

· 临床经验 ·

乌梅丸加减治疗多发性大肠息肉经验谈

钟玲玲 舒鹏

【摘要】 乌梅丸出自《伤寒论·辨厥阴病脉证并治》，此方酸苦甘辛合法，寒热并用，杂味相投，配伍独特，为仲景治疗蛔厥腹痛及久痢之要方。经后世医家不断探索，其临床应用范围逐步扩大。笔者认为脾胃素虚，六淫、七情、饮食等致胃肠寒热失调，痰瘀凝着是大肠息肉的病机特点，故临床上常采用虚实兼顾、寒温并用之乌梅丸加减防治多发性大肠息肉，强调已病防变；重视脾胃之健运、气机之疏理；推崇分期论治，合理辨证寒热关系，古方新用，疗效甚佳。

【关键词】 乌梅丸； 大肠息肉； 临证经验

【中图分类号】 R249 【文献标识码】 A doi:10.3969/j.issn.1674-1749.2017.02.034

大肠息肉是起源于肠黏膜的一种赘生物，其生长方式为隆起型，是肠癌的癌前疾病，尤其多发性息肉比单发性息肉癌变风险更大。大肠息肉性质主要有炎性、增生性、腺瘤性等。腺瘤—癌序列是腺瘤性息肉恶变为结直肠癌的演化历程。因有潜在癌变可能，有效地减少其发生、避免复发尤为重要。目前，西医治疗大肠息肉最普遍的方式即内镜下治疗^[1]，治疗后息肉可切而复发；且年老体弱者，并不适于上述治疗^[2]。中医药对大肠息肉的防治有独特疗效^[3]，笔者在临床灵活运用乌梅丸化裁防治多发性大肠息肉，患者反馈颇佳。现将学术观点及临床经验梳理如下。

1 寒热失调，痰瘀凝着为大肠息肉核心病机

中医学对大肠息肉无明确记载，对“息肉”最早的认识，见于两千多年前的《黄帝内经》，《灵枢·水胀篇》：“肠覃如何？岐伯曰：寒气客于肠外，与卫气相搏，气不得荣，因有所系，癖而内著，恶气乃起，息肉乃生。”大肠息肉一般在肠镜检查时发现，其临床多无明显症状，部分表现为胃脘嘈杂或反酸，腹胀、腹痛、肠鸣、便秘或腹泻、大便不成形、黏液便或便血等。现代中医根据其临床表现，多归为“肠癖”“肠覃”“癥瘕”“泄泻”“便秘”等范畴。

大肠息肉病机复杂，各医家对其病因病机有着不同的见解。何紫敏^[4]通过对岭南地区大肠息肉探讨，认为其发病与患者的饮食、情志有一定的关系。苏雅^[5]研究发现气虚、阳虚、痰湿和湿热体质与大肠息肉发病相关，是该病发生的

内在因素，临床上可从补气健脾，散寒除湿论治。王德媛等^[6]认为脾胃虚损贯穿大肠息肉发生始终，是其根本病因，强调补脾胃、调气机。魏品康认为痰浊内结是大肠息肉的基本病理因素，“痰毒”侵及致肠毒积聚是其癌变病机，倡导从痰论治，以消痰通腑为治则^[7]。

《诸病源候论》曰“症瘕者，皆由寒温不调，饮食不化”，景岳云“小肠……受盛胃中水谷而分清浊，水液由此而渗入前……脾气化而上升……故曰化物出焉”。脾胃升降清浊为小肠受盛化物及泌别清浊之基础。脾胃虚弱，水谷运化乏源，脾不健则升清功能失调，小肠泌别清浊功能紊乱，故易聚湿生寒，久之化热，损伤肠络变生瘀血，寒热痰瘀交互成毒发为肠息肉。《济生方》有“过餐五味，强食生冷果菜，久则积结为癥瘕”之记载，素体脾运失健则易生痰湿，久而化热，加之现代人多喜生冷之品，胃肠偏寒，易造成气滞水停、寒凝血瘀；湿热之邪与胃肠之寒相合，日久伤津伤阴，因此肠息肉易复发或癌变^[8]。笔者认为脾胃素虚，六淫、七情、饮食等致胃肠寒热失调，痰瘀凝着而变生息肉，病位主要在胃肠，涉及肝脾；日久阴津亏耗，邪毒内结是其癌变的病理转机；治宜虚实兼顾，寒温并调。

2 乌梅丸与大肠息肉的方证相应

乌梅丸在《伤寒论》原书主治“蛔厥”及“久下利”，由乌梅、附子、桂枝、细辛、川椒、黄连、黄柏、当归、党参等药物组成，此方酸甘苦辛合法，寒热并用，杂味相投，配伍独特，后世推为厥阴病主方。《医宗金鉴》谓：“厥阴者，阴尽阳生之脏，与少阳为表里者也。邪至其经，从阴化寒，从阳化热，故其为病阴阳错杂，寒热混淆也。”厥阴病乃太阴脾土阳虚，虚寒内生，阴寒不化与肝风胆木相火之气上冲共同形成的寒热错杂证。笔者强调临床运用乌梅丸需紧绕“阴阳不调、寒热错杂、虚实夹杂”之病机。刘芳^[9]研究发现乌梅丸现代运用以寒热错杂证最多见，频率高于其他证候，也可用于脾胃或脾

