

·临床研究·

本文引用: 张桂玉, 汤晓娟, 李玲媚, 杜 颢, 何永恒. 何永恒基于“窠囊”理论治疗溃疡性结肠炎经验[J]. 湖南中医药大学学报, 2026, 46(4): 843-848.

何永恒基于“窠囊”理论治疗溃疡性结肠炎经验

张桂玉^{1,2}, 汤晓娟², 李玲媚^{1,2}, 杜 颢^{1,2}, 何永恒^{2*}

1. 湖南中医药大学, 湖南 长沙 410208; 2. 湖南省中西医结合医院(湖南省中医药研究院附属医院), 湖南 长沙 410006

〔摘要〕 溃疡性结肠炎(UC)是一种以结肠黏膜持续性、广泛性炎症反应为典型特征的慢性非特异性肠道炎症性疾病,其治疗复杂且具有挑战性。全国中医肛肠学科名专家何永恒基于“窠囊”理论,在“土虚木乘,痰瘀互结,窠囊深伏”病机指导下,创新性提出分期论治 UC,土虚木乘期治以健脾柔肝、理气化浊,痰瘀互结期治以化痰逐瘀、疏络散结,窠囊深伏期治以消窠解毒、通络扶正,疗效显著。本文总结何永恒教授论治 UC 的经验,为 UC 的中医诊疗提供系统、有效且具有鲜明特色的新路径。

〔关键词〕 溃疡性结肠炎;“窠囊”理论;痰瘀互结;土虚木乘;分期论治;临证经验;何永恒

〔中图分类号〕R259

〔文献标志码〕A

〔文章编号〕doi:10.3969/j.issn.1674-070X.2026.04.027

HE Yongheng's experience in treating ulcerative colitis based on "Nesting Theory"

ZHANG Guiyu^{1,2}, TANG Xiaojuan², LI Lingmei^{1,2}, DU Kuang^{1,2}, HE Yongheng^{2*}

1. Hunan University of Chinese Medicine, Changsha, Hunan 410208, China; 2. Hunan Provincial Hospital of Integrated Traditional Chinese and Western Medicine (The Affiliated Hospital of Hunan Academy of Chinese Medicine), Changsha, Hunan 410006, China

〔Abstract〕 Ulcerative colitis (UC) is a chronic non-specific inflammatory bowel disease characterized by persistent and extensive inflammation in the colonic mucosa, and its treatment is complex and challenging. HE Yongheng, a nationally renowned expert in TCM anorectal medicine, has innovatively proposed stage-based treatment for UC based on the "Nesting Theory", guided by the pathogenesis of "earth (spleen) deficiency with wood (liver) overacting, intertwined phlegm and blood stasis, and deep-seated nest (pathological nidus)." In the stage of earth deficiency with wood overacting, the treatment focuses on strengthening the spleen and soothing the liver, and regulating qi and transforming turbidity. In the stage of intertwined phlegm and blood stasis, the treatment emphasizes transforming phlegm and expelling stasis, and unblocking collaterals and resolving masses. In the stage of deep-seated nest, the treatment aims to eliminate the nest and remove toxins, unblock collaterals, and reinforce healthy qi, achieving significant therapeutic effects. This article summarizes Professor HE Yongheng's experience in treating UC, providing a systematic, effective, and distinctively featured new approach for the TCM diagnosis and treatment of UC.

〔Keywords〕 ulcerative colitis; Nesting Theory; intertwined phlegm and blood stasis; earth deficiency with wood overacting; stage-based treatment; clinical experience; HE Yongheng

〔收稿日期〕2025-09-19

〔基金项目〕国家自然科学基金资助面上项目(82374462);湖南省自然科学基金资助项目(2024JJ6286);湖南省卫生健康委员会科研项目(W20243256);湖南省中医药管理局科研项目(B2024031)。

〔通信作者〕* 何永恒,男,硕士,教授,博士研究生导师,E-mail:He13517401858@163.com。

溃疡性结肠炎(ulcerative colitis, UC)是一种慢性非特异性肠道炎症性疾病,其特征为结肠黏膜持续性、弥漫性的炎症反应。UC 属中医学“泄泻”“久痢”“肠癖”“便血”等范畴。目前 UC 临床常用的治疗药物主要包括氨基水杨酸类、糖皮质激素、免疫抑制剂及生物制剂等,但存在疗效不佳、不良反应多、易复发等问题^[1-2]。中医治疗 UC 展现出显著疗效,不仅能有效缓解症状,还有利于促进病情恢复,降低复发率,提高患者生活质量^[3-5]。

