

DOI:10.13288/j.11-2166/r.2023.11.004

钦丹萍内外合治炎症性肠病经验

郑思慧[✉], 谢二帅¹, 张雨森¹, 杨新艳², 李珍³ 指导: 钦丹萍²

1. 浙江中医药大学第一临床医学院, 浙江省杭州市滨江区滨文路 548 号, 310053; 2. 浙江中医药大学附属第一医院; 3. 浙江省杭州市第三人民医院

[摘要] 总结钦丹萍教授内治与外治结合治疗炎症性肠病的经验。临证强调辨寒热, 重视寒热错杂之病机; 辨脏腑, 重视肝脾、肺脾之间的关系, 善用宣肺利水、调肝理脾、温阳散寒之法。针对难治型炎症性肠病, 善用收敛生肌之品, 强调活血化瘀之法, 常用雷公藤或雷公藤成分提取物以发挥免疫调控之效; 对活动期溃疡性结肠炎, 倡导中药灌肠以快速缓解炎症活动, 并建立中药灌肠治疗二步法, 即先以中药灌肠诱导炎症缓解, 继以灌肠为基础, 酌情联合他法以维持疗效。

[关键词] 炎症性肠病; 溃疡性结肠炎; 克罗恩病; 名医经验; 钦丹萍

钦丹萍 (1962—), 男, 教授, 主任医师, 博士研究生导师, 浙江省名中医, 第七批全国老中医药专家学术经验继承工作指导老师。擅长治疗脾胃病, 在诊治过程中形成了独特见解和辨证方法, 如针对溃疡性结肠炎, 提出中医药快速缓解炎症活动的理念, 建立中药全结肠灌肠策略, 并以黏膜愈合为目标, 建立无激素缓解的中医治疗方案。

炎症性肠病 (inflammatory bowel disease, IBD) 是一种慢性非特异性肠道炎性疾病, 以持续或反复发作的腹痛、腹泻、便血为主要临床表现, 严重影响患者的生活质量及精神状态^[1], 主要包括溃疡性结肠炎 (ulcerative colitis, UC) 和克罗恩病 (Crohn's disease, CD)。目前 IBD 的治疗主要以氨基水杨酸制剂、激素、免疫抑制剂及生物制剂为主, 但这些治疗对部分患者疗效不佳, 或因不良反应较多导致患者无法耐受^[2]。根据 IBD 临床症状, 可将其归属于中医学“泄泻”“久痢”“内疡”等范畴。目前中医药治疗 IBD 涉及中药内服以及中药灌肠、栓剂纳肛、针灸、穴位贴敷等外治法, 在改善症状、减少发作频率等方面具有一定优势^[3]。钦丹萍教授在 IBD 的现代医学管理体系下, 结合自己的临床实践经验, 认为内治方面须明辨寒热、脏腑, 重视解毒祛瘀之法; 外治法方面, 倡导中药全结肠

灌肠, 以有效缓解广泛结肠型 UC 炎症活动。现将钦老师内外合治 IBD 的经验介绍如下。

1 辨清寒热, 重视寒热错杂之病机

CD 病情复杂, 病位广泛, 可累及全消化道, 且病变较深, 黏膜多出现深溃疡, 常呈透壁样溃疡, 甚至形成瘘而被脓液包裹, 溃疡周围黏膜常呈结节样隆起, 色苍白, 覆苔白而厚。临床表现多见腹痛绵绵, 缠绵难愈, 或大便溏泄或大便难行, 伴口舌生疮、倦怠乏力、舌淡苔薄腻。钦老师认为, 本病多以中焦脾胃湿热起病, 日久湿困脾土, 阳为湿困, 寒湿渐生, 终致胃热肠寒, 寒热错杂。钦老师临证以清上温下为常法, 用乌梅丸加减治疗。方中黄连、黄柏与附子、干姜、桂枝配伍, 寒热同调; 对口舌、食道溃疡, 可增加黄连用量; 对肛周脓肿、肛痿渗液, 可增加黄柏用量, 并加苍术燥湿; 乌梅作为佐药, 对于肠风下血者, 用乌梅炭收敛止血, 对于泄下稀便者, 用醋蒸乌梅收敛止泻。如阳虚寒甚, 症见久泻不止, 大便稀薄, 夹有白冻, 腹痛喜温喜按, 形寒肢冷, 可应用阳和汤加减以温阳补血、散寒通滞, 同时可酌情重用黄芪 60~80 g、生甘草 6~10 g 以托毒解毒、益气生肌。

