

朱莹基于“土得木而达”理论治疗溃疡性结肠炎经验*

陈姣姣¹, 朱莹^{1,2}

1. 湖南中医药大学第一附属医院, 湖南 长沙 410007; 2. 湖南中医药大学, 湖南 长沙 410208

摘要:朱莹教授在论治溃疡性结肠炎时强调辨病论治与辨证论治相结合, 溃疡性结肠炎临床常见证型为肝脾不和证、湿热郁滞证、肝郁血虚证、脾肾亏虚证、气滞血瘀证。朱教授治疗肝脾不和型溃疡性结肠炎常用柴芍六君子汤加减疏肝健脾; 湿热郁滞型溃疡性结肠炎多用香砂六君子汤加黄芩、黄连、苦参、蒲公英清利湿热、调和肝脾、祛湿止泻; 肝郁血虚型溃疡性结肠炎常用逍遥散、四物汤化裁; 脾肾亏虚型溃疡性结肠炎常用四君子汤合参苓白术散加补骨脂、肉桂、熟地黄、杜仲、干姜等中药温补脾肾; 气滞血瘀型溃疡性结肠炎运用分期祛瘀通络之法, 在瘀病初期运用丹参、川芎、桃仁等配合白芍达到行气活血、养血合营、缓急止痛之效; 滞瘀同病期配伍莪术、牛膝、牡丹皮以行滞通络; 虚瘀同病期常用地龙、土鳖虫等血肉有情之品配合山药、当归以搜风通络、攻积破瘀、补脾益气, 从而起到标本兼治之功。

关键词:溃疡性结肠炎; “土得木而达”; 肝脾不调证; 湿热郁滞证; 肝郁血虚证; 脾肾亏虚证; 气滞血瘀证; 朱莹

DOI:10.16367/j.issn.1003-5028.2024.04.0100

中图分类号:R249.2 **文献标志码:**A **文章编号:**1003-5028(2024)04-0529-07

Professor Zhu Ying's Experience of Treating Ulcerative Colitis Based on the Theory of "Earth Being Promoted When Meeting with Wood"

CHEN Jiaojiao¹, ZHU Ying^{1,2}

1. The First Hospital of Hunan University of Chinese Medicine, Changsha, Hunan, China, 410007; 2. Hunan University of Chinese Medicine, Changsha, Hunan, China, 410208

Abstract: Professor Zhu Ying emphasizes the combination of disease differentiation and syndrome differentiation in the treatment of ulcerative colitis (UC). Commonly seen clinical manifestations of UC include syndrome of liver and spleen disharmony, syndrome of dampness-heat stagnation, syndrome of liver depression and blood deficiency, syndrome of spleen and kidney deficiency, and syndrome of *qi* stagnation and blood stasis. Professor Zhu often uses Modified Bupleurum and Peony Six Gentlemen Decoction to treat UC with disharmony between the liver and spleen to disperse the liver and activate the spleen. For UC with syndrome of dampness-heat stagnation, Modified Costusroot and Amomum Six Gentlemen Decoction for choosing proper Huangqin (*Radix Scutellariae*), Huanglian (*Rhizoma Coptidis*), Kushen (*Radix Sophorae Flavescentis*) and Pugongying (*Herba Taraxaci*) is used to clear dampness heat, coordinate the liver and spleen, remove dampness and stop diarrhea. For UC with syndrome of liver depression and blood deficiency, Free Wanderer Powder and Four Substances Decoction are often used for modification. For UC with syndrome of spleen and kidney deficiency, Four Gentlemen Decoction combined with Ginseng and Poria and White Atractylodes Powder plus Buguzhi (*Fructus Psoraleae*), Rougui (*Cortex Cinnamomi*), Shudihuang (*Radix Rehmanniae Praeparata*), Duzhong (*Cortex Eucommiae*), Ganjiang (*Rhizoma Zingiberis*), etc, are used. For UC with syndrome of *qi* stagnation and blood stasis, Professor Zhu uses the method of phased elimination of blood stasis and dredging collaterals. In the early stage of stasis diseases, Danshen (*Radix Salviae Miltiorrhizae*), Chuanxiong (*Rhizoma Chuanxiong*), Taoren (*Semen Persicae*), etc. in combination with Baishao (*Radix Paeoniae Alba*) to achieve the effects of promoting *qi* and blood cir-

* 基金项目: 国家自然科学基金面上项目(81874466); 全国名老中医药专家传承工作室建设项目[国中医药人教函(2022)75号]

ulation,nourishing blood and harmonizing the nutrient,and relieving urgency and stopping pain. For both stagnation and stasis,Ezhu (*Rhizoma Curcumae*),Niuxi (*Radix Achyranthis Bidentatae*),Mudanpi (*Cortex Moutan*) are often used together to promote stagnation and unblock the meridians. For both deficiency and stasis,commonly used products with flesh and blood such as Dilong (*Pheretima*),Tubiechong (*Eupolyphaga seu Steleophaga*),etc. combined with Shanyao (*Rhizoma Dioscoreae*),and Danggui (*Radix Angelicae Sinensis*) can eliminate wind and dredge collaterals,remove accumulation,break blood stasis,replenish spleen *qi*,thus playing a role in treating both symptoms and root causes.

