

本文引用: 胡鑫海, 索卓群, 王素盈, 杨 岩, 李慧臻, 赵双梅. 李慧臻教授运用运脾法治疗溃疡性结肠炎经验[J]. 湖南中医药大学学报, 2025, 45(9): 1776–1779.

李慧臻教授运用运脾法治疗溃疡性结肠炎经验

胡鑫海¹, 索卓群¹, 王素盈¹, 杨 岩², 李慧臻², 赵双梅^{2*}

1. 天津中医药大学, 天津 300193; 2. 天津中医药大学第二附属医院, 天津 300250

〔摘要〕 溃疡性结肠炎是一种慢性、复发性肠道疾病, 其危害不仅限于肠道局部损伤, 还可引发全身多系统并发症, 严重威胁患者健康和生活质量。李慧臻教授在长期的临床实践中总结出独特的治疗经验, 认为溃疡性结肠炎的病位在肠, 病机以脾虚为本, 湿热瘀毒为标, 以肝郁乘脾、脾病及肾为变, 从而表现为本虚标实、寒热错杂的病理格局。治疗上以运脾复健为本, 以祛邪务净、调肝温肾为要。李慧臻教授临证谨守病机, 灵活组合补气、化湿、疏肝、温阳、活血等治法, 临床疗效显著。

〔关键词〕 溃疡性结肠炎; 运脾法; 从脾论治; 乌梅丸; 名医经验; 李慧臻

〔中图分类号〕 R256

〔文献标志码〕 A

〔文章编号〕 doi:10.3969/j.issn.1674-070X.2025.09.027

Professor LI Huizhen's experience in treating ulcerative colitis with spleen-regulating method

HU Xinhai¹, SUO Zhuoqun¹, WANG Suying¹, YANG Yan², LI Huizhen², ZHAO Shuangmei^{2*}

1. Tianjin University of Traditional Chinese Medicine, Tianjin 300193, China; 2. The Second Affiliated Hospital of Tianjin University of Traditional Chinese Medicine, Tianjin 300250, China

〔Abstract〕 Ulcerative colitis (UC) is a chronic and relapsing intestinal disease, the impact of which extends beyond local intestinal damage to systemic multi-system complications, posing significant threats to patients' health and quality of life. Through long-term clinical practice, Professor LI Huizhen has developed unique therapeutic insights. She identifies the disease location in the intestines, with pathogenesis centered on spleen deficiency as the root, damp-heat and stasis-toxin as the manifestations, and with liver depression restricting spleen and spleen disorders affecting the kidney as the pathological transmission. This results in a pathological pattern of deficiency in root with excess in manifestations and combined cold and heat. For treatment, Professor LI emphasizes regulating the spleen and restoring its function as the foundation, while prioritizing thorough elimination of pathogens, liver regulation, and kidney warming as key principles. Clinically, she strictly adheres to differentiation of pathogenesis, flexibly combining therapeutic methods such as supplementing qi, transforming dampness, soothing the liver, warming yang, and circulating blood, achieving remarkable clinical efficacy.

〔Keywords〕 ulcerative colitis; spleen-regulating method; treatment based on the spleen; Wumei Pill; famous doctor's experience; LI Huizhen

溃疡性结肠炎 (ulcerative colitis, UC) 是一种病因未明的炎症性肠病 (inflammatory bowel disease, IBD), 病变主要累及结肠和直肠, 以结肠黏膜持续

炎症及溃疡形成为特征, 多从直肠向近端结肠蔓延^[1]。该病好发于青壮年, 临床以反复发作的腹泻、腹痛、黏液脓血便及里急后重感为主要表现。UC 的发病

〔收稿日期〕 2025-03-26

〔基金项目〕 天津市教委科研计划项目 (2021KJ155); 李慧臻天津市名中医工作室。

〔通信作者〕 * 赵双梅, 女, 硕士, 主任医师, 硕士研究生导师, E-mail: aiwangzi312@163.com。

机制尚未完全明确,目前认为其发生是遗传易感性、免疫异常、肠道菌群失调及环境因素共同作用的结果^[2],具有多因素、多环节的复杂特征。现代医学多采用5-氨基水杨酸制剂、糖皮质激素及免疫抑制剂治疗,但存在药物依赖、不良反应等局限性^[3]。中医药在改善症状、控制疾病进展及降低癌变风险方面具有优势。李慧臻教授为全国名老中医药专家学术继承人,长期从事消化系统疾病诊疗研究,在防治UC方面有着丰富的临证经验和独特的学术思想。现将其临床经验介绍如下,以飨同道。

