

中医教学

“病机十九条”阐要

浙江中医学院 徐荣斋

自从《素问·至真要大论》指出：“百病之生也，皆生于风、寒、暑、湿、燥、火，以之化之变也。”古人为了“审察病机，无失气宜”，扼要地举出十九条例子，作举一反三的示范，而结之以“谨守病机，各司其属”，并强调“有者求之，无者求之，盛者责之，虚者责之”这样的提出问题(首三句)，分析问题和对比问题(十九条病机)，最后总结问题(后四句)，在经文本身来说，可称答问周详，有启发，有演绎，提纲挈领的指出了外感及内伤审证求因的法则。以后，刘河间(《原病式》)、明·邵元伟(《医学纲目》)以及近人任应秋教授撰《病机临证分析》，又对十九条病机作了进一步发挥。现就十九条病机中所列出的30个病种，从常到变，加以阐发，以便于初学者进一步学习和参考。

一、诸风掉眩 皆属于肝

“掉眩”是比较严重的晕眩，临床表现不仅是目昏头旋，而且呈坐立不稳，摇摇欲倒的自觉症状。它的病因，除了风火相搏或气虚血少以外，还有停痰、伏饮、以及妇人崩伤及产后出血过多等几个因素，也有肾阳衰微，浊阴上逆而导致的。病因多端，似非“风”与“肝”两方面所能概括，不过一般临床常见以这两种因素为多。因此，在治疗方面，大多采取清肝(或滋肝)熄风之品，而以叶天士、魏玉璜的治验为代表，近代张伯龙、张山雷两氏，把本条证因和“诸热瞀瘛，皆属于火”条结合起来，对证采用清肝镇潜等方法，疗效也很高。但参考文献，印证临床，“掉眩”的病机，属于停痰、伏饮、妇人崩伤或产后出血过多，以及肾阳衰微，浊阴上逆等，都各占相当比重。这是不容忽视的。

二、诸寒收引 皆属于肾

“收引”是筋脉拘挛或掣挛的病象，多发于四肢或少腹及阴囊部。它的原因有两个方面：第一是血虚肝热的内因，《素问·痿论》所谓：“肝气热则……筋膜干，筋膜干则筋急而挛”。第二是寒水之气的外因，那就是本条的“诸寒收引”了。不过，这“收引”的病机属于“寒”而不属于“肾”。所谓“肾”是指寒水之气，《灵

枢·经脉篇》“寒则反折筋急”正说明这一病机。根据实际观察所得，拘挛证与肾关系不大，与肝则有直接关系。在肝病筋挛的机理上，我认为寒热虚实都是以导致。寒与热引起筋脉收引已如上述，虚的方面多属肝血不足，临床常仿许叔微治筋急用养血地黄丸及朱丹溪治挛用四物汤加减之例。实的方面，多数是寒湿之邪为患，一般以桂枝、羌活、薏苡仁、白术、秦艽、干姜、牛膝等随证加减。总而言之，凡筋脉收引的治疗，从肝立法较多，从肾立法很少。否则，除非在乙癸同源，肝肾同治的角度上来辨证论治。因此，我认为这“肾”字应作“寒水之气”来理解，则于病因上、治疗上都比较有着落。

三、诸气膹郁 皆属于肺

四、诸湿肿满 皆属于脾

这两条经文，意义明晰。不过，首先应该明确病因的范围，那就是膹郁之属于肺的，必须在“气”的病因范畴内才属于肺，否则肝阳上逆的喘息以及食填太阴的痞闷，决不能属于肺。肿满之属于脾的，必须在“湿”的病因范畴内才属于脾，否则，肾阳衰微的肿满，或妇人先停经后肿胀的“血分”病，决不能属于脾。

