

梁靖华教授应用瘀热理论治疗痔病经验

张 瑭¹ 梁靖华²

(1. 陕西中医药大学 陕西 咸阳 712046; 2. 西安市中医医院 陕西 西安 710000)

摘 要:梁靖华教授长期致力于中医药防治各种肛周疾病,通过多年临床总结,发现“瘀热搏结”贯穿于痔疮的发病始终,乃其缠绵不愈的主要病因,在临床治疗中重视活血化瘀、清热解毒,积累了丰富的经验,疗效颇著,值得进一步发掘和探讨。

关键词:梁靖华; 痔病; 瘀热理论; 经验介绍

中图分类号:R657.1+8 文献标识码:A 文章编号:2096-1340(2018)02-0027-03

DOI:10.13424/j.cnki.jsctcm.2018.02.009

痔病是指肛门直肠底部及肛门黏膜的静脉丛发生曲张而形成的一个或多个柔软的静脉团块^[1]。常反复发作,给患者日常生活带来严重不便。据国内有关文献报道,痔疮患者约占受检人群的46.3%,且随着现代社会竞争的日趋激烈以及不良生活习惯的影响,发病率逐年增高。梁靖华教授通过多年临床观察,结合微观辨证,认为瘀热搏结是痔病发生及发展缠绵的主要原因,在临床治疗中重视活血化瘀、清热解毒,提出分阶段治疗,并善于结合微观辨证,积累了丰富的经验,笔者有幸跟师学习,特总结如下,以飨同道。

1 瘀热搏结之理论依据

瘀热一词首见于《伤寒论》^[2],即“太阳病六七日……所以然者,以太阳随经,瘀热在里故也,抵当汤主之。”认为瘀热为病,其病位在里而不在表。《温疫论·蓄血》云“热不更泄,搏血为瘀……热不干血分,不致蓄血。”^[3]明确提出了“热搏血为瘀”的论点。火热毒邪或兼夹痰湿壅于血分,搏血为瘀,瘀血内停,阻滞气机,久则蕴而化热,致血热、血瘀两种病理因素互为搏结、相合为患,导致病势缠绵。正如《温热逢源》所云“因病而有蓄血,温热之邪与之纠结,热附血而愈觉缠绵,血得热则愈形凝固。”^[4]梁靖华教授认为瘀热搏结为病的理论同样适用于痔病,且古代文献早有记载,《素问·气厥论》云“小肠移热于大肠,为虚瘕,为沉

痔。”《血证论》曰“魄门之病……有湿热下注者,有由肺经遗热,传于大肠者;有由肝经血热,渗漏魄门者。”均认为大肠热盛肉腐是痔疮发病的根本。《素问·生气通天论》曰“因而饱食,筋脉横解,肠澼为痔。”首先提出痔是因血管弛缓,血液瘀滞^[5]。《外科正宗》亦云“气血纵横,经脉交错……浊气瘀血。流注肛门,俱能发痔。”^[6]正如《外科启玄》提出的“痔者滞也”^[7],均认为气血不畅,血脉瘀阻是痔病的基本病机。梁老师在“血证气盛火旺者,十居八九”,“血受热则煎熬成块”的理论指导下,创造性的将瘀热搏结的理论应用于痔病的治疗,认为现代社会人们喜食辛辣,惯于饮酒,多心浮气躁,以具备火热之基;而部分职业通常又需要人们长时间保持坐或者站立姿势,导致肛门直肠静脉回流困难,又易于形成瘀血的病理基础,肛门位于骨盆底部,其周围结缔组织松弛、张力低、缺乏弹力纤维支持^[8]。瘀热相搏,合而为患,伤及肠络,导致血败肉腐,发为痔病,故梁靖华教授提出瘀热不除,肠络难安,痔疮不去。现代药理研究亦表明:活血化瘀之品可改善痔疮局部血管渗透性,加强局部血液循环,扩张血管,增加纤维蛋白的溶解,从而使肿消瘀散。有研究表明清热解毒之品可延长小鼠的痛觉反应时间,减轻疼痛,可降低毛细血管通透性,减少渗出及水肿,对预防创面感染和脓肿形成均有明显疗效^[9]。

2 分阶段辨证

梁靖华教授认为痔病的发病历经了急性发作期及慢性迁延期。痔病的治疗原则以改善和缓解症状为前提,一般情况下对无症状的内痔患者无需特殊治疗,对于内痔患者症状明显者,可有选择的进行治疗。治疗时必须遵循“先保守,后手术”和“微创”原则。

