·理论探讨·

本文引用: 李莹莹, 李合国, 王晓鸽, 李亚南, 李洋, 陈晨, 王壮志. 从“主客交-络病”理论探讨结肠腺瘤样息肉的病机及辨治[J]. 湖南中医药大学学报, 2026, 46(10): 2100-2106.

从“主客交-络病”理论探讨结肠腺瘤样息肉的病机及辨治

李莹莹,李合国*,王晓鸽,李亚南,李洋,陈晨,王壮志
河南中医药大学第一附属医院脾胃肝胆科,河南 郑州 450000

〔摘要〕结肠腺瘤样息肉是结直肠癌重要的癌前病变,归属于中医学“肠覃”“癥积”等范畴,具有病程迁延、易于复发的特点。本团队立足“主客交-络病”理论,认为本病以正气亏虚为本,湿、痰、瘀、毒诸邪交织,久羁损伤肠络,遵循“主客交启病、久羁入络成积”的递进规律,呈现“正气渐虚-痰瘀互结-毒损肠络”的阶段性发展,据此确立“扶正祛邪、通络解毒”的治疗总则。疾病初期脾虚湿阻、络气郁滞,治以健脾益气、化湿通络;中期痰瘀互结、肠络闭阻,治以健脾化痰、活血化瘀;进展至后期癌前病变阶段,痰毒蕴结、络损成积,治以化浊解毒、扶正破瘀、顾护阳气。本文从“主客交-络病”理论探析结肠腺瘤样息肉病机内涵,构建以“通补兼施”为核心的分阶段辨治体系,以期为结肠腺瘤样息肉的临床防治提供系统的中医理论依据与诊疗思路。

〔关键词〕结肠腺瘤样息肉;主客交;络病;扶正祛邪;通络解毒;诊疗思路
〔中图分类号〕R259 〔文献标志码〕A 〔文章编号〕doi:10.3969/j.issn.1674-070X.2026.10.016

Pathogenesis, pattern differentiation, and treatment of colon adenomatous polyps based on the theory of "entanglement of healthy qi and pathogenic factors in collateral disease"

LI Yingying, LI Heguo, WANG Xiaoge, LI Ya´nan, LI Yang, CHEN Chen, WANG Zhuangzhi*
Department of Spleen, Stomach, Liver and Gallbladder, The First Affiliated Hospital of Henan University of Chinese Medicine, Zhengzhou, Henan 450000, China

〔**Abstract**〕Colon adenomatous polyps are an important precancerous lesion of colorectal cancer and fall under the categories of "Changtan (intestinal mass)" and "Zhengji (abdominal mass)" in TCM. It is characterized by a prolonged course and easy recurrence. Based on the theories of "entanglement of healthy qi and pathogenic factors" and "collateral disease," our research team holds that this disease is rooted in the deficiency of healthy qi, with dampness, phlegm, blood stasis, and toxins intermingling and, through prolonged retention, damaging the intestinal collaterals. It follows the progressive pattern of "the entanglement of healthy qi and pathogenic factors initiates the disease; the pathogens, after prolonged retention, enter the collaterals and form masses," and manifests as a staged progression of "gradual deficiency of healthy qi-intertwining of phlegm and blood stasis-damage to the intestinal collaterals by toxins." Accordingly, the general therapeutic principle of "reinforcing healthy qi to eliminate pathogenic factors, unblocking collaterals and removing toxins" has been established. In the early stage, marked by spleen deficiency with dampness obstruction and stagnation of collateral qi, the treatment is to strengthen the spleen and reinforce qi, resolve dampness, and unblock the collaterals. In the middle stage, marked by obstruction of the intestinal collaterals by intertwined phlegm and blood

〔收稿日期〕2026-01-15
〔基金项目〕国家自然科学基金项目(82104776);河南省科技研发计划联合基金(优势学科培育类)项目(222301420072);中医药治疗疑治性胃肠病的传承与创新团队项目(ZYYCXTD-C-202010)。
〔通信作者〕* 李合国,男,博士,主任医师,博士研究生导师,E-mail:lhg1964@163.com。

stasis, the treatment is to strengthen the spleen and resolve phlegm, and activate blood circulation and resolve stasis. In the advanced stage, when precancerous lesions develop, marked by accumulation of phlegm-toxins and collateral damage with mass formation, the treatment is to resolve turbidity and remove toxins, reinforce healthy qi and break blood stasis, and protect yang qi. This paper explores the pathogenesis of colon adenomatous polyps from the perspectives of "entanglement of healthy qi and pathogenic factors" and "collateral disease," and constructs a staged pattern identification and treatment system centered on "simultaneous unblocking and tonifying," aiming to provide a systematic TCM theoretical basis and diagnostic and therapeutic approach for the clinical prevention and treatment of colon adenomatous polyps.