全国中医肛肠学科名专家何永恒教授基于“窠囊”理论认为,该病多为本虚标实,痰瘀互结是导致 UC 反复发作、迁延难愈的核心病机,且 UC 病程中痰瘀互结的病理状态,正是肠道窠囊形成的核心基础。因此,何永恒教授基于“窠囊”理论,在“土虚木乘,痰瘀互结,窠囊深伏”病机指导下,创新性地提出分期论治 UC,疗效显著,现将其经验总结如下。

1 “窠囊”理论的内涵

“窠囊”理论是阐释疑难痼疾痰瘀互结病机的重要学说,具有鲜明的临床指导价值。“窠囊”首见于宋代许叔微在《普济本事方·风痰停饮痰癖咳嗽》中阐述的湿痰、痰饮凝聚成“癖囊”的理论学说。至金元时期,朱丹溪在《丹溪心法·痰十三》中明确提出“痰挟瘀血成窠囊”,确立了痰瘀互结为“窠囊”理论的核心病机。在此基础上,明清医家喻嘉言在《寓意草·论浦君艺喘病证治之法》中首次以“蜂巢”“莲子嵌蓬”对窠囊的具体形态进行描述,强调其深伏难除的特点。清代何梦瑶在《医碕·杂症》中亦提出“有形之积,阻碍正气……或邪另结窠囊,不碍气血隧道之故,此为难治,以药不易到也”,进一步说明“窠囊”致病因药物难以直达病所而迁延难愈。

在此基础上,何永恒教授认为“窠囊”是气滞、痰浊、瘀血三者相互缠结的产物,其形成与肝脾功能失常具有紧密联系。首先,从病理本质分析,痰浊与瘀血同属阴邪,具有“同气相求”的特性。痰浊由津液代谢失常积聚而成,瘀血因血液运行阻滞凝结而生,二者均为人体水液、血液运行异常的病理表现^[6],且易相互催生——痰阻脉道致“因痰生瘀”,瘀阻津液输布致“因瘀生痰”,最终形成痰瘀同病的基础状态。其次,肝脾失调是气滞、痰浊滋生的根本病机。《证治汇补·痰证》载“脾虚不运清浊”,津液停留,导致“痰生”,明确脾虚失健运时,水谷精微无法正常化生气血津液,反聚为痰湿;同时,脾为一身气机升降之

枢纽,脾虚则传输无力,阴阳气机升降失调,清浊相混,则进一步加重痰湿内生。而肝主疏泄,肝气不畅易生气滞,气滞既阻血行生瘀,又碍津液输布助痰,是连接痰瘀与脏腑功能的关键。最后,气滞、痰浊、瘀血互为因果,动态转化,共促“窠囊”形成。痰浊阻气机致血行不畅,成“痰病兼瘀”;瘀血滞气机、碍津液输布,生痰加重痰瘀胶结;气滞是肝脾失调的结果,既生瘀又助痰,而痰瘀互结又加重气滞,最终三者胶结形成“窠囊”。

