

• 脾胃病思想传承与创新专栏 •

# 李军祥教授运用经典名方治疗溃疡性结肠炎的临证思路<sup>\*</sup>

傅智浩<sup>1</sup> 石磊<sup>1</sup> 毛堂友<sup>1</sup> 史瑞<sup>1</sup> 陈晓伟<sup>1</sup> 魏仕兵<sup>2</sup> 李军祥<sup>1</sup>

**[摘要]** 溃疡性结肠炎(UC)属于慢性非特异性炎症性肠病之一,具有难治愈、易复发、癌变风险高的特点,现代医学将其列为难治病之一。李军祥教授博采众长,汲取经典名方,结合自身大量临床实践经验,提出 UC 要从湿热论治,从气血论治,从枢机论治。长期临床实践表明,明晰临证思路,合理运用经典名方,可以达到效如桴鼓,立起沉痾效果。

**[关键词]** 溃疡性结肠炎;经典名方;李军祥;临证思路

DOI:10.3969/j.issn.1671-038X.2024.10.02

**[中图分类号]** R259 **[文献标志码]** B

## Professor LI Junxiang's clinical thinking in the treatment of ulcerative colitis using classic prescriptions

FU Zhihao<sup>1</sup> SHI Lei<sup>1</sup> MAO Tangyou<sup>1</sup> SHI Rui<sup>1</sup>  
CHEN Xiaowei<sup>1</sup> WEI Shibing<sup>2</sup> LI Junxiang<sup>1</sup>

(<sup>1</sup>Department of Gastroenterology, Dongfang Hospital, Beijing University of Chinese Medicine, Beijing, 100078, China;<sup>2</sup>Department of Spleen and Stomach Diseases, Beijing Xuanwu Traditional Chinese Medicine Hospital)

Corresponding author: LI Junxiang, E-mail: lijunxiang1226@163.com

**Abstract** Ulcerative colitis(UC) is one of the chronic non-specific inflammatory bowel diseases, which is difficult to be cured, easy to recur, and has a high risk of cancer, and is classified as one of the difficult-to-treat diseases in modern medicine. Professor LI Junxiang, drawing heavily from classical prescriptions and integrating his extensive clinical experience, proposes that UC should be treated from the theory of dampness and heat, from the theory of Qi and blood, and from the theory of pivotal mechanism. Long-term clinical practice has shown that clear clinical thinking and rational use of classic prescriptions can lead to prompt and effective results.

**Key words** ulcerative colitis; classic prescriptions; LI Junxiang; clinical thinking

溃疡性结肠炎(ulcerative colitis, UC)是一种以结直肠黏膜连续性、弥漫性炎症改变为特点的慢性非特异性炎症性肠病之一,其病变主要限于结直肠黏膜和黏膜下层<sup>[1]</sup>。临床表现为持续或反复发作的腹泻、黏液脓血便伴腹痛、里急后重和不同程度的全身症状,如乏力、食欲减退、发热等,病程多在 6 周以上。可有皮肤、黏膜、关节、眼、肝胆等肠外表现<sup>[2]</sup>,或可见肠穿孔、消化道出血、癌变等并发症。中医古籍中并无“溃疡性结肠炎”这一病名,中医学多将 UC 归属为“久痢”“休息痢”“肠癖”“下

痢”等范畴,中医古籍中针对此类疾病记载了诸多经典名方,是临床处方用药的活水之源。李军祥教授博采众长,汲取经典名方,结合自身大量临床实践经验,提出治疗 UC 主要从 3 个方面进行论治,分别为从湿热论治、从气血论治、从枢机论治。

### 1 疾病认识

李军祥教授认为 UC 的病因以内因为主,关键在于先天禀赋不足、脾胃失健,或伴肾气不足、肺气失调等因素。UC 病性为本虚标实,脾胃虚弱为本病的发病基础,脾胃皆居中央而属土,主受纳、腐熟、运化、转输,两脏腑配合更有升清降浊之能,若脾胃失常,升降失司,水湿不化,郁热搏结,阻滞肠络,发为泻痢。而饮食不节、情志失常是 UC 常见的发病诱因,过食肥甘厚味,酿生湿热,以致肠腑气机不畅,通降不利;或精神紧张、焦虑抑郁,以致肝

<sup>\*</sup>基金项目:国家自然科学基金面上项目(No:82474466);国家中医药管理局高水平中医药重点学科中西医结合临床(消化病学)(No:zyyzdxk-2023271)

<sup>1</sup>北京中医药大学东方医院脾胃肝胆科(北京,100078)

