

• 名医经验 •

## 国医大师治疗溃疡性结肠炎特色与经验\*

吴悠<sup>1</sup> 郑沁薇<sup>1</sup> 杨丹<sup>1</sup> 张尔馨<sup>2</sup> 苑致维<sup>1</sup> 郝微微<sup>2</sup>

**[提要]** 溃疡性结肠炎属临床常见难治性疾病,中医药治疗具有明显优势。国医大师在多年的临床诊疗中积累了丰富的经验,本文就各位名家对溃疡性结肠炎的病因病机、辨证论治侧重点、用药经验等方面进行论述,归纳特色及经验,以期对中医药治疗溃疡性结肠炎提供更多面的方法和思路。

**[关键词]** 溃疡性结肠炎;国医大师;名家经验

DOI:10.3969/j.issn.1671-038X.2022.06.12

**[中图分类号]** R574.62 **[文献标志码]** B

### Characteristics and experience of TCM masters in the treatment of ulcerative colitis

WU You<sup>1</sup> ZHENG Qinwei<sup>1</sup> YANG Dan<sup>1</sup> ZHANG Erxin<sup>2</sup>  
YUAN Zhiwei<sup>1</sup> HAO Weiwei<sup>2</sup>

(<sup>1</sup>Department of Gastroenterology, Yueyang Hospital of Integrated Traditional Chinese and Western Medicine, Shanghai University of Traditional Chinese Medicine, Shanghai, 200437, China; <sup>2</sup>Department of Gastroenterology, Shuguang Hospital of Integrated Traditional Chinese and Western Medicine, Shanghai University of Traditional Chinese Medicine)

Corresponding author: HAO Weiwei, E-mail: hao2364@hotmail.com

**Summary** Ulcerative colitis is a common clinical refractory disease, while TCM has obvious advantages in treating it. TCM masters have accumulated a wealth of experience in clinical diagnosis and treatment for many years. The etiology and pathogenesis, the focus of syndrome differentiation and treatment, and the medication experience of UC are discussed in this article, in order to summarize the characteristics and experience of each master and provide more comprehensive methods and ideas for the treatments of UC with TCM.

**Key words** ulcerative colitis; TCM masters; experience of TCM masters

溃疡性结肠炎(ulcerative colitis, UC)是结肠和直肠黏膜的一种特发性慢性炎症,以腹痛腹泻、黏液脓血便为典型症状,现代临床多以氨基水杨酸制剂、免疫抑制剂、生物制剂、外科手术等为主要治疗方案<sup>[1]</sup>,但这些治疗手段价格不菲,且可能导致肝肾功能不全、骨髓抑制、继发感染等不良反应。根据UC的临床特点,可将之归属于中医“久痢”“痢疾”“泄泻”“肠风”“肠癖”等范畴,中医药对其治疗已有相当悠久的历史。近年来多项研究表明,中医

药治疗UC具有多靶点整体调节的特色<sup>[2]</sup>。

国家中医药管理局遴选的“国医大师”是中医药工作者中的杰出代表,多位名医在长期的临床实践中对UC的诊治提出了独到的心得体会,现将多位国医大师的经验进行阐述和总结,探讨辨治思路特点,为UC的中西医结合诊疗及深入研究提供更多思路。

#### 1 UC病因病机认识

现代中医普遍认为脾虚为UC发病基础,感受外邪、饮食不节,情志失调为主要发病诱因,病位在大肠,与脾、肾、肺等脏腑功能失调有关。病机为本虚标实,活动期多属实证,以湿热蕴肠、气血不调为主;缓解期多为虚实夹杂,以脾虚湿恋、运化失健较为常见<sup>[3]</sup>。各国医大师在多年的临床实践中,对其

\*基金项目:国家自然科学基金(No:81874450, No:81403362);国家重点研发计划项目(No:2018YFC1705400)

<sup>1</sup>上海中医药大学附属岳阳中西医结合医院消化内科(上海,200437)

<sup>2</sup>上海中医药大学附属曙光医院消化内科

通信作者:郝微微, E-mail: hao2364@hotmail.com

引用本文:吴悠,郑沁薇,杨丹,等. 国医大师治疗溃疡性结肠炎特色与经验[J]. 中国中西医结合消化杂志, 2022, 30(6): 447-449. DOI:10.3969/j.issn.1671-038X.2022.06.12.

[18] 毕殿勇,贾育新,成映霞,等. 参苓白术散对脾虚湿困型溃疡性结肠炎模型大鼠 IL-1 $\beta$ 、IL-4 及 p38MAPK 基因蛋白表达的影响[J]. 中药药理与临床, 2017, 33(1): 7-11.