基金项目：江苏省临床医学科技专项(BL2014100)

作者单位：210029 南京中医药大学附属医院江苏省中医院
[钟玲玲(硕士研究生)、舒鹏]

作者简介：钟玲玲(1991-)，女，2014级在读硕士研究生。研究方向：临床肿瘤学。E-mail: zhonglingling96@163.com

通信作者：舒鹏(1970-)，女，博士，教授，博士生导师。研究方向：临床肿瘤学。E-mail: shupengsp@163.com

肾虚寒和肝脾或肝胃不调证,常见大便溏泻、脘腹疼痛、食欲不振、烦躁、呕恶、神疲乏力等。大肠息肉多脾气自虚,感受外邪,如喜冷食、贪凉气等,气虚及阳,久病引起正气受损,易出现寒热错杂,虚实夹杂之证,临证可见纳呆、早饱、反酸、腹胀和或腹痛、肠鸣、便秘或大便不成形等。《伤寒论》“病皆与方相应者,乃服之”,这与乌梅丸的病机及主证特点不谋而合,“有是证,用是方”,故临床上,笔者常以乌梅丸为基本方调治大肠息肉,如此方证相应,常获桴鼓之效。

3 临证经验

3.1 已病防变,从脾着手,兼以疏肝

大肠息肉患者,有家族史、多发性、病理为腺瘤均是复发、癌变的高危因素。因此,临床上“治未病”思想贯穿了大肠息肉治疗始终,已病防变是其重中之重。

笔者常从健运中焦脾胃为基础,兼攻邪防变,寓泻于补之中。《脾胃论》云“内伤脾胃,百病始生”,脾胃气盛,则正气强,机体不易受邪。大肠息肉患者多素体脾胃虚弱,“脾主升清,胃主降浊”,一方面,脾病不能“为胃行其津液”,使胃中湿浊、宿食停滞,阴津耗伤,化燥生热,热性炎上,则胃之腐熟及降浊功能异常,表现为浊阴不降,胃气逆上,产生纳呆、嗳气、呃呃等症;另一方面,脾虚宜生湿生寒,寒性趋下,脾之清阳不升,胃之浊阴不降,胃肠相通,疾病相连,则小肠泌别清浊及大肠传导功能失职,浊物不能外排,留于体内形成痰浊,伤络成瘀,久之痰瘀凝着而变生息肉。脾胃位于中焦,传化精微以溉四旁,为气机之枢纽。气机升降失调影响机体脏腑功能发挥,累及肝脏,肝失疏泄,木不疏土,进一步加重了脾胃升降失司。如此恶性循环,息肉反复生发。“脾主为卫,使之迎粮”,脾具有抗邪的作用;“见肝之病,知肝传脾,当先实脾”,脾乃疾病传变的症结所在。因此,笔者首重健脾,临证运用乌梅丸时,常辅以炙黄芪、炒白术、茯苓、山药、薏苡仁等健脾益气之品。“土健以灌四旁,论治不忘补中”,尤其对于内镜下息肉切除术后初期患者,因正气损伤,更宜兼调运脾胃。如此从脾着手,胃肠一体,脾健胃和则肠道湿滞尽除;脾旺则不易受邪,御邪力增则不易癌变。

气机郁滞是肠息肉病变的并发因素之一。肝失条达,脾胃首当其冲,肝气横逆,影响脾胃,克脾则泻,犯胃则吐,出现胃腹胀满,嗳气吞酸,或胃痛、吐涎沫、腹泻、畏寒等症状。故笔者推崇仲景泻肝安胃法,重视疏理气机,常用醋柴胡、陈皮、川芎、香附、佛手、白芍等疏肝健脾,和胃顺气。临证见肝郁化火者,常加用焦栀子、牡丹皮等调达肝木;中焦寒象明显者常加用紫苏梗、炮姜等温中止痛。

3.2 分期论治,循序渐进,主次突出

随着消化内镜技术的突飞猛进,大肠息肉检出率逐步增加。目前,大肠息肉主要采用内镜下治疗,其主要并发症是出血和肠穿孔。据统计,内镜摘除术后出血率约为 1.6%~8.2%^[10]。术后迟发性出血发生时间不同,也可能发生于出院后,因此,预防迟发性出血很重要。