1 UC的病机探析

UC根据病因、病位、证候特点可归属于中医学“泄泻”“痢疾”“肠癖”范畴^[4]。李慧臻教授认为,UC病位在肠,病机关键在脾,兼涉肝、肾脏腑功能失调。脾为后天之本,主运化、主统血、主卫气,与脏腑气机升降密切相关。以下从脾的功能特性及脏腑关联出发,系统阐述李慧臻教授从脾论治UC的中医病机。

1.1 脾主运化失常

《素问·经脉别论篇》曰:“饮入于胃,游溢精气,上输于脾,脾气散精,上归于肺。”脾主升清,将水谷精微上输心肺,化为气血,濡养全身;胃主降浊,传导糟粕下传大肠。脾升胃降,气机调畅,则肠腑传化有序,清浊自分。素体脾虚或饮食劳倦伤脾,运化无力,水谷不化精微,反聚为湿浊,下注肠腑,形成黏液便^[5]。脾阳充足,则水液输布如常,肠腑润燥相济,湿邪黏腻困脾,致脾阳不升,湿浊滞留而成里急后重感。湿性黏滞,阻碍气机,郁久化热,形成湿热蕴结肠络,湿热与肠中糟粕相搏,灼伤脂膜血络,腐败成脓,形成脓血便。脾失运化是UC本虚标实病机的关键环节,脾虚不运则湿浊内生,湿郁化热则肠络受损。

1.2 脾主统血失职

《难经·四十二难》云:“脾主裹血,温五脏。”脾为统血之脏,气血生化之源。脾通过气机固摄作用,维持血液循行于脉道之内,防止血溢脉外^[6]。脾健则气血充盈,血行有序,肠络得养,黏膜润泽。脾虚气弱,统血无权,气不摄血,血不循经,溢于肠络,发为便血、赤白黏冻。UC患者病情迁延难愈,长期便血耗伤气血,脾虚不能化生新血,肠膜失于濡养,溃疡边缘苍白,久不愈合,形成“愈溃愈虚,愈虚愈溃”的恶性循环。久病气血运行不畅,血行受阻,瘀血内生。瘀血与湿热互结,阻滞肠络气血,致腹痛如刺、便血色紫黯夹血块。瘀血不去,新血不生,黏膜修复迟缓,

脾虚统血失职,是UC便血缠绵、溃疡难愈的核心病机之一。

1.3 脾主卫气不固

《灵枢·本脏》云:“卫气者,所以温分肉,充皮肤,肥腠理,司开阖者也。”卫气循行于三焦,内温脏腑,外御六淫,维持肠道黏膜屏障功能。脾为卫气生化之源,具有护卫肌表、抵御外邪的功能^[7]。素体脾虚,或久病耗伤脾胃,致卫气生化无源,腠理疏松,易感湿热、寒湿等外邪。外邪从口鼻或肌表侵入,直趋肠腑,与内湿相合,壅滞肠络,发为暴痢,为UC急性活动期表现。正如《诸病源候论·痢病诸候》云:“凡痢皆由荣卫不足,肠胃虚弱,冷热之气,乘虚入客于肠间,肠虚则泄,故为痢也。”久痢正气不足,无力驱邪,湿热瘀毒伏留肠络,稍感饮食、情志之诱因即复发,且愈而复发、发而愈难,为UC缓解期表现。脾虚卫气不固是UC反复发作、迁延难愈的深层病机。

1.4 脏腑相关

1.4.1 肝郁脾虚,气滞湿阻 《医方考·泄泻门第十二》言:“泻责之脾,痛责之肝;肝责之实,脾责之虚。脾虚肝实,故令痛泻。”李慧臻教授认为,肝郁脾虚是UC的重要病机,肝郁作为重要诱因,常通过影响脾胃气机、化生湿热而推动疾病的发生与反复。《素问·宝命全形论篇》曰:“土得木而达。”肝主疏泄,调畅全身气机,助脾升清、胃降浊,维持肠道传化有序。脾失健运,湿浊内生,壅滞中焦,阻碍气机升降,肝气郁结,横逆犯脾,致脾运愈虚,湿浊更盛。肝脾不和,气机壅塞,湿浊与气滞互结,下注肠腑,阻滞肠络,发为腹痛即泻、泻后痛减。肝郁日久而化火,与脾湿相合,酿生湿热熏灼肠道,发为泻痢。脾虚与肝郁互为因果,气滞与湿阻相互胶结,形成土壅木郁的恶性循环,导致肠道气机壅滞、湿热蕴结,体现了“肝脾同病”的中医理论。