<sup>2</sup>北京市宣武中医医院脾胃病科

通信作者:李军祥, E-mail: lijunxiang1226@163.com

郁脾虚,气血瘀滞,久而血败肉腐。

## 2 临证思路

UC 常表现为不同症状,其病机侧重点有所不同,故临证思路亦有侧重。李军祥教授针对 UC 患者的症状,常从以下 3 个方面进行论治。

### 2.1 从湿热论治

UC 病位在大肠,与脾、胃、肝、肾、肺诸脏相关。湿热蕴肠是主要病理因素。如《医编·痢》记载:“不论何脏腑之湿热,皆得以入肠胃,以胃为中土,主容受而传之肠也。”湿热由来,有外因和内因两种途径。外感湿热邪气、地理环境湿热等外因会直接导致湿热之邪内侵;或因饮食、情志、劳倦、禀赋等内因,以致脾胃受损、湿热内生。此湿热为广义的湿热,为“湿”与“热”两种邪气的兼加,脾易生湿,胃易生热,临床上脾湿与胃热的比例不同,其外在表现亦不相同,论治时要分清湿与热的侧重。

**2.1.1 以湿邪为主** 《内经》云:“湿胜则濡泄”,《医宗必读》提出“无湿则不泻”。可见腹泻这一症状多与湿有关,UC 亦有腹泻症状,故其发病与湿邪密切相关。李教授在治疗 UC 时,将湿邪大致分为四类论治:湿阻、寒湿、湿浊、痰瘀。

①湿阻。李教授认为,在临床治疗 UC 的过程中,患者大便稀溏,可见少许黏液或无黏液脓血,主要病机为脾虚湿阻,方药当以参苓白术散为主。参苓白术散出自《太平惠民和剂局方》,主治脾胃虚弱、食少便溏、气短咳嗽、肢倦乏力等。《医门法律》记载:“参苓白术散治久泻,及大病后痢后。”故湿阻为主的 UC 患者,以参苓白术散治之,特别是方中炒白术、炒薏仁和炒扁豆健脾化湿,这一组合亦可在其他疾病的湿阻泄泻中配伍使用。

目前现代多项研究已经证实了参苓白术散对于 UC 治疗的有效性,其具有多成分、多靶点、多途径等特点,多味药配伍可产生协同效应<sup>[3]</sup>。参苓白术散通过抗炎、调节免疫系统、调节细胞黏附分子、调节肠道菌群、改善肠道屏障功能、抗氧化、调节水液代谢及调控相关信号通路等作用抗 UC,具体作用机制涉及调节 MAPK、TLRs/NF- $\kappa$ B、JAK2/STAT3 等信号通路<sup>[4]</sup>。

②寒湿。以寒湿为主的 UC 患者,主症为大便稀溏,便中夹白色黏液,考虑为寒湿内阻。临床中,寒与湿两种邪气亦有偏重,若是寒大于湿,患者以畏寒、腹部冷痛等寒象为主,李教授多使用苓桂术甘汤化裁,主要运用桂枝、吴茱萸和干姜,以温阳化湿;若是湿大于寒,患者以脘痞、口黏等湿象为主,李教授临床多用平胃散加减治疗,取厚朴、苍术和陈皮苦温燥湿之能。

苓桂术甘汤由医圣张仲景首创,其所著《金匮要略·痰饮咳嗽病脉证并治第十二》云:“心下有痰饮,胸胁支满,目眩,苓桂术甘汤主之。”该方为治疗

中阳不足的痰饮病的方药。经后世的应用与总结,其功能主治有所延伸。《古今医案按》载:“脘痞便溏之用苓桂术甘汤”。不同医家对于本方的运用都是抓住了中阳不足、内生痰湿这一关键因素,脾胃阳虚,运化失司,湿邪阻于中焦,下渍大肠,表现为泄泻。所谓“病痰饮者,当以温药和之”,故用苓桂术甘汤加温中化饮,针对此证导致的 UC 亦有良好效果。目前苓桂术甘汤虽多用于心血管系统疾病,但其在消化系统和免疫系统方面的作用和机制也正在被逐渐开发<sup>[5]</sup>。

平胃散出自《简要济众方》,用于湿邪中阻,脾胃失和。《医门法律》云:“病怠惰嗜卧,四肢不收,或大便泄泻,此湿胜,从平胃散。”平胃散组方精简,以辛、苦、温之品理气燥湿,以祛除湿邪为主,湿去脾胃自和,泻痢自止。现代众多医家临床常应用平胃散加减治疗寒湿为主的 UC 患者<sup>[6]</sup>,亦有网络药理学研究表明平胃散的主要活性成分能够通过 MMP9、CAT、PTGS2、MAPK 等靶点作用于 MAPK、IL-17、TNF、NF- $\kappa$ B 等多个信号通路,起到治疗 UC 的作用<sup>[7]</sup>。