UC 病情活动常从直肠开始, 蔓延至结肠, 病变往往局限于大肠, 病变区域呈连续性弥漫性充血水肿糜烂, 或伴黏膜浅溃疡形成, 覆薄苔。临床表

基金项目: 浙江省中医药重点研究项目 (2022ZZ012); 浙江省名老中医专家传承工作室项目 (GZS2020020)

✉ 通讯作者: 843591913@qq.com

现多为腹痛腹泻、里急后重、或伴发热，多见舌红、苔腻黄。钦老师认为，UC 发病本虚标实，脾虚为根本，活动期病机以湿热为主，故临证以清热化湿为常法，标本兼治，并自拟黄芪 30 g、太子参 15 g、茯苓 10 g、麸炒白术 10 g、马齿苋 15 g、败酱草 15 g、苦参 10 g、儿茶 6 g、五倍子 6 g、丹参 10 g、炙甘草 6 g 为基础方。方中黄芪、太子参、茯苓、麸炒白术、炙甘草健脾益气，马齿苋、败酱草、苦参清热燥湿，儿茶、五倍子敛疮生肌，丹参活血祛瘀。其中，马齿苋与败酱草配伍，两者共奏清热解毒之功，可加强清化作用；黄芪与炙甘草相须为用，黄芪甘温补气，既能升补脾气，又能敛疮生肌，炙甘草甘平补气，能健脾补气，共增补脾益气之功，正气旺盛则可收生肌敛疮之效，并且二者有效成分黄芪多糖及甘草酸均具有免疫调节作用^[4]。UC 病程日久也可见寒热错杂之证，常表现为寒热互结于心下脘间，多有痞满不适、肠鸣下利之症，治以辛开苦降为主，可以半夏泻心汤加减治疗。

2 明脏腑，尤重肝脾、肺脾关系

钦老师认为 IBD 病位在大肠、小肠，与肺、肝、脾、肾诸脏密切相关，治疗时要注重肝脾、肺脾之间的关系。IBD 患者常伴胃肠功能紊乱^[5-6]，且多合并焦虑、抑郁^[7]，临床常表现为腹痛、泄泻，且其严重程度与情绪关系密切。钦老师认为此为肝脾失调，情绪抑郁或忧思过度，致肝失疏泄，气机不畅，或焦虑易怒，肝气横逆，以致肝气乘脾；临证常用柴胡、郁金、石菖蒲等疏肝解郁，并辅以健脾之剂。脾虚日久，肝气侮脾也可导致脾运失职而发为痛泻，此时则以健脾升清为先，常用四君子汤加山药、薏苡仁、防风等，并辅以调肝之品。同时，临证时对于此类患者需辅以心理疏导，正如叶桂在《临证指南医案》中所云：“草木之药不能令其欢悦，必得开爽，冀有向安”。

除肝脾相关，对于久泄难治者，需重视宣肺利水。《诸病源候论·痢病诸候》云：“肺与大肠为表里……其脾气弱，则不能克制水谷，故糟粕不结聚而变为痢也”“痢由脾弱肠虚，金土气衰，母子俱病，不复相扶，不能克水，致水气流溢，浸渍肌肉，故变肿也”，提示肺脾不调，则大肠传导失职，可致“泻”“肿”。基于此，钦老师认为 IBD 久泄及黏膜水肿的表现与肺脾不调密切相关。针对久泄者，常用四味芍药散宣肺止泻。四味芍药散原载于北宋《史载之方》，用于“肺金之胜，寒中鹜溏，