1.4.2 脾肾阳虚,肠失温煦 《景岳全书·泄泻》曰:“肾为胃关,开窍于二阴……今肾中阳气不足,则命门火衰,而阴寒独盛……即令人洞泄不止也。”肾阳蒸腾气化,司二便开阖,使肠道传化有度,糟粕排泄有序;脾阳充盛,则水谷精微上输心肺,下滋肾精,维持肠道温润通畅。脾阳与肾阳互为根本,共同温煦肠腑,推动肠道运行。脾运化水湿,肾蒸腾气化,二者协同完成水液代谢。若脾肾阳虚,则水湿内停,下注肠腑,发为濡泄;或水湿不化,寒从内生,凝滞肠络,下利清谷。李慧臻教授认为,泻痢日久,必损肾元,命门火衰,不能暖土,则脾肾两虚,关门不固。脾肾阳虚不能温煦肠腑,肠络失于濡润,黏膜苍白萎缩,溃疡久

不愈合,为 UC 病程迁延、久治不愈的核心病机之一。

2 运脾法在 UC 中的应用

脾健不在补、贵在运^[8]。李慧臻教授依据多年临床经验,强调运脾法贵在动与通,而非一味填塞补益,通过灵活配伍消、化、升、疏之品以清热化湿、行气导滞、化瘀通络,使脾脏恢复“运”的动态平衡,从而达到健脾、理脾、醒脾之目的。治疗 UC 上李慧臻教授以运脾法为总纲,确立治本重脾、祛邪务净、调肝温肾的治疗原则。

2.1 治本重脾

脾为后天之本、气血生化之源,亦是气机升降之枢。从脾论治 UC,不仅是针对肠道局部病变的修复,更是通过恢复脾的生理功能,重建整体气血阴阳的平衡,达到脾健则五脏安、肠络和的治疗目标。李慧臻教授基于“脾胃为轴”的学术思想,在临床实践中构建了以健脾为核心的多维网络调治体系,通过健脾益气、补脾摄血、健脾实卫三大法门,贯穿疾病全程,形成本虚标实同治、气血阴阳并调的特色疗法。其一,李慧臻教授认为,脾虚失运是 UC 发病的始动环节,故治疗上常以党参、白术、茯苓、山药、甘草等甘温和缓之品为君药,取其甘能补虚、温可助运之性,贯穿疾病始终,通过健脾益气之品复运化之基,重建气血生化之源。其二,李慧臻教授提出止血需固本、化瘀防留邪的治疗原则,以黄芪、党参等大补脾肺之气,益气摄血;当归、白芍等养血和营,促进肠络新生,同时配伍地榆炭、槐花炭等炭类药止血不留瘀,通过补脾摄血,气血双调,修复肠络止血生肌。其三,UC 反复发作与脾虚卫弱、伏邪内潜密切相关,李慧臻教授强调 UC 缓解期治疗需健脾实卫,常于健脾药中佐以风药如荆芥、防风等,既能祛风散寒固表,又可升发脾阳,助清阳上荣肠腑,形成“补卫不留邪,祛邪不伤正”的防治体系。

2.2 祛邪务净

UC 活动期湿热瘀毒壅盛,邪气猖獗,肠络受损^[9]。李慧臻教授主张以清、化、通、导四法并施,直折病势。针对黏液脓血便、肛门灼热,以芍药汤为基础方,配伍白头翁、秦皮增强清肠之力;针对腹痛、里急后重,以木香槟榔丸、四磨汤行气破滞,恢复肠腑通降之性;针对腹痛如刺、便血色暗,以少腹逐瘀汤加减,川芎“上行头目,下行血海”,配红藤活血通络,促进肠黏膜微循环。此阶段治疗强调速效祛邪,但需顾护脾阳,防苦寒败胃。UC 缓解期虽症状减轻,但湿热瘀毒常伏留肠络,形成余邪^[10],在补益脾肾的同

时,须注意透达伏邪,修复肠络,防止复发。此阶段患者常表现为乏力纳差、大便偶夹黏液,李慧臻教授常以补中益气汤合薏苡附子败酱散为主方,黄芪补气托毒、败酱草清热解毒、附子温阳助运,三者为君药配伍,既可健脾扶正,亦能透达深伏之邪。邪留为患,复发之根,祛邪务净是 UC 治疗中截断病势、防止复发的核心策略。李慧臻教授基于“邪去正自安”的中医理念,提出全程祛邪的治疗思想,强调无论在疾病活动期或缓解期,需彻底清除湿热、瘀毒、气滞等病理因素,防止余邪伏留、死灰复燃,从而截断病情反复发作的恶性循环。

