

DOI:10.13288/j.11-2166/r.2025.06.014

基于玄府理论探析溃疡性结肠炎中药保留灌肠经验

洪子夫, 何颖华, 冯丽鹏, 贾菲, 曲牟文, 袁亮, 贾茗雯[✉]

中国中医科学院广安门医院, 北京市西城区北线阁5号, 100053

[摘要] 从玄府理论认识溃疡性结肠炎本虚标实的病性, 并探讨中药保留灌肠治疗该病的理论依据及经验。溃疡性结肠炎主要病位在肠, 肠玄府作为玄府的一部分, 既是气机升降出入于脏腑经络之门户, 又是气血津液转输的通道。肠玄府郁闭是溃疡性结肠炎的主要病理基础, 结合肠镜表现, 根据导致玄府郁闭的病因病机的不同, 以祛风开玄、清火开玄、活血开玄等为不同侧重点, 临床采用风药、清热药、活血药等辨证治疗, 中药保留灌肠法直达病所, 以宣通玄府, 调节气血, 从而恢复肠玄府正常功能。

[关键词] 溃疡性结肠炎; 玄府; 中药保留灌肠

溃疡性结肠炎 (ulcerative colitis, UC) 是一种侵及结肠黏膜及黏膜下层, 呈连续性、弥漫性的慢性非特异性炎症性疾病^[1]。其主要症状包括腹泻、腹痛、黏液脓血便等, 具有迁延难愈、反复发作的特点, 给患者带来极大的身心困扰。UC 的治疗以 5-氨基水杨酸为主, 对控制不良者可采用激素、免疫抑制剂、生物制剂治疗, 但疗程较长, 复发率高, 并且容易出现过敏、感染、甚至增加恶性肿瘤的风险等不良反应^[1], 严重影响患者生活质量。该病属于中医学“泄泻”“下利”“肠澼”“休息痢”范畴, 多由饮食不节、外感六淫、情志郁结等所致^[2]。该病本虚标实, 其中标实主要表现在肠道症状, 强调局部的湿、热、瘀等病理因素, 而本虚决定了疾病的转归及病程的长短。中药保留灌肠作为中医外治法中的重要手段之一, 在改善 UC 症状、减少西药不良反应、镜下黏膜愈合等方面有一定的优势^[3]。玄府理论是中医学重要内容之一, 玄府为遍布人体全身各处的气、血、津、液、精、神升降出入的微细结构, 玄府郁闭可导致疾病的发生^[4]。本文基于玄府理论, 根据导致玄府郁闭的病因病机的不同, 以祛风开玄、清火开玄、活血开玄等为不同侧重点运用中药保留灌肠治疗溃疡性结肠

炎, 以期 UC 临床治疗提供思路。

1 玄府与胃肠道

“玄府”一词起源于《素问·水热穴论篇》, 曰: “所谓玄府者, 汗空也”, 为玄府理论奠定了基础^[4]。金元时期刘完素在《素问玄机原病式》中对玄府的含义进行了拓展, 提出“然玄府者, 无物不有, 人之脏腑、皮毛、肌肉、筋膜、骨髓、爪牙, 至于世之万物, 尽皆有之, 乃气出入升降之道路门户也”, 认为玄府为人体内的微观结构, 具有调节气液、渗灌气血、转输神机等生理功能。玄府郁闭则可能导致气血运行不畅, 进而引发各种疾病。

从玄府理论理解, 玄府是“人之脏腑……乃气出入升降之道路门户也”, 说明脏腑中参与气血津液出入的通道都属于“玄府”范畴。有学者^[5]提出“在内之膜如在外之肤”, 提示胃肠道的黏膜像肌表一样, 有在里的卫气, 可温养内外, 抵御外邪, 开阖有序。当邪盛则卫气不固, 玄府开阖失司, 乃致枢机不利, 气血津液升降出入失常, 胃肠道水谷精微转运失司则泄泻乃成。

《素问·灵兰秘典论篇》云: “脾胃者, 仓廪之本, 五味出焉; 大肠者, 传导之官, 变化出焉”, 可见胃肠道不仅是气机升降的枢纽, 气血生化之源, 其本身就是“容器”, 是完成水谷从受纳到传导、从精微到糟粕以及出入的通道。当受到外界邪气和饮食性味的影响, 胃肠道玄府失司, 表现为临