“膹郁”的症状表现，包括喘息和痞闷，它们在临床所见，往往是相互影响，严重的痞闷必兼轻度的喘息，而喘息之甚者，也必感觉痞闷。虽然，喘息有属于肾气不纳，痞闷有属于脾阳不运，但总与肺的关系较直接。张仲景在《金匮要略》中记载了三个有膹郁症状而都关于肺的病型和治法：①火气郁肺——“火逆上气，咽喉不利，止逆下气者，麦门冬汤主之”；②水饮郁肺——“咳而上气，喉中水鸡声，射干麻黄汤主之”；③痰浊壅肺——“咳逆上气，时时吐浊，但坐不得眠，皂荚丸主之”。这三个病型，致病因素虽有气逆、水饮和痰浊的不同，由于病机都在肺脏，所以都出现膹郁的症状。根据临床所见，导致肺气膹郁的，气火上逆是本病，水饮和痰浊是变病。因此，在治疗方面，麦门冬汤是正治法，射干麻黄汤及皂荚丸是变

治法。在正治法当中,喻嘉言在白虎加入参汤的基础上,创制清燥救肺汤,不但针对着“诸气贲郁,皆属于肺”的病机,而且疗效更有提高。

关于“肿”,《金匱》有风水、皮水、正水、石水、黄汗及五脏水之分,张景岳认为诸经虽有肿胀,无不由于脾、肺、肾三者,经文指出属于脾,是抓住“湿肿”一个病型,不包括其他类型。

“满”为痞闷的自觉症状,病在中焦部位,一般称作“中满”,多属于脾阳不运,寒湿内滞所致。明代周慎斋对此证有亲身体会及经验,他曾以和中丸治愈自己脾阳不运的中满证。后人把此丸移治腹胀,疗效也很佳。清代曹仁伯在和在中丸的基础上,常以附子理中汤加厚朴、大腹皮、泽泻、猪苓,治脾阳不振,寒湿停滞的腹满,在他的医案里载着不少治验。

通过古今临床实践,从而更证实经文的正确性,反过来以理论分析这两条经文,气与湿是病因,贲郁与肿满是症状,肺与脾是受了上述病因而出现症状的有关脏器。由于经文概括性强,提示明晰,使我们对审证求因的探求,有所启发。

五、诸痛痒疮 皆属于心

这条经文在涵义上来看,不象前四条从风、寒、气、湿等病因贯穿到肝肾肺脾等内脏的有机联系。由于本条只提出“诸痛痒疮”的症状,概之以“皆属于心”,没有把病因指出,所以刘河间把它演绎为“诸痛痒疮,皆属心火”,加一“火”字,使疮的病因,比原来有着落。验之临床,一般疮疡之或痛或痒,的确与心或火有关。例如红肿焮痛的疮疡,多用清心火之药,如果疮面不甚红肿,或疼痛麻木很厉害,这是心经郁火不得外发而反内攻,有用玉枢丹或蟾酥内服外敷,清心解毒而取效的。但尽管提到属于心或属于火,对疮疡来说,还是概括不了。我们晓得,“疮”是痈疽的总称,焮肿易脓为痈,属阳;坚肿难脓为疽,属阴。辨证方面,着重在气、血、虚、实。血与气壅则肿痛,血为毒胜则成脓;红肿焮痛,多属实热,疮口平塌,多属虚寒。如果局限于“心”或“火”,无异把“疮”的病因狭隘起来。

六、诸厥固泄 皆属于下

厥的病机,《素问·厥论》认为与肾有关,如“阳气衰于下则为寒厥,阴气衰于下则为热厥”,因此说“属下”。其实,《素问》所述寒厥和热厥的现象,仅仅是手足局部发凉或发热,是厥证的微末症状,也是厥证之最轻者,严重的要算“煎厥”和“薄厥”。煎厥的成因是水亏火亢,孤阳浮越,症状是卒然昏冒或仆倒,它是热厥的积累加甚而突然恶化所致,无疑地属于下焦

(肾阴亏耗)所致。“薄厥”便不是这样,它属于极度恼怒后气血逆上而厥。是“血菀于上”。因此,所谓“诸厥……属下”,不能包括“薄厥”在内。特别我们临床常见的“痰厥”、“食厥”、“虻厥”,病因都在中、上二焦,不能认为“皆属于下”。