[19] 毛晨晗,张蒙,马文祺,等. 宗越鞠丸之意异病同治心

系病体悟[J]. 南京中医药大学学报, 2022, (3): 254-257.

[20] 王红霞,王威,周正华. 从“心胃相关”角度探讨脾胃病的中医治疗[J]. 天津中医药, 2020, 37(9): 1031-1033.

(收稿日期:2022-03-25)

认识有不同的延伸和发挥。

国医大师徐景藩认为 UC 不仅病及大肠、脾肾,还与肝相关。肝属木,主疏泄,有调畅气机的功能;脾属土,“土得木而达”,其运化升清有赖肝之疏泄。若情志抑郁,肝失条达,气机郁滞,横逆犯脾,则脾运失职,水反为湿,谷反为滞,清浊相混,水走肠间而见下利泄泻。此外,UC 病程中常见大便带血,病及于血,血热、血瘀也是两大病理因素。总体病机为脾虚湿热夹瘀、寒热错杂,缓解期以脾虚肝郁为主<sup>[4]</sup>。国医大师朱良春见 UC 久泄,迭治不愈,缠绵难解,认为脾虚湿热并见,虚实夹杂。治疗时因人制宜,审证探因,素体丰腴者,多见气弱湿滞,强调气化流畅;形质瘦削者,常伴阴液暗耗,注意气阴化生;又常见情志不遂,肝木乘土,也应顾及<sup>[5]</sup>。国医大师李振华认为脾虚湿阻是 UC 的首要病理基础,脾肾阳虚是主要病理转归,病程中还常见肝气乘脾的病理表现。而湿热是由脾虚、生湿、化热三个层面渐次而生,因此脾虚为本,湿热为标,阴阳矛盾寒热交错<sup>[6]</sup>。国医大师杨春波尤善治疗脾胃湿热证,以脾胃虚实为纲,调理气血始终。总分湿热蕴肠、脾虚湿热、脾气虚弱三证;湿热蕴肠证中又细省湿与热之偏重,再分湿热并重、湿重于热、热重于湿三型<sup>[7]</sup>。国医大师李佃贵提出浊毒致病论,认为浊毒内蕴,气滞血瘀,瘀血阻滞,肠络失和,血败肉腐,而导致 UC 发病。总体病机是以脾胃虚弱为本,浊毒内蕴、瘀血阻滞为标,临床将其分为气滞浊阻、浊毒内蕴、浊毒壅盛、寒浊内阻、浊毒瘀阻、浊毒伤阴、浊毒损阳、寒热错杂等 8 个基本证型<sup>[8]</sup>。

纵观各位国医大师对 UC 的认识,总体不离脾虚为本,湿热为标,本虚标实,虚实夹杂,气血相搏,肠络受损,而发为本病。多位医家认同瘀血是 UC 主要病理因素,情志不遂导致肝气郁结也较多见。亦有医家从湿热立法,细省湿与热之偏重,或创新性提出“浊毒”为因,导致 UC 发病。

## 2 辨证论治侧重点

UC 的治疗普遍认同以扶正祛邪,标本兼顾为原则,活动期以清热化湿,调气和血,敛疡生肌为主要治法,缓解期主要健脾益气,兼以补肾固本,佐以清热化湿<sup>[3]</sup>。

国医大师徐景藩认为肝郁之表现在 UC 的病程中较为突出,因此治疗上以“温清并用,补泻兼施”为主,“抑肝敛肝”为辅<sup>[4]</sup>。国医大师朱良春治疗注重运枢机,制肝木,健脾胃,化痰瘀,涩滑脱,祛湿热,以健脾化痰、活血祛瘀、益气和营,清利湿热为治疗大法,并调整气化枢机贯彻前后,用药随证加减<sup>[5]</sup>。国医大师杨春波由湿热分三证治疗,湿热蕴肠证治以清热祛湿,调气舒络;脾气虚弱证治以健脾补中,调气舒络;脾虚湿热证治以健脾清化,调

气舒络<sup>[7]</sup>。国医大师李佃贵由浊毒立论,治疗以化浊解毒为大法。化浊解毒法又细分为芳香化浊解毒法,通腑泄浊解毒法,淡渗利湿解毒法,清热燥湿解毒法,以毒攻毒化浊法。UC 发作期表现为浊毒实证,以化浊解毒、活血化瘀、调气行血、通因通用为治则。缓解期以本虚为主,治则为补益脾肾,活血化瘀,清解余邪,治疗时应辨别正气亏虚所在,随证治之<sup>[8]</sup>。

