

借

邓泽潭 编

溃疡性结肠炎 的中西医诊治

Kui Yang Xing
Jie Chang Yan
De Zhong Xi Yi
Zhen Zhi



安徽科学技术出版社

图书在版编目(CIP)数据

溃疡性结肠炎的中西医诊治/邓泽潭编. —合肥:安徽科学技术出版社, 2003

ISBN 7-5337-2561-1

I. 溃… II. 邓… III. 溃疡-结肠炎-中西医结合疗法 IV. R574.62

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2002)第 083478 号

新华书店经销 合肥万红印刷厂印刷

开本: 787×1092 1/32 印张: 4 字数: 82 千

2003 年 1 月第 1 版 2003 年 1 月第 1 次印刷

印数: 3 000

ISBN 7-5337-2561-1/R · 441 定价: 6.00 元

(本书如有倒装、缺页等问题, 请向本社发行科调换)

内 容 提 要

本书主要从中医的角度较全面、系统地介绍了溃疡性结肠炎的诊断理论和治疗方法并详细描述了其临床症状。鉴于目前对本病尚无特效的治疗方法,本书提供了多种实用的中药治疗处方和手段,对本病的治疗可起到辅助作用,有利于病人的康复。本书可供基层医院医生、专科医生临床参考。

序

溃疡性结肠炎是一种常见病,也是肛肠科难治性疾病之一。近年来,我国医务工作者应用中医及中西医结合的方法,在治疗该病方面取得了一定的成绩。邓泽潭同志集古今对该病的认识,全面、系统地搜集、整理了治疗该病之精髓,师古法,采新说,总结经验,融会贯通,编写成《溃疡性结肠炎的中西医治疗》一书。

此书理论系统,治法丰富,比较实用。

中国中医药学会肛肠学会会长

丁泽民

1998年6月于南京

目 录

第一章 溃疡性结肠炎的概述.....	1
第二章 结肠的解剖、生理	2
第一节 结肠的解剖.....	2
第二节 结肠的生理.....	5
第三章 中医对肠道解剖生理的有关论述	10
第四章 中医对结肠炎的有关论述	13
第五章 溃疡性结肠炎的论治	19
第一节 溃疡性结肠炎的病因病机	20
第二节 溃疡性结肠炎的临床表现及分型	30
第三节 溃疡性结肠炎的诊断和鉴别诊断	36
第四节 溃疡性结肠炎的中医治疗法则	47
第五节 溃疡性结肠炎的中医治疗	51
第六节 溃疡性结肠炎的西医治疗	95
第六章 溃疡性结肠炎的护理与预防.....	102
第一节 护理.....	102
第二节 预防.....	103
第七章 溃疡性结肠炎的中医治疗进展.....	109

第一章· 溃疡性结肠炎的概述

溃疡性结肠炎是消化道常见的一种疾病。慢性非特异性结肠炎又称慢性非特异性溃疡性结肠炎,我国多称溃疡性结肠炎。其临床表现有腹泻、腹痛、里急后重、黏液便、脓血便、血便,同时可伴有全身症状,如发热、乏力、腹胀、肛门坠胀,腹泻与便秘交替出现,纳差、消瘦等。其病因复杂,发病机理尚未明了,中医属“肠癖”、“痢疾”、“便血”、“泄泻”等病证范畴。现代西医认为该病与感染因素、精神因素、肠内溶菌酶因素、保护物质缺乏因素、遗传因素、免疫功能失调因素等有关。

从近年国内对该病的诊治状况来看,在诊断方面多倾向于辨病与辨证相结合,采用纤维结肠镜检查以及病理组织学检查,十分直观可靠。在西医抗生素、激素、免疫抑制剂及手术治疗的同时,运用中医基本理论,结合中医辨证以阐明其致病因素、病变部位、疾病性质以及邪正增长的变化情况而辨证论治,既可辨证灵活、治法多样,又可抑制、减少西药的毒副作用,所以说中西医结合治疗本病是较为理想的方法,也是我国独特的治疗方法。

