敛疮的功效尤为适宜此病。白及收敛止血、祛腐生肌,儿茶收涩敛疮、生肌止血,三七化瘀止血、活血定痛,仙

[收稿日期] 2018-08-27

[基金项目] 国家自然科学基金项目(81573666)

[作者简介] 朱潇雨(1993-),男,硕士研究生,研究方法:中医内科学肿瘤。

[通信作者] 王晞星, E-mail: wangxx315@163.com。

鹤草收敛止血、解毒止痢。上四味可谓中药中止血之功最著者，合力止血。阿胶虽然多用于补血，但在本方中用的是其质地黏腻，突出止血之能。大黄泻下攻积，清热解毒，用在此处合通因通用之妙，本病损伤为先，血败肉腐则为脓，所以一定要将其排出。由此观之，全方以大剂止血药物为主，辅以敛疮与泻下，对于这一标本兼顾。

西医角度应以“炎症反应”来辨，放射性直肠炎是黏膜损伤后的炎症反应已经是不争的事实。肠瑞灌肠剂正是从抑制炎症反应、止血及促愈合角度治疗。早期动物实验证明了其能阻滞炎症反应，如降低 6-Keto-PGF $_{1\alpha}$ 及提高 TXB-2 抑制炎症反应^[1]，下调 NF- κ B、VEGF 表达抑制血管新生从而抑制炎症反应^[2-3]。

临床上也已经有了显著疗效^[4]。从其有效成分来说，中药药理学^[5]已经明确，地榆富含鞣质，能在黏膜表面形成一层保护膜，减少体液的丢失，促进溃疡愈合；儿茶的有效成分儿茶素能抑制大肠内细菌的胺生成酶，阻断吲哚类物质的产生而有止泻作用；三七的有效成分三七素能增加血小板数目，有止血、抗凝作用，三七总皂甙、人参二醇甙有抗炎、镇痛作用；白及能缩短凝血时间和凝血酶原时间，迅速止血，白及胶能促进创面肉芽生长及愈合；仙鹤草含大量鞣质，有消炎作用，能加速创口愈合，仙鹤草素可促进血液凝固；大黄对炎症渗出和水肿有明显抑制作用，所含鞣质具有收敛止血作用。

所以从辨病来看，无论是中医角度还是西医角度，肠瑞灌肠剂治疗放射性直肠炎都有其理论根据。

3 中医“辨病论治”思考

现代医家对“辨病论治”有很多不同的观点，杨巧丽等^[6]认为《伤寒论》即以“辨病论治”为核心，辨证为辅。张庆祥^[7]、马继征等^[8]、陈可冀等^[9]认为从“辨病”或“辨证”论治是由于不同情况下分别占主导。马冠军^[10]以四维一体将“辨病论治”与“辨证论治”统一。董少群等^[11]认识较为新颖，认为病机是辨病论治的依据，证候是辨证论治的依据。另外也有另辟蹊径者，如刘名波^[12]认为从外治入手辨病论治能够顾全疾病始终，张业等^[13]从药物应用反向推导“辨病论治”。还有马冠军^[14]、朱文锋等^[15]从疾病的病理、影像等现代医学变化进行讨论。

总的来说，“辨病论治”并没有一个完全确定的定义，但突破点有可能就是某种治法的理论可以推而广之。强调“辨病论治”并不是一种颠覆，而是一种补充，“辨证论治”与“辨病论治”理应共存。“辨证论治”从宏观上调节人体之不和，“辨病论治”从疾病局部上解除病痛，如此既可以保存中医个体化医疗的优势，又可以顺应现代医学精准治疗的模式。

辨证论治仍然遵从古代经典的理法纲要，这是中医疗效及其生命力的所在。然而随着新疾病的出现和治疗手段的更新，辨证论治却从清末至今尚未有新的革命性理论出现，再加上针对于“病”的西医发展迅速，中医更进一步发展可先从“辨病

论治”入手。

放射性直肠炎西医尚无有效的办法，现在的治疗不管是庆大霉素、地塞米松还是美沙拉嗪均疗效欠佳，肠瑞灌肠剂的出现正好弥补了治疗上的这一不足，同时启迪我们中医“辨病论治”的方向。