③湿浊。UC 偏重于湿浊者,临床可见大便稀溏,黏滞不畅,便中夹白色黏液,肠镜下有多量分泌物,主要病机为湿浊内生,水湿痰浊蓄积停滞,当以化浊为主,李教授临证时多用宣清导浊汤加减治疗,取藿香、茯苓、皂角刺、蚕沙化湿泄浊之功,恢复脾胃运化和津液输布的正常状态。本方出自清代名医吴鞠通的《温病条辨》:“湿温久羁,三焦弥漫,神昏窍阻,少腹硬满,大便不下,宣清导浊汤主之。”用来治疗湿热秽浊郁闭大肠,弥漫三焦者。经后世医家发挥,石寿棠在《医原》中提出:“湿热伤脾,而为泄泻。治法亦不外苦辛淡渗,如宣清导浊汤。”认为湿热伤脾,浊气犯肠导致腹泻的情况也可用宣清导浊汤治疗,此论扩大了本方的使用范围,为异病同治的典范。

现代药理学研究表明,蚕沙具有抗炎的作用,并且具有清除自由基、抗氧化的作用,针对炎症性肠病的免疫异常具有一定的调节作用<sup>[8]</sup>。相关临床研究也证实宣清导浊汤可以明显降低 IL-1、IL-6、TNF- $\alpha$ 、CRP,缓解全身炎症状态,并可以提高肾小球滤过率,加速人体水液代谢<sup>[9]</sup>。

④痰瘀。UC 患者以痰瘀为重者,临床多见大便稀溏,肠镜下看见多发息肉样增生,增生属于瘢痕积聚一类,多责之痰瘀凝结。李军祥教授临证时多用当归贝母苦参丸加减针对此证,临床常选用当归、贝母、玄参、苦参、莪术,以化痰祛瘀,兼清热化湿。本方出自《金匮要略》,本是妇人妊娠后小便不利的方剂,尤在泾在《金匮要略心典》中论述:“本草当归补女子诸不足,苦参入阴利窍除伏热,贝母能疗郁结,兼清水液之源也。”国医大师段亚光认为该

方可达活血散结、清热利湿之功;只有抓住本方之病机所在,才能扩展其主治范围,达到异病同治的效果<sup>[10]</sup>。当归贝母苦参丸具有活血利水、清热散结之功效,为血水同治法之代表方<sup>[11]</sup>,对于下焦瘀、湿、热并见的情况,亦可进行迁移。

现代中医多认为 UC 病机为湿郁与瘀血搏结。当归贝母苦参丸全方以养血活血、清热利湿为主,与 UC 的湿、热、瘀的病机相合。现代研究表明,本方中的苦参在治疗 UC 中起到主要作用,苦参可以抑制肠道炎症反应,促进肠道黏膜愈合,有效缓解 UC 的症状<sup>[12]</sup>。

**2.1.2 以热邪为主** 《圣济总录·脓血痢》“积热蕴结,血化为脓……故成脓血痢”;《诸病源候论·痢病诸候》“血痢者,热毒折于血,入大肠故也”。UC 以热邪为主时,以下痢脓血、肛门灼热等症状为主,李教授在治疗热重于湿的 UC 时,将其分为 6 类:湿热、热毒、瘀热、积热、食热、风热。

①湿热。此处湿热为狭义湿热,为湿热邪气,表现为 UC 的大肠湿热证,《类证治裁·痢症》云:“症由胃腑湿蒸热壅。”此证多表现为大便次数增多,下痢赤白,赤多白少,里急后重,肛门灼热。李教授临床时多使用葛根芩连汤、黄芩汤,常用药为黄连、黄芩、黄柏、苦参、马齿苋等苦燥之品,以清热燥湿,清利大肠湿热。葛根芩连汤和黄芩汤都为《伤寒论》中的经典名方,《伤寒论》云:“太阳病,桂枝证,医反下之,利遂不止,脉促者,表未解也,喘而汗出者,葛根黄芩黄连汤主之。”亦云:“太阳与少阳合病,自下利者,与黄芩汤。”两方都是清热止痢的经典方剂,针对邪热下迫肠腑导致的下痢具有很好的效果。

多项随机对照试验已经验证了两方的临床疗效<sup>[13-16]</sup>。进一步的现代药理学研究表明黄芩中的黄芩苷可以降低结肠炎的严重程度,以及小鼠 DAI 评分,还可以下调脂多糖(LPS)诱导 IL-6、IL-8 和 TNF- $\alpha$  的产生,改善由 DSS 诱导的小鼠结肠炎的炎症反应<sup>[17]</sup>。黄连中的小檗碱可显著抑制 IL-1、IL-1 $\beta$ 、IL-6、IL-12、TNF- $\alpha$ 、TGF- $\beta$  和 IFN- $\gamma$  的表达,但上调了 IL-4 和 IL-10 的表达,揭示了小檗碱对肠道抗炎的机制可能是通过阻断 IL-6/STAT3/NF- $\kappa$ B 信号通路发挥了相关作用<sup>[18]</sup>。