〔**Keywords**〕 colon adenomatous polyps; entanglement of healthy qi and pathogenic factors; collateral disease; reinforcing healthy qi to eliminate pathogenic factors; unblocking collaterals and removing toxins; diagnostic and therapeutic approach

结肠息肉是结肠黏膜向肠腔突起形成的赘生物，早期症状隐匿，随病情进展可出现排便习惯改变、腹痛、便血及黏液便等临床表现。其病理类型分为腺瘤性、幼年性、增生性和炎性息肉 4 类。相关研究表明，腺瘤性息肉的癌变率为 1.4%~9.4%，且多数结肠癌由腺瘤性息肉发展演变而来[1]。结直肠癌位居全球癌症死亡原因的第二位，占癌症死亡总人数的 9.4%，发病率逐年攀升，在消化系统肿瘤中增长势头居首[2]。“正常黏膜→腺瘤→癌”的序贯演变学说已获医学界的公认，全程历时 10~15 年[3-4]。尽管内镜下切除是当前标准疗法，但 20%~50%的高复发率使该疾病临床防治面临巨大挑战[5]。中医药强调的个体化治疗、多靶点干预及全程动态管理，在该病的防治中具有不可替代的优势[6]。

中医学无“结肠息肉”“结直肠癌”的明确病名，根据其临床特征，可将其归属于“癥瘕”“肠覃”“肠澼”“便血”等范畴。《灵枢·水胀》首次描述肠息肉相关的病机：“肠覃何如？岐伯曰：寒气客于肠外，与卫气相搏，气不得荣，因有所系，癖而内着，恶气乃起，瘜肉乃生。”《灵枢·五变》载“脾胃之间，寒温不次，邪气稍至，稽积留止，大聚乃起”，指出大肠疾病可归属于“积聚”范畴。《证治准绳·杂病》进一步阐释：“今寒客于大肠，故卫气不荣，有所系止而结瘕在内贴着，其延久不已，是名肠覃也。”该病属本虚标实、虚实夹杂之证，以脾虚为本，以瘀血、湿热、痰凝为标，多由外感邪气、正气不足、饮食失宜、情志不畅等因素诱发，具有病程迁延、反复发作的临床特征。其病机本质为正虚邪恋、久病入络，这与“主客交-络病”理论所强调的“正气亏虚为发病之本，邪毒内陷、胶结脉络为病变核心”的学术观点高度一致，可清晰阐释本病难以根治、易于复发的内在机制。因此，本文从“主客交-络病”理论切入，系统探讨结肠腺瘤样息肉的病机演变与辨治思路，以期深化中医药对该病的认识，为临床防治提供理论依据。

1 “主客交-络病”理论内涵

1.1 “主客交”理论源流、内涵及发展

“主客交”理论根植于《黄帝内经》正虚邪实思想，于明清时期形成完整体系。《素问·评热病论篇》云：“邪之所凑，其气必虚。”《素问·五运行大论篇》言：“主气不足，客气胜也。”二者奠定了正虚致病的理论根基。明代吴又可在《温疫论·主客交》首倡“主客交”病机，核心为正气虚衰与疫邪内陷胶结血脉而形成痼疾，指出素体羸弱或久病精血亏虚者易致正邪交争，其病证具有病程绵长、虚实夹杂的特征，常规补泻之法收效有限，故强调须“乘真元未败”，予三甲散透邪通络、虫药破滞逐瘀。清代薛生白于《温热经纬·湿热病篇》将该理论拓展为“主客浑受”之说，将病因延伸至湿热之邪，提出湿热久羁、深入厥阴可致气机郁滞、血行瘀滞、络脉凝瘀的复杂病机，治以三甲散加柴胡、桃仁以疏肝活血[7]。综上，“主客交”理论的核心为气血亏虚、外邪内陷、血脉胶结，其正虚邪陷的病机本质与结肠腺瘤样息肉的演变高度契合，为临床提供“扶正透邪”的诊疗思路。

1.2 络病学说概述

络病学说是中医理论体系的重要组成部分，主要围绕“久病入络”“久痛入络”展开，强调络脉病变是多种慢性疾病的基础病理机制。其萌芽于《黄帝内经》，书中首提络脉分阴阳及“阳络伤则血外溢、阴络伤则血内溢”（《灵枢·百病始生》）。汉代《金匮要略》拓展了其治疗方药。清代《临证指南医案》系统构建了其理论体系，明确络病“由气及血、因虚致瘀”的演变规律，以虚实为纲，络实为邪结络中、气血凝结，络虚为久病正衰、络脉失养。《临证指南医案·胁痛》中“肝络凝瘀”“伤及肝脾之络，致血败痰留”等论述，印证了络病虚、瘀、毒交织的病理本质。