少腹痛”，方中白芷、桔梗宣肺止泻，白术、白芍缓急止痛、燥湿止泻。针对肠黏膜水肿甚者，常用麻黄连翘赤小豆汤宣肺利水，方中赤小豆利水消肿，桑白皮泻肺消肿，麻黄宣肺以加强利水消肿之力，连翘清泄湿热以助之。

3 善敛疮，强调解毒祛瘀之法

针对 IBD 反复难治的黏膜溃疡，钦老师主张在辨证施治的基础上，应用枯矾、儿茶、五倍子、石榴皮等收敛生肌之品。其中枯矾又名煅白矾，《医林纂要》记载枯矾“生用解毒，煨用生肌却水”，《神农本草经》言其“主寒热泄痢，白沃，阴蚀恶疮，目痛，坚骨齿”。古代文献中常以枯矾外用，临证也可口服以加强敛疮生肌之效。枯矾内服一般入丸、散剂，临证中钦老师会采用枯矾煎服，并强调日剂量控制在 3~5 g，且短期应用为妥，一般应用 4~8 周，在用药过程中须密切关注患者情况，若出现恶心、呕吐、腹痛等则须停用^[8]。

部分 IBD 患者病情日久，反复难愈，多与湿热内蕴、热酿成毒有关。针对这种状况，主张配伍雷公藤或采用其提取物雷公藤多苷以解毒祛瘀。雷公藤具有清热解毒、祛风除湿、消肿止痛、活血通络等功效，其提取物雷公藤多苷具有免疫调节作用，临证多用于系统性红斑狼疮、类风湿性关节炎等自身免疫性疾病的治疗^[9]。研究发现，雷公藤多苷不仅能改善 IBD 患者肠道症状，促进患者黏膜愈合，且具有减轻黏膜炎症、促进黏膜愈合等作用^[10-13]。故对难治型 IBD 而病情程度较轻者，可在复方中加雷公藤饮片，剂量一般控制在 6 g 以内；对病情程度较重者，可选择雷公藤多苷片进行治疗，剂量控制在 60 mg/d。用药期间密切监测患者肝功能、血常规，如出现丙氨酸氨基转移酶、天冬氨酸氨基转移酶增高或白细胞计数降低，可减量随访或停药。

IBD 患者久病入络，常伴血瘀，以致溃疡难愈，黏膜增生或水肿，现代研究也表明 IBD 患者血液呈高凝状态^[14]，对此，钦老师重视活血化瘀之法，除常用的丹参、当归外，尤其推崇抵当汤、赤小豆当归散等经方。

4 倡用中药灌肠外治

UC 黏膜炎症一般从直肠起病，并由远端往近端大肠黏膜发展，中药灌肠是 UC 治疗的重要手段。钦老师借鉴中医外科治疡的经验，以清热解毒、敛疮生肌为原则，以治标为先、收敛生肌为重点，研制了复方青黛灌肠液。该方以青黛粉、败酱

草、马齿苋、苦参、石榴皮、赤石脂、乌梅炭、炒地榆、五倍子、儿茶、升麻、防风、丹参为主要组成。青黛粉、败酱草、马齿苋、苦参清热燥湿、解毒排脓，配合赤石脂、石榴皮、乌梅炭涩肠止泻，五倍子、儿茶敛疮生肌，地榆为下焦血热出血之要药，辅以丹参凉血止血而不留瘀，又用升麻、防风升阳止泻，全方共奏清热解毒、涩肠生肌之效。