2.3 调肝温肾

UC 久病不愈,常累及肝、肾二脏,形成“肝郁脾虚、脾肾阳虚”的复杂病机^[11]。肝木盛而克土,UC 患者情志不遂或久病焦虑,致肝气郁结,克伐脾土,脾失健运则湿浊内生,下注肠腑,发为肠鸣腹痛,大便泄泻,泻必腹痛。正如《类经·卷十三》云:“木强则侮土,故善泄也。”此类病证当从疏肝理脾调之,李慧臻教授临证常用逍遥散、柴胡疏肝散、痛泻要方等为主方加减,通过柴胡、白芍、香附等疏肝行气之品,调畅中焦气机,使脾胃气机升降有序,则诸症自解。UC 患者久病及肾,肾阳亏虚则命门火衰,不能蒸化水谷,致五更泄泻、完谷不化;脾失温煦则运化无权,湿浊凝滞,溃疡难敛。治疗必须脾肾双补,故李慧臻教授常用四神丸、附子理中丸等为主方加减,方中以补骨脂壮命门之火、肉豆蔻温中涩肠、吴茱萸暖肝散寒,共奏“益火生土”之功。温阳药易伤阴液,需佐熟地黄、山茱萸滋阴,或加麦冬、石斛制燥,取张景岳“善补阳者,必于阴中求阳”之意。李慧臻教授指出,UC 发病过程中肝郁、脾虚、肾衰常互为因果,治疗上当以肝为枢、脾为轴、肾为根,通过解肝郁、复脾运、益命火、暖脾土,重建气机升降与阴阳平衡,则泄泻自止。

3 病案举隅

患者龙某,女,51 岁。初诊:2024 年 10 月 21 日。主诉:间作便血 1 年,加重半个月。患者既往有 UC 病史,发病期间间作便血,腹泻,偶有腹痛,自述曾于多家医院就诊,服用美沙拉嗪肠溶片、蒙脱石散等药后症状缓解,后效果减弱病情复发,现为求中医药治疗前来就诊。现症见:患者性情急躁,腹痛腹泻,黏液脓血便间作,口干口苦,四肢不温,舌淡胖,苔薄腻,脉细。西医诊断:UC。中医诊断:泄泻(肝郁脾虚证)。治则:疏肝健脾,寒热并调,温肾固肠。处方:乌

梅丸加减。组成:乌梅 20 g,细辛 3 g,桂枝 6 g,干姜 6 g,附子 6 g,黄连 10 g,当归 15 g,党参 15 g,蒲公英 10 g,淡豆豉 10 g,栀子 10 g,黄芩炭 15 g,地榆炭 15 g,木香 12 g,净砂仁 10 g。共 3 剂,水煎早晚温服,忌生冷油腻。

二诊:2024 年 10 月 24 日。患者诉腹痛减轻,黏液脓血便减少,仍口干,纳差,舌暗,苔白腻,脉沉迟。在一诊方基础上将乌梅增至 30 g,附子增至 12 g,加白芷 10 g、炒谷芽 20 g、炒麦芽 20 g。共 7 剂,水煎早晚温服。

三诊:2024 年 11 月 4 日。患者诉大便成形,脓血偶见,四肢转温,舌淡,苔白,脉沉。在二诊方基础上将附子增至 18 g,去黄芩炭、蒲公英,加麸炒山药 15 g、醋青皮 10 g。共 14 剂,水煎早晚温服。

四诊:2024 年 11 月 18 日。患者诉脓血便消失,偶有腹痛,倦怠乏力,舌淡,苔薄白,脉迟缓。三诊方基础上加仙鹤草 15 g、白及 5 g、三七粉 1.5 g、白薇 10 g、玄参 15 g。共 14 剂,水煎早晚温服。

五诊:2024 年 12 月 18 日。患者诉症状稳定,大便 1~2 次/d,无脓血,舌淡红,苔薄白,脉缓。在四诊方基础上去仙鹤草、白及,加黄芩炭 10 g。共 7 剂,水煎早晚温服。

六诊:2024 年 12 月 30 日。患者诉病情平稳,纳食增进,偶有腹胀,舌淡红,苔薄白,脉缓。五诊方基础上加炒鸡内金 10 g、焦山楂 15 g。共 7 剂,水煎早晚温服。后停药 1 个月,随访未述病情复发,身体状况良好。

