

王琳教授诊治溃疡性结肠炎经验

殷太隆^{1,2},王丰羽^{1,2} 指导:王琳^{2*}

(1.山东中医药大学第一临床医学院,山东 济南 250014;

2.青岛市中医医院、青岛大学附属医院青岛市海慈医院,山东 青岛 266000)

摘要:总结王琳教授运用六经辨证诊治溃疡性结肠炎经验。认为本病病机核心为少阴、厥阴统领下的阴经合病,且多累及太阴。少阴受病,责之君火衰微,火不暖土,致水寒土湿,固摄失司;厥阴受病,责之寒热错杂,木火刑金,致气伤不固,肠络受损。诊断主张“四诊合参,以脉定治”;治疗强调分经论治。少阴型给予桃花汤合附子汤化裁以温补少阴,涩肠固脱;厥阴型给予乌梅丸化裁以寒温并用,清上温下;善后调摄期立足培土生金,给予参苓白术散化裁以补益脾肺,滋填真阴,兼以引火归元,修复受损肠络。

关键词:溃疡性结肠炎;六经辨证;少阴病;厥阴病;名医经验

溃疡性结肠炎(ulcerative colitis, UC)是一种慢性复发性炎症性疾病,其发病机制与异常免疫反应密切相关^[1],病位主要在结肠、直肠等部位。当前,UC发病机制尚不明确,普遍认为与肠黏膜屏障结构破坏和功能损伤有关^[2]。目前西医治疗以氨基水杨酸、糖皮质激素、免疫调节剂、生物制剂等口服药物为主,然长期应用常面临复发率高、药物依赖及毒副作用明显等问题^[3-4]。相较之下,中医药基于整体观念与辨证论治,在改善临床症状及降低复发率方面,展现出独特优势。

王琳教授系第六批全国名老中医药专家学术继承人、青岛市中医药名家、青岛市优秀学科带头人(中医药类)。从事中医药临床事业多年,对中西医结合诊疗UC具有丰富经验。本文将系统阐述王琳教授诊治UC学术经验,为临床辨治UC提供系统思路与方案。

1 病因病机

UC以腹痛、腹泻及黏液脓血便为主要特征,中医学归属于“泄泻”“滞下”“脏毒”等范畴^[5]。《伤寒论》关于“便脓血”之论,首见于阳明,而详于少阴、厥阴,提示本病与胃、肠、肝、肾密切相关。基于此,王师认为UC病因虽繁,不越外感、内伤及不外因三端:或因饮食不节,滋生痰湿;或因七情过极,气机逆乱;或因伏邪内蕴,复感外邪;甚或药石所伤,损及肝脾。针对其核心病机,王师倡“以六经统万病”,将本病分为少阴型与厥阴型2种。

其一,少阴为病,责之君火衰微,火不暖土,水寒土湿。少阴为水火之脏,若君火不明,则阴寒内生。阴寒日久,必令土湿,土既不能制水,反致水邪

泛滥,所谓“肾者胃之关也”^[6]。肾阳亏虚,关门不利,固摄无权,注下之势难止,故见下利清谷,甚至脓血杂下。故此型病机本在少阴心肾不足,标在太阴脾土湿困。

其二,厥阴为病,责之寒热错杂,木火刑金。厥阴病病机以寒热错杂为主,肠热是本病发作的重要原因,正如《伤寒论·辨厥阴病脉证并治第十二》指出:“热不除者,必便脓血”^[7]。厥阴风木之脏,水寒土湿则木郁,木郁化热,而肝与大肠别通,肝经又上注肺中,则易木火刑金,损伤肠络。金主燥,肺主气,金主收,燥不及则湿盛,湿盛易与热合,气伤不能固摄,金伤不能收敛,则脓血俱下。故此型病机以脾肾寒湿为本,肺肠湿热为标。

此外,黄元御指出:“而寒热之原,总归于太阴之湿。盖土湿而水侮之,则郁而为湿寒,土湿而木克之,则郁而为湿热之故也”^[8]。王师据此认为少阴、厥阴之病,虽病象各异,但多累及太阴,即脾虚湿胜之象。而六经“欲解时”之三阴递进关系,亦佐证了三阴病机间存在紧密联系。因此,UC之病机实为少阴、厥阴统领下的阴经合病,兼夹错杂。