基金项目: 中国中医科学院科技创新工程项目 (CI2021A02105); 中央高水平中医医院临床研究和成果转化能力提升项目 (HLCMHPP2023113)

✉ 通讯作者: 964498340@qq.com

床上多数患者嗜食寒凉、暴饮暴食或长期久居潮湿阴冷环境,从而导致脾胃虚弱,诱发该病。

2 玄府理论与溃疡性结肠炎的病机

《素问·调经论篇》言:“玄府不通,卫气不得泄越,故外热。”后世随着玄府理论的完善,有学者认为“玄府郁闭为百病之根”^[6]。玄府既是外邪入侵、痰瘀等实邪产生的关键病位,也是气机升降出入于脏腑经络之门户,津液输布之通道。玄府郁结、闭塞,则影响气血津液的流通转输及脏腑经络的生理功能,气液宣通不畅,饮食水谷不能正常代谢,水谷精微不能转输被机体正常利用,则气血生化乏源,内生水湿之邪蕴结,出现消化道症状。

2.1 嗜食寒凉,玄府失司,脾胃乃伤

长期嗜食生冷,或生活工作环境湿冷,导致风寒湿邪直中玄府。寒为阴邪,寒主凝滞,感受寒邪导致玄府郁闭,开阖失司。玄府以开为顺,以通为用,久之影响脾胃运化功能,导致脾胃气虚,气液宣通不畅,饮食水谷不能正常代谢,内生水湿之邪,水谷中精微不能被机体正常利用,则气血生化乏源,既而玄府失司,如此循环,可见肠鸣腹泻,伴有黏液。

2.2 热气怫郁,玄府闭结,损伤肠络

UC 基本病机特点为脾虚运化无力,湿热蕴结大肠。刘完素《素问玄机原病式·火类》中指出:“肠不能渗泄者,悉由热气怫郁,玄府闭塞而致。”玄府郁闭,邪正交争,局部郁结怫热,出现肠道局部“红、肿、热、痛”等炎症表现。湿热与气血搏结,蕴于肠腑,热邪久羁,损伤肠络,进一步发展则酿生热毒,迫血妄行,正如《诸病源候论·痢病诸候》所言:“血痢者,热毒折于血,入大肠故也”,故可见患者痢下赤白、大便次数多、里急后重、肛门烧灼感等症状。

2.3 正虚邪恋,玄府郁久,瘀血内生

正虚邪恋、瘀血内生是 UC 反复发作的重要原因^[7]。正气亏虚,不能驱邪外出,导致玄府不能正常宣发,邪气蕴结不解,阻遏气血运行,郁久成瘀,进一步耗伤正气,故本虚与邪实互为因果,病程迁延难愈。所以,瘀既是玄府郁闭的病理产物,同时也是导致 UC 迁延难愈的重要病因。处于缓解期的 UC 患者虽然消化道症状明显好转,但邪毒内伏人体,伏而不发。每当正气衰弱之时,加上外因引动内因,如外感风寒、饮食不节(食辛辣、生冷)等因素,则引动久滞之瘀,导致症状加重,缠

绵难愈,进一步耗损气血,构成该病反复发作的特点。

3 重视肠玄府局部治疗,发挥中药保留灌肠的优势

UC 病机本虚标实,病位在肠,肠玄府的功能异常是该病的病理基础。清代医家龙之章《蠢子医》提出:“吾尝治病治玄府,以其脏里能贯穿”,体现了 UC 贯通玄府,通利气血的治疗原则^[8]。中药保留灌肠是中医外治法的重要方法,是针对肠玄府的直接治疗,可结合局部肠镜表现及病理结果进行微观辨证施治^[9]。临床上标本兼顾,重视肠玄府的治疗是提高临床疗效的重要手段。

3.1 整体与局部相结合

UC 发病普遍认为是肠道免疫紊乱所致^[10]。中医认为该病属本虚标实,寒热错杂。本虚所致的全身症状如怕冷、乏力等,往往与标实所致的肛门下坠、里急后重感,黏液脓血便,低热等肠玄府湿热内蕴的表现同时存在。临床上可见在急性期,宏观辨证为脾肾阳虚的患者,但结肠镜下表现为黏膜充血、水肿、自发性或接触性出血和脓性分泌物附着,病变明显处可见弥漫性、多发性糜烂或溃疡;黏膜活体组织学检查可见固有膜内弥漫性急性、慢性炎性细胞浸润,隐窝结构改变及黏膜表面糜烂、浅溃疡形成等,“红、肿”表现。在慢性期,患者临床症状缓解的同时,结肠镜下仍然表现为黏膜充血、溃疡等,出现局部表现与整体辨证“脱节”的现象^[11]。因此,在临床上重视并加强该病的局部治疗是提高疗效的重要环节,同时效评估上要注重肠镜下黏膜愈合和组织病理愈合。