“固”是大便秘结或小便癃闭;“泄”是包括泻、痢、遗尿、遗精等,为脾、肾、膀胱及大小肠等下焦病变。但也有肺气不宜所致的小便癃闭和大便秘结。李东垣认为,“渴而小便不利者,是热在上焦,肺之分……宜清肺而滋其化源也。”并且制订了清肺饮(《兰室秘藏》)。此后,李士材以生脉散加紫菀,治金燥不生的溺闭(《医宗必读》);马元仪以紫菀、葛根、杏仁、苏子、薄荷、枳壳、桔梗治金被火制,气化不及膀胱的小便淋闭(《印机草》);李冠仙以沙参、天麦冬、黄芩、知母、甘草梢、车前子治肺失清肃,小便不通(《仿寓意草》)。可见,小便癃闭,由于肺气清肃失司的病例,也确占相当比重,不得固执经文,光从下焦肾、膀胱着想。至于清肃肺气以治大便秘结,自从《史载之方》以一味紫菀立法后,叶天士匠心独运,屡用开降肺气的方法治便秘肠痹,这不仅“是肺病治脏”,也符合“下病上取”的经旨。然而肠痹便秘由于肺气不宜,究竟不如肠实秘结或阴液枯涩而导致者为多,所以把二便固秘的病机认为属于下焦,有其指导临床的意义,但又不能拘泥于此。

七、诸痿喘呕 皆属于上

痿、喘、呕是三种病证。痿证除湿热致痿外,多数属于肝肾阴亏。因此,古人以虎潜丸为治痿要方。我们还可以从古今治痿的病例中看出“温补精髓”与“清滋肝肾”之法,多于“清肺气”,所以我初步认为经文“诸痿”二字,主要是指肺气不足,咽干咳嗽,或咳痰血丝的“肺痿”,其次是指“痿躄”之由于“肺热叶焦”而引起的,不概括其它痿证,才符合“属于上”的病机。喘与呕的机理,一般与肺胃关系最密切,原则上可以说是上焦病,但有肾虚不能摄纳,孤阳浮越,气从脐下直冲清道的喘息,既非肺脏自病,那就不能认为属于上。呕是胃病,胃居中焦,认为是上,似欠妥贴,特别是尿毒症之肾不化气、浊阴上冒的呕逆,病机则在于肾,肾则位居下焦了,这几种从下而上的喘和呕,临证所见、也不在少数的。

八、诸暴强直 皆属于风

九、诸痿项强 皆属于湿

这两条经文所指出的临床症状,都表现为肢体(或颈项)强直,而致病因素却不同,我们应该细致地观察和分析。

以“诸暴强直”来说，河间认为属于风兼燥化之外风，景岳则认为属于风兼燥化之内风。我认为诸暴强直是突然发作的肢体强硬不柔，甚或出现僵仆现象，病起急骤，当然属于外风，但临床辨证，须加分析。例如突然僵仆，卒倒不语，身温脉浮有痰涎的则为“中风”，若身凉脉沉而无痰涎的则为“中气”，又有肢体虽强直，口噤身热，而神志不全昏迷，如患者是疮家(旧有创伤未愈合)，则应该考虑到“破伤风”。

至于“诸痉项强”，河间认为是湿兼风化，景岳认为湿兼寒化，吴鞠通则认为六淫皆能致痉，通过分析，而以风为主要因素。吴氏又以六淫致痉为实证，产后亡血，久病致痉，风家误下，温病误汗，疮家发汗等为虚证。他再从六淫里分出风寒、风湿致痉为寒证，风温、风热、风暑、燥火致痉为热证。我认为吴氏从临床实践中，分析致病因素，比河间的湿兼风化，景岳的湿兼寒化更细致、更深入、更全面。