结合现代解剖与生理学认识，中医“肠络”可分为气络与血络两个层次，对应结肠黏膜及黏膜下功能网络：肠之气络对应黏膜下肠神经系统、淋巴管网及黏膜免疫相关结构，主司肠腑气机调控、津液输布与免疫防御；肠之血络对应黏膜微血管网与黏膜下血管丛，主司气血渗灌、濡养黏膜[8]。二者共同构成的肠络体系，既是气血濡养结肠的结构基础，亦是病邪传入、滞留、结聚的核心病位，其瘀阻状态与息肉血管畸形、黏膜微循环障碍直接相关。结肠息肉多继发于慢性肠道炎症，病程演变与《临证指南医案·积聚》所载“初为气结在经，久则血伤入络”的经典病机认识高度契合。现代研究表明，结肠息肉的发生与黏膜微循环障碍、肠道屏障功能损伤密切相关，印证了络病“络脉瘀阻、气血不行”的病理核心[9]；黏膜免疫紊乱、炎症因子持续释放，是“络虚邪滞”的微观体现[10]；而息肉术后易复发的临床特征，亦与“邪伏肠络、久病入络”的病机规律相吻合，为络病理论指导本病防治提供了现代依据[11]。肠络失和日久，痰瘀互结不散，终致“络息成积”而发息肉。

1.3 “主客交”理论与络病理论相关性

“主客交”理论以正气亏虚为本、病邪内陷胶结血脉为标；络病学说主要阐释久病入络而致络脉失和、虚瘀毒互结阻滞脉道的病理演变。二者虽表述不同，但存在密切关联，且在结肠腺瘤样息肉的病程演化中存在清晰的先后转化路径。首先，二者病理特征高度一致，均以正气虚弱、邪气滞留、脉络瘀阻为核心病机。其次，在病程传变上存在明确的先后递进关系：“主客交”发生在前，是疾病启动与进展的病机动因；“络病”形成在后，是病邪深入、病位固定的病理归宿。疾病初起，正气亏虚致客邪入侵，正邪交争于气分、血脉之中，形成“主客交浑”的状态，此时病位尚浅，以气机郁滞、血脉不畅为主要表现；若病情迁延、正气不复，客邪逐步由气分深入血分，由经脉深入细小络脉，胶结难解，则逐步演变为络病。这一传变路径恰与“主客交”理论中邪气由气分向血分递进的病机相呼应，也符合“初为气结在经，久则血伤入络”(《临证指南医案·积聚》)这一经典络病传变规律。最后，在诊疗原则上，“主客交”理论强调扶正祛邪、分解主客，而络病理论则强调“络以通为用”，二者均注重攻补兼施、祛邪通络。综上，本团队认为主客交理论从正邪关系角度阐释痼疾缠绵难愈的内在机制，络病理论则从结构与功能层面明确病变部位，二者在病机与病位维度互为补充。结肠腺瘤样息肉病程迁延、反复发作，其“正虚邪结、久病入络”的病机特点与上述理论高度契合。二者结合，可系统把握该病的核心病机与病变部位，为临床辨证提供扎实的理论依据。

2 从“主客交-络病”理论探析结肠腺瘤样息肉的病机内涵

本团队基于“主客交-络病”理论，认为结肠腺瘤样息肉病理演变呈现“正气渐虚-痰瘀互结-毒损肠络”的阶段性发展。脾肾亏虚，则气血生化乏源，肠络失于濡养温煦，致主弱客盛、正气渐虚，此为发病之源；湿、热、痰、瘀诸邪乘虚侵袭肠腑，壅滞肠络气机，致肠腑运化失司，进而正邪相持、外邪互结于肠络，此为病情进展之路；湿热蕴结日久，热灼津液化浊，湿阻气滞生痰，痰瘀浊毒胶结，壅塞肠络脉络，终致正虚邪恋、毒邪胶结于肠络，此为痼疾之果。全程形成“正虚邪伏-邪滞伤络-络损正虚”的恶性循环，是该疾病病程缠绵、反复发作、难以根治的关键。

2.1 主弱客胜、邪始相干为发病之基

“主胜客弱”是维系人体健康的核心稳态机制。“主”为正气，包含脏腑之气、营气、卫气等，主导人体生理功能并抵御病邪；“客”为外来病邪。《素问·刺法论篇》“正气存内，邪不可干”与《素问·评热病论篇》“邪之所凑，其气必虚”，明确正气盛衰直接影响疾病的发生与发展，其兼具御邪、清邪、衡阴阳、促修复之能，是维持血络充盈的核心动力。生理状态下，正气充盛则“主胜”。卫气循行于肌表与脏腑间隙，正如《灵枢·本脏》所言“温分肉、充皮肤、肥腠理、司开阖”；营气作为水谷精微，与血共行脉中，濡养脏腑肢体。营卫二者协同维系机体平衡，使病邪无从侵袭，此为肠覃等积聚类病变不易发生的根本原因[12]。