第二章 结肠的解剖、生理

第一节 结肠的解剖

一、结肠的分布

结肠连接小肠和直肠,且弯曲呈“门”,长约 150 厘米,占整个肠道的 $\frac{1}{5}$ 。由于结肠所在部位不同而有不同名称(见图 1)。

1. 盲肠 位于右髂凹,腹股沟韧带外侧半的上方长约 6 厘米,宽 7 厘米,有腹膜包绕,是结肠壁最薄、位置最表浅的部分。其顶端内侧有阑尾。

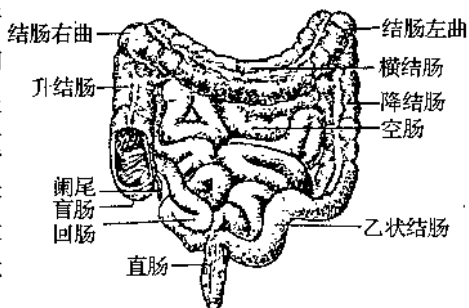


图 1 结肠位置示意图

2. 升结肠 升

结肠位于腹腔右侧,长 15~20 厘米,在盲肠与结肠肝曲之间,通常其前面和两侧有腹膜覆盖,后面无腹膜,仅有疏松结缔组织与腹后壁相连,后方由上向下有右肾、内侧有十二指肠降部、右输尿管、精索或卵巢血管。

3. 结肠肝曲 结肠肝曲是升结肠移行于横结肠时的弯曲部,位于右肾和肝右叶之间,其内侧稍上为十二指肠降部,前面和两侧有腹膜覆盖,并形成肾结肠韧带及膈结肠韧带,将肝曲悬吊固定。因紧靠胆囊,胆石可穿破胆囊到结肠内。

4. 横结肠 横结肠是结肠最长和最活动的部分,始于右季肋部结肠右曲,呈弧状横跨上腹部,凸面向下,止于左季肋部结肠左曲,全长约 50 厘米。横结肠完全盖有腹膜,并借横结肠系膜附着于腹后壁。女性横结肠位置较低,容易受盆腔内炎症侵犯,与盆腔器官粘连。

5. 降结肠 降结肠起于脾曲,向下与乙状结肠相连,长约 20 厘米。由起点向下向内,横过左肾下极,然后垂直向下到髂脊。

6. 乙状结肠 它位于降结肠和直肠之间,肠管较长呈乙字形弯曲而得名,是结肠的末端。乙状结肠肠曲弯曲,长短和部位不同,短的 10 余厘米,长的 9 厘米,一般 25~40 厘米。

二、结肠的特征和组织结构

(一)结肠的特征

结肠的特征较多,易与小肠区别。结肠除比小肠粗大外,在解剖上尚具有一些明显特征。

1. 结肠带 结肠表面与小肠表面有显著不同。结肠肠壁纵肌纤维集聚增厚,在肠壁表面形成三条等宽、等距离的连续纵带,称结肠带。其起于盲肠与阑尾连接处(即阑尾根部),顺结肠向下延伸,到降结肠下时逐渐不明显,至乙状结肠末端时已完全消失。