中药保留灌肠作为中医外治法之一,可使药物直达病所,保持了有效药物浓度、避免了肝的首过效应,且可通过药物直接与肠道病变接触,直达肠玄府,作用于肠黏膜以改善局部血液循环,促进溃疡面愈合,对于直肠型及左半结肠型溃疡性结肠炎患者疗效较好^[12-13]。

3.2 善用清热药,以清玄府之热

UC 活动期以湿热蕴结肠道为主^[11],病位在肠玄府,多表现为下利赤白、赤多白少、里急后重,或者伴有肛门灼热等表现。刘完素认为,“肠不能渗泄”的病机主要是热气怫郁,与 UC 临床上肠道炎症表现相符合。故临床常用清热利湿的寒凉之品保留灌肠,直达病所,改善肠玄府局部标实表现,使热泄郁开,常用药有黄连、黄芩、地榆、苦参、马齿苋、连翘等,泻肠玄府之热,同时燥湿止泻。临床应用需注意中病即止,避免过于寒凉。另外,

用药上可配合辛通玄府药物,如《素问玄机原病式·热类》所云“夫治诸痢者,莫若以辛苦寒药治之,或微加辛热佐之则可”,使热泄郁开,气液流通^[8]。

3.3 善用风药,通玄府以止利

风药是临床最常用、最有效的一类开通玄府的药物^[14],保留灌肠中适量加用风药。风药味辛气薄,其性走散,广泛应用于临床多种疾病的治疗。李杲认为风药具有升、散、行、透之性,并将其广泛应用于脾胃病及内伤杂病,可起醒脾散滞、疏肝解郁之效。徐景藩将风药概括为一类主治“风疾”之药及性类“风性”之药,并提出其在泄泻的治疗中可细分为胜湿、升阳、行气等^[5]。所以治疗泄泻疾病中配伍防风、羌活、独活等辛散开玄的风药,能疏散开通胃肠黏膜之玄府,调节中焦脾胃枢机,玄府升降出入正常则肠腑分清泌浊功能复,气血疏通,阳气振奋,气化功能恢复,则枢机升降有常而泄泻自止。

3.4 善用活血药,以散玄府之瘀

临床研究发现,UC各个证型中均存在血小板启动状态,患者血液中的浓稠性、聚集性、黏滞性增高,使肠黏膜局部毛细血管闭塞,血液灌注量减少,肠黏膜细胞缺血、缺氧,易合并血栓形成,提示UC存在高凝状态^[15-16]。

叶桂在《临证指南医案》中指出“初为气结在经,久则血伤入络。”肠玄府开阖失调日久,久病入络成瘀,血液停滞进一步损伤肠黏膜,也是UC迁延难愈的重要原因之一。所以,善用活血化瘀药物以疏通经络,使瘀血去、新血生,恢复玄府正常气血津液通路的功能,灌肠用药中选用当归、赤芍、三七、蒲黄炭、血余炭等。同时适当配合风药,其多辛温,能宣通阳气,有利于玄府阳气通达则血液畅行。

4 病案举隅

患者,女,40岁,2024年4月5日主因“腹痛、脓血便2个月余”来诊。患者2个月前出现腹痛、脓血便,于外院行肠镜提示肠黏膜改变,溃疡性结肠炎(急性期,左半结肠型),结合病理结果,诊断为溃疡性结肠炎。曾间断口服美沙拉嗪治疗,目前口服美沙拉嗪肠溶片每次1g、每日3次,1个月余,效果欠佳。外院口服中药治疗2周,症状略有改善,现大便日行四五次,伴黏液血便、量较多、色红,里急后重,伴肛门灼热感,腹部怕凉,遇冷