2 诊断方法

UC发作期以黏液脓血便为主,缓解期则多见大便溏薄、便次增多^[4,9]。针对本病虚实夹杂之候,王师根据六经辨证体系,主张“四诊合参,以脉定治”,主要分为3个层次:其一,结合二指脉象定明病位。认为若见“尺寸俱沉细者,少阴受病也”,提示阳气衰微,病涉心肾;若见“尺寸俱弦微者,厥阴受病也”,提示木郁金馁,阴阳难以顺接^[10]。其二,在确立六经属性基础上,王师进一步结合脏腑定位脉法与舌象,细辨病机之变。如辨太阴脾虚有湿,见右关脉濡、舌体胖大有齿痕者,知脾虚湿蕴,土不制水;辨木火刑金,见右寸脉数、舌尖两侧红者,知肝火犯肺,金被火烁;辨君火上炎,见左寸脉数、舌尖红赤者,知少阴心火亢盛;辨肝体血虚,见左关脉

收稿日期:2025-07-11;接受日期:2025-08-19

基金项目:全国名老中医专家传承工作室建设项目(国中医药人教函[2022]75号);山东省中医药科技项目(M-2023243);青岛市医药卫生科技指导项目(2022-WJZD044)

通信作者:王琳, E-mail: wanglin2002@126.com

DOI: 10.13260/j.cnki.jfjcm.2026.02012

涩、舌边淡薄者,知肝血不足,体阴不足;辨下元虚寒,见尺脉沉迟、舌根苔白暗而厚者,知命门火衰,温煦无权。其三,审气机以察进退。王师认为UC病程虽长,不外乎阴阳升降之失衡。水寒则真阳不升,温煦无力;火盛则真阴不降,涵养失司。以此动态观照脉证,方能洞悉气机升降出入之偏颇。

3 治疗方法

3.1 少阴型 少阴型UC核心病机为少阴君火不足,火不暖土,水寒土湿,固摄失司。主症多见大便次数增多,便质稀溏,黏液脓血,兼症多见少阴阳微之象,如神疲乏力,畏寒肢冷,背恶寒,情志抑郁,但欲寐,舌淡苔白,脉尺寸沉细。治当温补少阴,涩肠固脱,拟桃花汤合附子汤化裁,方以原方比例即佳:炮附子12g,茯苓18g,党参12g,炒白术24g,白芍18g,赤石脂30g,干姜6g,粳米30g。若伴神志抑郁,意欲低沉明显,兼心肾阳虚,神机失用者,加桂枝12g以助阳气上升,倍白芍至24g以柔肝养血,亦防阳亢;若伴泄利下重,喜叹气,兼气机郁滞者,宜选桃花汤合四逆散化裁以疏肝理气,培土固精,组成:柴胡12g,白芍12g,枳壳12g,甘草6g,赤石脂30g,干姜6g,粳米30g;若伴大便溏泄为主,脓少液多,伴或不伴少量便血,兼土不制水者,宜选桃花汤合五苓散以利水通阳,培土固脱,组成:猪苓9g,泽泻15g,茯苓12g,桂枝6g,白术9g,赤石脂30g,干姜6g,粳米30g;若伴畏寒,腹冷痛,兼脾肾阳虚者,宜选桃花汤合真武汤补阳止痛,涩肠固脱,组成:白芍15g,茯苓15g,生姜15g,白术12g,炮附子12g,赤石脂30g,干姜6g,粳米30g。

3.2 厥阴型 厥阴型核心病机为寒热错杂,脾肾寒湿为本,肺肠湿热为标。症见大便质黏或伴溏泄,有脓血,或微热肢厥交替,或上热下寒明显,伴见胃脘痞满,纳谷不馨,尺寸俱微弦,皆可确立为厥阴型UC。治法当寒温并用,攻补兼施,既忌过用寒凉以损阳气,又需清热务尽以防复燃,更有赖于温通并举,祛旧生新。拟乌梅丸化裁以清上温下,败伤金之火,扶下弱之阳,组成:乌梅12g,细辛3g,桂枝9g,干姜9g,黄连9g,黄柏9g,当归9g,党参9g,花椒6g,炮附子9g。彭子益指出其为“治厥阴肝脏病之法也”,乌梅丸可使“水温火清,木和土复,阴阳平和,运动复圆,是以病愈”,与厥阴型UC病机相切合^{[11]29-30}。《素问·至真要大论篇》云:“诸湿肿满,皆属于脾”^{[6]729},脾胃生于火,火不足无以生脾,土虚更无以生金,若寒凉过甚,败及中气,投以乌梅丸虽获一时之效,难求长治久安。故若伴明显大便溏薄、纳谷不馨等症,宜合参苓白术散培土生金,组成:炒白扁豆15g,陈皮9g,莲子9g,山药12g,砂仁6g,炒薏苡仁15g,桔梗3g,甘草6g。若伴暖气纳呆,里急后重,兼木郁侮土者,加木香12g、香附

