http://www.biomedrxiv.org.cn/article/doi/10.12201/bmr.202605.00058
此预印本（未经同行评审）的作者拥有该文稿的版权，biomedRxiv拥有永久保存权。任何人未经允许不得重复使用。

基于“风湿热瘀蕴肠、肠络受损”认识辨治发作期溃疡性结肠炎

闫秀丽，于小雨，王宏伟　指导：朱生樑

（上海中医药大学附属岳阳中西医结合医院消化内科，上海 200437）

摘要：溃疡性结肠炎（ulcerative colitis, UC）发作期核心病机为风湿热瘀蕴肠、肠络受损，属本虚标实之证，以脾虚为本，风湿热瘀为标，且风邪为重要的诱发因素；确立清热化湿、祛风安络、调和气血为急性发作期核心治法；自创红藤肠安汤经验方，紧扣病机遣方用药，临证灵活加减，临床控制急性发作，改善黏液脓血便、腹痛、腹泻等症状疗效显著。本文从病机认识、辨证特色、治法方药、加减特色等方面系统进行总结。

关键词：溃疡性结肠炎；发作期；清热化湿；祛风安络；红藤肠安汤

R256.3 脾胃系疾病

溃疡性结肠炎（ulcerative colitis, UC）以结直肠黏膜持续弥漫性炎症为特征，是慢性非特异性肠道炎性疾病，临床多表现为反复发作或迁延不愈的腹泻、腹痛、粘液脓血便等[1]。部分患者可出现发热、乏力等不同程度的全身症状，其中黏液脓血便为该病最具代表性的临床指征。该病目前尚未明确其病因，缺乏根治的方法，且有癌变风险[2]。我国 UC 发病率逐年上升，与未患此病的人群相比，患者罹患结直肠癌的风险可高达 2.4 倍[3]。在现代医学的治疗体系中，临床上最常用的几类核心治疗药物仍然是氨基水杨酸制剂、糖皮质激素、生物制剂和免疫抑制剂。然而，上述药物存在疗效不稳定、停药后容易复发、长期使用可能导致不良反应及药物依赖等问题[4]。

中医学将该病症分类为“泄泻”、“便血”、“痢疾”、“肠风”或“脏毒”等[5]。中医药治疗 UC 具有多靶点、多途径、多通路、整体性等特点[6]。朱生樑[7]教授是上海市名中医、海派中医丁氏内科陈存仁学术思想研究基地负责人，全国第六、七批老中医药专家学术经验继承工作指导老师，业医近 50 载、对 UC 辨治积累了丰富经验。朱教授认为 UC 本质上是一个本虚标实的证候，其病变主要发生在肠道，同时也与肺、肝、脾、胃和肾等脏腑相关[8]。对于该病的病因病机，将其总结为“风、湿、热、瘀”四个方面，即其发病的主要因

项目基金：
国家中医药管理局朱生樑全国名老中医药专家传承工作室(国中医药人教〔2022〕75 号)
上海市医院协会医院管理研究课题[2024119]
通讯作者：闫秀丽，电子邮箱：YXL9999@126.com

10.12201/bmr.202605.00058V1

http://www.biomedrxiv.org.cn/article/doi/10.12201/bmr.202605.00058
此预印本（未经同行评审）的作者拥有该文稿的版权，biomedRxiv拥有永久保存权。任何人未经允许不得重复使用。

素。多由于先天体质较弱，复感外邪侵扰，或因情绪失调、饮食不当等原因，导致脾胃的运化功能失常，造成痰湿内阻中焦，郁久化热，湿热积聚于肠道。湿热相结，肠腑气血不畅而凝滞，肠膜血络灼伤受损，大肠传导功能丧失，最终引起血腐肉败而成痈疽疮疡。泻痢迁延不愈，久病损及肾气，终脾肾两虚，病势缠绵难愈，故有泻痢、迁延之症。笔者有幸师从朱生樑教授，随其临证学习，亲聆教诲，于脾胃病诊疗之理法方药获益良多。