结肠带在肠壁上的部位不同,与其周围的关系亦不同,名称亦异。

1)网膜带 网膜带因大网膜附着而得名。它是结肠纵肌组成的连续带。在结肠中,大网膜仅附着于横结肠,结肠的其余部分并无大网膜附着。

2)结肠系膜带 结肠系膜带也因膜附着而得名。结肠通常只有横结肠和乙状结肠有系膜。

3)独立带 独立带是一条与周围无明显关系的结肠带,一般位于结肠的前缘、系膜带和网膜带之间。

2. 结肠袋 结肠表面有三条连续的结肠带。由于结肠带的收缩,使结肠壁不平整,而出现许多囊状袋,称结肠袋。

3. 肠脂垂 在结肠网膜带和独立带两侧,有许多大小不等、形状不一、顶大蒂细的小突起,称为肠脂垂。

(二)结肠的组织结构

结肠的组织结构,共分为四层:浆膜层、肌肉层、黏膜下层及黏膜层。

1. 浆膜层 浆膜层属于结肠最外层,实际上是腹膜的脏层,包绕结肠而成为结肠浆膜层。

2. 肌肉层 结肠的肌肉层由平滑肌组成,分为外纵肌和内环肌两层。

1)外纵肌层 结肠的平滑肌组织以纵向排列,分布于结肠肌层的最外面,称为外纵肌层。

2)内环肌层 它紧贴外纵肌的内侧,呈环行排列,组成结肠的内环肌层。

3. 黏膜下层 为疏松结缔组织,含有较多的脂肪细胞团。

4. 黏膜层 黏膜是结肠的最内层,由肠上皮、固有膜和黏膜肌层所构成。

第二节 结肠的生理

一、结肠的神经支配

支配结肠的神经为植物神经系统,包括交感神经及副交感神经。此外,还有内脏神经丛。

交感神经的作用是使腹腔内脏血管收缩,同时又抑制胃肠道平滑肌,促进腺体分泌。相反,副交感神经的作用是兴奋胃肠道平滑肌活动和促进腺体分泌。另外,植物神经系统兴奋时末梢释放介质,作用于效应器成节后神经元来完成整个传导过程。

二、结肠的吸收

1. 水分的吸收 水分主要在小肠内被吸收。每日进入盲肠和升结肠的液体量一般为 500~1 000 毫升。液体呈食糜状不断进入大肠,在大肠中水分被进一步地吸收,故粪便中只含有水分 100~500 毫升。实际相比之下,大肠的吸收能力大得多。

2. 电解质的吸收 食糜中残余的电解质从回肠进入大肠后,电解质的交换大部分是在升结肠和横结肠内发生。如对钠、氯、钾、镁、氨等的吸收。

3. 挥发性脂肪酸的吸收 食糜从回肠进入大肠后,食物残渣经大肠细菌分解为挥发性短链脂肪酸,部分被分解,部分被吸收。但结肠内脂肪酸过多,可引起渗透性腹泻。

4. 胆汁酸的吸收 胆汁进入肠腔后,绝大部分在回肠内被吸收,少部分在大肠内被吸收。胆汁被吸收后再回到肝脏,

形成胆汁的“肠肝循环”。

三、结肠的分泌

结肠分泌物中有溶菌酶、二肽酶和微量的淀粉酶。结肠分泌出的黏液中的粘蛋白，它能保护黏膜并有润滑作用，保护肠壁使粪便易于下行。

在结肠壁内神经丛中还发现血管活性肽、P 物质、生长抑素、肠高糖素等多种激素。

四、结肠的气体

结肠内气体约 100 毫升，主要来源是随饮食和呼吸吞入的空气，占大肠气体 70%。另外是细菌对碳水化合物发酵产生的。肠内气体使结肠轻度膨胀，帮助蠕动。肠内气体越多，肠越活动，腹内有微细辘辘肠鸣音。麻痹性肠梗阻腹内无肠鸣音，机械性肠梗阻肠鸣音增高，气体过多使肠壁扩张，可引起疼痛。