Keywords:ulcerative colitis (UC); "Earth is promoted when meeting with wood"; syndrome of liver and spleen disharmony; syndrome of dampness-heat stagnation; syndrome of liver depression and blood deficiency; syndrome of spleen and kidney deficiency; syndrome of *qi* stagnation and blood stasis; Zhu Ying

溃疡性结肠炎是一种主要累及直肠、结肠黏膜和黏膜下层的慢性非特异性炎症,属于炎症性肠病范畴,临床主要表现为腹泻、腹痛、黏液脓血便及里急后重等症状^[1]。多数学者认为,溃疡性结肠炎是一种自身免疫性疾病,免疫机制异常在溃疡性结肠炎发病环节中发挥重要作用,主要涉及 Th (helper T,Th) cell 细胞、细胞因子和免疫因子等^[2]。近年来,中药以其多成分和多靶点的特点,在该病治疗中发挥重要作用,较西医有疗效佳、复发率低和副作用少等优点^[3]。溃疡性结肠炎属中医学中“痢疾”“久痢”“肠痈”等范畴,主要病机为湿热内蕴于肠道。

朱莹教授是全国老中医药专家学术经验继承指导老师、湖南省名中医、国家中医药管理局十二五重点脾胃病专科学术带头人,研究方向为中医药防治消化疾病,在治疗溃疡性结肠炎方面颇有心得。朱莹教授认为,本病除湿热致病外,亦与肝郁、胃热、脾虚密切相关,治以疏肝健脾、清肝化湿、柔肝敛阴、温脾补肾、祛瘀通络,并强调调养并用,以达到肝胃得合、标本兼治的目的。

1 理论探讨

1.1 “土得木而达”理论内涵 “土得木而达”出自《黄帝内经》,其中《素问·宝命全形论》曰:“木得金而伐,火得水而灭,土得木而达,金得火而缺,水得土而绝,万物尽然,不可胜竭。”^[4]而其中“伐”“灭”“缺”“绝”均意义一致,而土得木偏偏为与之相反的“达”,唐代王冰^[5]认为,“达,通也”即“疏通”之意;李国清^[6]认为,“达”通“搯”。《说文解字》曰:“搯,乡饮酒,罚不敬,搯其背,从手达声。”“搯”意为古代乡间饮酒时对违反酒令者的一种惩罚方式,引申为“搯伐”“征讨”之义。朱教授认可王冰之说。张珍玉先生则认为,五行关系,贵在生克制化有度,则万物生机不绝,人体五脏安康。若太过不及,失于常

度,则变生灾害,病症丛生,“土得木而达”意在强调见五行之变勿忘五行之常,五行中每一行均有相生、相乘两种关系存在,有生有克,生克制化。因此木土之间关系为:一曰木克土,是其直接作用规律;二曰木生土,以木为始,经木火土相生传递,终至木生土;三曰土生木,以土为始,经土金水木相生传递,终至土生木;四曰土克木,以土为始,经土水火金木的递相克制,终至土克木。木土之间存在着互相生克的关系规律,只不过作用过程所涉及的因素、方向、途径有别而已^[7]。因此朱教授认为肝脾两脏克而互用,相辅相成。

1.2 肝脾相互关系

1.2.1 生理相关,相辅相成 在人体脏腑中,肝脾同居中焦。肝气主升,脾升胃降,就气机升降而言,肝气助其升以防脾气下降,制其升以防胃气升发无度,如此维持脏腑气机协调平衡,周流不息^[8]。脾主运化、主统血;肝主疏泄及藏血。现代医学中的肝脏是指解剖学的器官,具有造血、储血、凝血、免疫屏障等功能,中医藏象学说中的肝是指具有特定功能的概念总称,“主藏血、主疏泄”即为肝脏功能的高度概括。由此可见,中医“肝”的概念包括现代解剖学意义上的肝脏,而现代医学“肠”的功能主要为运化水谷精微物质,属于中医“脾”的功能^[17]。脾的生理特性为升清、升举内脏,升清包括:一把运化的水谷精微升于心肺,化生气血,以濡养全身,合肌肉,主四肢;二升于头面以濡养头面;三升津于口以化为涎液濡养唇舌。升举内脏则防止内脏下垂,起稳定脏器位置的作用。肝的生理特性为体阴而用阳,主生主动散,喜条达而恶抑郁。肝有“木”之生长、升发、条达与舒畅的特性。脾有“土”之生化、承载与受纳的特性。故朱莹教授认为肝脾两脏之间的关系,在于肝的疏泄功能和脾的运化功能之间的相互影响,如《血证论》所云:“木之性主于疏泄,食气入胃,全赖