十、诸胀腹大 皆属于热

“胀”是内伤杂证中一个大病，不论全身胀或单腹胀，它的病因都很复杂，并非单纯热的因素可以概括。《内经》论胀除根据五脏六腑胀证分类之外，特别强调虚实二因。如“胃脉实则胀”，这是属于实的胀。又“饮食起居失节，入五脏则胀满……”，这是属虚的胀。至于六淫方面，经文也不止一次地指出寒、湿、火、热、燥都足以导致肿胀。显然，这里所说“诸胀腹大，皆属于热”是较局限了。临床所见诸胀腹大的疾患，除上面所指的几种类型外，还有七情郁结，胸腹满闷，四肢瘦削的气胀；食入不化，痞满噎腐的食胀；腹痛腹臌，嗜食香甜不厌的虫胀；跌仆闪伤或产后恶露留着，腹大而绷紧，青筋环小腹的瘀血胀；在妇科还有胸腹胀大，先肿胀后经阻的“气分”和血结胞门，少腹重痛，先经阻而后腹胀的“血分”。以上一系列诸胀腹大的不同症候，它的病因不但多种多样，而且有严格的界限，丝毫不能含混的。

十一、诸病有声 鼓之如鼓 皆属于热

本条指出脘腹胀满，胃肠间鸣响的一类疾患，都是属于热证。但《内经》尚有“脾病者……虚则腹满肠鸣”；“肠中雷鸣，气上冲胸，邪在大肠”；“肠中寒则腹鸣飧泄”；“热淫所胜，病腹中常鸣……腹大”等。说明肠鸣腹胀，虚实寒热均能导致，本条的所谓“热”仅是致病因素之一。临床所见腹满而膨大的，有水寒气瘀互聚下焦，静则少腹胀满，动则攻冲作响的。相互衡量，初步认为肠鸣腹胀的疾患，属痰饮水湿的，比属于热的更为常见。

十二、诸转反戾 水液浑浊 皆属于热

“转”是项强转筋，“反”是角弓反张(向后仰)，“戾”是筋脉拘急(向前屈)。实际上，它们都是“痉病”的一类。致病因素，在六淫方面，风、寒、暑、湿、燥、火均能导致，部分的还有属于血虚液燥所引起。本条对“转”、“反”、“戾”这些症候，认为皆属于热，着重点在“水液浑浊”四字。所谓水液包括吐物及大小便等排泄物。印证临床，如同一吐泻转筋，凡呕吐酸腐，小便浑浊，大便秽浊而臭秽难闻的多属于热。如果呕吐物如水状，泻出物澄澈清冷，那便属于寒了。因此，要决定诸转、反、戾之属于热，关键问题是在吐出物及大小便排泄物的酸腐、浑浊和臭秽。

十三、诸呕吐酸 暴注下迫 皆属于热

本条与上条有连贯性，它之所以属于热，也和上条一样，要从吐出物或排泄物着眼，甚或要从吐泻的“声”和“势”方面着眼。根据经文指出的症状，即是我们临床所常见的肝木侮土或胃热上冲的呕吐及暑月的热泻热痢。不论吐或泻，凡是属于热的，它总伴有心中烦热，渴欲冷饮，呕出物有酸腐气味，肛门急迫，便泻深黄色水糜样或夹有粘液，大便秘结有灼热感及腹中急痛等症。

联系到治疗方面，呕吐酸丹溪主张用左金丸，近人多与加味温胆汤合用，但丹溪有时却仅以一味黄连浓煎，放冷，候酸块欲升，即与数滴饮之。他不用吴茱萸反佐，是采取“治热以寒”的对症疗法，至于热泻热痢，则《伤寒论》的黄芩汤，为临床所赏用。但泻与痢有所不同，泻是多暴注而少迫急，痢则多迫急而少暴注；治热泻则清多于通，治热痢则清通并用，这是暴注下迫辨证论治的一般规律。