由于并不是所有的病都可以“辨病论治”，通过中药灌肠剂的应用可以探索使用条件。在适应症上王晞星教授初步总结为以下几点：①辨病的病需要有特异性。以往的常见病多发病治疗上体系基本形成，有相对固定的药物或者患者群，改变较为困难。但部分病种确实是良好的发挥方向，如王晞星教授治疗肿瘤上除辨证选方外多配合辨病选择抗肿瘤药物，收效甚佳。②选择的药需要有特异性。如肠瑞灌肠剂的主要药物均明确含有止血抗炎成分，故能治疗。想要治疗一种病，应该从中医和西医上都辨明药物的指向性。③运用的人应了解其特异性。“辨病论治”不是简单的药物提纯应用，也不是单纯的药物堆叠，是医家多年应用“辨证论治”中的疗效总结。拥有了丰富的临证经验，方能从细微入手辨病。

4 总结

“辨病论治”由来已久，目前中西医并重的医疗体系下正是其成长的沃土，在充分结合西医的病理生理以及中药的现代化研究下，“辨病论治”有了更丰富的内涵，有利于中医学的进一步发展。肠瑞灌肠剂本质立于西医的病，中医的方以及中西医两方面均有的治则，从“辨病论治”角度延伸了传统中医药理论和实践方向，值得进一步研究其治疗机理，一方面是为了寻找其蕴含的中西医互通之点，另一方面是寻找更多属于此体系的良方，相信随着人们认识的深化，更多基于中医药“辨病论治”的医疗手段会不断出现，中医的持久生命力也将会继续源远流长。

【参考文献】

- [1] 李宜放, 刘丽坤, 王晞星, 等. 肠瑞灌肠剂对放射性直肠炎大鼠血浆 6-Keto-PGF $_{1\alpha}$ 及 TXB-2 的影响[J]. 中国医院用药评价与分析, 2008, 8(12): 923-924.
- [2] 程林. 从 NF- κ B、VEGF 信号通路研究肠瑞灌肠剂治疗放射性直肠炎的分子机制[D]. 太原: 山西省中医药研究院, 2017.
- [3] 许洁. 肠瑞灌肠剂通过抑制血管新生治疗放射性直肠炎的机制研究[D]. 太原: 山西省中医药研究院, 2017.
- [4] 杨丽芳, 王晞星, 刘丽坤, 等. 肠瑞灌肠剂治疗热毒伤络型放射性直肠炎 33 例[J]. 中医杂志, 2010, 51(9): 820-821.
- [5] 沈映君. 中药药理学[M]. 上海: 上海科学技术出版社, 1997: 69-160.
- [6] 杨巧丽, 郑好飞, 刘颖. 浅谈《伤寒论》中的“辨病论治”[J]. 中医杂志, 2016, 57(10): 899-900.

- [7] 张庆祥. 辨病论治与辨证论治关系探析[J]. 辽宁中医杂志, 2005, 32(2): 107-108.
- [8] 马继征, 姚乃礼. 论辨证论治与辨病论治相结合[J]. 中华中医药杂志, 2015, 30(12): 4251-4253.
- [9] 陈可冀, 蒋跃绒, 谢元华. 病证结合治疗观的过去与现在[J]. 中国中西医结合杂志, 2011, 31(4): 437-443.
- [10] 马冠军. 由《内经》腹泻病辨治谈中医四维论治体系的构建[J]. 北京中医药, 2017, 36(9): 818-819.
- [11] 董少群, 马冠军. 病机与证候探赜[J]. 中医学报, 2013, 28(10): 1489-1491.
- [12] 刘名波. 辨病论治与中医内病外治理论研究[J]. 亚太传统医药, 2016, 12(23): 71-72.
- [13] 张业, 王阶, 陈恒文. 基于“辨病论治”的现代方药组方应用初探[J]. 中医杂志, 2016, 57(4): 356-358.
- [14] 马冠军. 关于辨病论治的认识[J]. 中医杂志, 2014, 55(7): 626-627.
- [15] 朱文锋, 阳晓, 王行宽. 辨病论治体系初探[J]. 北京中医药大学学报, 1997, 20(6): 2-5, 68.