加重,口干口苦,纳少,眠可,小便调。舌淡红、舌边有齿痕、苔白厚,脉弦滑。西医诊断:溃疡性结肠炎;中医诊断:泄泻病(肝郁脾虚、湿热蕴肠证)。治以疏肝健脾、燥湿止泻,处方:北柴胡9g,黄芩10g,姜半夏9g,党参12g,麸炒白术15g,干姜6g,炒薏苡仁25g,当归10g,木香10g,诃子肉15g,黄连5g,白扁豆15g,炙甘草6g,蒲黄炭15g,14剂,水煎服,每日1剂,早晚分服。同时给予中药保留灌肠,处方:黄连10g,连翘10g,栀子10g,炒白芍12g,防风12g,甘草12g,三七6g,每晚保留灌肠60~80ml(保留2h以上),14剂。嘱忌食生冷、油腻、辛辣之品,舒畅情志,避免劳累,适当活动。

2024年4月19日二诊:患者大便次数减至每日二三次,便前略有腹痛,黏液脓血明显减少、色淡红,肛门灼热感降低,腹部自觉温热,纳可,无口干口苦,里急后重感明显缓解。舌红、苔白厚,脉弦。予初诊方去蒲黄炭、白扁豆,28剂,煎服法同前。中药保留灌肠14剂同前。

2024年5月17日三诊:患者每日大便一二次,无明显黏液脓血,肛门无灼热感,里急后重感基本缓解,余无不适。舌淡红、苔薄白,脉弦。予二诊方加茯苓12g,28剂,煎服法同前。暂停中药保留灌肠。

至2024年7月19日随访,患者三诊方服完后停药,无不适,疾病未见复发。

按语:本案患者在美沙拉嗪控制不佳的情况下,改用中药治疗,中药控制效果仍欠佳。患者表现为黏液血便,里急后重,伴肛门灼热感,腹部怕凉,遇冷加重,纳少,口干口苦,属于肝气郁结,木克脾土,脾气虚弱,脾失运化,水湿内停,下注成泻。玄府闭结,蕴久化热,灼伤肠络,出现便血,进一步影响气机升降,出现里急后重。舌淡红、舌边有齿痕、苔白厚,脉弦滑属于脾虚湿困的表现。四诊合参,本证属肝郁脾虚、湿热蕴肠,给予中药疏肝健脾、燥湿止泻。方中柴胡疏肝解郁,黄芩、姜半夏、黄连清热燥湿,党参、麸炒白术、炒薏苡仁、白扁豆健脾化湿,干姜温中,当归活血调经,木香行气健脾,诃子肉涩肠止泻,蒲黄炭止血,炙甘草调和诸药。考虑患者既往使用中药,但是症状未能控制,且患者目前病情以标实为主,局部肠玄府郁闭,火热拂郁,灼伤肠络,病久入络,迁延难愈,同时参考肠镜检查显示的肠黏膜改变,故加用中药保留灌肠,加强局部治疗效果。方中黄

连、栀子、连翘以泻肠玄府之热，同时燥湿止泻；防风辛散走行，具有醒脾散滞、疏肝解郁的功效；三七具有散瘀止血、活血定痛的作用，炒白芍养血和营、缓急止痛，体现刘完素《素问病机气宜保命集》“行血则便脓自除”，尚可兼顾湿热耗伤阴血的顾虑；甘草调和诸药，与炒白芍相配缓急止痛。诸药合用使肠玄府热泄郁开，气液流通。二诊时患者大便次数明显减少，便血减少，腹痛症状减轻，故去蒲黄炭、白扁豆，继续中药口服结合中药保留灌肠。三诊时患者症状继续好转，暂停中药保留灌肠（保留灌肠重视局部治疗，临床上不作为长期维持治疗），继续口服中药，并加茯苓以加强健脾利水渗湿功效。故临床上可根据病情，结合中药保留灌肠治疗，对改善患者症状，提高临床疗效，效果显著。