不过从经文的反面来看，吞酸吐酸及暴注下迫，也有属于寒的。如李惺菴所说：“客寒犯胃，顷刻成酸，本无郁热，因寒所化”及寒泻寒痢等，临床也时有所见。寒热的鉴别，除了从呕吐酸和泻出物的气(腥冷或腐臭)色(清稀或稠浊)及声势方面着眼之外，还可以从脉舌和其它症状上观察出来。

十四、诸热瞀瘛 皆属于火

“火”为热之甚者，不论外感六淫皆从火化之火，或脏阴内耗五志之火燔灼心火，对机体危害性来说，“火”总比“热”厉害，从症状上观察，“火”的病象也比“热”的病象严重。

本条经文所举出的症状例子为“热”“瞀”“瘛”，主要是患者全身发高热，甚或昏蒙抽搐。凭什么来肯定是“高热”呢？则根据“瞀”和“瘛”。高热、神昏、抽搐三大症，一个接着一个地出现。所谓“瞀”包括二种现象，一是眼目昏花，一是心情闷乱，总属于神志昏蒙

一类,为邪热蒙蔽心包的象征。“瘈”是手足抽搐,多数为风火相煽,液枯筋燥所致。这一系列神志昏蒙、手足抽搐等症状,在临床如仅属于一般性的热是不会引起的。因此说,凡伴随这些症状而来的热型,多数是高热,那就是经文所说的“火”,而为热之甚者。

临床上,凡高热神昏抽搐的火证,也不是一般的清热药所能取效。如以清营汤治手厥阴暑温;以犀角、羚羊角……治壮热口渴、舌苔黄或焦红、发痉、神昏谵语或笑的湿热证邪灼心包。在志火播灼的内伤杂证中,如牛黄泻心汤(牛黄、片脑、朱砂、生大黄)之清镇狂妄妄语、心神不安的心风实证;当归龙荟丸之清泄肝火痰厥胁痛目赤的肝经实火,都以大凉或苦寒的药物,直折六淫或五志之火为患的“诸热瘈瘲”。如果我们回忆一下在运用紫雪丹、至宝丹及安宫牛黄丸治疗高热神昏抽搐之温热邪入心包时,那更有深刻的印象和体会。

十五、诸禁鼓慄 如丧神守 皆属于火

本条之“火”与前条之“火”,基本上是相类,只是所述症状在发病机理方面有所不同。前条的“诸热瘈瘲”,一般是先壮热烦闷,从而出现神志昏糊或全不识人,接着因热极生风,发生抽搐。本证往往是发生在伏邪暴发或进一步转向内逼的时候,常有时极短的恶寒战慄,鼓颌口噤,神情不能自主。这种症状的发现,多由于火邪不外泄而转向内逼之故,临床的病理叫做“邪正相争”。另一方面,伏邪将外达时,也会出现同样症状。故热毒内攻,或郁火外发,都可能出现寒禁鼓颌,神情不能自主的内真热而外假寒的现象。至于张景岳《类经》指出“火有虚实之分”,那是从正面推勘反面,更为经文应用于临床开辟了另一悟境。

十六、诸逆冲上 皆属于火

这个火,不仅是指病因,也包括各种冲逆证的病理机制在内。临床所见,咳、喘、呕、吐、啰等症,都是“诸逆冲上”的现象,其病机当然大部分是属于火的,但有“虚火”和“实火”的区别。例如《金匱》:“食已即吐者,大黄甘草汤主之。”这是吐、啰之属于实火的。又《金匱》:“大逆上气,咽喉不利,止逆下气者,麦门冬汤主之。”这是喘逆之属于虚火的。古今医学文献中,以清火肃降之法,治“诸逆冲上”等疾患,例子很多,但不能忘记也有属于虚寒或寒实证的“诸逆冲上”。例如黑锡丹所治的“胸中痰饮,上攻头目及奔豚上气痰鸣喘息”是浊阴上泛;吴茱萸汤所治的“干呕,吐涎沫”为厥阴之气上逆;半夏干姜散所治的“干呕吐