多位医家都认同“瘀滞”在 UC 病程中的突出表现,因此重视“通瘀”,调畅气血,疏其壅滞,祛瘀生新,同时引瘀下行,给邪以出路。徐老强调凉血、行瘀之法贯穿始终,常配伍牡丹皮、仙鹤草、紫草、红藤等<sup>[4]</sup>;杨老常于血瘀证配伍延胡索、三七等味<sup>[7]</sup>;李老见瘀热较重者,配伍牡丹皮、苦参以凉血行瘀;见瘀血较重者,加减三七、红藤、全当归等活血止血<sup>[8]</sup>。

尽管各位医家在治疗上有不同的侧重点,但总不离辨病与辨证相结合,整体与局部互兼顾,分期而论,随证治之。

## 3 遣方用药经验

### 3.1 中医内治经验

国医大师徐景藩自拟连脂清肠汤:黄连 2 g,补骨脂 10 g,白术 10 g,茯苓 15 g,白芍 15 g,甘草 5 g。方中黄连苦寒,苦能燥湿,寒能胜热,为治痢要药;补骨脂辛温入肾,温肾助阳,可治肾虚冷泻;黄连与补骨脂一寒一温,两药之比为 1:5~1:8;白术、茯苓健脾燥湿利水;白芍柔肝和营,与甘草相配,缓急止痛。全方肝脾肾同调,寒温并用,补泻兼施<sup>[9]</sup>。徐老另拟有治泻方:党参 10 g,山药 10 g,焦白术 10 g,黄连 2 g,煨木香 6 g,赤白芍各 10 g,补骨脂 10 g,苦参 6 g,桔梗 6 g,仙鹤草 24 g。方中党参、白术、山药、补骨脂健脾益气,固肠止泻;黄连、苦参、木香、桔梗、芍药清利湿热,行气凉血,排脓止痛;仙鹤草收敛止血止泻<sup>[10]</sup>。国医大师朱良春设仙桔汤用于脾虚湿热型 UC,该方组成:仙鹤草 30 g,桔梗 6 g,乌梅 6 g,白槿花 10 g,炒白术 10 g,广木香 5 g,白芍 10 g,白头翁 10 g,炒槟榔 2 g,甘草 5 g。方中仙鹤草善止血,并治痢、强壮之功;桔梗排脓治痢,白术、木香健脾调气;白芍、乌梅、甘草酸甘敛阴;白槿花清热利湿凉血;槟榔散结破滞;白头翁清泄湿热。此方补泻并施,健脾敛阴、清热利湿同奏,对虚实夹杂之证,既不壅塞恋邪,亦无攻伐伤正之弊<sup>[5]</sup>。国医大师杨春波拟定清化肠饮治疗湿热型 UC,方药组成:仙鹤草、黄连、地榆、赤芍、白豆蔻、厚朴、茵陈、佩兰、薏苡仁、白扁豆、茯苓。其中仙鹤草、地榆收敛止血;黄连清热燥湿、止泻止利;赤芍活血凉血;白豆蔻、厚朴化湿行气;茵陈清热化湿;佩兰芳香化湿;薏苡仁、白扁豆、茯苓健脾化湿。起清热化湿,健脾益气之效<sup>[7]</sup>。国医大师李

佃贵自拟化浊解毒合方,以白头翁、广木香、薏苡仁、苦参、地榆、当归、黄连、秦皮、白芍、藿香等随证加减。毒大于浊者,配白头翁、黄柏、黄芩等清热解毒;浊重于毒者,加减茯苓、苍术、陈皮等药物以燥湿化浊<sup>[11]</sup>。

### 3.2 中医外治经验

国医大师徐景藩创“菖榆煎”灌肠液:地榆30 g,白及15 g,石菖蒲15 g。脓血便明显者,加黄柏15 g,败酱草30 g;腹泻次数频多者,加石榴皮20 g,秦皮10 g;便燥下血者,加生大黄10 g<sup>[9]</sup>。国医大师杨春波根据肠镜结果将肠道病变分为局部溃疡性病变或炎症性病变,溃疡性病变用灌肠一号方:苦参片、生地榆、白芍、桔梗、当归、甘草等;炎症性病变用灌肠二号方:仙鹤草、地榆炭、赤芍、陈皮、儿茶、炙甘草等<sup>[7]</sup>。