2 基于“窠囊”理论探讨 UC 病因病机

何永恒教授基于“窠囊”理论将 UC 病机高度概括为“土虚木乘,痰瘀互结,窠囊深伏”3 个阶段。三者层层递进,共同构成 UC 发生、发展与迁延的病理基础。

2.1 土虚木乘——UC 发病之始

土虚主要指脾胃功能虚弱,木乘则是肝气过旺干扰脾胃正常功能运行。《素问·藏气法时论篇》中提到脾虚则出现“腹满肠鸣”“飧泄”;《景岳全书·泄泻》中也强调泄泻的根本原因在于脾胃虚弱,且云“凡遇怒气便作泄泻者……此肝脾二脏之病也”,提出遇怒气发作的腹泻是因为肝木克土,进一步明确了泄泻与肝脾功能失调直接相关。何永恒教授结合中医经典理论与临床经验,认为土虚木乘为 UC 发病的始动病机,其中土虚为 UC 发病之本,木乘为 UC 发病之标,二者相互影响,共同导致气滞、痰浊、瘀血等病理产物的形成,为“窠囊”这一深结于肠络的病理结构奠定基础。其病机主要体现在以下几个方面。(1)土虚为本,酿生痰浊,肠络失养。《医宗必读·痰饮》早有提及脾胃虚弱易致“清者难升”“浊者难降”,进而聚生痰浊。此痰浊下注肠间,便见大便溏泻、黏液白冻。同时,脾为气血生化之源,脾虚则气血生化乏源,肠络失于濡养,肠黏膜屏障功能受损,则黏膜萎缩、修复能力下降,邪气易侵^[7-8]。(2)木乘为标,扰乱气机,因郁致瘀。肝失疏泄,或郁结或横逆,直接导致脾胃气机升降失常,气机阻滞。气为血之主宰,气血运行受阻,则血液难以顺畅流动,停滞于肠道经络则形成瘀血。UC 常见的腹胀腹痛、痛处固定、便下脓血,即气滞血瘀之证。现代研究也证实,UC 与肠道黏膜微循环障碍密切相关^[9-10]。(3)土虚与木乘构成动态恶性循环。《金匱要略·脏腑经络先后病脉证第一》认为肝邪之见源于脾胃之虚;《血证论·脏腑病机论》载“食气入胃,全赖肝木之气以疏泄之”。脾虚

易阻肝气,致土壅木郁,肝木克脾又进一步损伤脾胃功能,加重土虚。肝与脾相互影响,互为因果,易形成“脾愈虚则肝愈乘,肝愈乘则脾愈虚”的恶性循环。该恶性循环是 UC 病情迁延、反复发作的重要原因之一。

2.2 痰瘀互结——UC 发展之枢

在疾病前期土虚木乘的基础上,何永恒教授进一步提出痰瘀互结是 UC 病情发展与深化的关键环节——水湿不化凝为痰,气滞血阻涩成瘀,痰黏瘀结,相互搏结,缠滞于肠络。痰瘀互结、胶着难解,直接决定 UC 的核心临床表现。《医宗金鉴·外科心法要诀·痈疽总论》中提出痈疽的发生是体内“火毒生”而导致“气血凝结”“经络阻隔”,《诸病源候论·肠痈候》中亦认为“大便脓血……是肠痈也”。何永恒教授结合临床认为,痰浊下注,与瘀血相混,便见黏液脓血便,其中黏液白冻即为痰之象,脓血则为瘀与热毒相搏之征。瘀血阻滞肠络,气血不通则腹痛固定、痛处拒按;痰瘀壅塞,肠络室滞,传导失司,故见里急后重、排便不尽之感。这些症状皆由痰瘀实邪作祟,标志着病情已从单纯的功能失调,发展为形质交结的复杂状态。现代医学视角下,痰瘀互结与肠道持续炎症、微循环障碍及组织损伤相关^[1]。此阶段,肠黏膜屏障修复能力下降,成为 UC 迁延复发的基础。而 UC 内镜下所观察到的黏膜表面出现溃疡、糜烂、充血及水肿等,是痰湿、瘀血与热毒互结的微观体现;而黏膜颗粒样改变、息肉增生、组织脆性增加乃至纤维化,则是痰瘀日久成癥积的结果^[12-13]。何永恒教授强调,痰瘀作为窠囊性病理性产物,在进一步加重气机阻滞的同时还会影响气血的生化与输布,导致土虚愈虚;又因郁结化热,败血腐肉,易外感邪气,从而形成“因实致虚,虚实夹杂”的恶性循环。因此,痰瘀互结是 UC 从初期功能紊乱转向慢性迁延、器质损伤的病理枢纽,也是治疗中必须攻逐的核心目标。

2.3 窠囊深伏——UC 迁延之根

何永恒教授强调窠囊深伏是 UC 迁延难愈、反复发作的根本原因。正如《医林改错·积块》中所言,“气无形不能结块,结块者,必有形之血也”,“窠囊”是在土虚木乘与痰瘀互结基础上形成的病理恶果,由痰瘀互结,久聚不散,逐渐凝固固着而形成,深伏于肠络之中,结构致密,犹如巢穴般盘踞难除。不仅阻碍气血运行,更为湿热毒邪的滋生与蕴伏提供了内在环境,成为湿热毒邪深痼难拔的病理基础。何