正气亏虚是肠覃发病的内在根源，多由后天损耗致脾胃失调引发。《素问·玉机真藏论篇》云：“脾为后天之本，气血生化之源。”饮食不节、劳倦过度、情志失调等因素均可致脾胃运化失司，气血津液生成不足，进而使脏腑、营卫之气失养，正气衰减。卫气根于元气、充养于脾胃，一旦正气亏虚则卫气失充，

肠外脉络防御能力减弱，“卫气不固”为病邪入侵创造条件，机体遂由“主胜客弱”的生理状态转变为“主弱客强”的病理状态。肠腑以通为用，有赖脾胃之气推动与卫气的濡养；一旦正气亏虚，卫外不固，肠外脉络易受病邪侵袭。本病发病之初多以脾气亏虚为始动因素，脾胃失运则水谷不化、聚湿生痰，临床多见排便异常、腹部不适，此与《金匮要略·脏腑经络先后病脉证第一》“四季脾旺不受邪”的理论相呼应。肠覃的发病机制与现代医学中的肠道黏膜屏障受损、黏膜免疫紊乱及肠道菌群失衡密切相关，提示其中医病机与现代医学关于肠道微生态及免疫异常的认识存在内在一致性[13]。

2.2　正邪相持、湿痰瘀络为病进之途

络脉是气血运行、病邪传变的通道，具有易滞易瘀、易入难出、易积成形的病机特点。络脉形态细小迂曲、分支众多，且与脏腑直接相连。叶天士在《临证指南医案·便血》中指出：“阴络乃脏腑隶下之络。”络中气血运行迟缓，此特性有利于精微物质渗灌、濡养脏腑；若邪气侵袭入络，则易导致络脉气血运行滞涩，形成瘀滞，随病情进展可致络脉瘀塞，引发急、慢性缺血病变。肠络位居下焦，为气血津液输注结肠之枢纽，其支横别出、络体细窄的特点，使其既易受邪又难驱邪，成为湿、痰、瘀等病理产物留恋蕴结之地。当正气渐虚、肠络失养之时，湿、痰、瘀之邪可乘虚侵犯肠络，正邪交争而相持不下，此与《素问·痹论篇》“病久入深，营卫之行涩，经络时疏，故不通”之旨相符。

湿、痰、瘀蕴结肠络主要通过两条路径：其一，外感湿邪循脾胃之经下趋肠络，足太阴脾经入腹属脾络胃，足阳明胃经属胃络脾，饮食不洁、久居湿地均可致湿邪侵袭；其二，脾虚失运致湿浊内生，《医宗必读·痰饮》云“脾为生痰之源”，脾胃亏虚则水谷不得正常运化，聚湿成痰，痰郁日久阻滞气血而成瘀，湿、痰、瘀三邪相合，蕴结肠络。湿性黏滞则络气不畅，痰浊阻滞则络道壅塞，瘀血凝滞则络脉瘀阻，三者交互为患，既耗伤正气，又阻滞邪气外泄，致使正邪相持不下。临床既可见腹痛腹胀、大便黏滞不爽、溏便等湿痰瘀下注的标实之症，又可见腹部隐痛、排便节律紊乱等络气郁滞之候。患者还可能因长期受症状困扰而伴焦虑、抑郁等情志失调，形成“肠络郁滞致肝郁、肝郁复增肠络滞涩”的恶性循环。因此，湿痰瘀胶着肠络而致气机郁滞、正邪相持，为本病由虚致实、病势进展的关键病理环节，亦是后续瘀阻成积、息肉增大甚至产生恶变倾向的前期基础。

2.3　正虚邪恋、毒损滞络为痼疾之果

《医林改错·论抽风不是风》云“元气既虚，必不能达于血管，血管无气，必停留而瘀”，揭示了因虚致瘀的核心机制。《临证指南医案·积聚》言“初为气结在经，久则血伤入络”，阐明久病入络的传变规律。本团队认为，结肠腺瘤样息肉的痼疾阶段与中医“肠覃”久羁不愈的特征相契合，其病理演变呈“正虚为始、邪恋为进、毒损胶结为果”的三阶规律。脾胃亏虚、正气不足为始因，致肠络失养、气血运行乏力，湿、痰、瘀之邪乘虚留滞肠络，形成“正虚邪恋”的病理基础。邪恋日久，湿、痰、瘀郁而化毒，灼伤肠络致络脉破损、血溢脉外，与肠内浊物相搏结，化生“毒损瘀浊”之邪，恰合《素问·生气通天论篇》“营气不从，逆于肉理，乃生痈肿”之旨，亦是肠覃“恶气乃起”的核心内涵。毒邪还可直接耗伤肠络精血，使络脉脆嫩易损；毒瘀胶结更阻气血运行，加重肠络壅塞。