1 发作期核心病机：风湿热瘀蕴肠，肠络受损

1.1 风湿热瘀为标，互为因果

朱师提出，**UC** 急性发作期的病机特点以标实为主，主要涉及湿热、气滞、血瘀等病理因素，且风邪为重要的诱发因素。脾虚导致运化功能失常，水分和津液代谢异常，积聚于体内；若湿邪长期郁结不化，容易转化为热，从而形成湿热互结的症状，对气血运行产生影响，为后续气滞和血瘀的出现埋下了隐患。湿热、气滞、血瘀并非孤立存在，而是相互影响、相互交织，损伤肠道络脉，导致黏膜出现充血、水肿、糜烂和溃疡，进而引起黏液脓血便等症状。风邪善行而数变，易袭阳位，还会直接伤及肠道，导致肠道气机紊乱，蠕动失常，使腹泻、腹痛等症状加重，故有“无湿不泻，无风不泻”之说。

1.2 肠络受损为关键病理

风湿热瘀壅滞肠道，灼伤肠络，导致黏膜糜烂、溃疡，血败肉腐，发为黏液脓血便，是急性发作期最核心的病理变化。《杂病源流犀烛·痢疾源流》中记载：“痢之为病，由于湿热蕴积，胶滞于肠胃中而发”，可见湿热瘀滞是引发该病的关键因素。风、湿、热邪偏盛，日久可化火成毒、瘀血渐生，形成瘀毒亢盛之态；湿热瘀毒交结壅阻肠腑，灼伤肠道络脉，终致本病发作。而湿热毒邪日久可能会蕴生癌毒，故 UC 日久不愈有癌变风险[9]。

2 辩证特征：明分期、抓主症、辨病邪、察病所[10]。

2.1 明分期：朱师提出，本病辨证首重分期论治。发作期以标实为主，多因湿热，气滞，瘀血瘀滞而引起。发作期可进一步分为初起期、病进期和病末期。在初起阶段，若患者气血充足，则主要表现为标实之证；若患者体质较弱，出现本虚的表现。邪气与气血相争，反复发作，难以痊愈；到了末期，气血渐趋亏虚，本虚之象明显。正如《诸病源候论·痢病诸候》记载：“休息痢者，痢疾时止时发，久久不愈。”明确指出本病具有病程缠绵、反复发作的特点。缓解期以本虚为核心，多以脾虚为主，肾亏之象也常见。

2.2 抓主症：朱师强调，本病辨证需紧扣主症。腹痛一症，多为实证，因湿热下注，气血失和，不通则痛；若为虚证，多因肝木克脾土、虚风内扰、肠络失养、不荣则痛。腹泻症状，虚实参半，实证为湿热蕴结肠，虚证则因脾虚而失运，更有甚者累及肾阳，致使中州气机失传，大肠传化失常。脓血便多由风邪挟湿热熏蒸肠道，肠络受损，瘀血内生，血行失序所致。

10.12201/bmr.202605.00058V1

http://www.biomedrxiv.org.cn/article/doi/10.12201/bmr.202605.00058
此预印本（未经同行评审）的作者拥有该文稿的版权，biomedRxiv拥有永久保存权。任何人未经允许不得重复使用。

2.3 辨病邪：朱师指出，本病需对风、湿、热三种病邪进行辨别。三者常相合致病，风邪偏盛者，腹痛症状多见；湿邪偏盛者，黏液便多见；热邪旺的人，便血症状多见。《素问阴阳应象大论》记载“春伤于风，夏生飧泄”，这一理论阐明了风邪入侵与该病发病之间的内在病机联系。临证朱师常选用防风，秦皮以祛风邪；配薏米、藿香、苍术等药健脾化湿，若湿邪偏重，以分利为法。选用泽泻、石菖蒲等利湿泻浊之品。

2.4 观病所：朱师认为，治此疾当先观病所。病囿于肠之末端者，灌肠治之，每获良效；病侵及肠末而未局限者，灌肠辅之；若病位不在此，则多以汤药口服为法。灌肠所用的药物主要包括白头翁、黄柏、黄连、仙鹤草、白及和地榆等，也可加入锡类散、云南白药等药物，以增清肠凉血、止痢解毒以及止血生肌之效。。

