

doi:10.3969/j.issn.1674-4616.2022.02.015

# 《伤寒论》方治疗缓解期溃疡性结肠炎的思路

林琦峰<sup>1</sup> 董若兰<sup>2</sup> 钟志艳<sup>3</sup> 陈 广<sup>2△</sup>华中科技大学同济医学院附属同济医院<sup>1</sup>中西医结合临床专业 2017 级,<sup>2</sup>中西医结合科,<sup>3</sup>中西医结合研究所,武汉 430030**关键词** 伤寒论; 溃疡性结肠炎; 缓解期; 久利**中图分类号** R259 **文献标志码** A

溃疡性结肠炎(ulcerative colitis, UC)是一种病因尚不明确、发生于结直肠黏膜的慢性炎症性和溃疡性病变,病变多连续,大多位于乙状结肠和直肠,部分严重者可侵犯全结肠,一般局限于大肠黏膜及黏膜下层。临床表现以反复发作的腹泻、黏液脓血便,伴腹痛、里急后重等症状为主。其病程较长,且反复发作,给患者带来极大痛苦。目前尚无特效治疗方法,西医治疗手段包括水杨酸制剂、免疫抑制剂、糖皮质激素、生物制剂等,虽取得了一定疗效,但部分药物存在较大的副作用,而且常常出现药物失应答等情况。缓解期 UC 是指经系统治疗后,患者症状以轻度腹痛、腹泻(1~2 次/d)、少或无血便为主,肠镜下肠道黏膜可见轻度炎症表现。中医药治疗 UC 由来已久,当今仍在临床被广泛应用,尤其在缓解期 UC 的治疗中具有其独特优势<sup>[1]</sup>。本文将总结《伤寒论》治疗缓解期 UC 有关经典方剂,并探讨相互之间的内在联系及思路,以期后世医家在临床应用时提供更多的理论依据。

## 1 缓解期 UC 的中医病因病机、治法治则

缓解期 UC 的中医病机较为复杂,其中脾虚较为常见。久病久泻,损伤脾阳,脾中虚寒,中阳不足,不能温养腹中肠管,则可出现肠管收引拘挛,发为腹部隐痛;脾失健运,不能运化水食,则水食久滞化湿,湿走肠间,则可发为泄泻。此外,湿热也是缓解期 UC 的重要病机。脾虚生湿,伤及肠道,则有腹泻;湿热蕴蒸肠道,气血瘀滞,化为脓血,故可见脓血便;湿热邪气壅滞肠道,则里急后重。除脾虚、湿热之外,瘀血亦为缓解期 UC 的重要病机<sup>[2]</sup>。当脾气受损,不能摄血统血,则可出现血行于肠络之外,发为便血,此时“离经之血,即为瘀血”,反复出血可引起血瘀;久病入络、湿

热阻滞肠络,血行不畅,可引起血瘀;且由于发作期患者频繁出现脓血便,多应用止血药、苦寒药,长期应用此酸涩苦寒之品,必然会影响气血运行,进一步加重脾虚和血瘀。临床上部分 UC 患者日久易出现下肢血栓,甚至肺栓塞,更是印证了这一点。

另外,对于长期接受糖皮质激素治疗的 UC 患者,常常会出现一系列并发症,如感染、消化道溃疡、骨质疏松、股骨头坏死等,推其病因多为“久利伤阴”以及久用辛甘温燥之糖皮质激素造成的肺脾肾气阴受损<sup>[3]</sup>。若肺气受损,宣降失常,卫阳不宣,可出现免疫功能下降,导致易感外邪;若脾之气、胃之阴受损,则可致消化道失去脾气之温煦、胃阴之滋养而易患溃疡;若肾气、肾阴受损,可使肾中元气受损,不能主骨生髓,亦使骨髓失去肾阴濡养,出现骨质疏松、股骨头坏死等严重并发症。