参考文献

- [1] 中国中西医结合学会消化系统疾病专业委员会. 溃疡性结肠炎中西医结合诊疗共识意见(2017年)[J]. 中国中西医结合消化杂志, 2018, 26(2): 105-111, 120.
- [2] 中华中医药学会《溃疡性结肠炎中医诊疗指南》项目组. 溃疡性结肠炎中医诊疗指南(2023)[J]. 中医杂志, 2024, 65(7): 763-768.
- [3] 胡俊聪, 裴文靖, 李军祥. 《溃疡性结肠炎中医诊疗专家共识(2023)》解读[J]. 中国中西医结合消化杂志, 2024, 32(5): 420-425.
- [4] 王明杰, 罗再琼. 玄府理论[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2018: 51-60.
- [5] 崔松香, 陆为民. 从“胃风”理论探讨国医大师徐景藩教授运用风药治疗泄泻经验[J]. 吉林中医药, 2023, 43(6): 652-655.
- [6] 李冀, 何君. 基于玄府学说探“阴火”及“甘温除热法”[J]. 成都中医药大学学报, 2017, 40(3): 31-32, 35.
- [7] 胡勇, 邢玉瑞. 基于络病学毒损肠络论治溃疡性结肠炎[J]. 中国中医基础医学杂志, 2018, 24(3): 415-417.
- [8] 张阳, 李军祥, 石磊. 基于玄府理论辨治溃疡性结肠炎[J]. 中国中医药信息杂志, 2023, 30(2): 149-151.
- [9] 朱春洋, 周强, 赵鲁卿, 等. 张声生教授从内痛论治溃疡性结肠炎经验[J]. 天津中医药, 2016, 33(11): 641-643.
- [10] HE BY, WANG PR, YANG WZ, et al. Inflammatory factor level, intestinal flora distribution and related factors in patients with ulcerative colitis[J]. South China J Prev Med, 2022, 48(2): 178-181.
- [11] 张北平, 刘思德, 李明松, 等. 溃疡性结肠炎内镜分型、黏膜组织学分期与中医虚实证候的相关性研究[J]. 中国消化内镜学, 2008, 2(3): 5-8.
- [12] 史佳宁, 郝微微. 中医外治法治疗溃疡性结肠炎的研究现状[J]. 天津中医药, 2016, 33(4): 253-256.
- [13] 黄绍刚, 张海燕, 黄穗平. 中药保留灌肠治疗溃疡性结肠炎的 Meta 分析[J]. 辽宁中医杂志, 2010, 37(8): 1433-1435.
- [14] 史海霞, 康泽刚, 魏玮. 风药在泄泻治疗中的应用[J]. 中医杂志, 2013, 54(21): 1826-1828.
- [15] 于玫, 王新月, 安贺军. 浅谈瘀血与溃疡性结肠炎[J]. 云南中医中药杂志, 2008, 29(2): 2-4.
- [16] 秦震声. 舒肝健脾颗粒治疗溃疡性结肠炎(肝郁脾虚型)的实验与临床研究[D]. 北京: 北京中医药大学, 2007.

The Experience of Retention Enema with Traditional Chinese Medicine for Ulcerative Colitis Based on the Theory of Sweat Pore

HONG Zifu, HE Yinghua, FENG Lipeng, JIA Fei, QYU Mouwen, YUAN Liang, JIA Mingwen

Guang'anmen Hospital, China Academy of Chinese Medical Sciences, Beijing, 100053

ABSTRACT This paper discussed the nature of ulcerative colitis, that is deficiency of the root and excess of the branch, from the theory of sweat pore, and to explore the theoretical basis and experience of treating this disease with retention enema of traditional Chinese medicine (TCM). The main location of this disease is in the intestine. As a part of sweat pore, the intestinal sweat pore serves as the gateway for the ascending, descending, exiting and entering of *qi* movement in the *zang fu* (脏腑) organs, meridians and collaterals, as well as the channel for the transportation of *qi*, blood and body fluids. The constraint and closure of the intestinal sweat pore are the main pathological basis of ulcerative colitis. According to the manifestations of colonoscopy, and the different etiological factors and pathogenesis that lead to the constraint and closure of sweat pore, there should be different treatment focuses such as expelling wind to open sweat pore, clearing fire to open sweat pore, promoting blood circulation to open sweat pore, for which wind-dispersing herbs, heat-clearing herbs, and blood-activating herbs are used accordingly. The method of retention enema can directly induce Chinese medicinal herbs to the affected part, so as to diffuse and unblock the sweat pore, regulate *qi* and blood, and thus restore the normal function of the intestinal sweat pore.

Keywords ulcerative colitis; sweat pore; retention enema with Chinese medicinal herbs

(收稿日期: 2024-06-23; 修回日期: 2024-10-23)

[编辑: 贾维娜]