3 治宜清热化湿，祛风安络，调和气血

朱师认为，UC 急性发作期以标实为主，由风湿热瘀蕴结大肠所致，导致传导功能失常、气机运行不利、血液循环不畅，气滞血瘀相互影响、互为因果。肠道气机不畅，郁久化热，热盛肉腐，肠络受损，形成溃疡，出现腹痛、腹泻、里急后重和便脓血症状。应急则治其标，治疗以祛邪为主，采用清热化湿、祛风安络，兼调气血的治法，迅速控制症状，减轻炎症反应。恰与刘完素在《素问·病机气宜保命集》所载“行血则便脓自愈，调气则后重自除”有异曲同工之妙[11]。

3.1 创制方药，对症治疗

发作期朱师运用多年临床实践总结的经验方——红藤肠安汤[12]，由红藤，败酱草，黄芩，黄连，白头翁，秦皮，防风，白芍，当归，木香，枳壳等配伍而成。方中红藤专入大肠经，兼有清热解毒、活血逐瘀、疏风定痛之功效，尤以消散肠内瘀积为宜，是治疗肠痈、止腹痛的要药。败酱草长于解毒消痈，散淤止痛，与红藤相配，能增强逐瘀排浊之力，二者同为君药，故名败酱草。木香与黄连相配，取行气导滞，泄浊通腑的香连丸组方之义。黄芩善清脾胃大肠诸经邪热，与黄连相合，清湿热，解毒泄浊之功，黄芩善清脾胃大肠诸经邪热，与黄连相合。为湿热痢疾、热毒血痢的常用药物，白头翁、秦皮有清热燥湿、凉血止痢之功效；枳壳归脾胃、大肠经，药性偏低，长于行气宽中，消胀除滞，不仅可以使阳明胃肠气郁结的情况得到缓解，还可以将肠道的浊气引向下行。与红藤配伍，红藤偏入血分，功在逐瘀活血、凉血解毒；枳壳偏入气分，功在行气调中、消积导滞，二者气血同治，相辅相成，共奏调气活血、和络安肠之效。木香行气导滞、调和脾胃，防风祛风胜湿、解痉止痛，以上诸药共为臣药，合于“清热化湿、祛风安络”之治法。白芍、当归养血和血、缓急止痛；木香

10.12201/bmr.202605.00058V1

http://www.biomedrxiv.org.cn/article/doi/10.12201/bmr.202605.00058
此预印本（未经同行评审）的作者拥有该文稿的版权，biomedRxiv拥有永久保存权。任何人未经允许不得重复使用。

行气导滞、调气和血，三者共为佐药，兼顾气血调畅。甘草调及诸药，缓急止痛，是为使药。全方合用，共奏清热化湿、祛风安络、调和气血之功效。

3.2 源于经方、灵活加减

结合白头翁汤、葛根秦连汤、香连丸、痛泻方、当归芍药汤等经方妙用，朱师自拟方红藤肠安汤，既契合古方法理，但又不拘泥于古。临证时紧扣病机，随证加减，具体而言：对于脾胃虚弱的患者，若出现脘腹胀满、乏力倦怠等症状，可以在基础方中加入党参和茯苓，以增强健脾益气、渗湿和中的效果。若辨证属肝郁脾滞证，伴有胸胁胀痛，大便黏滞等症状，可选择青皮、陈皮配伍组合，旨在疏通肝气、理顺气机，调和中焦。对于久泄不止患者，可配伍赤石脂和补骨脂，以温肾固涩止泻；对于脓血便较重的痢疾患者，则加入白头翁、黄柏和凤尾草，以增强解毒凉血、涩肠止痢效果。若大便夹黏冻，配伍薏苡仁和白芷，以发挥健脾渗湿、排脓解毒之功；失眠患者可加合欢皮、夜交藤，以养血活血，安神宁心。

4 病案举例

陈某，男，42 岁，初次就诊于 2025 年 5 月 12 日。反复腹泻已持续 3 年，伴有黏液脓血便，近 1 周加重。患者三年前因饮食不洁出现腹泻，日行 3 到 5 次，并伴有黏液脓血便、左下腹痛、里急后重。肠镜示：溃疡性结肠炎活动期（中度）当时口服美沙拉嗪肠溶片治疗，症状缓解后患者停药，病情反复发作。一周前因工作劳累、进食辛辣后症状加重，每日腹泻 5-7 次，伴有腹痛，黏液脓血便增多，里急后重，晨起口干口苦，胃纳较差，乏力神疲，舌红苔黄腻，脉滑数。