于肝木之气以疏达之,而水谷乃化^[9]”饮食物的运化,有赖于肝疏泄促进脾的升清降浊。《素问·经脉别论》云:“食气入胃,散精于肝,淫气于筋^[4]。”脾胃之气充沛,水谷得化,肝血充足,使肝气冲和条达,筋脉得以柔润。从颜色而论,肝脏由丰富的“肝血管窦-肝小叶”构成,脾脏由“血窦-脾索”构成,均血供丰富,故外观呈现相似的颜色,且两者均具有调节血流量的功能^[10]。

1.2.2 病理相及,相互为病 朱莹教授认为,肝脾之间可相互影响而发病,《灵枢·病传》曰:“病先发于肝,三日而之脾”;《素问·气厥论》云:“脾移热于肝,则为惊衄。”^[4]脾虚失运,湿邪内阻,日久则郁而化热,湿热困阻肝胆,肝失疏泄,胆汁泛溢,发为黄疸。可见肝脾之间可相互影响而发病,肝病传脾包括两方面:一为肝疏泄太过,而致肝木乘土,正如徐成贺^[11]所言:“肝病传脾,其本身就是肝实传脾”。《黄帝内经》早已明言,“传,乘之名也”,即相克太过的相乘。二为疏泄不及,肝疏泄功能减退,肝气虚,鼓动无力而致木虚不疏土,两者均会影响到脾的运化功能,从而引起“肝脾不和”的表现,可见精神抑郁、腹痛腹胀、痞满、胸胁胀满、泄泻便溏等症;同时肝的升降功能亦影响脾的升清,肝升肺降,升降协调,对全身气机的调畅、气血的调和具有重要的调节作用,肝的气机失调,则会影响脾胃升清于肺、头面及唇舌,出现面色发黄、舌红少苔及口唇干燥等症。脾病传肝主要表现为土不荣木和土壅木^[12],脾胃为全身气机升降之枢纽,脾气失司,运化的水谷精微不得濡养五脏,肝血不足,肝气失于冲合条达,筋脉不荣;脾胃为气机上下升降之枢纽,脾虚升降失调而致肝疏泄条达失常,故朱莹教授常从肝脾气机失调认识肝脾病理影响,进而从调节肝脾气机进行治疗。

朱德祥等^[13]研究显示,肝脏为大肠癌最易发生转移的器官。朱莹教授认为大肠与肝、脾密切相关,肝脏在解剖位置上与大肠相邻,且分泌胆汁于小肠促进消化的进行,有利于小肠及大肠的吸收及排泄;脾与大肠共同组成消化系统,大肠的吸收水液功能有利于脾运化功能的正常,大肠吸收水液异常,可致水液丢失过多,气随津脱从而形成脾气亏虚之证,朱莹教授临床调理肝脾时亦重视对大肠功能的调节。现代研究发现^[14],“肠-肝”轴具备相互串扰的生理病理基础,其稳态主要依赖肝肠间的免疫交流和

胆汁酸-肠道微生物轴的稳定。一方面,肝脏受肠道菌群失调、肠屏障功能损伤后所致免疫逃逸的影响,可接触肠源性的食物抗原和肠道菌群产生的内毒素等,引起肝脏疾病;另一方面,肝脏受损后,免疫细胞激活释放大细胞因子并伴随胆汁酸分泌异常,这些肝源性炎症因子及异常胆汁酸信号传导不仅对肝脏本身造成二次打击,亦可损伤肠黏膜屏障功能,影响肠道生态和免疫耐受平衡,加重溃疡性结肠炎。

1.3 经络相连,感应相通 《灵枢·经脉》云:“肝足厥阴之脉……交出太阴之后,上膈内廉,循股阴,入毛中……抵小腹,夹胃……”肝与脾交会于三阴交,三阴交治疗肠鸣腹胀、泄泻、带下等疾病。