(责任编辑: 刘淑婷)

温阳利水法治疗难治性水肿体会

林浩¹, 黄文辉¹, 黄龙记¹, 班莹¹, 牟丽环¹, 黄贵华²

1. 广西中医药大学, 广西 南宁 530001; 2. 广西中医药大学第一附属医院, 广西 南宁 530200

[关键词] 难治性水肿; 温阳利水; 临床体会

[中图分类号] R256.51 [文献标志码] A [文章编号] 0256-7415 (2019) 04-0284-03

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2019.04.087

难治性水肿也称顽固性水肿, 是严重水肿的患者对常规治疗(低盐饮食、利尿剂)没有反应, 并进行性加重的一种情况。此类病人长期使用利尿剂, 多数存在利尿药抵抗、后期利尿效果差、水肿反复出现等特点。笔者认为该病的发生与脾肾阳虚关系密切, 在病变过程中又常与痰浊、瘀血等病理因素相关。笔者在临床上重用温阳利水法结合序贯给药模式治疗难治性水肿有所体悟, 并摘 2 例病案, 报道如下。

1 对难治性水肿的认识

1.1 病因病机 难治性水肿属于中医学水肿范畴, 其病因有风邪袭表、疮毒内犯、外感水湿、饮食不节及禀赋不足、久病劳倦等, 病机主要为肺失宣降通调, 脾失健运, 肾失开合, 膀胱气化失常, 导致体内水液潴留, 泛滥肌肤。若水肿迁延难愈, 则容易发展为难治性水肿, 此时正气大亏, 肺、脾、肾三脏功能受损, 则难向愈。后期还可以影响到心、肝, 则发展为水邪凌心犯肺等重症。

1.2 难治性水肿与脾肾阳虚的关系 《黄帝内经》曰: “阳气者, 若天与日, 失其所, 则折寿而不彰”, 又云“阳气耗减于内, 阴精损削于外, 三焦闭塞, 水道不行”, 由此可见阳气

的重要性, 阳气耗伤又易致人体水液运行通道闭塞从而引起水肿。张从正在其《儒门事亲》中亦以此提出“夫湿者, 为太阴湿土之主也”“肾以水为之主”, 所以张从正认为水肿的发生多与脾肾阳虚相关。黄元御在其《四圣心源》中还认为“肾主藏水, 肾水温升则化气。阳衰土湿, 则肺气壅滞, 不能化水, 肾水凝瘀, 不能化气”“大凡阳虚土败, 金水湮郁, 无不有宿痰留饮之疾”, 指出脾肾阳气亏虚易致水饮、痰浊留滞而发为水肿。难治性水肿的患者, 常由于津液代谢失常, 长期水饮留聚, 导致肺脾肾三脏功能受损。吴谦在《医宗金鉴·订正仲景全书》中有“夫人一身制水者, 脾也; 主水者, 肾也; 肾为胃关, 聚水而从其类。倘肾中无阳, 则脾之枢机虽运, 而肾之关门不开, 水即欲行, 孰为之主? 故水无主制, 泛滥妄行而有是证也。”故水肿的发生与脾肾两脏的关系尤为密切, 脾肾阳虚是其常见病理因素; 水肿迁延难愈易耗损肾中元阳, 而发展为难治性水肿, 临床上以脾肾阳虚为多见, 其中肾阳亏虚对疾病的发生起关键性作用。

1.3 治以温阳利水为主 治疗水肿的方法有很多, 《素问·汤液醪醴论》最早提出“开鬼门, 洁净府, 去菀陈莖”, 而张仲

[收稿日期] 2018-06-25

[作者简介] 林浩 (1993-), 男, 住院医师, 主要从事中西医结合防治消化系统疾病的临床研究。

[通信作者] 黄贵华, E-mail: Hgh8828@163.com。