②热毒。UC 以热毒为盛者,黏液脓血便明显,甚至下鲜血,腹痛明显,发热烦躁,此类症状为典型的热毒表现,李教授临床选用白头翁汤化裁,常用白头翁、黄连、黄柏、秦皮、败酱草、青黛清热化湿解毒,效如桴鼓。本方出自《伤寒论》,由白头翁、黄连、黄柏、秦皮组成,原文“热利下重者,白头翁汤主之”“下利欲饮水者,以有热故也,白头翁汤主之”。因其具有清热解毒、凉血止痢的功效,后世常用于热毒痢的治疗。四药相合,针对湿热蕴毒的病

因适用于以下痢脓血、赤多白少、腹痛、里急后重为主要表现的病证。

现代研究发现,白头翁汤有效成分以生物碱类、甾体类、柠檬苦素类、香豆素类、皂苷类等为主,通过调控相关细胞因子和黏附分子、调节氧化应激、肠黏膜屏障、调节 TGF $\beta$ 1/Smad3、mTORC1-STAT3-COX-2、TLR4-ERK1/2 等信号通路,多途径发挥抗炎杀菌、改善肠道局部循环、调节免疫功能、修复溃疡创面等作用<sup>[19]</sup>。亦有多项临床试验表明白头翁汤内服<sup>[20]</sup>和灌肠<sup>[21]</sup>均对活动期 UC 取得了良好的疗效。

③瘀热。UC 以瘀热为主者,多见下痢黏液脓血,腹部灼热疼痛。瘀热搏结大肠,当从化瘀清热两方面入手,李教授选用白头翁汤加地骨皮饮加减,常用白头翁、黄连、黄柏、秦皮、地骨皮、牡丹皮、赤芍、当归炭等药,共奏凉血逐瘀泻热之功。地骨皮饮始载于《医宗金鉴》,地骨皮味甘性寒,善清虚热,凉血;牡丹皮辛苦微寒,可清热凉血,活血化瘀;赤芍行瘀止痛,清热凉血;当归炭可活血化瘀,更兼止血之功,王好古在《此事难知》中道:“热在行阴之分,肾气主之,故用地骨皮饮,以泻血中之火。”可见此方入血分,善清血中之热,并活血养血。白头翁汤针对于热,而地骨皮饮针对于瘀,两方相合,瘀热并除。

临床加减中主要取地骨皮饮的活血凉血之意,现代药理学研究发现地骨皮甲素能够通过显著抑制炎症递质的生成来抑制炎症反应<sup>[22]</sup>。牡丹皮乙醇提取物可以影响血液流变学、血小板黏附率、蛋白酶表达,从而达到活血化瘀的目的,其发挥作用的化学成分主要是丹皮酚和芍药苷类化合物<sup>[23]</sup>,牡丹皮中的黄酮类化合物能够提高实验大鼠部分凝血活酶时间,并能降低纤维蛋白原浓度<sup>[24]</sup>。赤芍中的主要成分赤芍总苷具有抗血栓、抗炎抑菌、免疫调节等作用<sup>[25]</sup>。

④积热。本病若热入阳明,煎灼津液,便为积热,临床表现为大便干结难解,便中有黏液脓血,此时可按阳明腑实证治疗,使用大承气汤,李教授常用酒大黄、黄连、黄芩、黄柏、苦参、厚朴、枳实以清热化湿攻下。大承气汤为《伤寒论》的经典名方,也是峻下的代表方剂。《伤寒论》云:“少阴病,自利清水,色纯青,心下必痛,口干燥者,可下之,宜大承气汤。”阳明腑实亦可有下痢,此为热结旁流,当急下热结,故用大黄为君荡涤胃肠,《本草备要》中论述大黄:“治伤寒时疾,发热谵语,温热瘧疟,下痢赤白,腹痛里急,黄胆水肿,癥瘕积聚。”此皆是胃肠积热所致,其中“下痢赤白,腹痛里急”为 UC 的典型症状,故李教授临床上合理迁移,用以治疗胃肠积热导致的 UC。

现代研究证实大承气汤具有促进胃肠蠕动,增

加胃肠局部血流量,减轻应激反应等作用,同时可以抑菌、抗炎和解毒,有效防治肠道菌群移位,降低毛细血管通透性,减少炎性渗出,抑制炎症的扩散<sup>[26]</sup>。

⑤食热。若临床见 UC 患者大便次数增多,便中有黏液脓血夹有食物残渣、纳差口臭,则考虑食热,《素问·痹论》所言:“饮食自倍,肠胃乃伤。”食积胃肠,郁而化热,下迫大肠。李教授针对此证常用白头翁汤合保和丸加减,临床常用白头翁、黄连、黄柏、秦皮、连翘、焦三仙等药。保和丸为朱丹溪所创,首载于《丹溪心法》中,主治食积内停。后世医家对于保和丸又有所补充,如《丹溪治法心要》中“因积作后重者,保和丸主之”,《明医指掌》“下痢腹痛,饮食不化,胀满,保和丸。”可见食积所致的下痢、里急后重也可使用本方治疗,以上论述都为保和丸治疗食热 UC 提供了理论基础。