12g等理气解郁;若热象显著,肠络受损而见下血鲜红,加黄芩9~15g清肺与大肠火,小蓟、地榆炭各15g以增强止血活血之功;若病久阴血耗伤,伴皮痒眼干、头重脚轻等血燥风动之象,加当归15g、川牛膝15g养血润木;若湿热酿毒,伴脓多味腥者,加蒲公英15g、白花蛇舌草15g、败酱草20g清热解毒;若伴咽痛,兼肺热壅盛者,加牛蒡子9g清咽肃肺,以复肺降肾纳之功;若热象极盛,但热不寒,症见大便脓血黏腻、肛门灼热、口渴欲饮等象,则改以白头翁汤化裁清热解毒,凉血止痢,组成:白头翁15g,黄连9g,黄柏9g,秦皮6g,大黄3g,炮姜3g,山药6g。

3.3 善后治疗 王师认为若本病经系统诊疗,临床症状缓解,起居几如常人,标志邪气已退,正气待复,即应转入善后调摄阶段。此时病机已转变为肺、脾、肾三脏不足为主。因UC久病火盛金伤,精气流损,致使病罢而元气未充,肠络尚虚。故治疗重心当由祛邪转为扶正,以修复受损之肠络。脾胃为后天之本,气血生化之源,肺主一身之气,且金能生水,故王师主张以“培土生金”统领善后之法。同时,依据《灵枢·本神》所言:“是故五脏主藏精者也,不可伤,伤则失守而阴虚”^[12],在补益脾肺同时,不忘滋填真阴,常选用参苓白术散化裁,组方:党参12g,茯苓15g,炒白术15g,炒白扁豆12g,陈皮12g,莲子9g,甘草6g,山药30g,砂仁6g,薏苡仁15g。若伴少眠烦热,腰膝酸软,舌红少苔,阴伤明显者,加五味子6g、山茱萸20g以敛阴生精;若伴口干咽燥,虚火上浮者,加玄参12g清浮游之火,兼以养阴。此外,彭子益指出:“火在水下则生气,火在水上则生湿”^{[11]7},故在滋养阴精之时,须刻刻留意固护肾阳,酌情选用引火归元之品,常加肉桂3~6g,或小茴香6~12g,或盐巴戟天6~12g,使水温火归,生气源源不绝,方能防微杜渐,以收全功。

病例介绍

刘某,女,54岁,于2025年4月16日初诊。主诉:大便次数增多,伴黏液脓血6月余。患者6个月前无明显诱因出现大便次数增多,伴黏液脓血,脓白血红,遂就诊于某院。于2024年10月10日经胃肠镜检查及病理诊断后确诊为“1.溃疡性结肠炎;2.慢性非萎缩性胃炎;3.贲门炎”,给予美沙拉嗪缓释颗粒1g/次,4次/d,美沙拉嗪栓剂纳肛,1次/d。经治疗大便次数较前减少,但仍间断便下鲜血,夹杂黏液。辰下症:鲜血便间作,腹部胀闷,食后尤甚,小腹冰冷,四肢不温,进食生冷胃脘痞闷,咽干咽痛,小便色黄,舌质红,苔薄黄,脉尺寸俱弦微,右寸数,左关濡,右关偏涩。西医诊断:溃疡性结肠炎;中医诊断:痢疾(厥阴寒热错杂证)。治以清上温下,暖水行郁,疏木培土,方予乌梅丸、白

头翁汤合参苓白术散化裁,处方:乌梅 9 g,细辛 3 g,桂枝 9 g,黄连 9 g,黄柏 9 g,当归 9 g,党参 9 g,花椒 6 g,高良姜 12 g,小茴香 12 g,茯苓 15 g,炒白术 15 g,陈皮 12 g,川牛膝 15 g,炒牛蒡子 9 g,小蓟 15 g,地榆炭 15 g,蒲公英 15 g,白头翁 15 g,木香 9 g,香附 15 g,甘草 6 g。14 剂,水煎服,早晚分服。减美沙拉嗪至 1 g/次,每日 3 次,栓剂间日 1 用。

2025 年 5 月 1 日二诊:药后大便黏液脓血已除,腹胀显减,咽痛消失,唯觉咽干咽痒,大便后重感仍存,舌红,苔薄黄,脉尺寸俱沉弦。前方去牛蒡子,加升麻 12 g。14 剂,煎煮法同前。减美沙拉嗪至 2 g/d,每日 3 次,栓剂间日 1 用。