1.4 情绪与肝脾之间的生理及病理关系 朱莹教授认为七情是影响肝脾功能极重要因素。情志病是七情所致的脏腑阴阳气血失调和功能紊乱的一类疾病,包括癫狂、百合病、脏躁、郁证等病,相当于现代医学癔症、抑郁症、焦虑症等病^[15]。《素问·阴阳应象大论》曰:“人有五脏化五气,以生喜怒悲忧恐……怒伤肝……喜伤心……思伤脾……忧伤肺……恐伤肾。”是故生而为人皆有五志,过极便会伤及五脏,脏腑气血的正常运行需得情志调畅。情绪病主要与气机不畅及气血阴阳失调相关;朱教授指出情绪病重在肝脏,累及心脾,如《医碥》载:“百病皆生于郁,郁则不舒,则皆肝木之病矣。”据五行相因、母病传子之理,肝郁易传心、脾两脏^[16]。脾与“心神”“脑-肠轴”密切相关^[17];肝主疏泄,情志抑郁或疏泄太过致大怒均先伤及肝脏,或直接伤及心神,最终影响肝脾心三脏。肝失疏泄,可致胆汁分泌失常,影响脾的运化功能,脾运化功能失调,水谷精微化生无源,无以化生气血以濡养心神;或气机郁滞不舒,可致脾胃升降失调,脾不升则肝、肾不升,胃不降则心、肺不降,最终可影响心神,心气下降不及,形成心阳上亢之征。

2 病因病机

疾病的发生不外乎由于内因(先天、情志)及外因(外感六淫、饮食、过劳)所导致的身体脏腑亏虚、气血阴阳失和、经络阻滞而产生一系列的病理产物(瘀、痰、湿、火、毒)而最终导致疾病的发生,是复杂的病理过程^[18]。

朱教授强调辨病论治与辨证论治相结合,辨证过程侧重抽丝剥茧、去伪存真,体现的是溯源病因病机的过程,也是决定治疗方案的前提和依据^[19]。溃疡性结肠炎临床常见证型为肝脾不调证、湿热郁滞证、肝郁血虚证、脾肾亏虚证、气滞血瘀证。刘頔等^[20]从“阳道实”“阴道虚”论证,即胃腑属阳明,多气多血,病多热化、燥化,胃的功能亢进,以热证、实证多见,故阳道实;肝体阴而用阳,主升发、条达,故朱教授认为肝亦多实证。脾脏属太阴,阳气易伤,病多从湿化、寒化,脾的功能减弱,以寒证、虚证多见,即阴道虚,此为胃实脾虚的病理特点。故肝胃多实证,脾多虚证。

3 辨证论治,遣方用药

3.1 辨证经验 辨证论治指的是根据临床四诊资料,通过分析、综合,辨清疾病的病因、性质、部位,病势,明确病变的本质,概括、判断为某种性质的证,继而确定对应治疗方法的一种临床诊疗思维模式。通过辨证论治,朱教授认为溃疡性结肠炎临床证型有肝脾不和证、湿热郁滞证、肝郁血虚证、脾肾亏虚证、气滞血瘀证,分别予以疏肝健脾、清肝化湿、柔肝敛阴、温脾补肾、祛瘀通络等法进行治疗。

3.1.1 肝脾不调证 肝脾不调为临床常见证型,主要见以下情况:一为疏泄太过,木旺克土;二为疏泄不及,木郁土壅,导致肝郁脾虚;三为土虚木乘,因脾虚影响及肝,出现肝郁症状。朱莹教授认为木郁致土壅所致肝郁脾虚最为常见,此亦为朱莹教授擅治之证。肝郁疏泄失常,其促脾胃消化功能失常,气血生化不足,遂表现为精神抑郁,下痢时伴胁腹胃脘胀满疼痛,纳呆食少,或便溏,舌淡而胖,脉弦细等表现。

3.1.2 湿热郁滞证 陈新林等^[21]研究证实,溃疡性结肠炎中医证候以大肠湿热为主,占比 34.8%。痢疾病理因素为湿热、疫毒、寒湿、食积,活动期以标实为主。朱莹教授认为,病理因素主要为湿邪郁久化热,湿热蕴结于肠道,气血凝滞腐败,脂膜血络受伤而发为便血。脾为阴土,喜燥恶湿,湿热内盛势必伤及脾,导致脾运化失职,湿邪内生,助湿热为病;湿邪遂阻滞气机,导致肝郁不疏,最终影响肝脾,治疗时应注重对肝脾治疗,以清热化湿,疏肝理脾为主。

3.1.3 肝郁血虚证 血虚可见肝血虚或脾胃气血

虚。素体脾胃虚弱或感受外邪、饮食不节等损伤脾胃,均可致脾胃气血亏虚;肝郁影响藏血功能亦可致血虚。久病必虚,UC 常病程迁延,甚至可至数年,疾病进入缓解期后则脾胃气血亏虚愈加严重,致气血无力荣养肠道修复溃疡,出现肠道局部溃疡久不愈合^[22]。朱教授认为临床治疗时应辨别发作期和缓解期,缓解期病久便血过多而见虚证,应辨为虚实夹杂之证。