现代药理研究表明,保和丸主要有调节肠胃功能、助消化、抗溃疡和抑菌的作用<sup>[27]</sup>,还可降低食积小鼠的细菌、乳酸菌以及大肠埃希菌的数目。另有研究表明,保和丸对 DSS 诱导的 UC 模型小鼠肠道中 *A. muciniphila* 细菌有明显促进增殖的作用<sup>[28]</sup>,对肠道免疫稳态具有一定的调节功能。

⑥风热。李军祥教授认为,UC 患者症见大便次数增多,便中有黏液、鲜血,肛门灼热疼痛,考虑从风热论治,使用地榆散合槐角丸加减治疗,临床常用白头翁、黄连、黄柏、秦皮、地榆炭、炒槐花、当归炭、荆芥炭等药,以疏风凉血泻热润燥。

地榆散出自《太平圣惠方》,由地榆、黄芪、枳壳、槟榔、黄芩、赤芍、当归组成。地榆散主要用于治疗湿热壅积、痔血、便血等病症,其他典籍中多有记载,如《丹溪手镜》中“有湿毒利,脓血,宜地榆散”,《圣济总录》载“治热血痢不止,日夜频滑,地榆散方”。症见痢疾便中带血均可加减使用。槐角丸出自《太平惠民和剂局方》,方中常用槐角、地榆炭、黄芩、枳壳、当归、防风,可清肠疏风,凉血止血,用于肠风便血,痔疮肿痛。《丹溪心法》云“槐角丸,治诸痔,及肠风下血脱肛”;《医学正传》中“槐角丸,治五种肠风下血,痔漏脱肛,并皆治之”。可见凡有大便下血的症状,亦可加减使用槐角丸。李军祥教授根据经典名方,针对 UC 提炼总结出地榆炭、槐花炭、荆芥炭这一组角药,此三炭组为角药相依为用,常用于治疗 UC 或克罗恩病患者出现鲜血便或痔疮便血等症。

## 2.2 从气血论治

气血是维持人体生理功能正常的基本物质,气血调和,才可“正气存内,邪不可干”。UC 的病程迁延,正邪交争,湿热之邪与气血相搏,驱邪的同时,应兼顾气血。刘河间云:“行血则便脓自愈,调气则后重自除。”此为治痢大法,也是气血论治 UC

的总纲。UC 各种病机都蕴含气滞血瘀的基础,大肠湿热兼气血失和,首选芍药汤。

本方出自刘完素所著的《素问病机气宜保命集》,由芍药、炒甘草、黄连、黄芩、木香、槟榔、当归、官桂、大黄组成,用于湿热下注大肠、下痢脓血、赤白相兼、腹痛、里急后重、肛门灼热的病证。饮食不洁,感受疫毒,下迫大肠,壅滞气机,伤及血络,以致下痢脓血、腹痛、里急后重,故用黄芩、黄连清热解毒,消除病邪。下痢脓血与里急后重并见,是邪迫肠腑,气血不和,同时需要调和气血,柔肝缓急,因此用木香、槟榔舒畅气机,当归补血活血,气血和调,疏泄复常,则无气滞血瘀之患。用白芍、甘草柔肝缓急以调和肝脾,肝脾得和,则里急后重可止。方中大黄增强黄芩、黄连解毒功效,又能因势利导,荡涤贼寇。此外,大黄尚有凉血活血之用,止血而不留瘀。反佐肉桂,一方面助当归、大黄行血之力,另一方面,纠黄芩、黄连苦寒之弊,又具有温通气血的作用。全方邪正兼顾,气血并调,体现了“通因通用”之法。方中木香和黄连为经典名方香连丸,有清热化湿、行气止痛之功,主治大肠湿热所致的痢疾,此配伍也是李教授用于治疗 UC 的重要药对。

现代药理学研究表明,芍药汤主要通过抑制肠上皮细胞凋亡/焦亡、促进紧密连接蛋白表达、减轻氧化应激、缓解内质网应激、促进黏液蛋白分泌、调节炎症递质水平、增强免疫功能、恢复肠道菌群等途径改善肠机械屏障、化学屏障、免疫屏障、生物屏障功能<sup>[29]</sup>。更有多项随机对照试验证实芍药汤联合西药治疗能够提高临床疗效,改善临床症状,控制炎症反应<sup>[30-31]</sup>。