2025 年 5 月 15 日三诊:患者自行间断服用美沙拉嗪,停用栓剂,未见黏液脓血。里急后重感减轻,咽干痒好转,唯觉少腹不温,大便量少,舌红,苔薄白,脉沉弦。前方去香附,加葛根 12 g,改升麻 6 g。14 剂,水煎服,煎煮法同前。告知患者美沙拉嗪不可骤减,后于诊后 14 d、1 个月、2 个月分别电话随访,患者基本未用美沙拉嗪,大便正常,无黏液脓血及后重感,诸症悉平。

按语:患者中年女性,久病迁延,其症见大便溏泄,伴黏液脓血,脓白血红,咽干咽痛,且肢冷腹寒,乃典型伤寒厥阴病象,土湿木郁,疏泄失司,郁久化火下迫大肠,伤及肠络,故见便血鲜红;水寒土湿,阳气不达,土湿不固,故见黏液,腹部胀闷,小腹冰冷;咽属肺系,又肝经循行所过,木火侮金,故见咽干咽痛。结合舌脉,本病病机总属水寒土湿木陷,木郁化火,金受火刑,使升降失令,治宜暖水升木培土,清热解毒止血,以乌梅丸清受刑金之火,升郁陷之木,合白头翁汤清热解毒,凉血止痢,更加参苓白术散去白扁豆、桔梗,专事祛湿培土。考虑患者便血色鲜,恐附子辛热走窜动血,故改以小茴香,合花椒、细辛、桂枝共奏暖水温肾、散寒升木之功,既温下寒又避动血之弊;加地榆炭、小蓟收敛止血,蒲公英解脓血久留之毒;针对木郁侮土,重用木香、香附疏肝解郁;黄连、黄柏、白头翁苦寒直折,清厥阴郁火及克金之热;加当归、川牛膝养血润燥,血足肝火自退;咽痛明显,加牛蒡子清利咽喉,兼宣肺气以助肃降;进食生冷胃脘痞闷,改干姜为高良姜以

增强温胃之效。二诊热毒渐消,正虚气陷之状趋于明显,加升麻助清气上升,兼以清热解毒。三诊诸症减轻,邪退正虚,香附久用香燥伤血,患者咽干便少,去香附;后重减轻,加葛根增强升清生津之力。

4 结 语

UC 虽属现代医学病名,然其证治渊源可追溯至《伤寒论》,尤与少阴、厥阴两经病变关系密切。王师认为本病临床表现错综复杂,纯寒纯热者鲜见,常见为少阴君火不足、水寒土湿、固摄失司之少阴病,及寒热错杂、本虚标实之厥阴病象。王师治法上主张平衡阴阳,重视中气,寒热并用,祛毒生新,标本兼治。实践证明,运用该理论指导临床,能契合病机演变规律,改善患者预后,具有重要的临床推广价值与学术意义。

参考文献

- [1] WEI Y Y, FAN Y M, GA Y, et al. Shaoyao decoction attenuates DSS-induced ulcerative colitis, macrophage and NLRP3 inflammasome activation through the MKP1/NF- κ B pathway [J]. *Phytomedicine*, 2021, 92: 153743.
- [2] PORTER R J, KALLA R, HO G T. Ulcerative colitis: recent advances in the understanding of disease pathogenesis [J]. *F1000Res*, 2020, 9: F1000FacultyRev-F1000Faculty294.
- [3] YAO L Y, SHAO B L, TIAN F, et al. Trends in medication use and treatment patterns in Chinese patients with inflammatory bowel disease [J]. *World J Gastroenterol*, 2022, 28(30): 4102-4119.
- [4] 李军祥,唐旭东,王化虹,等. 溃疡性结肠炎中医诊疗指南(2023)[J]. *中医杂志*, 2024, 65(7): 763-768.
- [5] 彭艳红. 溃疡性结肠炎中医病名源流探析[J]. *辽宁中医药大学学报*, 2014, 16(3): 138-139.
- [6] 黄帝内经素问:下[M]. 人民卫生出版社,整理. 影印本. 北京:人民卫生出版社,2015.
- [7] 成无己. 注解伤寒论[M]. 中医出版中心,整理. 北京:人民卫生出版社,2012:165.
- [8] 黄元御. 四圣心源[M]. 孙洽熙,校注. 北京:中国中医药出版社,2009:106.
- [9] 中国中西医结合学会. 溃疡性结肠炎中西医结合诊疗指南[J]. *中国中西医结合杂志*, 2024, 44(9): 1029-1035.
- [10] 张仲景. 桂林古本伤寒杂病论[M]. 罗哲初,手抄. 朱俊,点校. 北京:学苑出版社,2014:27.
- [11] 彭子益. 圆运动的古中医学[M]. 李可,主校. 北京:中国中医药出版社,2007.
- [12] 灵枢经校释[M]. 河北医学院,校释. 2版. 北京:人民卫生出版社,2009:145.