永恒教授指出,一旦“窠囊”形成,病势便进入了一个新的阶段,主要呈现出两大特性:(1)结构致密,药力难达,湿热毒邪深伏,病情顽固。“窠囊”致密深伏,形成物理屏障,使常规清热、化湿、健脾之药难以透达病所,导致内蕴的湿热毒邪难以清除,反而得以潜藏、积聚。这正是临床常见单纯治疗疗效不佳、病情易于反复的关键所在。(2)阻碍气血,助湿生热,耗伤正气。“窠囊”作为有形实邪,不仅阻滞肠络气血,导致湿热毒邪郁而更盛,化热酿毒,损伤肠络,更因持续耗伤正气,加剧土虚之本,形成“正愈虚,邪愈固”的恶性循环。此为 UC 迁延难愈的根本病理机制。

综上,何永恒教授基于“窠囊”理论认为,土虚木乘为 UC 发病的始动病机;痰瘀互结是 UC 病情发展及深化的关键环节,衔接了土虚木乘与窠囊深伏;窠囊深伏是 UC 迁延难愈、反复发作的根本所在。三者形成“土虚木乘生痰瘀,痰瘀互结成窠囊,窠囊深伏致痼疾”的恶性循环。

3 基于“窠囊”理论辨治 UC

基于“窠囊”理论,结合长期临床实践,何永恒教授提出 UC 的治疗应遵循“分期论治,动态调方”的原则,针对疾病不同阶段的病机特点进行精准干预,并注重整体调理以预防复发。

3.1 分期论治,动态调方

3.1.1 土虚木乘期——健脾柔肝,理气化浊 土虚木乘是 UC 常见的基础病机,多由情志失调、饮食失衡导致肝气郁结,横逆犯脾,脾虚失运而湿浊内停。何永恒教授认为此期核心是肝脾失调,症状以腹痛阵作、泻后痛减、便溏伴肠鸣,且随情志波动加重为主,兼胸胁胀闷、纳差、嗝气、乏力等症状;通常可见舌体淡白或边缘有齿痕,舌苔呈现白色或厚腻状态;脉象则多表现为弦脉或脉象虚弱迟缓。治则以“健脾柔肝,理气化浊”为主,目标是恢复肝疏泄、脾运化功能。在方药运用上,何永恒教授常以痛泻要方合四君子汤化裁为基础。痛泻要方是治肝郁脾虚痛泻的要方,用以调肝气、理脾虚;四君子汤是益气健脾的祖方,用以增强脾胃功能。二者合用,兼具健脾柔肝、理气化浊之效。方中重用黄芪、党参、白术等健脾益气、固护中州,以实土;配伍柴胡、白芍、郁金等疏肝柔肝、调畅气机,以抑木;仿痛泻要方中“陈皮理气,防风散肝”之精义,用陈皮辛香理气和中,防风辛散疏肝醒脾,共奏调和肝脾、恢复枢机之效。且对于情绪不畅、焦虑抑郁明显者,何永恒教授多以调肝为

先,常加用合欢皮解郁安神、佛手疏肝和胃、绿萼梅轻清宣郁,此类药物性味轻灵,既避香燥耗阴之弊,又助气机条达之功。湿浊偏盛者,多佐以茯苓、薏苡仁健脾渗湿,苍术燥湿运脾,以增强化浊之力。全方注重肝脾同调,通过“实土以御木乘,疏木以安中土”阻断“土虚木乘-湿浊内生”之循环。

3.1.2 痰瘀互结期——化痰逐瘀,疏络散结 痰瘀互结期多由土虚木乘期进展而来,因脾虚日久,运化功能失常,痰湿内生,气机阻滞,血行不畅,痰瘀相兼形成“未破之窠囊”。此期 UC 患者以腹痛固定、按之有块、黏液血便为主症,兼面色晦暗、形体消瘦、口干不饮、肌肤甲错等症状;舌象多见舌体暗红、有瘀斑,舌苔厚腻湿润;脉象多显涩滞特征。何永恒教授认为此期关键病机是“痰瘀互结,窠囊内伏”,治当以“化痰逐瘀,疏络散结”为主,旨在化解痰瘀痼结、疏通肠络。用药常以四君子汤、参苓白术散等健脾方为基础,配伍活血化痰、软坚散结药。四君子汤益气健脾、参苓白术散渗湿健脾,二者补中气、复脾运,促水谷精微输布,绝湿痰生源。然痰瘀互结非一般草木之品所能及,故常以丹参、赤芍、当归等活血化痰药物进行搭配使用,以畅通血行、化解积瘀;又喜加浙贝母清热化痰、软坚散结,莪术破血行气、消积止痛,以二者协同之力,直指痰瘀互结之窠囊。针对久病入络、痰瘀互结,何永恒教授以“通”立法^[14],喜用虫类药配伍活血化痰药,借其走窜透络之力攻逐痼结。此治法源于叶天士在《临证指南医案·积聚》中提出的“久病血伤入络”“藉虫蚁搜逐攻邪结”理论与唐容川在《血证论·瘀血》中提出的“癥瘕积聚多痰瘀互结,需逐瘀化痰并行”理论。在具体用药上,何永恒教授常以药对形式协同增效,如地龙配丹参,地龙咸寒通络、息风涤痰,丹参活血祛瘀、通经止痛,相须为用深入血分化痰瘀、通络脉;全蝎合白芥子,全蝎搜风剔络、攻毒散结,白芥子辛温利气、豁痰通络,尤善祛皮里膜外之痰,合而透达经络痰瘀互结之窠囊;水蛭协半夏,水蛭逐瘀破血、散结消癥,半夏散结消痞、祛湿化痰,痰瘀并治,共推陈致新。“虫蚁搜剔”与“活血化痰”深度融合,使攻邪之力直抵病所,瓦解窠囊痼结。