3.1.4 脾肾亏虚证 朱莹教授认为疾病日久,邪未尽除正气已虚,久泻伤阳,脾阳日渐不足,而见腹痛怕凉、喜温喜按等症。因病程日久,最终伤及肾阳致全身阳气不足,下痢不止,常表现为白多赤少,腹部隐隐不适、乏力、畏寒、手足不温、腰膝酸软等脾肾阳虚之症。

3.1.5 气滞血瘀证 痢疾致病伤气伤血,病久可出现气滞致瘀,血虚致瘀,朱莹教授常重视对疼痛性质及部位的辨证,出现腹部刺痛,拒按,下痢疾色黑,腹痛固定不移,舌质紫暗、脉细涩等症。薛生白在《湿热病篇》说:“湿热日久、深入厥阴、血络凝瘀。”现代研究认为溃疡性结肠炎患者血液呈高凝状态,肠道黏膜微血栓形成和微循环障碍是发病的重要机制^[23]。

3.2 辨治经验

3.2.1 疏肝健脾 溃疡性结肠炎临床表现多见腹胀,因气机升降失调致肝脾不和、肝胃不和而腹胀者,属肝脾同病中肝病及脾,多用疏肝健脾对症治疗,朱教授临床常用柴芍六君子汤加减疏肝健脾。朱教授善用柴芍六君子汤治疗因胃肠疾病而致肝郁,柴胡属少阳半表半里之药,根据五行之特性,木可疏土,柴胡善疏散少阳之木气。然林北海重刊张司农《治暑全书》序文中首次提出“柴胡劫肝阴”之说,现代研究亦证明,柴胡皂苷 a 通过氧化损伤机制,破坏细胞膜,使细胞发生损伤而引起肝细胞毒性^[24]。因此临床上朱教授主张柴胡用量不宜多,一般为 5~6 g,柴芍六君子汤中白芍、甘草可缓肝阴以养肝,为方中的相杀配伍。朱教授在基础方上亦常加用木香、厚朴、枳实加强疏肝之用,对症治疗溃疡性结肠炎腹胀之余,亦能通过调和脾胃起到疏解全身气机,从而达到气血调和,治疗疾病之本。

3.2.2 清肝化湿 溃疡性结肠炎典型症状为黏液脓血便,朱教授临床上多从肝脾论治,用香砂六君子

汤调和肝脾,祛湿止泻,“久风为飧泄……用苍术、麻黄、防风之属是也。”木香砂仁同用,可调气行肝滞而除里急后重,在此基础上加用防风,防风具有抗菌和抗炎作用,对痢疾杆菌、枯草杆菌及病毒有一定的抑制作用^[25],为祛风解表,渗湿止痛之要药,加用 10 g 苍术,苍术性苦温辛烈,同时可解表发汗,为治疗泄泻常用药。病见赤多白少,口渴溲赤,舌黄,脉数者,为下焦湿热蕴结肠道,朱教授选用黄芩、黄连、苦参、蒲公英清利湿热,通过网络药理学等方法推测,黄芩-黄连^[26]、黄连-厚朴^[27]等药对可通过多成分-多靶点-多途径的机制来治疗溃疡性结肠炎,且黄连病位在中焦,为治疗湿热型脾胃疾病要药。苦参性味苦寒,清热燥湿、解毒利尿,使湿邪从小便而结,黄柏亦主下焦,性味苦寒沉降,为清下焦湿热之要药,蒲公英归肝胃二经,清热解毒利湿而不伤胃。研究证明^[28]清热解毒类中药、复方能抑制促炎因子的产生和释放,促进抗炎因子分泌,调节炎症因子平衡,修复肠道黏膜,缓解溃疡性结肠炎症状。张天涵等^[29]研究证明大肠湿热证溃疡性结肠炎患者的血液存在高凝状态,并与疾病严重程度相关。朱莹教授在治疗湿热型溃疡性结肠炎时多加入川芎、桃仁行气化湿祛瘀。

3.2.3 柔肝敛阴 肝郁者往往易血虚,血虚又致肝郁,临床上多表现为舌红少津,苔少或无苔,脉细数,朱教授认为不可见痢疾之症状即祛邪,如病久见血虚之症,应祛邪兼顾扶正,遣方用药时除注重调和肝脾外,亦重视养血柔肝,临床常用逍遥散加减柔肝敛阴。逍遥散始载于《太平惠民和剂局方》,由小柴胡汤化裁而来,专为肝郁血虚脾弱而设,其中当归、芍药柔肝敛阴,茯苓、白术兼顾健脾,朱莹教授同时加用四物汤化裁,药用川芎、党参等活血养血。肝体阴而用阳,情志不畅损伤肝阴,故在临床中多加用陈皮、柴胡、白芍、枳壳等,以行气疏肝,养阴柔肝。