五、结肠的运动

(一) 结肠运动的特点

1. 兴奋性 结肠运动少而缓慢，其收缩需要较长时间。它对刺激的反应较迟缓，恢复至原来长度也极慢，这有利于结肠对粪便的暂时贮存。

2. 伸展性 结肠与消化道其他部分相似，可根据需要而有较大的伸展，其生理意义是适合于暂时贮存粪便。

3. 紧张性 结肠的各种运动均在紧张性的基础上发生的。紧张性使大肠保持在一种微弱的持续收缩状态，以保持肠腔内有一定的压力。这种紧张性并不依赖于中枢神经系统的

联系,而是肌肉本身的特性。

4. 自动节律性 这种运动一般认为起源于肌肉本身,但受到中枢神经系统和体液因素的调节,结肠的这种自动节律性运动,并不是结肠的蠕动。

5. 对化学、温度和机械牵张刺激敏感 这是消化道平滑肌的共同特性,结肠亦不例外。这对于结肠的内容物的推进,有着重要的生理意义。

(二)结肠的运动形式

1. 袋状往返运动 大肠壁的环肌在升结肠和横结肠段的不同部位收缩是无规律的,各处的收缩运动也是不协调的。由于环肌无规律的收缩使肠壁形成许多袋,当粪便进入乙状结肠后,乙状结肠的袋状往返运动使粪便形成卵圆形状。

2. 分段推进运动 从一个结肠袋的内容,通过肠的运动,推移到下一段结肠中,并继续向更远部位移动,这种分段运动使肠内容物不返回原来处而继续向前移动,称为分段推进运动。

3. 结肠的蠕动 结肠蠕动由一些稳定向前的肠壁肌收缩波所形成,不断将粪便向前推进。其特点是肠壁肌的收缩前端,肠肌舒张而充有少许气体,紧接舒张之后,肠肌则保持收缩状态,如此不断将粪块向前推移。

4. 集团运动 集团运动是发生在横结肠中的一种强烈收缩的蠕动。其特点是推进快,推进较远。横结肠纵肌收缩,使横结肠缩短,从而使食物残渣迅速经过脾曲入降结肠和乙状结肠。这种运动于进餐后发生称为胃-结肠反射,多见于儿童。

六、结肠的意义

(一) 结肠腔的正常变化

结肠是消化道中粗大的肠管,盲肠又为结肠段中最粗大的部分;直径为 7.5~8.5 厘米,从盲肠下行,肠腔逐渐变狭窄。一般升结肠的直径为 6 厘米,横结肠为 5.2 厘米,降结肠为 4.4 厘米,乙状结肠为 4.2 厘米。从乙状结肠下端移行于直肠时,肠腔最窄,直径仅 2.5 厘米。用钡剂灌肠透视中还可发现数厘米甚至数毫米一小段肠腔狭窄区,属于结肠的生理性狭窄。一般分布在盲肠和升结肠交界处、升结肠近端、横结肠中段、结肠脾曲远端、降结肠下段、降结肠和乙状结肠交界处以及乙状结肠下段与直肠交界处等七个狭窄区,属正常的变化,不可误诊为病变。

(二) 结肠的走行和检查

结肠全长 120~200 厘米,平均长度为 150 厘米,从右至左,行程弯曲如弓。用纤维结肠镜检查时,需要特别注意以下几个区域。

1) 平第三骶椎平面,即乙状结肠与直肠交界处是结肠腔最狭小区域,纤维结肠镜通过此处时,应缓慢细心轻柔地推进器械,以免穿破肠壁。

2) 乙状结肠的肠管较长而盘曲,尤其是下端有两个明显的弯曲度,即使器械已通过直乙交界处,亦不应强力插入器械,初次用器械检查时,容易在此穿破肠壁。

3) 结肠脾曲的弯曲度最大成直角,且位置深而固定,纤维结肠镜至此区时,容易发生卷曲,术者应在透视下耐心进行,使器械通过。

4) 结肠肝曲是升结肠移行至横结肠时形成的角度,一般

较结肠脾曲容易通过。

(三)警惕结肠恶性肿瘤的发生

结肠腔内一旦出现新生物,即可改变肠腔的粗细,使肠腔缩小,影响生理功能,容易导致肠梗阻。鉴于结肠从上到下肠腔逐渐变狭、下段的结肠变细,一旦生长新生物时,临床上出现肠梗阻的症状必然早于结肠上段生长的新生物。盲肠是结肠的最宽大部分,进入盲肠的食物残渣又为液状,盲肠部发生肿瘤时,往往为病人自己所忽视,就诊较晚。结肠脾曲的肠腔虽然已较结肠上端肠腔小得多,生长肿瘤时,也容易被忽视,因为结肠脾曲的位置高,前方又有肋缘,部分又有胃大弯覆盖,所以容易漏诊。因此,我们应该警惕盲肠和结肠脾曲新生物的发生。