西医诊断：溃疡性结肠炎；中医诊断：痢疾（湿热内蕴型）

治疗方法：清热化湿、祛风安络、凉血止血

方药：红藤肠安汤加减。红藤 15g，败酱草 15g，黄芩 9g，黄连 6g，白头翁 15g，秦皮 15g，防风 12g，白芍 15g，当归 12g，木香 9g，仙鹤草 15g，生地 15g，枳壳 9g，甘草 6g。共服药 14 剂，每日 1 剂，水煎服，分 2 次温服。

2025 年 5 月 26 日二诊，患者腹泻次数减少至每日 2-3 次，黏液脓血便明显减少，腹痛减轻，里急后重缓解，口干口苦改善，乏力仍作，伴情绪焦虑，舌红苔黄稍腻，脉滑数。上方加炒薏米仁 15g，柴胡 9g，香附 9g，继续服药 14 剂。

2025 年 6 月 9 日三诊，患者大便每日 1-2 次，无脓血便，质地不成形，腹痛消失，纳食增加，乏力好转，情绪渐佳。舌红苔稍腻，脉滑。上方加苍术 9g，佩兰 12g，去白头翁 15g，生地 15g，继续服药 14 剂。

10.12201/bmr.202605.00058V1

http://www.biomedrxiv.org.cn/article/doi/10.12201/bmr.202605.00058
此预印本（未经同行评审）的作者拥有该文稿的版权，biomedRxiv拥有永久保存权。任何人未经允许不得重复使用。

2025 年 6 月 23 日四诊，患者大便每日 1 次，无脓血便，质地偶不成形，腹痛消失，纳食增加，乏力好转，情绪渐佳。舌淡红苔薄白。

2025 年 7 月 7 日五诊，患者诸症好转，复查肠镜示黏膜炎症明显减轻，溃疡愈合。调整患者处方为太子参 15g，炒白术 12g，炒白芍 12g，茯苓 15g，防风 9g，山药 15g，半夏 9g，陈皮 6g，白扁豆 15g，芡实 9g，白及 9g，炒谷芽 15g，调理 1 个月，巩固疗效，嘱患者饮食忌口。患者停药后定期随访 1 年未见复发，纳眠可，二便调，情志舒畅，舌脉平和，病情获临床痊愈。

按语： 本病例患者有脓血便，腹痛，内急后重，伴口干口苦，舌红苔黄稍腻，脉滑数，辨证为湿热内蕴型痢疾，符合西医以腹痛、粘液脓血便反复发作为特征的 UC 特点，并有肠镜检查结果为证，朱师以经验方红藤肠安汤加减治疗：方中红藤、败酱草为君，相须为用增强通瘀散结消痈之效；臣药取白头翁汤、香连丸意，以白头翁、秦皮清热凉血止痢，木香、黄连行气化湿止痛，辅以仙鹤草收敛止血调虚、枳壳理气和络、生地清营凉血、黄芩助清湿热、防风祛风解痉，合力助君药攻邪；佐以当归、白芍养血活血，促进肠黏膜修复；使以甘草调和诸药、缓急止痛。全方温清并施、消补兼顾，清肠消痈而不伤胃气，最终邪去正复，诸症缓解。

二诊患者症状均有改善，但症状均为消失，情绪出现焦虑，以柴胡配香附，协同疏肝理气解郁之功，缓解焦虑情绪；同时加炒薏米仁增强健脾化湿之效果。

三诊患者脓血便已消失，情绪渐佳，诸症好转，而大便质地仍不成形，伴舌苔稍腻，加苍术健脾祛湿，佩兰芳香化湿，两药合用，以增强健脾化湿之功。脓血便已除，去凉血解毒之生地、白头翁，以避免其攻伐太过，其寒性伤及于脾，而造成脾阳虚。