因此,久利病机以脾虚为本,脾虚生湿、湿热内蕴、瘀血阻滞为缓解期 UC 的关键病机<sup>[2]</sup>。在治疗方面宜通补兼施,在补脾气的基础上清热祛湿、活血化瘀。补脾气宜辨证选用四君子汤类,清湿热多采用白头翁汤类,活血化瘀宜选用逐瘀汤类。而长期应用糖皮质激素的患者还宜加用滋阴清热之品,如黄连阿胶汤、玉竹、玄参等方药。此外,有医家提出联合应用风药以升发脾阳、胜湿止泻、疏肝理气、调气通络治疗缓解期 UC 脾虚湿盛、脾虚肝郁之证<sup>[4]</sup>;亦有医家提出“提壶揭盖”法,应用如桔梗、陈皮、枳壳等药宣降肺气,肺气开则腑气通,以助大肠排出余邪,以治疗气虚传导无力等证<sup>[5]</sup>。

## 2 《伤寒论》中治疗缓解期 UC 的代表方剂与思路

《伤寒论》中亦可见不少治疗“下利”“久利”的经方,接下来笔者将回顾《伤寒论》中乌梅丸、桃花汤、白头翁汤、半夏泻心汤治疗缓解期 UC 的主治特点,并探

△通信作者,Corresponding author,E-mail:guangchen@tjh.tjmu.edu.cn

讨其治疗思路。

## 2.1 乌梅丸

《伤寒论》第 338 条：“蛔厥者，乌梅丸主之。又主久利”。原方：乌梅（三百枚），细辛（六两），干姜（十两），黄连（十六两），当归（四两），附子（炮，去皮，六两），蜀椒（出汗，四两），桂枝（去皮，六两），人参（六两），黄柏（六两）。《方剂学》所载：乌梅 30 g，细辛 3 g，干姜 9 g，黄连 9 g，当归 6 g，附子 6 g，蜀椒 5 g，桂枝 6 g，人参 6 g，黄柏 6 g。

虽然古今运用乌梅丸在细节上有所出入，但这并不影响乌梅丸的组方理论及功效<sup>[6]</sup>。仲景乌梅丸方虽为蛔厥所设，意为乌梅酸涩，安蛔止痛；细辛、干姜、附子、蜀椒、桂枝辛热，伏蛔祛寒；黄连、黄柏苦寒清热；人参、当归补益气血；全方寒热并用，攻补兼施。然此方如条文所言，亦适用于“久利”，方中重用乌梅为君药，直入大肠经，涩肠止泻，又入肝经，敛阴柔肝，以防“肝木乘脾土”；臣以辛热之细辛、干姜、附子、蜀椒、桂枝温阳通脉，其中细辛、桂枝、蜀椒散寒通阳，附子、干姜温暖先天后天；佐以苦寒之黄连、黄柏泻火清热；使以人参、当归补气养血。此方非以补益脾气为主，反而重用乌梅酸涩止泻以治标，温补脾肾之阳以治本，标本兼治，寒温并调。

此方与半夏泻心汤组方思路较为相似，亦可见半夏、干姜，还有黄连苦寒之品，有“辛开苦降”之义，但此方较半夏泻心汤温阳散寒更甚，故而更适于以泄泻较重伴畏寒肢冷、腰膝酸软、腹中隐痛为主要症状的脾肾阳虚不固之证的缓解期 UC 患者，而半夏泻心汤更适于寒热错杂伴有痞满的缓解期 UC 患者。具体应用时，尚应随证辨证，灵活使用酸涩、辛热、苦寒并用的组方思路。

## 2.2 桃花汤

《伤寒论》第 306 条：“少阴病，下利便脓血者，桃花汤主之”。原方：赤石脂（一斤，一半全用，一半筛末），干姜（一两），粳米（一升）。《方剂学》所载：赤石脂 20 g，干姜 12 g，粳米 15 g。

方中重用酸涩之赤石脂为君，直入大肠经，固涩止血止泻以治标；臣以辛热之干姜，温中散寒以治本；佐以甘平之粳米，养胃和中。全方涩温并用，标本兼治，主以涩肠止血、温中散寒。