(四)乙状结肠病变

乙状结肠具有长度较长、系膜呈扇形、中部长、两侧短、基底部窄、活动度大等特点。其易发生乙状结肠扭转,成闭袢性肠梗阻,结果造成肠壁血循环障碍、肠壁缺血性坏死、穿孔,继发极为严重的感染性腹膜炎。

乙状结肠又是多种疾病的好发部位,例如息肉、溃疡性结肠炎、痢疾、肿瘤等。

第三章 中医对肠道解剖生理的有关论述

一、中医对肠道解剖的有关论述

在中国解剖学史上最值得称道的是宋代所取得的突出成就,其中以吴简的《欧希范五脏图》为代表。图中对人体的五脏六腑的位置与实体解剖作了较详细的绘制,开创了后世绘制解剖图谱之先河。



图2 《医宗必读》大肠形态图

明代李中梓总结了前人的经验,在《医宗必读·行方智圆心小胆大论》中系统地记载了肠道的解剖。所附大肠图形与现代结肠图形极相似,有阑尾,有小肠下口,即大肠上口。图中注文曰:小肠上口即胃之下口,小肠下口即大肠上口名阑门(图2)。

二、中医对肠道的生理学论述

中医学认为,人是一个有机的整体,整体统一性的形成,是以五脏为中心,通过经络“内属于脏腑,外络于肢节”的作用而实现。

1. 大肠以通为用 大肠属六腑之一,六腑以通为用。大肠传导排泄糟粕这一功能活动,主要体现在以通为用,以降为顺这一生理特性上。当然,大肠传导功能的实现,还有赖于气血

的推动和濡养,只有气血旺盛,血脉调和,大肠才能传导有序,排泄正常。其传导,主要靠肺气之下达,才能承小肠之传物,故在生理上与肺、小肠的关系更为密切。肺气宜降,肺气不降大肠易滞。《医经精义》说:“大肠之所以能传导者,以其为肺之府,肺气下达,故能传导。”肺的生理功能正常,肺气充足,大肠传导能顺利进行。若肺气弱或宣降失常,可导致大肠传导功能失常。承小肠下传之物,如不受则逆。大肠传导功能失常,可影响小肠之传导,亦可影响胃之功能,可使胃实肠虚,肠实胃虚的生理现象不能实现。

2. “变化出焉”是小肠泌别清浊的继续 大肠变化靠小肠余气,太过则实,不及则虚。大肠的变化功能与小肠密切相关,是小肠泌别清浊功能的延续。所以,小肠之余气,直接影响大肠的“变化”功能。小肠通过泌别清浊,清者上输于脾,浊者下输至大肠,其中还有部分未被小肠吸收利用的水液和精微物质,则要靠大肠的“变化”作用来完成,即将浊中之清重新吸收,浊中之浊由魄门排出。

由于小肠与大肠相连,生理上有相互联系,病理上则可相互影响,如大肠传导功能失常,不能承受小肠的下传之物,则可出现腹痛、呕吐等梗阻不通之症;反之,小肠泌别清浊功能失常,使水谷停滞,清浊不分,混杂而下,超越了大肠变化功能的承受能力,同样会发生腹泻。因大肠的变化功能还要依赖小肠泌别清浊的余气来完成,在正常的生理状态下,成人排便比较定时而有规律,主要取决于大肠的传导变化。

3. 主津液吸收 《灵枢·经脉篇》曰:“大肠……是津液所生病者。”津液来源于饮食,津液的生成、输布、吸收、转化、排泄与脾、肺、肾、三焦、膀胱都有着密切关系,而吸收主要在大肠,通过胃之“泌糟粕,蒸津液”后,则运输给大肠,大肠则吸收

津液，使糟粕形成有形之粪便。如大肠吸收津液失常则为腹泻或便秘，所以大肠主津液所生病。