本病之毒邪可分为痰毒、瘀毒、浊毒三类，各具病理特性：痰毒由痰湿久郁化浊而生，性黏滞而善收引，易附着肠络、聚而成形，为息肉隆起增生的病理基础；瘀毒由瘀血久滞肠络、瘀久化热生毒而成，性峻烈而善走，易灼伤络脉、蚀损黏膜；浊毒由湿、痰、瘀胶结熏蒸腐化而成，兼具三者之性，是息肉向癌前病变进展的关键。三类毒邪与癌毒层次有别，呈递进演化的关系。痰毒、瘀毒、浊毒属病理产物性邪毒，多见于良性腺瘤阶段，病势较缓，以局部积聚增生为主，病理状态可逆；癌毒属恶变性质邪毒，其致病特点与现代医学描述的无序增殖、侵袭与转移等生物学特性相对应，为恶性病变的病机，病势峻猛，正气耗损剧烈。在疾病的演化路径上，痰毒与瘀毒相互搏聚，酿生浊毒；浊毒久羁肠络，耗损正气，蚀败肠膜，渐可演化为癌毒，正与“正常黏膜→腺瘤→癌”的序贯癌变规律高度契合。其中，浊毒阶段是阻断癌毒化生、逆转病变进展的关键时期。处于浊毒阶段的患者临床多表现为便血、腹痛固定不移且进行性加重、大便性状改变，或伴黏液脓血便；肠镜下可见息肉体积较大、质地偏硬，甚者呈多发结节样

或恶变倾向。患者常因症状迁延及对恶变的忧思而致情志失调，进一步郁滞肠腑气机，加剧痰、瘀、浊毒的凝结。浊毒久壅肠络，可致肠腑传导失司，继发慢性失血、便秘等变证，使恶变风险进一步升高，此与古病“肠覃”所载“息肉内生、日久恶变”的疾病转归相似。

现代医学认为，结肠腺瘤的发生发展以腺瘤性息肉病结肠蛋白、磷酸化肿瘤蛋白 p53 等抑癌基因失活、表皮生长因子受体信号通路异常激活及表观遗传改变为核心分子机制，最终引发细胞增殖与凋亡失控，且腺瘤病理进展程度与恶变风险呈正相关[14-15]。这一序贯癌变规律，与中医“正虚络阻、痰瘀蕴结，日久腐化生癌毒”的病理演进过程存在内在病机一致性。

3 基于“主客交-络病”理论辨治结肠腺瘤样息肉

针对结肠腺瘤样息肉“正虚邪恋、毒损胶结于络、肠络不通、肠腑失用”的核心病机，本团队提出以扶正祛邪、通络解毒为总治则，采用分阶段调治思路，结合结肠腺瘤样息肉的不同病变阶段的证候特点进行论治。初期正虚湿盛、络气郁滞者，治以健脾益气、化湿通络，或疏肝健脾、化浊通络为法，兼顾扶助正气与疏利肠络湿浊；中期湿痰瘀互结、肠络瘀阻者，治以健脾化痰、活血化瘀为法，攻补兼施，化解中焦痰湿、通畅肠络瘀滞；后期毒损胶结、络脉壅塞兼正气亏虚者，治以化浊解毒、扶正破瘀、顾护阳气为法，在清除毒瘀浊邪的同时固护正气、温养阳气，最终恢复肠络渗灌气血与肠腑传化通降的生理功能，促使疾病向愈。

3.1 健脾益气、化湿通络

《灵枢·百病始生》云：“壮人无积，虚则有之。”吴以岭院士继承《黄帝内经》、张仲景、叶天士等历代医家的络病思想，将其与现代医学相结合，确立了完整的络病学说体系，进一步揭示络病具有“易滞易瘀、易入难出、易积成形”的病变特点[16]。喻昌于《医门法律·络脉论》中指出：“外邪从卫而入，不遽入于营，亦以络脉缠绊之也。”结合该论述，“毒损肠络”可理解为伏毒内陷、感而后发，进而导致肠络形气俱损的动态过程。疾病初期，可见腹胀纳呆、大便黏滞、肢体困重、少腹隐痛、舌淡红、苔白腻、脉濡缓等表现，其核心病机为脾虚湿阻、痰瘀初结于肠络。治疗上，秉承《金匮要略·脏腑经络先后病脉证第一》“见肝之病，知肝传脾，当先实脾”之旨，立足“主客交-络病”理论，确立治法以健脾益气、化湿通络为主，佐以活血化瘀，予以自拟方“健脾化湿汤”加减，方由木香 6 g、砂仁(后下)6 g、人参 10 g、白术 15 g、茯苓 15 g、炙甘草 15 g、丹参 20 g、三七 3 g 组成。方中以人参、白术为君药，旨在益气健脾、扶正固本，复中焦运化，契合《素问·刺法论篇》“正气存内，邪不可干”之旨。木香、砂仁为臣药，理气化湿、醒脾开郁，辅以茯苓健脾渗湿，共调中焦气机。佐以丹参、三七，二者相伍，活血而不耗血，化瘀而不伤络。其中，丹参性微寒，能清瘀热，活血而不峻猛，恰合“痰瘀初结”的轻度瘀滞状态，素有“一味丹参胜四物”之说，可温和疏通肠络瘀滞；三七兼具和血之长，现代研究亦提示其可通过腺苷酸活化蛋白激酶信号通路改善微循环[17]。炙甘草调和诸药，兼补中焦，是为使药。临证注重气机调畅：湿重者，佐薏苡仁、荷叶以助运化水湿；气滞明显者，酌加香附、陈皮疏肝理脾。全方融“补、行、化、通”于一体，脾运得健则湿化瘀消，气机畅达则络通瘀散，体现了“脾络同治”、以通为补的辨治思路。