在 UC 活动期，可先以复方青黛灌肠液灌肠，缓解患者症状，改善患者生活质量，提高患者的依从性。同时倡导快速缓解炎症活动的理念，以治疗 14 天为炎症疗效评价之窗口，评价指标包括临床症状、肠镜、黏膜病理、粪钙卫蛋白等，如 14 天后评价病情应答缓解或明显减轻，则根据患者病情程度、病变范围、既往用药情况来制订后续的维持方案，即单纯以复方青黛灌肠液维持治疗或者联合其他药物进行维持治疗。治疗过程中根据病情逐步调整灌肠频率，灌肠初始为每日 2 次，3 个月复查若病情持续稳定可减为每晚 1 次，6 个月后若病情依旧稳定可减为隔日 1 次，并逐渐调整为每周 2 次。钦老师将这种分段治疗方案称为中药灌肠治疗二步法，对于既往运用氨基水杨酸制剂、激素、生物制剂等病情仍控制不佳者，均可考虑应用。

传统的直肠灌肠由于作用范围比较局限，更适用于炎症局限于直肠乙状结肠的 UC 患者。临证中对炎症广泛累及结肠者，直肠灌肠的作用范围难以达到，因此，钦老师提出了中药全结肠灌肠的方案，以全面而快速地减轻大肠黏膜的炎症。该方案采用粪菌移植使用的经内镜肠道置管术（transendoscopic enteral tubing, TET）^[15]，在肠镜下将 TET 导管置入回盲部，并将 TET 管上的线圈用钛夹固定在肠壁上，经过管道将中药灌入肠道，并通过肠道的蠕动及体位变化让药液作用于全大肠。

5 典型病例

5.1 中药灌肠治疗重度 UC

患者，女，51 岁，2021 年 6 月 28 日初诊。主诉：反复便血 4 年余，加重 1 个月。患者 4 年前无明显诱因出现黏液血便，诊断为溃疡性结肠炎（直肠型），予甲泼尼龙片诱导缓解、美沙拉嗪维持治疗，症状改善。2 年前黏液血便再发，每日 8~10 次，查肠镜示溃疡性结肠炎（直肠乙状结肠型），先后予英夫利西单抗治疗 3 次、维得利珠单抗治疗 5 次，症状未见明显改善，遂在维得利珠单抗的基础上联用甲泼尼龙片 32 mg/d 诱导缓解，但停用 1

个月后便血仍间断出现。近 1 个月来患者黏液脓血便次数增加，每日七八次，伴便前腹痛，里急后重，纳眠可，舌红苔黄腻，脉细。2021 年 6 月 28 日肠镜示直肠乙状结肠黏膜充血、水肿、糜烂，散在浅溃疡，伴自发性出血，Mayo 内镜评分^[16] 3 分；病理示直肠、乙状结肠黏膜重度慢性活动性炎症伴隐窝脓肿及炎性肉芽组织形成；粪钙卫蛋白 1088 $\mu\text{g/g}$ ，血沉 48 mmol/h。西医诊断：溃疡性结肠炎（直肠乙状结肠型，活动期，重度）；中医诊断：久痢（大肠湿热证）。治以清热燥湿、敛疮生肌，予复方青黛灌肠液直肠灌肠，处方：青黛粉 3 g（兑入），马齿苋 30 g，败酱草 15 g，苦参 10 g，赤石脂 15 g，升麻 10 g，防风 10 g，丹参 10 g，石榴皮 10 g，乌梅炭 15 g，炒地榆 30 g，五倍子 6 g，儿茶 6 g。14 剂，日 1 剂，水煎灌肠，每次 200 ml，早晚各 1 次，夜间须保留一宿。

2021 年 7 月 12 日二诊：灌肠三日后黏液脓血便消失，现患者大便质软、日一二行，无黏液脓血便，无里急后重，无腹胀腹痛，舌淡红、苔薄黄腻，脉细。复查肠镜示直肠黏膜炎症消失，血管纹理清晰，乙状结肠黏膜炎症明显减轻，多数区域血管纹理可见，散在少数充血斑或浅小溃疡，Mayo 内镜评分 2 分；病理示直肠黏膜中度慢性炎症，乙状结肠黏膜重度慢性活动性炎症；粪钙卫蛋白 352 $\mu\text{g/g}$ ，血沉 46 mmol/h。继以初诊方直肠灌肠，14 剂，用法用量同前。考虑患者既往应用生物制剂、激素症状控制不佳，加用雷公藤多苷片 20 mg，每日 3 次口服维持治疗。