3.2.4 温脾补肾 张景岳言:“凡里急后重者,病在广肠最下之处,而其病本,则不在广肠,而在脾肾”。进一步指明缓解期溃疡性结肠炎的病机在脾肾^[30]。“久痢”是因初痢、暴痢之后,长期迁延不愈,时发时止,腹胀食少,倦怠怯冷,常遇饮食不当、受凉、劳累而发,发时大便次数增多,大便经常或间有赤白粘冻。朱莹教授常用四君子汤合参苓白术散加减,针对久病耗气伤阴的病机,将山药列为首选^[31],

山药性甘、平,禀地中之土味,入足太阴脾经,既补脾气,又益脾阴,且兼涩性,能止泄。《景岳全书·杂病谟》指出:“肾为胃关,开窍于二阴,所以二便之开闭,皆肾脏之所主,今肾中阳气不足,则命门火衰,而阴寒独盛,故于子丑五更之后,阳气未复,阴气盛极之时,即令人洞泄不止。”久病患者患病易从寒化、亦伤阳,故可使用温壮原阳之药,使少火生气,取“离照当空,阴霾自消”之意^[32]。朱教授临床常用药物有补骨脂、肉桂、熟地黄、杜仲、干姜等温补脾肾。

3.2.5 祛瘀通络 溃疡性结肠炎属于中医“久痢”“肠痛”范畴,本病是在先天禀赋不足,脾胃功能不健基础上感受湿热之邪;或外感寒湿,郁而化热,脂膜血络受损,血败肉腐为疡。患者脓血便反复发作、时下利血块,腹痛部位固定不移。朱莹教授在治疗溃疡性结肠炎时从消“瘀”出发,运用分期祛瘀通络之法。瘀病初期,运用丹参、川芎、桃仁等行气活血,体现“行血则便脓自愈”之意,在行气血基础上常配合白芍养血合营,调气和血、缓急止痛;“滞瘀同病”期常配伍莪术、牛膝、牡丹皮同用行滞通络;“虚瘀同病”期病邪痼结难解,内生癥瘕积聚,常用地龙、土鳖虫等有血有肉之品搜风通络,攻积破瘀,在祛瘀同时配合山药、当归注重补脾益气,从而起到标本兼治之功。

4 病案举隅

王某,女,71 岁,2022 年 5 月 13 日初诊,“以下腹痛伴黏液便 18 余年”为主诉就诊。患者诉 18 年前无明显诱因出现腹痛时作,于外院确诊“溃疡性结肠炎”,服用柳氮磺吡啶片、美沙拉嗪等药物后未见明显缓解,2021 年 12 月 13 日于当地医院行(回肠末端、回盲部、升结肠、乙状结肠、直肠)活检示:以上部位呈慢性肠炎改变,升结肠黏膜呈慢性活动性肠炎改变,多部位有糜烂,考虑溃疡性结肠炎。现症见:下腹痛,以隐痛为主,大便前后加重,伴腹胀、矢气频,胃脘胀闷暖气,无泛酸烧心,精神疲乏,情志不畅,纳少,夜寐一般,大便日行 2~3 次,伴黏液,偶有血便,肛门坠胀,里急后重,小便调。舌红,苔薄黄,脉弦。西医诊断:溃疡性结肠炎;中医诊断:痢疾(休息痢)脾虚气滞证。治法:清热祛湿、健脾理气。予香砂六君子汤加减,处方:云木香 6 g,砂仁 6 g,法

半夏 10 g, 陈皮 6 g, 茯苓 15 g, 甘草 3 g, 旋覆花 10 g, 苦参 10 g, 五倍子 10 g, 山药 20 g, 煅瓦楞子 30 g, 土炒白术 10 g, 郁金 10 g, 党参 20 g, 佛手 10 g, 白头翁 10 g, 地榆炭 10 g。7 剂, 每日 1 剂, 水煎服, 早晚温服。

二诊(2022 年 5 月 21 日), 患者诉腹痛较前缓解, 黏液较前减少, 仍暖气矢气频, 口苦, 大便日行 2-3 次, 伴少量黏液, 便后肛门较前干燥, 小便调, 精神欠佳, 苔薄白, 舌薄黄, 脉弦细。守前方加白茅根 30 g, 厚朴 10 g, 枳实 10 g。14 剂, 服用方法同前。

三诊(2022 年 6 月 11 日), 患者诉服上方药后无明显腹痛, 大便黏液减少。症见: 纳食欠佳, 双下肢乏力明显, 暖气矢气减少, 大便日行 1 次, 质干结, 无黏液, 肛门坠胀缓解, 小便可。舌淡红, 苔薄黄, 脉弦。前方基础上去白头翁、炒白术, 加漂白术 20 g, 黄芪 30 g。7 剂, 服法同前。