3.2 健脾化痰，活血化瘀

结肠息肉进展至中期，常见腹痛固定不移、腹胀、大便形态异常、便黏或伴黏液血便、排便不畅、舌紫暗有瘀斑、苔腻、脉弦涩或濡涩等痰瘀互结、肠络闭阻之证。本团队据叶天士“久病入络，须以辛润通络”之论及“主客交-络病”理论，认为此阶段核心病机为脾虚失运、痰瘀互结、肠络闭阻。治疗遵《素问·至真要大论篇》“坚者削之，结者散之”之旨，确立健脾化痰、活血通络之法，予以自拟方“参苓散瘀汤”化裁，方由人参 10 g、炒白扁豆 15 g、炒白术 15 g、茯苓 15 g、陈皮 9 g、炒山药 30 g、炙甘草 15 g、薏苡仁 60 g、桔梗 10 g、大枣 15 g、夏枯草 15 g、猫爪草 15 g、浙贝母 15 g、牡蛎(先煎)30 g 组成。方中以人参、炒白术、茯苓为君药，健脾渗湿、益气固本，谨守“脾为后天之本”之旨。臣以炒白扁豆、炒山药、薏苡仁健脾祛湿，陈皮理气化痰，夏枯草、猫爪草、浙贝母、牡蛎软坚散结。桔梗载药上行，宣开肺气，寓“培土生金”之意；大枣补中益气，二者共为佐药。炙甘草调和诸

药，为使药。临证化裁重视分型论治：湿热兼夹者，合葛根、黄芩、黄连，清化湿热、升清降浊；瘀兼血热者，酌加丹参、牡丹皮凉血活血，辅以玉竹、石斛养阴护液，佐以檀香、砂仁理气助运。治疗中，强调化痰活血不宜峻猛，常佐丝瓜络、路路通等轻清通络之品，助邪外达、防寒凝络瘀，体现“祛瘀护络、治实顾虚”的辨治原则。全方融健脾、化痰、散结、通络于一体，以“通补兼施”为纲，兼顾消癥散结与顾护脾胃。

3.3　化浊解毒，扶正破瘀，顾护阳气

结肠息肉发展至后期癌前病变阶段，多表现为痰毒蕴结、络损成积，可见腹痛剧烈且固定不移、大便伴脓血或黏液、排便形态改变、排便困难，伴体重下降、神疲乏力、畏寒肢冷、腰膝酸软、舌紫暗或有瘀斑瘀点、苔黄腻或白腻、脉沉涩或细弱等症。本团队遵《临证指南医案·腹痛》“久痛入络”之论，结合《医宗金鉴·杂病心法要诀》“积聚之治，攻补相宜”之旨，提出此期核心病机为痰毒蕴结、络损成积、正气亏虚、阳气不振。治以化浊解毒、扶正破瘀、温阳通络为法，选用自拟方“化浊破瘀方”加减。本方以乌梅丸为基础，融合散结方、化铁丸及肾四味化裁而成，方由乌梅 15 g、细辛 3 g、肉桂(后下)10 g、黄连 6 g、黄柏 9 g、当归 12 g、太子参 15 g、淡附片(先煎)15 g、干姜 6 g、桂枝 9 g、夏枯草 15 g、猫爪草 15 g、浙贝母 15 g、牡蛎(先煎)30 g、威灵仙 15 g、楮实子 15 g、补骨脂 15 g、菟丝子 15 g、枸杞子15 g、巴戟天 15 g 组成。方中以乌梅、淡附片、肉桂为君药：乌梅酸敛固涩、生津润燥，既能收敛耗散之正气，又可防攻逐之品伤正；淡附片、肉桂温阳助气。三者共奏温阳扶正之效。以太子参、当归、干姜、桂枝为臣药：太子参益气健脾、扶正补虚，当归养血活血、濡润络脉，二者相合调益气血；干姜、桂枝温通散寒，兼助络脉畅行。佐以夏枯草、猫爪草、浙贝母、牡蛎化痰软坚；威灵仙、楮实子通络消积；补骨脂、菟丝子、枸杞子、巴戟天温肾填精，佐制攻邪之峻；黄连、黄柏清泄郁热；细辛辛通开结。全方共成寒热并调、攻补兼施之剂。临证重视随证加减：阳虚甚者，加鹿角胶、淫羊藿以温肾助阳；痰毒炽盛者，佐以白花蛇舌草、半枝莲增强抗癌解毒之力；瘀阻较重者，配伍桃仁、红花活血通络；肠燥便结者，酌加火麻仁、郁李仁润肠通便。全方融温、清、通、补于一体，既祛痰瘀毒浊，又扶正顾阳，契合“攻补相宜”之治则，为阻断息肉向癌前病变进展提供辨治思路与方药依据。