### 4 小结

中医药治疗 UC 具有独特优势,可通过调节免疫、抗炎、抗氧化、调控肠道菌群等多种机制改善临床症状,减少毒副作用<sup>[2]</sup>。中医药疗效稳定,不良反应小,复发率较低,在缓解病情的同时还可整体调节人体,提高患者生活质量,改善患者体质。学习总结国医大师治疗 UC 之经验,不难发现中医大家治疗 UC 的学术观点和经验异中有同,同中存异。病机认识,治法方药虽各有侧重,但皆不约而同地强调活动期之脾虚、湿热,缓解期之肾虚、肝郁,法随证转,药随法变,灵活机动。参王清任言:“泻肚日久,百方不效,是总提瘀血过多”,也能体会各位国医大师都十分注重血瘀在全病程中的表现。且用药都无峻下攻伐之法,谨守“人以胃气为本,而治痢尤要”的原则。又因地域不同,患者体质不同,在治法、组方用药上总结出个人的宝贵经验。

另考现代中医名家治疗 UC 经验,马贵同教授创“清肠栓”<sup>[12]</sup>,沈洪教授总结“清肠化湿,气血同调,理肺化痰,调血祛风”等法<sup>[13]</sup>,李军祥教授拟“清肠温中方”<sup>[14]</sup>,劳绍贤教授创“溃结灵”<sup>[15]</sup>,王长洪教授拟“愈溃方”<sup>[16]</sup>,导师郝微微以“健脾化湿汤”治疗<sup>[17]</sup>等,都是在前人经验上的总结和创新,同样值得我们细心揣摩。因此,有必要挖掘整理名中医治疗 UC 的学术思想和临床经验,取其精髓,结合现代医学研究,在临床诊疗中灵活运用,发挥

传统中医药在治疗 UC 中的独特优势。

**利益冲突** 所有作者均声明不存在利益冲突

### 参考文献

- [1] Ordás I, Eckmann L, Talamini M, et al. Ulcerative colitis[J]. Lancet, 2012, 380(9853): 1606-1619.
- [2] 高艳奎, 申睿, 朱向东, 等. 中医药治疗溃疡性结肠炎作用机制研究进展[J]. 中医药学报, 2020, 48(2): 75-80.
- [3] 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.
- [4] 徐景藩. 徐景藩脾胃病临证经验集粹[M]. 北京: 科学出版社, 2010: 39-40, 164-165.
- [5] 朱良春. 中国百年百名中医临床家丛书·国医大师卷: 朱良春[M]. 北京: 中国中医药出版社, 2011: 102-105.
- [6] 华荣, 罗湛滨, 李郑生. 李振华教授健脾温肾法治疗溃疡性结肠炎经验[J]. 河南中医, 2006, 26(8): 17-18.
- [7] 王文荣. 杨春波主任治疗溃疡性结肠炎学术特点和经验总结[J]. 福建中医药, 2011, 42(2): 20-21.
- [8] 李佃贵. 溃疡性结肠炎浊度论[M]. 北京: 中国科学技术出版社, 2016: 92-93, 163-165.
- [9] 叶柏, 徐景藩, 单兆伟, 等. 连脂清肠汤和灌肠液治疗慢性结肠炎临床和实验研究[J]. 中国中西医结合脾胃杂志, 1997, 5(3): 147-150.
- [10] 徐景藩. 治泻方[J]. 中医杂志, 1994, 6(3): 492.
- [11] 白海燕, 李娜, 杨知霖, 等. 李佃贵基于浊毒理论辨治溃疡性结肠炎经验撷英[J]. 上海中医药杂志, 2019, 53(4): 1-4.
- [12] 陈江. 马贵同诊治溃疡性结肠炎经验拾零[J]. 江苏中医药, 2005, 26(9): 6-7.
- [13] 沈洪. 溃疡性结肠炎治疗用药的几个特点[J]. 江苏中医药, 2006, 27(1): 15-16.
- [14] 姜慧, 李军祥, 谭祥, 等. 李军祥教授治疗溃疡性结肠炎经验[J]. 中国中西医结合消化杂志, 2019, 27(3): 232-235.
- [15] 邢海伦. 劳绍贤教授诊治溃疡性结肠炎经验介绍[J]. 新中医, 2014, 46(8): 21-23.
- [16] 齐相芬, 张仁诚, 胡文平, 等. 王长洪教授诊治缓解期溃疡性结肠炎经验总结[J]. 辽宁中医药大学学报, 2016, 18(3): 193-195.
- [17] 历娜娜, 郝微微, 温红珠, 等. 郝微微治疗溃疡性结肠炎经验[J]. 陕西中医, 2013, (12): 1653-1654, 1672.

(收稿日期: 2021-12-27)