本病易反复, 嘱患者定期复诊, 慎饮食, 畅情志, 根据症状上方药随证加减, 继续服用 1 月后症状基本好转。

按语: 溃疡性结肠炎主病机为肝郁脾虚, 致水湿不化, 郁久化热, 湿热下注于肠腑。本患者为老年女性, 反复腹痛伴黏液便 18 年, 病程长, 辨病为休息痢, 辨证为虚实夹杂之脾虚气滞证, 方用香砂六君子汤加减。方中党参、白术、山药健脾益气, 砂仁、茯苓健脾祛湿, 脾为生痰之源, 脾虚则湿化成痰, 故予木香、陈皮、佛手理气化痰, 痰湿郁久化热, 辅以白头翁、苦参、郁金清热解毒, 凉血止痢, 法半夏性燥入脾胃, 燥湿化痰, 患者暖气频发, 予以旋覆花降气, 五倍子、地榆炭涩肠止血, 瓦楞子消痰化瘀, 少量甘草调和诸药。上方多用辛燥药, 二诊时患者诉肛门及大便较前干燥, 因此予以甘寒之白茅根调和药性, 患者诉暖气矢气频, 以厚朴枳实加强理气之功。三诊时患者症状较前明显缓解, 去燥湿功效较大的白头翁、炒白术, 而加用黄芪、漂白术注重补气之功。

5 结语

张仲景提出治肝补脾之法: “夫肝之病, 补用酸, 助用焦苦益用甘味之药调之。酸入肝, 焦苦入心, 甘入……此治肝补脾之妙也。”张仲景认为, 肝实可及脾, 在治疗上应肝脾同调, 治肝的同时, 兼调脾胃之气^[33]。朱莹教授治疗脾胃疾病 40 余年来,

强调疏理气机、肝脾同治原则, 临床上多运用肝胃百合汤及柴芍六君子汤加减, 并取得良好疗效。朱教授指出, 大多数患者平素生活工作压力较大, 因未及时治疗, 病程长, 遂发展为本虚标实之证, 脾胃虚弱为发病之本, 情绪失调为致病之标, 土虚则木乘, 因此需从治肝入手, 则土得木而达, 强调疏理气机、肝脾同治原则, 临床上多运用肝胃百合汤及柴芍六君子汤加减, 辨病辨证为腹胀之肝郁脾虚之证者, 用逍遥散加减以疏肝解郁, 补气健脾, 并取得良好疗效。朱莹教授亦强调情绪在脾胃疾病中的重要性, 嘱咐患者服药期间保证良好心态及情绪, 气机舒畅则气血调和。朱莹教授亦擅长运用对药治疗, 如莱菔子-炒麦芽、合欢皮-酸枣仁、枳实-厚朴等, 运用药物之间相须相使提高药物功效; 认为脾胃疾病多为慢性疾病, 病程较长, 因此以月为疗程, 同时强调治养并用——“三分治七分养”, 配合适当的运动, 得以调畅情绪, 并促进体内气血循环, 达到更好的疗效。

参考文献:

[1] 王婧婧, 古诗琴, 蔡莹, 等. 参苓白术散与肾气丸干预脾胃阳虚型溃疡性结肠炎大鼠的代谢组学研究[J]. 中成药, 2022, 44(11): 3690-3696.

[2] 范宜佳, 刘珏, 余炜杰. 溃疡性结肠炎患儿血清炎症细胞因子水平变化及临床价值分析[J]. 中国妇幼保健, 2022, 37(14): 2586-2589.

[3] 林子栋, 席作武, 刘洪波. SIRT1 在复方苦参汤抑制溃疡性结肠炎小鼠氧化损伤和炎症反应中的作用[J]. 中成药, 2023, 45(2): 415-422.

[4] 黄帝内经素问[M]. 田代华, 整理. 北京: 人民卫生出版社, 2005: 21.

[5] 王冰. 重广补注黄帝内经素问[M]. 林亿, 高保衡, 点校. 孙兆重, 改误. 李云, 邱浩, 萧红艳, 重校. 北京: 学苑出版社, 2014: 16.

[6] 李国清. “土得木而达”刍议[J]. 中医药研究, 1994, 11(1): 13.

[7] 魏凤琴. “土得木而达”理论及其指导意义[C]. 长春: 中华中医药学会第九届内经学术研讨会论文集, 2008: 82-83.

[8] 周苗苗, 冯雪妍, 魏盛, 等. 论“土得木而达”[J]. 中华中医药杂志, 2021, 36(12): 7073-7076.