急性发作期的治疗应宗“急则治其标”之旨,目的在于迅速截断病程,驱邪以安正,临床以手术治疗为主,在术前可配合中医辨证论治,此期的特点为热重于瘀,主要表现为湿热下注,临床常见便血色鲜,量较多,肛内肿,物外脱,可自行回缩,肛门灼热,舌红,苔薄黄腻,脉滑数。梁老师认为治疗应遵刘完素之观点“当泻三焦,火热退……痔有愈矣”^[10],多采用清热解毒法,方选脏连丸加味方,尤其重用黄柏、倒扣草、白花蛇舌草等药物。研究表明此类药物除可加强肠管局部运动外,还可表现有明显的抗菌、抗炎作用^[11-12]。

慢性迁延期的治疗应宗“缓则治本”之旨,目的在于益气活血,以防痔病反复。此期的特点为瘀重于热,表现为气滞血瘀证型,临床常见肛内肿物脱出,甚或嵌顿,肛管紧缩,坠胀疼痛,甚则肛缘有血栓、水肿,触痛明显,舌质暗红,苔白或黄,脉弦细涩。正如《外科正宗》云“因久坐而血脉不行,又因七情而过伤生冷,以致瘀血浊气,流注肛门俱能发病”。认为痔病的形成可加重局部的瘀滞,形成“瘀—痔—瘀”的恶性循环^[13]。故梁老师同意绝大多数现代中医学者^[7,13-14]“痔疮病在肛门,根在瘀血”的观点,临床常用活血散瘀汤,尤善重用仙鹤草、侧柏叶,现代药理研究发现此类药物具有良好的抗炎镇痛,改善局部组织循环的作用^[15]。

同时梁老师认为“急性发作期”“慢性迁延期”并非完全独立,“瘀血可化脓”“血热可化瘀”,“火为瘀之基,瘀为火之渐”,两者相互影响,形成恶性循环。

3 宏观结合微观辨证

现代研究表明^[16]:痔病是因为直肠下半段表皮及肛门管皮肤下的筋脉丛发生病变,从而导致周围静脉迂曲或扩张,形成的一个或多个瘀血团,

在此基础上易合并渗出、水肿等急性炎症的改变,属于中医“瘀血”“湿热”的范畴。《灵枢·痈疽》曰“热胜则腐肉,肉腐则为脓。”《血症论》云“血证气盛火旺者,十居八九。”又曰“血凝不散,为气所蒸。”均认为“瘀血可化脓”^[17];《医林改错》提出“血受热则煎熬成块”,认为“血热可化瘀”^[18];两者相互影响,形成恶性循环。梁老师在宏观把握治疗原则的基础上,发现并总结痔病“瘀热搏结”之病机,同样注重痔病微观局部辨证,结合患者整体辨证,治疗中重视活血化瘀、清热解毒,见解独到,疗效颇著。

4 病案举例

窦某,女,78岁,2016年11月就诊,主诉:肛内肿物脱出5年,加重伴便血1年。现症见:肛内肿物脱出不能还纳,局部肿胀、疼痛,伴肛周灼热,便血,色鲜红,量少,每因饮食辛辣而加重。专科检查:截石位,肛缘5~7、11~1点位见肿块脱出,色鲜红,外为皮肤,内为粘膜,触痛明显;指诊:肛门括约肌紧张,齿线上3、7、11点位触及柔软团块,齿线5点位触及一硬结,触痛明显,退指套未见染血,因惧痛肛门镜检查未行。舌紫暗,苔黄,脉细。建议患者手术治疗,但因惧怕疼痛而拒绝。

中医学强调离经之血便为瘀血,《外科正宗》言“气血纵横,经络交错……浊气瘀血,流注肛门。”患者因饮食不节,损伤脾胃,脾失健运,水液不布,聚而为湿,下注魄门,郁久化热,湿热熏蒸,煎灼血液,练液成瘀,瘀热搏结致肛门部气血纵横、筋脉交错而成痔,故治疗以清热化瘀为主,方选小蓟饮子合萆薢渗湿汤口服及坐浴治疗,具体方药如下:小蓟15g,萆薢15g,白茅根15g,侧柏叶15g,倒扣草10g,仙鹤草15g,黄柏12g,丹皮12g,泽泻12g,炒白术12g,黄芪30g。共7剂,日1剂,水煎服200mL,日2次,同时配合该方坐浴,具体方法为:药渣加水至3000mL,文火煎沸10分钟,将其滤去药渣倒入盆中,嘱患者趁热气盛时,坐于盆上熏洗患处直至药液不烫。

连续治疗3个周期后,患者复诊,疼痛及便血症状消失。专科检查:截石位,肛缘5~7、11~1点位见肿块脱出,色鲜红,外为皮肤,内为粘膜,轻度触痛;指诊:肛门括约肌稍紧张,齿线上3、7、11点