3.1.3 窠囊深伏期——消窠解毒,通络扶正 窠囊深伏期是 UC 的顽固阶段,因窠囊破溃或深伏,湿热毒邪壅盛,浸淫肠络,导致气血壅滞,血败肉腐,正虚邪恋。临床多见脓血便、里急后重感、腹痛剧烈、发热、舌红苔黄腻等急性活动期症状,或迁延不愈、肠

络损伤。何永恒教授认为此期核心病机为“窠囊破溃或深伏,湿热毒邪壅盛”,治当以“消窠解毒,通络扶正”为主,旨在祛除邪毒、控制病情、修复肠络。何永恒教授常用四妙散及其经验方白芍七物颗粒加减化裁。四妙散清热利湿,白芍七物颗粒承自《素问病机气宜保命集·泄痢论》之芍药汤,融汇“行血治便脓,调气治后重”的医学理念,在临床和实验研究中均表现出良好效果^[15-17]。该方由白芍、黄连、黄柏、黄芩、当归、大腹皮、木香 7 味药组成。全方以白芍为君,柔肝养血、缓急止痛,兼可敛阴,令肝气调达而不犯脾;配伍当归养血和营、活血行滞,助白芍调和血脉,体现“行血则便脓自愈”;大腹皮与木香共为行气要药,行气宽中、健脾止痛,解除里急后重感,乃“调气则后重自除”;更佐黄连、黄芩、黄柏三药,取其泻火解毒、清热燥湿的双重功效,以有效清除肠道中的湿热邪气与疫毒。多味药物相互配合,共同发挥清热燥湿、解毒止痢、调气行血的功效。在此期,何永恒教授亦注重药对的运用:如苍术配黄柏,苍术燥湿增强黄柏功效且缓其寒性,清热不伤阳;木香配黄连,清热燥湿兼行气止痛。热偏重者,多倍用黄连,加栀子清热;湿偏重者,多加茯苓健脾祛湿。同时,此期邪毒深伏,络脉损伤,故在解毒消窠之余,多结合通络扶正。常佐以虫类药如地龙、全蝎、水蛭等搜剔通络;并配伍黄芪、白术,通过增强脾胃功能,补益正气,旨在强化机体基础功能,修复肠络。若正虚明显者,多合用四君子汤补益脾胃,实现“消窠不伤正,扶正不留邪”。

3.2 注重整体,预防复发

在窠囊渐消、邪气渐退之后,何永恒教授治疗的重点转向整体调理与预防复发,强调“正气存内,邪不可干”。其防治策略不仅限于药物,还融入生活调摄、情志管理与饮食调理,全方位巩固疗效。一是坚持巩固治疗,循序减药。临床症状消失并非痊愈标志,窠囊虽消,肠络未充,脾土未固。故常嘱患者坚持服用健脾益气、柔肝和络之剂 3~6 个月,以稳定内环境,彻底扭转体质偏颇,防止窠囊复结。二是强调情志舒达,调畅气机。何永恒教授重视情志因素在 UC 复发中的触发作用,常引导患者维持情绪平稳、内心平和的状态,常以院内制剂五花清郁茶代茶饮清热祛湿、疏肝解郁,必要时配合音乐疗法、导引、八段锦等传统养生方法疏泄肝气、宁心安神,减少五志过极对肠腑的扰动。三是主张饮食有节,顾护脾胃。何永恒教授常嘱患者饮食宜清淡、柔软、易消化,少