[9] 唐容川. 血证论[M]. 北京: 中国医药科技出版社, 2011: 46.

[10] 孙晨耀,张其成. 由“五行－五脏”配属演变论及“肝脾”位置[J]. 中华中医药杂志,2022,8(12):6987－6991.

[11] 徐成贺. 论肝脾的病理影响[J]. 中华中医药杂志,2007,22(2):84－87.

[12] 潘丽,井海亮,任益锋,等. 基于“肝脾同病”探析结肠癌肝转移的中医治疗[J]. 中医杂志,2022,63(17):1638－1643.

[13] 朱德祥,任黎,许剑民. 中国结直肠癌肝转移诊断和综合治疗指南(2020 版)[J]. 中国实用外科志,2021,41(1):111.

[14] 贾可欣,李寒,刘闰平. 调和肝脾类中药治疗“肠－肝”轴相关疾病作用机制的研究进展[J]. 中草药,2023,54(5):1609－1619.

[15] 周丽萍,章宸一瑜,戴黎颖,等. 张简斋从心肾治疗情志病探析[J]. 中华中医药杂志,2020,35(2):967－969.

[16] 叶娜妮,何若苹. 情志病治疗经验探析[J]. 中华中医药杂志,2021,36(12):7145－7147.

[17] 付怡茗. 从中西医不同视角探讨情志与脾胃病的相关性[J]. 中华中医药杂志,2022,8(3):1625－1628.

[18] 张晓明,柳越冬,都静,等. 中医学理论指导下的溃疡性结肠炎病因病机研究进展[J]. 中华中医药学刊,2023,41(9):46－52.

[19] 张英,陈红,于长禾. 中医辨证论治临床疗效评价阶梯递进式模型的构建[J]. 中医杂志,2020,61(19):1696－1701.

[20] 刘頔,纪立金. 胃强脾弱之刍议[J]. 中华中医药杂志,2021,36(5):2476－2478.

[21] 陈新林,张长荣,王丹丹,等. 溃疡性结肠炎证候分布的文献研究[J]. 中华中医药学刊,2017,35(2):378－381.

[22] 李素素,王少墨,王秀薇,等. 王庆其从“半从痢治,半从疡疗”论治溃疡性结肠炎经验[J]. 中医杂志,2023,64(6):555－559.

[23] 胡妍妍,沈永华,于成功,等. 凝血功能检测对评估溃疡性结肠炎患者血液高凝状态的价值[J]. 江苏医

药,2017,43(11):765－769.

[24] 李晓宇,李晓骄阳,孙蓉. 柴胡皂苷 a 对人肝细胞 L-02 的体外肝毒性机制研究 [C]. 南宁:2013 年中国药学会大会暨第十三届中国药师周论文集,2013:74－82.

[25] 刘双利,姜程曦,赵岩,等. 防风化学成分及其药理作用研究进展[J]. 中草药,2017,48(10):2146－2152.

[26] 焦瑶,袁亚利,王乾皓,等. 基于网络药理学的黄芩－黄连治疗溃疡性结肠炎作用机制探讨[J]. 临床药物治疗杂志,2021,19(7):48－54.

[27] 李红燕,陈海,谢倩,等. 基于网络药理学和分子对接探究黄连、厚朴配伍调控溃疡性结肠炎作用机制[J]. 世界科学技术－中医药现代化,2021,23(8):2749－2761.

[28] 张琢,董若兰,刘琼,等. 清热解毒中药及复方治疗溃疡性结肠炎的研究进展[J]. 华中科技大学学报(医学版),2022,51(6):858－863.

[29] 张天涵,沈洪,朱磊. 溃疡性结肠炎大肠湿热证与血液高凝状态的相关性研究[J]. 中华中医药杂志,2020,6(8):4156－4158.

[30] 程敬,吕尚斌,张怡,等. 温肾健脾法治疗缓解期溃疡性结肠炎的研究进展[J]. 中华中医药杂志,2022,37(2):927－932.

[31] 龙丹,朱莹. 从伏毒论治溃疡性结肠炎[J]. 南京中医药大学学报,2022,38(6):550－553.

[32] 陈静,吴芹萍,范锡义,等. 基于中医体质学探讨溃疡性结肠炎的防治[J]. 中国民族民间医药,2022,8(7):27－31.

[33] 刘燕,丁秀芳,严志祎,等. 肝郁脾虚证的中医理论基础探讨[J]. 中华中医药杂志,2018,33(4):1254－1257.

收稿日期:2023－11－12

作者简介:陈姣姣(1999－),女,湖南娄底人,硕士研究生。

通信作者:朱莹,E-mail:zhuying089@126.com

(编辑:张锦莹,董玉琼)

• 535 •