4　案例举隅

患者许某，女，68 岁。初诊：2025 年 6 月 8 日。主诉：间断腹泻 10 年余，加重半年。刻下症：大便不成形，日行 2~3 次，泻后乏力、汗出，伴小腹隐痛；纳差，眠可，小便调；舌质紫暗，苔黄腻，脉弦缓。既往史：无特殊。辅助检查(2025 年 6 月 1 日)：胃镜示慢性食管炎、食管裂孔疝、慢性非萎缩性胃炎；肠镜示结肠多发息肉(已切除)。病理检查结果：(乙状结肠)低级别上皮内瘤样病变-管状腺瘤。西医诊断：结肠腺瘤样息肉；慢性食管炎；食管裂孔疝。中医诊断：泄泻(脾虚湿蕴，气滞络瘀证)。治法：健脾化湿，理气活血，缓急止泻。处方：痛泻要方合金铃子散加减。方药：麸炒白术 20 g，炒白芍 25 g，防风 15 g，陈皮 12 g，炒川楝子 9 g，醋延胡索 30 g，麸炒枳壳8 g，醋香附 20 g。3 剂，水煎服，每日 1 剂，分 2 次温服。

二诊：2025 年 6 月 14 日。患者诉症状较前减轻。刻下症见：腹泻日 2~3 次，泻后乏力，便前腹痛、便后缓解；舌紫暗，苔黄干。方药：守原方加蜜罂粟壳 10 g、诃子肉 30 g、三七粉 3 g。7 剂，煎服法同前。

三诊：2025 年 6 月 20 日。患者诉大便渐成形。刻下症见：大便基本成形，小腹隐痛较前减轻；平素怕冷，四肢不温；舌紫暗，苔薄黄。方药：淡附片(先煎)30 g，炮姜 10 g，肉桂 10 g，人参 12 g，麸炒白术 15 g，炙甘草 30 g，乌梅炭 30 g，煅赤石脂 30 g，蜜罂粟壳 6 g，麸炒芡实 30 g，麸炒薏苡仁 30 g，炒麦芽 30 g，大枣 5 枚，夏枯草 15 g，牡蛎(先煎)30 g，猫爪草 15 g，土鳖虫 10 g，烫水蛭 6 g。7 剂，煎服法同前。

2025 年 12 月 30 日随访，患者诉经数月中药调理后停药，2025 年 12 月 20 日复查肠镜未见异常。嘱其注意饮食调摄，定期复查。

按：本案属结肠腺瘤样息肉合并久泻。患者年近古稀，脾胃素虚，湿浊内蕴，肝木乘脾，瘀血阻络，故大便溏泻、小腹隐痛，舌紫暗、苔黄腻；肠镜及病理提示结肠腺瘤样息肉，符合中医学“肠覃”“癥瘕”范畴。辨证为脾虚湿蕴、气滞络瘀，病位在肠络，涉及肝、脾。治以健脾化湿、理气活血、缓急止泻，分期而治，扶正祛邪兼顾标本，正合“主客交-络病”正虚邪恋、

久病入络之旨。一诊以痛泻要方合金铃子散，健脾柔肝、理气活血、缓急止痛。方中麸炒白术、炒白芍一健脾一柔肝，抑木扶土；防风、陈皮升清止泻、理气燥湿；炒川楝子、醋延胡索即金铃子散，行气活血止痛；麸炒枳壳、醋香附宽肠理气。全方以调畅气机、缓急止痛为主，兼以健脾化湿，气行则血行，络脉自通，正合“初病气结在经”之意。二诊患者腹泻虽减而未止，便前腹痛、便后缓解，肝木乘脾、气滞络瘀仍在，守方加蜜罂粟壳、诃子肉以涩肠止泻，三七粉活血护络，防久泻伤络。三诊患者大便渐成形，腹痛亦减，但仍怕冷、四肢不温，舌紫暗、苔薄黄，提示阳虚显露、寒热错杂，病机由脾虚湿蕴、气滞络瘀转为阳虚络损，故整体调整治方，以温阳健脾、涩肠止泻、软坚散结、活血通络为法。方中淡附片、炮姜、肉桂温补脾肾之阳；人参、麸炒白术、炙甘草、大枣益气健脾；乌梅炭、煅赤石脂、蜜罂粟壳涩肠止泻；麸炒芡实、麸炒薏苡仁健脾渗湿；炒麦芽消食和胃；夏枯草、牡蛎、猫爪草软坚散结；土鳖虫、烫水蛭破血逐瘀、搜络剔邪。全方温清通补、攻补兼施，次第紧扣病机，故获效显著。停药后患者复查肠镜未见异常，随访病情稳定。