四诊复查显示患者临床症状已基本消退，予续服原方 14 天，以巩固治疗效果，防止病情反复。

五诊患者溃疡已愈，诸症好转，朱师调整方药，方中取六君子汤、参苓白术散、痛泻药方之意，调和肝脾，健脾和胃、扶正固本以巩固疗效，并辅以白及修复肠粘膜，遵循朱师脾胃病学术观点"通化宣平，护胃气为根"原则[13]，用药平和，避免过于苦寒或滋补之品损伤脾胃功能。

5 结语

朱生樑教授辨治 UC 发作期，以风湿热瘀蕴肠、肠络受损为核心病机，立足本虚标实、风邪为诱的病证特点，以“明分期、抓主症、辨病邪、观病所”为辨证纲要，确立清热化湿、祛风安络、调和气血之治法，自创红藤肠安汤，配伍严谨、随证加减，并结合病位采用口服与灌肠内外合治，全程顾护脾胃之气。其诊疗思路理法方药完备，临床疗效确切，既传承海派中医丁氏内科精

10.12201/bmr.202605.00058V1

http://www.biomedrxiv.org.cn/article/doi/10.12201/bmr.202605.00058
此预印本（未经同行评审）的作者拥有该文稿的版权，biomedRxiv拥有永久保存权。任何人未经允许不得重复使用。

髓，又为 UC 发作期的中医药诊疗提供了实用经验与理论参考。

参考文献

[1]Rubin dt,Ananthakrishnan AN,Siegel CA, et al.ACG clinical guideline:Ulcerative colitis in adults[J]. Am J Gastroenterol, 2019, 114(3): 384-413.

[2]中国中西医结合学会.溃疡性结肠炎中西医结合诊疗指南[J].中国中西医结合杂志, 2024, 44(9): 1029-1035.

[3]XU L, HE B, SUN Y, et al. Incidence of inflammatory bowel disease in urban China：a nationwide populationbased study[J]. Clin Gastroenterol Hepatol, 2023, 219(13): 3379-3386.

[4]李军祥,唐旭东,王化虹,等. 溃疡性结肠炎中医诊疗指南(2023)[J].中医杂志，2024, 65(7): 763-768.

[5]张声生.中西医结合诊疗溃疡性结肠炎[J].中国中西医结合志,2008,28(9):782-783.

[6]邱爱珠,徐晔青,欧阳翌国,等.基于 TLR4/NF-κB/NLRP3 通路探讨荆芥连翘汤对溃疡性结肠炎（大肠湿热证）大鼠的作用及机制[J].中医药导报,2025,31(12):54-60.

[7]何俊彪,郭召平,石莉杰,等.朱生樑运用“以补开塞”法治疗老年不完全性肠梗阻经验探析[J].上海中医药杂志,2024,58(4):58-62.

[8]王宏伟,方盛泉,汤瑾,等. 朱生樑辨治溃疡性结肠炎经验浅析[J].上海中医药杂志, 2012, 46(11): 15-17.

[9]李素素,王少墨,王秀薇,等.王庆其从“半从痢治，半从疡疗”论治溃疡性结肠炎经验[J].中医杂志,2023,64(6)：555-559.

[10]方盛全,周秉舵,闫秀丽.朱生樑内科学术经验集[M]. 上海:上海科技出版社，2026: 7-38.

[11]高勇,李克亚,王真权,等.王真权教授运用复方芩柏汤治疗湿热蕴结型溃疡性结肠炎的临床经验[J].湖南中医药大学学报,2023,43(1)：132-137.

[12]周赟,孙吉,巫亚颖,等.红藤肠安汤治疗溃疡性结肠炎疗效观察[J].中国中医药信息杂志,2015,22(9):22-25.

[13]周秉舵,王宏伟,王晓素,等.朱生樑运用通、化、宣、平法辨治脾胃病经验[J].中医杂志,2019,60(8):640-643.

10.12201/bmr.202605.00058V1

http://www.biomedrxiv.org.cn/article/doi/10.12201/bmr.202605.00058
此预印本（未经同行评审）的作者拥有该文稿的版权，biomedRxiv拥有永久保存权。任何人未经允许不得重复使用。

10.12201/bmr.202605.00058V1