除此之外,李军祥教授认为在临床中也应注意气与血的偏重,抓住气和血各自的特殊性来针对性加减用药,调气和理血之法的运用要全面考量。

**2.2.1 调气之法** 《仁斋直指方·痢病证治》记载:“痢出于积滞。积,物积也;滞,气滞也。”患者多因禀赋不足,脾失健运,情志不畅,饮食不节或感受外邪,导致湿热或寒湿与气血搏结,肠道传导失司,腑气不通,而见腹痛、里急后重等气滞表现。

李教授依据刘完素所云“调气则后重自除”,提出治疗 UC 要根据气滞所处的脏腑病位不同,选用不同理气之品。如兼情志不畅或腹痛窘迫,痛而欲泻,肝木克土者,重在调理肝脾之气,予柴胡、白芍、陈皮、香附、防风等疏肝柔肝之品;如见腹胀腹痛,肠鸣辘辘,矢气频频,则调理脾胃之气,予木香、枳壳、槟榔、陈皮等行气导滞之药;大便干结,肺气不利者,则调理肝肺之气,可予厚朴、桔梗、炙紫菀等;若见腹部冷痛缠绵,小腹胀满,则调理脾肾之气,以沉香、乌药、小茴香等药温里散寒。李教授又根据气机状态不同,选择不同药物,如胸闷不舒,时欲太息,则为气郁之证,加柴胡、郁金、合欢皮、预知子以

疏肝解郁;如性情急躁,胸闷胁胀,口干口苦,则为气火之证,加牡丹皮、栀子、黄芩、夏枯草以疏肝泻火;如见纳差,腹胀,乏力,则为气虚之证,加黄芪、人参、灵芝、仙鹤草以健脾补气;如肛门重坠,甚则脱肛、阴挺,则为气陷之证,加煨葛根、升麻以补气升提。

**2.2.2 理血之法** 《医林改错》云:“泻肚日久,百方不效,是总提瘀血过多。”瘀血是导致UC的重要因素之一,瘀血的产生不过以下几点:一为离经之血化为瘀血;二为患者病情反复发作,久病入络;三为湿热或寒湿与气血相搏结,导致气滞血瘀;四为湿热内蕴日久,反复使用苦寒药,导致血行滞涩;五为患者黏液脓血便,反复使用止血药,导致血行不畅。现代内镜技术的发展也为血瘀的判断提供了支持,李教授认为肠镜是望诊的延伸,肠镜下黏膜出血糜烂,为瘀血的表现;UC发病与患者体内的微血管损伤及血液高凝状态之间存在相关性,其血液高凝状态的特征与中医的“瘀”是相一致的。治疗UC以活血化瘀为治则是中医“久病入络,瘀血不去,新血不生”理论的具体应用。

李教授认为血瘀的治疗应注重理血,即“行血则便脓自愈”之意。血行不利,则和血行血,如炒当归、炒白芍、三七等;气滞血瘀,见腹胀痛,或痛如针刺,予川楝子、徐长卿、延胡索等行气活血之品;热伤血络,迫血妄行,予地榆炭、黄芩炭、槐花炭、侧柏炭等清热凉血止血;血溢肠腑,下痢脓血,则收敛止血,予白及、仙鹤草、五倍子等。脾不统血,血溢肠腑,需健脾止血,以生黄芪、党参、炮姜等益气温阳;阴血不足,营气失守,血动不止,则补血止血,予阿胶、当归炭、熟地等;血败肉腐,疮疡不愈,应注重敛疮生肌,予儿茶、赤石脂、枯矾、炉甘石、诃子和五倍子等。

### 2.3 从枢机论治

李教授认为,UC的治疗也应考虑枢机的问题。足少阳胆经从横向主半表半里,为气机表里出入之枢,它的气化功能是疏泄胆汁,参与水谷的消化,同时胆的疏泄功能还可以促进脾胃的消化吸收功能,即木能疏土;手少阳三焦经从纵向贯通上、中、下三焦,为气机上下升降之枢,为人体阳气和体液运行的通道,通过三焦的气化功能可以使阳气和体液敷布周身,直达腠理,以充养人体。

**2.3.1 少阳枢机论治** 少阳枢机不利多源于情志内伤,如焦虑、抑郁等易致足少阳胆经枢机不利,气郁于内;如又过食肥甘,以致三焦里热炽盛,胆实热郁,胆失中正之用,难以发挥主决断的作用,更会加剧急躁恼怒情绪。李教授在临床发现许多UC患者伴有抑郁焦虑状态,且兼有嗝气反酸、头昏耳鸣、急躁善怒、失眠多梦、面热、口干口苦等症状,其关键病机即少阳不利,邪热弥漫三焦,痰热扰神。治

疗上需从调理少阳枢机入手,以清胆化痰、镇惊安神为法,多选柴胡加龙骨牡蛎汤加减,达到心胆肝胃同治,祛除三焦内伏热邪的目的。

《伤寒论》云:“伤寒八九日,下之,胸满烦惊,小便不利,谵语,一身尽重,不可转侧者,柴胡加龙骨牡蛎汤主之。”本方可和解少阳,通阳泻热,兼以重镇安神。本方现代常用于治疗精神分裂症、癫痫、小儿舞蹈症等<sup>[32]</sup>。凡病位属于肝胆者均有一定效果。李教授临床见UC患者兼有焦虑抑郁等情绪问题,或功能性疾病遇情志不遂加重时,多使用本方,方中铅丹有毒,常以琥珀代替。如肝火偏盛者,加龙胆草、山栀子、夏枯草;病及血分者,加牡丹皮、桃仁;顽痰凝结不开者,加郁金、胆南星。