2021 年 7 月 26 日三诊：未出现黏液脓血便，大便质可、日一行，舌淡红、苔薄腻，脉细。继予初诊方灌肠 14 剂加雷公藤多苷片治疗，用法用量同前。

后患者病情稳定，便血未再发，定期复查粪钙卫蛋白正常，治疗 3 个月后病情稳定逐渐调整灌肠频率为每日 1 次，6 个月后调整为隔日 1 次。2022 年 7 月 7 日患者复查肠镜示直肠乙状结肠黏膜血管纹理清晰，见白色疤痕，Mayo 内镜评分 0 分；病理示直肠、乙状结肠黏膜中度慢性炎症，未见活动性炎症，粪钙卫蛋白 < 15 $\mu\text{g/g}$ ，血沉 11 mmol/L，调整灌肠频率为每周 2 次，继续配合雷公藤多苷片治疗。

按语：本病例患者为重度 UC，病史具备以下特点：1）病程 4 年但病情控制不佳并进展；2）对美沙拉嗪、肿瘤坏死因子 α 单抗药物英夫利西单抗

及专项作用于肠道的维得利珠单抗应答不佳,对激素依赖;3)腹泻、便血症状明显,病变范围在直肠乙状结肠,证属大肠湿热。故本案采用了中药灌肠治疗二步法,第一步单纯予复方青黛灌肠液直肠灌肠,第二步14天后评价患者病情应答为缓解状态,但考虑其既往应用生物制剂应答不佳、激素依赖,且病情较重,故在复方青黛灌肠液灌肠基础上联合雷公藤多苷片口服治疗。本病例患者病机为湿热下注大肠,与气血搏结,酿为脓血,而下痢赤白;肠道气机阻滞则腹痛、里急后重;湿热酿毒,气滞血瘀,毒瘀胶结,病情缠绵,故先以复方青黛灌肠液灌肠以清热燥湿、敛疮生肌。14天后患者病情已缓解,但结合其既往曾用生物制剂、激素等多种药物治疗,病情仍难缓解,此为毒瘀胶结,遂加用雷公藤多苷片以达免疫调控之效。后续随访至今已有1年余,患者病情保持稳定。

5.2 宣肺利水疗CD

患者,男,23岁,2021年6月15日初诊。主诉:大便稀溏3个月余,加重1个月。患者3个月前无明显诱因出现大便稀溏,日二行,伴恶心呕吐,查内镜提示胃窦、十二指肠、结回肠多发溃疡,溃疡病灶周围黏膜隆起水肿明显,诊断为克罗恩病合并幽门梗阻,测粪钙卫蛋白578.9 $\mu\text{g/g}$ 。既往有肛瘘病史4年余。予肠内营养、美沙拉嗪、英夫利西单抗治疗,恶心、呕吐症状渐缓解,大便成形,每日一次。近1个月出现大便次数增多,日三四行,均为水样便,受凉后加重,伴少腹冷痛,肛瘘渗液,口疮肿痛,纳呆食少,舌红、苔黄腻,脉滑数。西医诊断:克罗恩病(活动期);中医诊断:泄泻病(寒热错杂证)。治以清上温下,宣肺利水,予乌梅丸合麻黄连翘赤小豆汤加减,处方:炙黄芪30g,炙甘草6g,黄连3g,黄芩12g,败酱草15g,马齿苋15g,乌梅12g,细辛3g,干姜5g,黑顺片6g,麻黄6g,赤小豆30g,丹参10g,当归10g,炒白芍15g,儿茶5g,五倍子6g。14剂,日1剂,水煎服,每次100ml,每日2次。同时继续予英夫利西单抗每8周1次治疗。