此方较乌梅丸，方义为赤石脂替乌梅，且去用苦寒而成，故桃花汤止血之力更强，且此方药味较少、药力较轻，更适合以血便、黑便为主伴有阳虚症状的缓解期 UC 轻症患者。需注意，此方虽药味简单，但提供了治疗脾肾阳虚、肠络不固的治法新思路，可随病情

轻重灵活加减。如若血便较重则可干姜改为炮姜，加用灶心土、仙鹤草等收敛止血之品；若阳虚较重，亦可加用附子、肉桂、吴茱萸等温阳之品；若脾胃气虚较重，亦可加用人参、黄芪等补益脾气之品。同时应用本方时尚应考虑“止血不留瘀”，稍加行气之品，不但可预防血瘀，亦可疏肝理气、活血化瘀，如刘完素所言“调气则后重自除，行血则便脓自愈”，可酌情选用柴胡、郁金、木香、槟榔等品。

此方与上述应用活血化瘀法并不矛盾，只是本方证为阳虚不固，与血瘀证不同而已。若见血瘀较重之证则应活血化瘀，且需警惕瘀血阻滞脉络之血便，应准确辨证以选方用药。此外，缓解期 UC 多有湿热留恋，在长期病程中，其较虚之脾胃亦会因健运乏力而内生湿热，故而即使患者证中以阳虚为主，未见明显湿热脉证，亦可经验性予以健脾化湿，佐以小剂量辛热、苦寒之品<sup>[7]</sup>。

## 2.3 白头翁汤

《伤寒论》第 373 条：“下利欲饮水者，以有热故也，白头翁汤主之”。原方：白头翁（二两），黄柏（三两），黄连（三两），秦皮（三两）。《方剂学》所载：白头翁 15 g，黄柏 9 g，黄连 9 g，秦皮 9 g。

此方一派苦寒，重用白头翁为君药，直入大肠经，清泻大肠湿热，凉血止痢；臣以黄连、黄柏清泻中下焦湿热；佐以秦皮，除苦寒清热燥湿外，尚味涩，故兼有收涩止痢之功。本方思路明晰，专为湿热下注肠道所设，亦可用于湿热之邪留恋不去、走于肠道之反复发作为泄泻血痢的缓解期 UC 患者。目前临床上更多应用本方以中药保留灌肠治疗，直达病所。需注意以此方灌肠时，苦寒之品对脾胃的损伤较口服小许多，可增加方药剂量至上四味各 30 g，并配以马齿苋、白及等进一步增强疗效。本方口服时亦需注意苦寒伤脾胃，如仲景在其煎煮方法中所提“上药四味，以水七升，煮取二升，去滓，温服一升，不愈，更服一升”中所提“温服”之义，若患者素体虚弱，纳差已显，应用本方时应首选灌肠，或减少苦寒剂量，增以粳米、炙甘草之品调养脾胃。

现代研究<sup>[8]</sup>发现，在美沙拉嗪口服的基础上联合白头翁汤和黄连解毒汤口服，可取得相比单用美沙拉嗪更好的疗效，其黏膜修复的机制可能与血清二胺氧化酶、D-乳酸、细菌内毒素等水平下降有关。