**2.3.2 厥阴枢机论治** 厥阴属肝,少阳胆藏于厥阴肝之内,两者功能相互依存,联系紧密。《医述》云:“要知少阳、厥阴,同一相火,相火郁于内,是厥阴病;出于表,为少阳病。”阴阳不相顺接、厥热胜复、寒热错杂是厥阴病的基本特点,同时厥阴也是阴尽阳生,由阴证转阳证之关键,所以在治疗上应该抓住阴阳转化这一契机,调整少阳枢机、调顺阳气,促进阴阳平衡,从而治疗疾病。《伤寒医诀串讲》也记载:“厥阴病衰,转属少阳为欲愈。”说明少阳经是厥阴病由里出表,转向痊愈的重要通道。故治疗当以开通少阳、调理厥阴、清上温下为法,方选乌梅丸加减。

李军祥教授发现对于UC腹泻以清晨1点后为主的患者尤为适宜使用乌梅丸,该时段正是厥阴病欲解时,因少阳经气不通以致厥阴不能出少阳故而症状出现反复。乌梅丸出自《伤寒论》,原为治疗厥阴病蛔厥,本方不仅用于胆道蛔虫症,对于久泻、久痢也有较好效果。久泻或久痢是余邪未尽而正气已虚。方中干姜、细辛、桂枝、附子、蜀椒温中散寒,人参、当归补气养血,振奋中焦;黄连、黄柏解毒祛邪,乌梅酸涩止利,祛其余邪。此种扶正与祛邪同用的配伍形式,照顾到了邪正两个侧面,适用于病情日久,虚实并见,寒热错杂之证。乌梅丸是李教授临床常用方剂,对重度UC患者,加减运用乌梅丸,能够快速缓解临床症状,服药后,大便次数、黏液脓血便等能够迅速改善。乌梅丸发挥清上温下、调理厥阴、开通少阳的作用,使厥阴病出少阳而愈。

### 3 小结

李军祥教授在继承董建华院士学术思想基础上,长期深耕中医临床,精研中医经文典籍,注重经典与临床相结合、传统与现代相结合,逐渐形成了独树一帜的辨治UC临证思路,完整地提出UC从湿热论治、从气血论治、从枢机论治的诊疗方案,将经典名方融入现代诊疗体系,促进了中医药学术的传承与发展。