2021年6月30日二诊:用药后症状明显改善,腹痛偶作,大便已成形、质软、日一二行,胃纳转佳,但餐后胃脘痞满,口疮愈合,肛瘘渗液减少,舌淡红、苔薄白,脉细。前方加厚朴10g、麸炒枳壳10g,14剂,煎服法同前。同时按期继续予英夫利西单抗治疗。

2021年7月14日三诊:患者病情稳定,腹痛

腹胀已瘥,大便成形、日一行,肛瘘未见渗液,纳眠可,舌淡红、苔薄白,脉细。继予二诊方14剂,按期行英夫利西单抗治疗。

后患者病情稳定,定期至门诊复诊。2021年12月16日复查内镜提示胃窦、十二指肠及结回肠黏膜愈合、炎症缓解,粪钙卫蛋白 $<15 \mu\text{g/g}$,继续予中药口服及英夫利西单抗治疗至今。

按语:本病例患者为CD活动期,为寒热错杂之证,胃中有热,肠中有寒,阴阳不调,升降失常,阳在上不能下交于阴,故胃热而见口疮肿痛、纳呆食少、舌红苔腻黄;阴在下不能上交于阳,故肠寒而见少腹冷痛、肛瘘渗液、大便溏泄、遇凉易作,故仿乌梅丸以清上温下。同时,该患者在英夫利西单抗治疗中,泄泻反复,且内镜检查见溃疡病灶黏膜隆起水肿明显,钦老师认为此为肺脾不调所致,肺与大肠相表里,肺脾不调以致大肠传导失职,发为溏泄;水气流溢,则肠道黏膜隆起水肿明显。因此,在乌梅丸的基础上,仿麻黄连翘赤小豆汤之意,方中黄芪、炙甘草健脾益气,黄连、黄芩、败酱草、马齿苋清热燥湿,配合细辛、干姜、黑顺片辛温助阳,寒热同调,又防止苦寒之品冰遏脾阳;加用麻黄、赤小豆,取麻黄辛温发散之性以疏通腠理,赤小豆清泄湿热、利水消肿,两者配伍宣肺利水、消肿止泻;佐以当归、丹参活血祛瘀,炒白芍缓急止痛,乌梅、儿茶、五倍子涩肠止泻、收敛生肌。二诊时患者胃纳转佳,但餐后胃脘痞满,加用厚朴、枳壳下气除满。三诊患者症状基本已除,守方再进。本病例提示对于CD久泄难治兼有肠道黏膜水肿的患者,尚需重视肺脾的关系。

参考文献

- [1]KNOWLES SR, GRAFF LA, WILDING H, et al. Quality of life in inflammatory bowel disease: a systematic review and meta-analyses-part I [J]. Inflamm Bowel Dis, 2018, 24(4): 742-751.
- [2]吴全峰,赵立波,王晓玲,等.炎症性肠病的治疗药物研究进展[J].中国药师,2020,23(10): 2011-2019.
- [3]李玉玲,刘云,时昭红.中医对炎症性肠病的认识与治疗研究进展[J].临床内科杂志,2021, 38(2): 87-89.
- [4]王浩艺,成扬.黄芪汤及方中单味药研究进展[J].上海中医药杂志,2021, 55(8): 99-103.
- [5]HENRIKSEN M, HØIVIK ML, JELSNES-JØRGENSEN LP, et al. Irritable bowel-like symptoms in ulcerative colitis are as common in patients in deep remission as in inflammation: results from a population-based study [the