## 2.4 半夏泻心汤

《伤寒论》第 149 条：“但满而不痛者，此为痞，柴胡不中与之，宜半夏泻心汤”。原方：半夏（洗，半升），黄芩（三两），干姜（三两），人参（三两），甘草（炙，三

两),黄连(一两),大枣(擘,十二枚)。《方剂学》所载:半夏 12 g,干姜 9 g,黄芩 9 g,黄连 3 g,人参 9 g,炙甘草 9 g,大枣 4 枚。

本方原为寒热互结之心下痞证所设,以半夏辛热为君,入胃经,降逆止呕,燥湿化痰消痞;臣以干姜辛热助君之半夏温中散寒,苦寒之黄芩、黄连清热燥湿开痞;佐以人参、大枣甘温,补助气机升降失常所致之脾胃气虚;甘草和中,调和诸药为使。全方辛开苦降,平调寒热,予补于泻,是散痞消结、调畅气机阴阳平衡的名方,且应用灵活,加减方便,仅《伤寒论》中便记有“甘草泻心汤”“生姜泻心汤”“附子泻心汤”“大黄黄连泻心汤”等方剂针对不同证型之心下痞。相比前述三方,本方未用直入大肠经的药物为君,且组方思路以脾胃为重,故而此方更适合于脾胃受损为本,水谷停滞,化为湿热,下走肠间之久利,与先前所述“脾虚为本病之本”不谋而合。然此方并非像四君子汤等以补益脾气为主,而重在调节气机,使脾胃气机之升降出入得以恢复正常,则自无湿热下走肠间,并兼有人参、甘草、大枣,补益之中更有调和之意<sup>[9]</sup>。从中可循得些新思路,即虽缓解期 UC 以脾虚为本,然不可滥用补气药,因本病多以湿热留恋,久用大用甘温亦会助热生湿,故应从调理脾胃气机入手,兼以调补脾胃。

### 3 小结

从《伤寒论》经方可见与补益脾气兼施活血化瘀所不同的治法思路,即“以辛热、苦寒为主,兼以甘温,急症重症反复时加以酸涩”。脾胃之病并非一朝一夕,湿与热结则如油入面,而缓解期 UC 不仅本为脾虚,还易夹有湿热留恋,更不可在其长病程中始终以补气为主,应当以辛热苦寒之品平调阴阳气机,泄泻血便较重时急用重用酸涩以治标,兼以甘温以治本。而长期血便者亦可兼有血瘀;久利、久用激素则易伤阴,血瘀与阴虚亦为缓解期 UC 常见的病因病机,应在

辨证时加以考虑,灵活加减。

中医药治疗 UC 具有较好的优势,如白头翁汤、乌梅丸、痛泻要方、芍药汤、四神丸、参苓白术散、驻车丸、槐花散等可减轻肠道炎症反应,促进肠道黏膜屏障愈合<sup>[10]</sup>。从《伤寒论》等中医经典中可以挖掘出新的组方治疗策略,拓展新的科研视野,获得新的治疗思路。对于药理机制、作用靶点的研究,仍有待进一步深入进行。

### 参 考 文 献

- [1] 吴笑,夏俊东,方珂,等. 溃疡性结肠炎中西医结合治疗临床研究进展[J]. 中西医结合研究, 2021, 13(2): 118-121.
- [2] 王新月,田德禄. 溃疡性结肠炎病因病理特点与中医辨治思路对策[J]. 北京中医药大学学报, 2007, 30(8): 554-555, 559.
- [3] 刘芬芬,羊维,黄琳,等. 中医学对糖皮质激素主治功效的药性认识[J]. 中华中医药杂志, 2015, 30(4): 1268-1270.
- [4] 魏丽彦,韩雪飘,郭珊珊,等. 运用风药治疗缓解期溃疡性结肠炎经验[J]. 环球中医药, 2021, 14(8): 1504-1507.
- [5] 林丽容,陈一斌. 浅谈溃疡性结肠炎的中医治疗体会[J]. 湖北中医杂志, 2021, 43(3): 56-58.
- [6] 曾荣,金小晶. 乌梅丸治疗溃疡性结肠炎临床应用综述[J]. 辽宁中医药大学学报, 2020, 22(6): 115-118.
- [7] 李娅,曹志群,王永森. 曹志群从中焦脾胃论治溃疡性结肠炎的经验[J]. 中西医结合研究, 2020, 12(4): 276-277, 281.
- [8] 赵明,王德芳,苏晓兰. 白头翁汤合黄连解毒汤加减对溃疡性结肠炎患者症状缓解及肠黏膜屏障功能的影响[J]. 世界中西医结合杂志, 2021, 16(2): 367-371.
- [9] 周建华,支晨阳,郎兵. 论运用辛开苦降法治疗溃疡性结肠炎[J]. 中华中医药学刊, 2008, 26(11): 2336-2340.
- [10] 刘琼,成哲,陈广. 溃疡性结肠炎中医治疗进展[J]. 中国中医基础医学杂志, 2021, 27(7): 1191-1194.

(收稿日期:2021-10-15)