食或不食辛辣油腻、生冷发物。何永恒教授常推荐食疗方如山药粥、芡实茯苓粥等健脾渗湿,或金桔佛手茶等疏肝理气,将药食同源理念贯穿于日常调护中,逐步改善“脾虚”之本。

4 验案举隅

患者,男,42岁。初诊:2025年2月27日。主诉:反复腹痛、黏液脓血便3年,加重1个月并伴里急后重感。患者3年前因长期工作压力大、饮食不规律,出现腹痛、腹泻及黏液脓血便,经无痛肠镜诊断为UC(左半结肠型,活动期),期间间断服用美沙拉嗪肠溶片(具体不详),症状时轻时重。近1个月因情绪抑郁、饮食辛辣,腹痛加剧、脓血便次数增多、里急后重感明显,自行服药后效果不佳,遂至何永恒教授门诊就诊。刻下症见:精神焦虑,面色晦滞,形体偏瘦;腹痛阵阵,痛处固定于左下腹,按之痛甚;大便每日5~6次,质稀溏,夹有大量黏液脓血,赤白相兼,里急后重、排便不尽感明显;伴腹部胀满,食欲不振,身倦乏力,口干不欲多饮,夜寐不安;小便正常;舌质暗红伴有瘀斑,舌体胖大伴有齿痕,苔黄厚腻,舌下脉络粗胀、迂曲紫暗;脉弦细涩。专科检查:肛门指诊见直肠壶腹部黏膜灼热,可触及颗粒样结节,指套染有暗红色血及黏液。辅助检查(外院,2025年1月16日):经内镜检查发现,乙状结肠及直肠黏膜呈广泛充血、水肿与糜烂现象,并伴有多个浅表性溃疡灶,表面覆有黄白苔及血痂,见黏膜脆性增加、接触性出血,部分黏膜呈颗粒样增生。病理:(乙状结肠)黏膜慢性炎症伴活动性炎症,淋巴细胞、浆细胞及中性粒细胞浸润现象显著,可见隐窝炎伴发隐窝脓肿。粪便常规+隐血试验:红细胞(+++)、白细胞(++)、脓细胞(+),隐血试验(+);粪便细菌培养:未见沙门菌、志贺菌、致病性大肠埃希菌等致病菌生长。西医诊断:UC(慢性复发型,左半结肠型,活动期中度)。中医诊断:久痢(痰瘀互结证)。治法:化痰逐瘀、疏络散结,兼以健脾柔肝、理气化痰。处方:四君子汤合痛泻要方加减。药物组成:党参15g,炒白术20g,茯苓20g,防风10g,白芍15g,陈皮10g,丹参15g,赤芍15g,莪术10g,浙贝母15g,白芥子10g,地龙10g,全蝎(研末冲服)5g,黄连6g,当归10g,木香10g。7剂,每日1剂,水煎服,分早晚两次温服。嘱患者调和情志,饮食以温和清淡为主,忌食生冷、辛辣及油腻之物。

二诊:2025年3月6日。患者诉精神较前好转,

服药后腹痛明显缓解,大便次数减至每日3~4次,脓血减少,里急后重感略缓。但仍感腹胀、乏力、食欲不振。舌暗红,瘀斑稍淡,苔转为黄腻,脉仍弦细。一诊方去防风,加黄芪20g,焦山楂15g、炒麦芽15g;浙贝母增至20g。14剂,煎服法同前。

三诊:2025年3月20日。患者腹痛明显缓解,仅偶有隐痛,大便每日1~2次,成形,已无脓血,仅偶带少量白色黏液,里急后重感基本消失。食欲改善,体力渐增,夜寐转安。舌质转淡红,瘀斑渐隐,苔薄白微腻,舌下脉络迂曲减轻,脉细。辨为脾气虚弱,痰瘀留恋证。治法:健脾扶正,化痰祛瘀通络。处方:四君子汤加减。药物组成:黄芪25g,党参15g,炒白术15g,茯苓15g,薏苡仁30g,黄连5g,丹参15g,当归10g,地龙10g,木香10g,陈皮6g。14剂,煎服法同前。嘱可配合食疗,如山药粥以健脾。