位触及柔软团块,齿线5点位触及一硬结,无明显触痛,指套未见染血。舌红,苔微黄,脉细。

继续服药4周后,患者复诊诉未再出现疼痛及便血症状。治疗后好转,停药。

5 展望

虽然目前痔病的治疗仍以手术治疗为其主流,但临床疗效报道不一,且手术创伤大,术后并发症多,并不一定适合所有患者,尤其是小儿及老年患者,因此探寻一种方法简单、疗效确切、创伤小、并发症少的治疗方法仍是肛肠学科的一项重要研究方向。梁靖华教授临证善于将临床与微观辨证相结合,提出的“瘀热搏结是痔病发病之关键”的理论有其科学依据及临床价值,但缺乏大样本的临床观察及基础实验研究,仍具进一步研究的意义。

参考文献

- [1]李胜. 痔疮的发病与治疗综述[J]. 中国医药指南, 2014, 12(1): 43-44.
- [2]陈亦人. 伤寒论译释·上册[M]. 3版. 上海: 科学技术出版社, 1992: 606.
- [3]曹炳章. 中国医学大成(三)[M]. 湖南: 岳麓书社, 1990: 830.
- [4]于俊生,王砚琳. 痰瘀毒相关论[J]. 山东中医杂志, 2000, 19(6): 323-325.
- [5]王立柱. “筋脉横解 肠澼为痔”浅析[J]. 吉林中医药, 1992, 1(1): 47-50.
- [6]刘良彬. 《外科正宗》对肛肠疾患的学术贡献[J]. 成都

中医药大学学报, 1995, 18(4): 42-43.

- [7]魏照洲. 从瘀论治痔疮[J]. 四川中医, 2006, 24(11): 76-77.
- [8]陈雨历. 肛直肠的应用解剖[J]. 临床小儿外科杂志, 2002, 1(2): 126-128.
- [9]陈红锦,许惠琴,钱海华. 龙脑消痔露治疗痔疮肿痛抗炎镇痛机理研究[J]. 辽宁中医杂志, 2005, 32(12): 1319-1320.
- [10]罗湛滨,王建春,袁汉雄. 痔病的中医中药治疗[J]. 大肠肛门病外科杂志, 2000, 6(3): 47-57.
- [11]胡俊青,胡晓. 黄柏化学成分和药理作用的现代研究, 当代医学, 2009, 15(7): 139-140.
- [12]李波. 白花蛇舌草的化学成分和药理作用研究进展[J]. 天津药学, 2016, 28(5): 75-78.
- [13]郭建生,陈士伟. 运动病中医辨治初探[J]. 江西中医药, 2010, 41(9): 19-21.
- [14]朱晓秋. 活血祛瘀法治疗痔疮72例疗效观察[J]. 中国医药导报, 2007, 4(34): 53-55.
- [15]龚纯贵,张国庆,王希营,等. 仙鹤草提取物镇痛抗炎试验的实验[J]. 研究药学实践杂志, 2006, 24(6): 339-356.
- [16]杨芳. 中西医结合治疗痔疮临床疗效观察[J]. 亚太传统医药, 2016, 12(1): 105-106.
- [17]谢敏,吴周选,商群献,等. 《血证论》对肛肠科的学术贡献[J]. 中医杂志, 2011, 52(S1): 32-33.
- [18]余绍源,岑鹤龄. 温热病邪与血瘀[J]. 广州中医学院学报, 1986, 3(4): 5-8.

(收稿日期: 2017-03-22 编辑:方亚利)

(上接第17页)

术,或苍术、白术同用;并考虑到脾胃之间功能的协调,常用升麻、葛根升脾阳,半夏、厚朴降胃气,使其纳运相谐,燥湿相济,升降相宜。用药少而精专,重用刘寄奴治疗各型黄疸,中病即止,退黄作用显著;结合现代医学理论与临床实践,对于肝硬化失代偿期患者,无论主诉有无便秘,都用炒莱菔子、火麻仁,保持大便通畅,避免腹腔压力增高而引发消化道出血的风险,于平淡中见疗效。笔者医海拾贝,愿同道从中多有所获。

参考文献

- [1]李德远,毛兰芳. 气机升降与脾胃的理论探讨[J]. 中医临床研究, 2016, 34(8): 60-61.
- [2]黄元御. 黄元御医学全书[M]. 北京: 中国中医药出版社, 1999.
- [3]宋永刚. 神农本草经讲读[M]. 北京: 中国中医药出版社, 2012: 15.
- [4]薛敬东,李粉萍. 名老中医张瑞霞学术思想及临证经验荟萃[M]. 西安: 陕西科学技术出版社, 2011: 52.
- [5]钟赣生. 中药学[M]. 北京: 中国中医药出版社, 2012: 39.

(收稿日期: 2017-11-23 编辑:方亚利)