5 结语

本团队以《黄帝内经》“正虚邪实”思想为源，融合吴又可“主客交”与叶天士“络病”理论，系统阐释结肠腺瘤样息肉基于“主客交-络病”理论的病程递变路径，明确“主客交启病、久羁入络成积”的病机演化规律，提出结肠腺瘤样息肉的病机演变历经“正气渐虚-痰瘀互结-毒损肠络”等阶段，其病机本质以正气亏虚为本、痰瘀毒结为标，肠络壅塞为病位所在，揭示该病迁延难愈且具有癌变倾向的内在机制。治疗上，强调“扶正祛邪、通络散结”，通过调理脾、胃、肝、肾等脏腑功能，使肠络复通、肠腑得运，从而推动疾病向愈。全病程贯穿“通补兼施”之法，重视化浊、散结、通络类药物的配伍运用，旨在恢复肠络通畅与肠腑功能。本文通过构建“病机-治则-方药”相贯通的辨证论治体系，为结肠腺瘤样息肉的中医临床诊疗提供理论依据与实践参考。

参考文献

[1] Sninsky J A, Shore B M, Lupu G V, et al. Risk factors for colorectal polyps and cancer[J]. Gastrointestinal Endoscopy Clinics of North America, 2022, 32(2): 195-213.

[2] Bray F, Laversanne M, Sung H, et al. Global cancer statistics 2022: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries[J]. CA, 2024, 74(3): 229-263.

[3] 王悦. 健脾化瘀汤预防结直肠腺瘤复发及复发相关因素的临床研究[D]. 南京: 南京中医药大学, 2018.

[4] Keum N, Giovannucci E. Global burden of colorectal cancer: emerging trends, risk factors and prevention strategies[J]. Nature Reviews Gastroenterology & Hepatology, 2019, 16(12): 713-732.

[5] 中华医学会消化病学分会, 中华医学会消化病学分会消化系统肿瘤协作组. 中国结直肠肿瘤综合预防共识意见(2021 年, 上海)[J]. 胃肠病学, 2021, 26(5): 279-311.

[6] 李园, 赵莹, 陈萌, 等. 从中医学视角探讨慢性胃炎“炎癌转化”过程的免疫失衡与重建[J]. 北京中医药大学学报, 2021, 44(1): 92-96.

[7] 李威, 岳冬辉. “主客交”“主客浑受”理论内涵探析[J]. 中国中医基础医学杂志, 2024, 30(12): 1989-1992.

[8] 纪凌云, 姜璐, 曹志群, 等. 基于络病理论应用中药灌肠法辨治溃疡性结肠炎[J]. 山东中医杂志, 2023, 42(12): 1245-1249.

[9] Mörbe U M, Jörgensen P B, Fenton T M, et al. Human gut-associated lymphoid tissues (GALT); diversity, structure, and function[J]. Mucosal Immunology, 2021, 14(4): 793-802.

[10] 林寿宁, 陈洋, 林树元. 结肠息肉中医病名刍议[C]//世界中医药学会联合会消化病专业委员会第三届国际学术大会暨广西中西医结合学会消化年会论文集, 2012: 584.

[11] 时依萍, 王雨萌, 郑清允, 等. 结直肠息肉治疗术后复发的危险因素分析及列线图模型建立[J]. 现代生物医学进展, 2026, 26(6): 816-825.

[12] 任霞, 赵智强. 赵智强教授辨治结肠腺瘤样息肉学术经验初探[J]. 浙江中医药大学学报, 2017, 41(1): 75-77, 83.

[13] 邓成念, 谢臣武, 谢斌, 等. TRPV6、CCK-B、β-catenin 在结肠息肉/癌组织中表达及相关性[J]. 中国老年学杂志, 2024, 44(3): 675-679.

[14] 禹蓉, 董卫国, 田山, 等. 不同病理类型结直肠息肉癌变的临床研究进展[J]. 中国全科医学, 2023, 26(14): 1790-1794.

[15] 王谦, 朱远凤, 王亚婷. 内镜黏膜下剥离术治疗早期结直肠癌、癌前病变效果及对血清 T 淋巴细胞亚群、CEACAM-1 水平的影响[J]. 河北医药, 2025, 47(11): 1870-1872, 1876.

[16] 吴以岭. 络病学[M]. 北京: 中国科学技术出版社, 2004: 74.

[17] 蔡婷. 三七皂苷 R1 通过 SIRT1/AMPK 调控 VSMC 自噬改善动脉粥样硬化的机制研究[D]. 武汉: 湖北中医药大学, 2023.

(本文编辑 匡静之)