利益冲突 所有作者均声明不存在利益冲突

## 参考文献

- [1] 中华中医药学会《溃疡性结肠炎中医诊疗指南》项目组. 溃疡性结肠炎中医诊疗指南(2023)[J]. 中医杂志, 2024, 65(7): 763-768.
- [2] 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(2023)[J]. 中华中医药杂志, 2024, 39(1): 288-296.
- [3] Zeng L, Sun S, Chen P, et al. Mechanism of Peitu Shengjin Formula Shenlingbaizhu Powder in Treating Bronchial Asthma and Allergic Colitis through Different Diseases with Simultaneous Treatment Based on Network Pharmacology and Molecular Docking[J]. Evid Based Complement Alternat Med, 2022, 2022: 4687788.
- [4] 姜丽, 张文彤, 肖彤, 等. 参苓白术散抗溃疡性结肠炎的物质基础、作用机制及安全性评价[J]. 武汉大学学报(理学版), 2024, 70(2): 236-252.
- [5] 吴丹, 漆仲文, 马妍, 等. 异病同治理论指导下苓桂术甘汤治疗内科病运用概述[J]. 西部中医药, 2021, 34(6): 138-141.
- [6] 孙宏宇, 吕冠华, 范颖. 平胃散在消化系统疾病中的临床应用[J]. 中外医学研究, 2023, 21(28): 177-180.
- [7] 马琪, 翁与竞, 覃施媛, 等. 基于网络药理学的平胃散治疗溃疡性结肠炎的潜在机制研究[J]. 西南大学学报(自然科学版), 2023, 45(2): 96-106.
- [8] 赖莉敏, 瞿礼萍, 刘思莉, 等. 蚕沙提取物对缺铁性贫血小鼠铁代谢的影响及抗氧化作用研究[J]. 中药新药与临床药理, 2021, 32(5): 627-631.
- [9] 赵茜颖, 李俊. 宣清导浊汤加减方联合血液透析治疗对老年慢性肾衰竭患者微炎症状态和毒素清除率的影响[J]. 广州医药, 2024, 55(1): 25-29.
- [10] 肖战说, 邹建华, 段亚亭. 国医大师段亚亭教授运用当归贝母苦参丸经验[J]. 四川中医, 2021, 39(8): 4-7.
- [11] 闫津豪, 付强, 曲春成, 等. 基于血水同治法当归贝母苦参丸之异病同治[J]. 吉林中医药, 2024, 44(3): 346-350.
- [12] 何旭东, 倪皓雨, 何金彪, 等. 苦参醇 F 对溃疡性结肠炎小鼠的干预作用[J]. 中国药房, 2024, 35(4): 419-424.
- [13] 铨力, 王晓红, 胡兵, 等. 复方黄芩汤治疗湿热型溃疡性结肠炎临床观察[J]. 光明中医, 2024, 39(2): 281-284.
- [14] 李洋, 刘浩. 黄芩汤合青黛散加减方保留灌肠联合美沙拉嗪对溃疡性结肠炎患者的肠黏膜保护效果[J]. 中医临床研究, 2023, 15(33): 93-97.
- [15] 徐燕琴, 李志晋, 郑马亮, 等. 葛根芩连汤治疗溃疡性结肠炎临床观察[J]. 光明中医, 2024, 39(10): 1911-1914.
- [16] 范宇锋, 顾建英. 加味葛根芩连汤治疗轻中度溃疡性结肠炎的疗效观察及其对血清 TNF- $\alpha$ 、IL-10 和肠道菌群的影响[J]. 中国中医药科技, 2024, 31(2): 259-262.
- [17] Zhu W, Jin Z, Yu J, et al. Baicalin ameliorates experimental inflammatory bowel disease through polarization of macrophages to an M2 phenotype[J]. Int Immunopharmacol, 2016, 35: 119-126.
- [18] Zhu L, Gu P, Shen H. Protective effects of berberine hydrochloride on DSS-induced ulcerative colitis in rats[J]. Int Immunopharmacol, 2019, 68: 242-251.
- [19] 刘京京, 马科文, 常苗, 等. 白头翁汤治疗溃疡性结肠炎的研究进展[J]. 中医药学报, 2024, 52(2): 101-107.
- [20] 代汝伟, 高志远, 刘秀丽, 等. 加味白头翁汤治疗热毒炽盛型溃疡性结肠炎的疗效[J]. 西北药学杂志, 2022, 37(4): 157-161.
- [21] 庄绪军. 美沙拉嗪结合白头翁汤灌肠用于溃疡性结肠炎治疗中的临床疗效探讨[J]. 中国实用医药, 2024, 19(1): 129-131.
- [22] Wang L, Wang PP, Wang DD, et al. Anti-Inflammatory Activities of kukoamine A From the Root Bark of *Lycium chinense* Miller[J]. Nat Prod Commun, 2020, 15(3): 1934578X2091208.
- [23] 章丽, 赵冰洁, 袁嘉瑞, 等. 牡丹皮、赤芍与白芍对急性血瘀模型大鼠活血功效的比较研究[J]. 中草药, 2016, 47(15): 2676-2683.
- [24] 王洪政, 刘伟, 张琳, 等. 正交实验优化超声辅助提取牡丹皮总黄酮及其抗凝血活性研究[J]. 植物研究, 2014, 34(6): 856-860.
- [25] 赵雪莹, 何世宇. 赤芍总苷药理作用研究进展[J]. 辽宁中医药大学学报, 2024, 26(7): 4-9.
- [26] 张洁慧, 肖铁刚, 阙任桦, 等. 大承气汤治疗胃肠功能障碍的临床及作用机制研究进展[J]. 中国中西医结合消化杂志, 2019, 27(1): 72-76.
- [27] 何云山, 谭周进, 李丹丹, 等. 保和丸对食积小鼠的肠道微生物及酶活性的影响[J]. 中国微生态学杂志, 2019, 31(7): 763-767.
- [28] 游丰锋, 杨光勇, 涂小华, 等. 保和丸对溃疡性结肠炎小鼠肠道内 *A. muciniphila* 菌的调节作用[J]. 光明中医, 2024, 39(2): 237-240.
- [29] 张亚东, 彭涛, 于卉娟, 等. 芍药汤改善溃疡性结肠炎肠屏障功能药理机制研究进展[J]. 江苏中医药, 2023, 55(3): 77-81.
- [30] 张菊, 何发霖, 王雄. 芍药汤加减联合惠迪口服治疗溃疡性结肠炎的疗效及对临床症状改善、炎症因子的影响[J]. 四川中医, 2023, 41(4): 91-94.
- [31] 张岩岩, 张雅丽. 经方芍药汤联合美沙拉嗪治疗溃疡性结肠炎的临床观察[J]. 中医临床研究, 2023, 15(18): 77-80.
- [32] 王嘉昀, 高祖, 高琳, 等. 经方柴胡加龙骨牡蛎汤的研究进展及质量标志物预测分析[J]. 中华中医药学刊, 2023, 41(4): 29-36.

(收稿日期: 2024-07-31)