3个月后电话随访,患者病情稳定,大便每日1次,成形,无脓血及黏液,无腹痛腹胀,纳寐佳,体重略有增加。复查肠镜结果示乙状结肠及直肠部位的黏膜层未见明显异常。患者自觉生活品质显著提升。

按:本案患者为中年男性,病史3年,反复发作。初因长期工作压力大、饮食不节,致肝郁脾虚、土虚木乘;久病入络,血败肉腐,痰瘀胶结;后又因情志抑郁、饮食辛辣,痰瘀与湿热互结,深伏肠络,渐成“窠囊”之势。症见腹痛固定、黏液脓血便、里急后重,舌暗有瘀斑、苔黄厚腻,肠镜示黏膜颗粒样增生,正为窠囊深伏、腑络受损之征。何永恒教授洞悉UC三阶段病机:其始在脾,土虚木乘;其继在络,痰瘀互结;其末在腑,窠囊深伏。患者舌质暗红有瘀斑、舌下脉络迂曲紫暗,乃瘀血阻络、窠囊已成之象;舌体胖大伴有齿痕、苔黄厚腻,为脾虚湿蕴、湿热留恋之征;腹痛固定不移、镜下颗粒增生,更是痰瘀互结、窠囊有形之确证。何永恒教授不囿于“活动期必属湿热”的常规治疗方法,而直指“痰瘀窠囊”为痼疾难愈之关键,精准切入病本。首诊紧扣痰瘀互结之病机,治以化痰逐瘀、疏络散结。方用四君子汤合痛泻要方加减。方中党参、炒白术、茯苓健脾益气、培土固本,以绝生痰之源;白芍、防风、陈皮柔肝理脾、调气止痛,以复气机之序;丹参、赤芍、莪术、当归养血活血、化痰消癥,针对肠络瘀阻;浙贝母、白芥子化痰散结、祛除顽痰,善化皮里膜外之痰;地龙、全蝎虫蚁搜剔、通络破窠,直攻深伏之痰瘀窠囊;黄连、木香清热燥湿、行气导滞。共奏化痰逐瘀、疏络散结、健脾柔肝、理气化痰之效。全方攻补兼施、寒温并用,祛邪而不伤正、

扶正而不恋邪,针对痰瘀互结、土虚木乘之病机。二诊患者腹痛已缓、脓血渐减,痰瘀痼结已有松动之象,然窠囊深伏非旦夕可攻,脾虚依然显著。故去防风之疏泄,增黄芪以益气托毒,合焦山楂、炒麦芽醒脾开胃,浙贝母增量以增化痰散结之力。三诊患者脓血已净、舌脉转和,辨为脾气虚弱,痰瘀留恋证,认为其窠囊残伏、正气待复,治以健脾扶正、化痰祛瘀通络。以黄芪、党参、白术、茯苓健脾益气、扶正固本;加薏苡仁取其渗湿之效,针对余湿残留,同时兼顾健脾;配伍丹参、当归养血化瘀,清未净之余瘀,且养血不滋腻,不碍脾胃运化;佐地龙通络散结,针对肠络残留的微瘀微痰;少量配伍黄连、木香清解肠道余邪、理气化滞;陈皮理气和中,助脾胃运化,兼顾“脾喜燥恶湿、喜健恶滞”的生理特性。全案谨守病机,分期论治:初则化痰逐瘀为先锋,直捣窠囊;中则益气开胃为接应,松动痼结;末则健脾扶正为收功,杜其复发。次第施治,脉络相贯,寓因势利导、顺机祛邪之旨。尤为可贵者,本案不仅症状迅速缓解,腹痛、脓血便、里急后重等症旬日向愈,更见微观肠镜之客观改善,直接印证“化痰逐瘀、虫蚁搜剔”法对于瓦解窠囊病理结构的确切疗效,为“窠囊”理论提供了证据支撑。本案完整呈现了何永恒教授基于“窠囊”理论辨治 UC 的动态过程,充分展示了“窠囊”理论指导下分期论治 UC 的科学性与优越性,为 UC 的中医治疗提供了成功的范式。