逆,吐涎沫”为胃中寒涎上逆等。因此,对本条经文的辨证,必须结合其他症状,才能应用裕如。

十七、诸病附肿 疼酸惊骇 皆属于火

本条的火仍为热之甚者,由于病理变化是内外相互影响,因此症状也是表里错杂。所述“附肿、疼酸惊骇”,可能是指局部皮肤、肌肉的红肿热痛。由于火热所引起的“丹毒”、“流火”,好发于下肢腿胫等部位,其症状焮红灼热,疼痛酸楚(酸不是必然症)。手不可按,按之则突然叫喊,状若受惊(不一定真有惊骇现象)。我体会经文所述的附肿,即后世俗称“流火”的足胫红肿而痛者。古人治例,丹溪以生地、黄柏、苍术、牛膝、龙胆草……为主,王孟英仿其法而用梔、柏、芩、连、竹茹、川楝子、通草、半夏、蚕砂、丝瓜络等。是清湿火和清肝火的综合治法。这方法,仍被近代治流火证所广泛采用。

十八、诸躁狂越 皆属于火

本条的“火”既可由于外感六淫之火,也可属于内伤五志之火。所谓“躁”和“狂”、“越”,不论六淫之火或五志之火,都有产生症状的可能。一般说来,躁为狂之渐,狂乃躁之剧,若狂越则不但骂詈叫喊,不避亲疏,甚或弃衣狂奔,逾垣上屋,不畏水火。这些症状在伤寒阳明腑实及温热病里热亢盛阶段最为常见,都是属于外感六淫之火,另有不属六淫之火而出现诸躁狂越等症,那就要考虑五志之火所引起(主要是心肝两经实火),第十四条“诸热瘈瘲,皆属于火”的因内伤而引起“心风”及“肝阳上亢”的两个症候,它们临床表现,虽较本条“诸躁狂越”为轻,而致病因素则一。此外,有热痰蒙蔽心窍而发狂的,证见痰壅气逆,胸闷呕吐,静则懊恼昏瞢,躁则狂妄舞蹈,又有瘀血发狂(即蓄血如狂的进一步),多见于伤寒太阳病不解,热在下焦,少腹硬满而痛,临床表现是躁少而狂多,另有一种“阴躁如狂”初起不发热,无烦闷,但手足厥冷,甚则阴极发躁,欲坐卧于泥水井中,或烦渴而不欲饮水,躁乱不安,如发狂状,这由于阴寒内盛,虚阳外越所致,就不是属于火了。

十九、诸病水液 澄澈清冷 皆属于寒

本条应与十二条对勘,从“……水液浑浊,皆属于热”的病理和诊断中便可勘出“水液澄澈清冷”之属于寒了。

水液澄澈清冷的临床表现,主要仍在吐出物及二便的排泄物方面着眼,如呕吐水样物,咳吐稀薄痰涎,及小便清白自利,大便完谷不化或清冷如鸭粪等等,都属于肺脾或胃肠有寒。根据病情观察所得,水液浑浊之属于热,“澄澈清冷”之属于寒,不仅反映在吐出

物及二便排泄物,也表现在咳唾痰方面。凡痰浊浓稠粘滞属热,稀薄如唾沫属寒;疮疡出脓也是这样,脓稠浊者属热,清稀者属寒;妇女带下亦然。

应该说明,这“澄澈清冷”的“冷”字,是指吐出或排泄物的水液无灼热感而言,并非真的有冷感。经文这类形容词,我们不能以辞害意。

在温习文献与印证实践的过程中,我认为“病机十九条”对临床有一定的指导意义,它们各有各的辨证依据,但必须从症状和病因方面作必要的联系或推勘,甚或要从主证以外追寻兼证、主因以外探索兼因,不要把它当作教条,弄得僵化,才能如珠走盘的灵活运用。