按:患者中年女性,初诊考虑围绝经期激素紊乱,情志不舒致肝郁气滞,横逆犯脾,脾虚失运,湿浊内生,肠络受损,故见黏液脓血便、腹痛;肝郁化火,煎熬胃液,故见口干口苦;久病及肾,脾肾阳虚,故见四肢不温。结合舌脉辨为寒热错杂之候,故以乌梅丸加减治疗。方中乌梅酸收敛肝,固肠止泻;细辛、桂枝、干姜、附子温肾暖脾,散寒止痛;黄连、黄芩炭、栀子清肝泻热,燥湿止痢;地榆炭凉血止血;木香、净砂仁行气化湿,醒脾和胃;党参、当归益气养血,扶正固本;蒲公英、淡豆豉清热解毒,调和寒热,肝脾肾三脏同调以奏寒热共治之功。二诊患者症状改善,增乌梅、附子药量加强温阳散寒、敛肝固肠之功,加白芷化湿止泻,炒谷芽、炒麦芽消食和中,体现“久病阳虚,渐补缓攻”思路。三诊患者热势已减,脓血渐散,去黄芩炭、蒲公英,增附子药量以固本培元,加麸炒山药健脾止泻、醋青皮疏肝破滞。四诊患者脓血消散,加仙鹤草、白及、三七粉收敛止血,修复肠膜以防

复发,辛热之品日久易耗伤阴液,致虚火内生,故加玄参、白薇养阴清热。五诊患者症状渐渐巩固,去仙鹤草、白及,加黄芩炭防湿热复燃。六诊患者饮食恢复,但脾胃运化功能尚欠佳,加炒鸡内金、焦山楂消食化积,以待胃气得复。经 2 个月余治疗,患者黏液脓血便消失,腹痛缓解。乌梅丸调和肝脾、平调寒热之功显著,辅以炭类药止血、温阳药固本,终使肝疏脾健、气血调和、肠络得安。

4 结语

李慧臻教授基于“脾为后天之本”的学术思想,立足“本虚标实”病机,提出 UC 的核心病机以脾虚为本,脾失运化,湿浊内生,肝气郁结,肾阳虚弱,形成 UC 复杂的病理机制。治疗上以运脾法为纲,通过补气、化湿、疏肝、温阳、活血等多法协同以复脾运、调气机、化湿浊、通肠络,体现了动态辨治与药物配伍的层次化调整,揭示了运脾法“通补兼施、标本同治”的实践价值,对减少西药依赖、降低复发风险具有重要意义。

参考文献

- [1] UNGARO R, MEHANDRU S, ALLEN P B, et al. Ulcerative colitis[J]. The Lancet, 2017, 389(10080): 1756-1770.
- [2] DU L, HA C. Epidemiology and pathogenesis of ulcerative colitis[J]. Gastroenterology Clinics of North America, 2020, 49(4): 643-654.
- [3] WANGCHUK P, YESHI K, LOUKAS A. Ulcerative colitis: Clinical biomarkers, therapeutic targets, and emerging treatments[J]. Trends in Pharmacological Sciences, 2024, 45(10): 892-903.
- [4] 胡俊聪,裴文婧,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.
- [5] 王一豪,刘朝霞.基于“微生物-肠-脑轴”浅析“脑肠同治”防治溃疡性结肠炎[J]. 湖南中医药大学学报, 2025, 45(7): 1386-1393.
- [6] 苗璐,田劭丹,王志刚,等.陈信义运用脾主统血分型论治原发性免疫性血小板减少症经验[J]. 中医药导报, 2024, 30(2): 123-125, 140.
- [7] 陈思清,韩运宗,刘琴,等.浅析“脾主卫”[J]. 中医药通报, 2022, 21(5): 28-29.
- [8] 汤玲玲,赵霞,严花,等.江育仁教授“运脾法”治疗小儿脾胃疾病的传承创新与现代诠释[J]. 南京中医药大学学报, 2024, 40(10): 1064-1070.
- [9] 姜慧,李军祥,谭祥,等.李军祥教授治疗溃疡性结肠炎经验[J]. 中国中西医结合消化杂志, 2019, 27(3): 232-235.
- [10] 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.
- [11] 崔松香,卢海霞,陆为民.国医大师徐景藩从脾论治溃疡性结肠炎经验浅析[J]. 中华中医药杂志, 2022, 37(10): 5763-5766.

(本文编辑 匡静之)