5 总结

何永恒教授在诊治 UC 的过程中,基于“窠囊”理论构建了一套融贯中西、层次分明的学术思想和临证体系。何永恒教授通过剖析“窠囊”理论中气滞、痰浊、瘀血相互缠结的核心内涵,将 UC 复杂病机概括为“土虚木乘→痰瘀互结→窠囊深伏”3 个递进阶段,清晰揭示其从发病、发展到迁延难愈的动态演变规律,并在此基础上创新性提出“分期论治,动态调方”原则:土虚木乘期治以“健脾柔肝,理气化痰”;痰瘀互结期重在“化痰逐瘀,疏络散结”;窠囊深伏期攻守兼备,以“消窠解毒,通络扶正”为法。“窠囊”理论为理解 UC 痰瘀互结病机提供了新颖视角,何永恒教授基于“窠囊”理论的诊疗体系融辨证与辨病、攻邪与扶正于一体,形成理法方药完备的学术闭环,为 UC 的中医诊疗提供了系统、有效且具有鲜明特色的新路径。

参考文献

- [1] 中华中医药学会脾胃病分会. 消化系统常见病溃疡性结肠炎中医诊疗指南(基层医生版)[J]. 中华中医药杂志, 2019, 34(9): 4155-4160.
- [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] 陈 天, 王泽惠, 彭云花, 等. 加味葛根苓连汤联合针刺对大肠湿热型溃疡性结肠炎患者的临床疗效[J]. 中成药, 2025, 47(2): 453-457.
- [4] 高 杨, 李建国, 李 琳, 等. 自拟安肠健脾止泻汤对溃疡性结肠炎患者内镜下疗效、炎症因子及复发率的影响[J]. 辽宁中医杂志, 2025, 52(7): 84-87.
- [5] 张林瑞, 张文凤. 乌梅丸治疗溃疡性结肠炎的研究进展[J]. 中国实验方剂学杂志, 2025, 31(20): 287-298.
- [6] 刘 珂, 李 全, 苑忠霞. 基于窠囊理论辨治恶性淋巴瘤[J]. 中华中医药杂志, 2023, 38(9): 4183-4186.
- [7] 刘继东, 张家豪, 王建波, 等. 从 lncRNA-UCA1 探讨针刺调节 miRNA-331-3p/BRD4 轴改善脾虚大鼠肠道炎症作用机制[J]. 中华中医药学刊, 2025, 43(6): 183-188, 285-288.
- [8] 蒋锐沉, 蓝巧玉, 王 伟, 等. 脾气亏虚和炎症状态对肝癌荷瘤小鼠肠道菌群的影响及健脾益气方的干预作用[J]. 中华中医药杂志, 2023, 38(1): 341-347.
- [9] LI D T, CHEN J, AN J Q, et al. Sweroside ameliorates intestinal mucosal microcirculatory disturbances in ulcerative colitis mice by modulating the VEGF and Hippo signaling pathways[J]. International Immunopharmacology, 2025, 162: 115079.
- [10] GU Y R, DONG Z K, GU Y, et al. Paeoniae Radix alba improved intestinal mucosal microcirculation disturbance by regulating lncRNA MALAT1/HIF-1 α pathway in the treatment of ulcerative colitis[J]. Phytomedicine, 2024, 135: 156037.
- [11] 谢家康, 许笑宁, 艾凤婷, 等. 基于“窠囊”理论探讨溃疡性结肠炎“炎癌转化”的病机与治疗[J]. 中国中药杂志, 2025, 50(8): 2298-2304.
- [12] 于中麟, 刘思德. 溃疡性结肠炎的内镜诊断[J]. 现代消化及介入诊疗, 2008, 13(2): 120-125.
- [13] 杨 雄, 汤晓娟, 任舒力, 等. 基于“暴注下迫,皆属于热”探讨名中医何永恒从热论治炎症性肠病临床经验[J]. 陕西中医, 2025, 46(2): 241-244, 249.
- [14] 汤晓娟, 计 萌, 严晓琦, 等. 何永恒基于“络病”理论治疗放射性肠道损伤的经验采撷[J]. 湖南中医药大学学报, 2024, 44(12): 2193-2198.
- [15] 杨张琪. 白芍七物颗粒治疗湿热蕴结证溃疡性结肠炎[D]. 长沙: 湖南中医药大学, 2023.
- [16] 陈崢世, 何永恒. 白芍七物颗粒对 NLRP3 基因敲除大鼠 UC 调控作用的药理探究[J]. 时珍国医国药, 2022, 33(4): 813-817.
- [17] 邓 未, 王 伟, 许崇斯, 等. 七物白芍颗粒联合美沙拉嗪治疗大肠湿热型溃疡性结肠炎的疗效观察[J]. 内蒙古中医药, 2024, 43(4): 13-16.

(本文编辑 周 旦)