中药散剂保留灌肠治疗慢性非特异性溃疡性结肠炎

北京友谊医院内科 卓焕慈 王宝恩 张维铭

近几年来,我们应用中药散剂保留灌肠治疗慢性非特异性溃疡性结肠炎7例,收到一定效果,现介绍如下。

一般资料

7例中男6例,女1例;年龄23~52岁,病程10年以内者6例,30年者1例。临床均有腹痛、腹泻、排脓血便等症状,其中腹泻每昼夜2次、4次者各1例,10次以上者5例;排脓血便者6例,排便便者1例。7例大便镜检均有红、白细胞,镜检和培养寻找阿米巴滋养体均阴性。X线钡剂灌肠检查6例,1例降结肠粘膜明显粗大;3例结肠袋消失,轮廓不光滑,具有多数小的表浅龛影;2例结肠粘膜呈息肉样改变,有明显钡剂充填缺损。乙状结肠和纤维内窥镜检查7例,结肠均有出血、糜烂和大小不一的溃疡面,其中1例直肠和结肠粘膜充血、水肿、接触易出血;2例伴有多发性息肉,病理检查示结肠粘膜慢性炎症和肉芽组织增生。7例按1978年12月全国消化会议所订之诊断标准分型,3例为慢性复发型,4例为慢性持续型。病情属轻度者1例,中度者4例,重度者2例。病变范围在直肠、乙状结肠者5例,全结肠者2例。7例均属炎症活动期。

治疗方法

1. 喷粉法:锡类散、云南白药、生肌散各1克混合。患者于清洁肠道后取膝胸位,插入乙状结肠镜后用喷粉器将药粉喷入肠内,每日一次,每次0.6~1克。7例中2例因病变部位较深,用喷粉法治疗10次后改用灌肠法治疗。

2. 灌肠法:锡类散、云南白药、生肌散各1克,混合溶于100毫升温水中。患者于清洁肠道后,取臀高、头低、左侧卧位,用灌肠器具将药液灌入肠内,静卧10分钟后,再仰卧和右侧卧各10分钟,每日1

次,10~25次为一疗程,可重复数个疗程。

3. 内服中药:中医辨证7例均有脾肾两虚,气血双亏或下焦湿热之证,故在肠道用药的同时,内服中药治疗。早期治以清化湿热为主,健脾益肾,补气养血为辅;后期则反之。清化湿热主要选用尾连、马齿苋、败酱草、黄柏、黄芩、白头翁、薏苡仁等药;健脾益肾主要用四君子汤加山药;补气养血则用当归补血汤加阿胶珠。便血者均加白及、地榆炭、侧柏炭等。腹泻频繁者加诃子肉、肉豆蔻,或短期应用西药复方苯乙呱啶,每次2片,每日3次。

治疗效果

按1978年12月全国消化会议制定的疗效标准判定疗效。凡临床症状消失,乙状结肠镜检查示肠粘膜病变恢复正常或仅遗留疤痕,随访1年不复发者为近期治愈;临床症状基本消失,乙状结肠镜及钡灌肠X线检查示肠粘膜仅遗留轻度炎症,或获近期治愈后1年内又复发者为基本缓解;临床症状明显减轻,乙状结肠镜及钡灌肠X线检查示病变程度有减轻者为部分缓解。7例中近期治愈1例,基本缓解4例,部分缓解2例。肠道用药(包括喷药)10~205次,平均59次;内服中药30~270剂,平均70剂。治疗前X线钡灌肠有肠粘膜粗大改变1例,有多数息肉样改变者2例,治疗后复查均消失。乙状结肠镜和纤维内窥镜复查6例,3例结肠溃疡愈合,2例结肠粘膜留有针尖大小糜烂点,1例多发性息肉消失,与X线钡灌肠检查结果一致。近期治愈的1例于治愈的5年后复发,经重复上述方法治疗后又获治愈。

治疗过程中,因灌肠次数较多,患者可有肛门不适或有轻度下腹痛,可在灌肠液中加入10%奴佛卡因5毫升;或于灌肠15~20次后,停3~5天。未见有其它副作用。