- IBSEN study] [J]. J Crohns Colitis, 2018, 12 (4): 389-393.
- [6] MAVROUDIS G, SIMREN M, JONEFJALL B, et al. Symptoms compatible with functional bowel disorders are common in patients with quiescent ulcerative colitis and influence the quality of life but not the course of the disease [J]. Therap Adv Gastroenterol, 2019, 12: 1756284819827689. doi: 10.1177/1756284819827689.
- [7] BARBERIO B, ZAMANI M, BLACK CJ, et al. Prevalence of symptoms of anxiety and depression in patients with inflammatory bowel disease: a systematic review and meta-analysis [J]. Lancet Gastroenterol Hepatol, 2021, 6 (5): 359-370.
- [8] 马浩文, 赵启苗, 单国顺, 等. 白矾炮制历史沿革及现代研究概况 [J]. 中国现代中药. 2021, 23(3): 562-566.
- [9] 姜森, 张海波, 丁樱. 雷公藤多苷药理作用及临床应用研究进展 [J]. 中华中医药学刊, 2021, 39(3): 59-63.
- [10] 钦丹萍, 王耀东, 倪桂宝, 等. 雷公藤多苷抑制炎症性肠病炎症活动的临床研究 [J]. 中国中西医结合杂志. 2018, 38(7): 779-785.
- [11] 钦丹萍, 孙佩娜, 周毅骏, 等. 雷公藤多苷对溃疡性结肠炎大鼠模型炎症及 TLR4/MyD88 信号通路的作用 [J]. 中华医学杂志. 2016, 96(18): 1444-1449.
- [12] 钦丹萍, 周毅骏, 孙佩娜, 等. 雷公藤多苷对溃疡性结肠炎大鼠 TLR4/MyD88 非依赖信号通路的作用研究 [J]. 中国中药杂志. 2016, 41(6): 1093-1099.
- [13] QIN DP, ZHOU YJ, ZHANG SZ, et al. Anti-inflammation of tripterygium wilfordii polycoride on macrophages and its regulation to inflammation via TLR4/NF- κ B [J]. Chin Herb Med, 2015, 7(2): 155-161.
- [14] CHENG K, FAYE AS. Venous thromboembolism in inflammatory bowel disease [J]. World J Gastroenterol, 2020, 26(12): 1231-1241.
- [15] PENG Z, XIANG J, HE Z, et al. Colonic transendoscopic enteral tubing: a novel way of transplanting fecal microbiota [J]. Endosc Int Open, 2016, 4(6): E610-E613.
- [16] SCHROEDER KW, TREMAINE WJ, ILSTRUP DM. Coated oral 5-aminosalicylic acid therapy for mildly to moderately active ulcerative colitis. A randomized study [J]. N Engl J Med, 1987, 317(26): 1625-1629.

Clinical Experience of Professor QIN Danping in Treating Inflammatory Bowel Disease by Internal and External Treatment with Traditional Chinese Medicine

ZHENG Sihui¹, XIE Ershuai¹, ZHANG Yusen¹, YANG Xinyan², LI Zhen³

1. The First Clinical Medical College of Zhejiang Chinese Medical University, Hangzhou, 310053; 2. The First Affiliated Hospital of Zhejiang Chinese Medical University; 3. Hangzhou Third People's Hospital, Zhejiang Province

ABSTRACT This paper summarized the experience of Professor QIN Danping in treating inflammatory bowel disease by internal and external treatment with traditional Chinese medicine (TCM). Professor QIN emphasizes the differentiation of cold and heat and pays attention to the existence of mixed cold and heat conditions. The differentiation of *zang-fu* organs (脏腑) is critical as well, and the relationship between liver and spleen, and lung and spleen should be clarified. He usually carries out clinical treatment with the methods of disussing the lung and promoting urination, regulating liver and spleen, and warming *yang* and dispelling cold. For refractory inflammatory bowel disease, astringent products with the function of closing sore and engendering flesh are used, and method of promoting blood circulation and removing blood stasis is emphasized. *Leigongteng* (*Radix Tripterygii Wilfordii*) and its extracts could be used to regulate the immune system. For active ulcerative colitis, a two-step method of TCM enema therapy for rapid relief of inflammation has been established, that is, first, simple TCM enema to induce inflammation relief, and then, other methods in combination as appropriate to maintain the stability of remission based on enema.

Keywords inflammatory bowel disease; ulcerative colitis; Crohn's disease; experience of famous doctors; QIN Danping

(收稿日期: 2022-09-28; 修回日期: 2023-02-14)

[编辑: 果 彤, 贾维娜]