笔者辨治多发性大肠息肉以乌梅丸加减时,强调分期论治,循序渐进,用药有侧重。对于多发性大肠息肉内镜治疗后早期,尤其半月内,常加用炒黄芩、仙鹤草、地榆炭、侧柏炭凉血止血之品,并佐以炙黄芪、炒白术、山药等益气健脾。若镜检示肠黏膜糜烂或溃疡伴黏液脓血便者,常加用炒黄芩、败酱草、白头翁、六月雪等;肠黏膜充血水肿者,常加用防己、连翘、漏芦、土茯苓等清热解毒消肿。后期则以防治息肉复发及癌变为主,适当予以活血化瘀,破血消癥之品,如五灵脂、生蒲黄、三棱、莪术等。临证见便秘,腹部胀满者,加槟榔、枳壳、全瓜蒌行气除胀通便。胃脘嘈杂、口干、舌红者,辅以生地黄、天冬、麦冬、天花粉等养阴生津。若病理结果为腺瘤性息肉,尤其锯齿状,有家族性病史者,常加用虫类药物,如蜈蚣、全蝎、穿山甲等攻毒散结;同时适当增加抗复发及癌变药物剂量,延长服药疗程,并定期复查肠镜。如此因病变证机轻重而增减,临证用药及剂量随机应变,循序渐进,主次突出方能收获良效。

3.3 活用乌梅,注重寒热,微调平衡

《本草求真》曰:“乌梅,酸涩而温,入肺则收,入肠则涩……入于死肌、恶肉则除,刺入肉中则拔。”郭炎林等^[11]运用乌梅肉散消鼻息肉临床疗效确切,可见,乌梅具有消除息肉作用。乌梅作为乌梅丸君药,临证时尤重乌梅的用量及制法。“中医不传之秘在于量”,乌梅每从 15 g 起,多至 50 g。笔者认为乌梅量少偏于收敛涩肠,可止泄泻;量大则生津润燥力强,可增液行舟,有通便之功。炮制方法可以影响中药的性味功能,乌梅醋制能引药入肝经,增强其酸敛止泻、理气止痛作用,炒炭则其止血力专。唐代《备急千金要方》最早记载了蜜制乌梅^[12],蜜制能甘润通便;宋代《太平圣惠方》首倡盐制乌梅,认为盐制能增强软坚散结功效,随着古今炮制演变,现代临床仅有醋制、炒炭^[13]。因此,临床上,巧妙运用配伍来协同乌梅发挥功效,常辅少量蜂蜜,助其润肠通便;多佐盐制或咸味药物如鳖甲、生牡蛎等,襄其软坚散结之功。如此精磨细琢,方能力专效宏。

乌梅丸虽为寒热平调、虚实兼顾之剂,但临床运用其调治大肠息肉有颇多加减变化。临证时,必须根据患者症状,遵循辨证原则,选药用量上分清寒热主次,合理调整寒热药用量。如舌红、苔黄,热重者,则重用黄连、黄柏等苦寒药物,酌情减少辛温之品;若舌淡、苔水滑、怕冷、脉沉,寒重者,可加大附子、干姜、川椒等辛热药物剂量,减少寒凉药物使用。例如,对于肝郁化火,上热下寒所致的嗳气、反酸、怕冷等,笔者喜伍以左金丸,却不拘泥于丹溪黄连、吴茱萸 6:1 之比例,而是根据临床寒热关系进行微调,寒重于热者,吴茱萸 5 g,配黄连 2 g;热重于寒者,黄连 5 g,配吴茱萸 3 g。即使有时临床热象不显,也常用温热药配以少许寒凉药,一来反佐从治;二来可苦泻相火,以防相火妄动;有时寒象不显,常用苦寒药伍以少量温热之品,不仅以防格拒,而且能安中温胃,避免苦寒败胃。根据患者症状,合理辨证寒热二者关系,选药定量时把握好寒热药比例关系,若主次颠倒则会影响其治

疗效果。如此灵活机动地运用乌梅丸,微调寒热平衡,才能使大肠息肉患者体内达到一个相对“阴平阳秘”的状态。

4 验案举隅

患者,男,55岁,2010年6月因大便带血至某医院查肠镜:直、乙状结肠癌。病理:(1)结肠10~18cm:腺癌Ⅱ级;(2)横结肠前下方:管状腺瘤,灶性腺体异型增生Ⅰ~Ⅱ级。6月22日行FOLFOX方案新辅助化疗1次,并于7月2日行直肠癌根治术。术后病理:直肠溃疡型中低分化腺癌,侵及浆膜;上下切缘未见癌侵犯;直肠系膜淋巴结0/7未见癌转移。后行6周期FOLFOX静脉化疗。2011年7月14日初诊:大便黏,不成形,日行3~4次,伴有肠鸣,矢气多,畏寒怕冷,困乏少力,纳食少,夜寐差,舌质偏红,苔薄白,脉细弦。肠镜:结肠多发息肉。患者肠癌术后化疗后,伴多发性肠息肉,阳气不足,脾虚不运,肠腑湿热未清,辨为脾虚湿热、寒热错杂,治以健脾化湿、寒温并调。方选乌梅丸加减,处方:制附子^{先煎}5g、党参15g、茯苓15g、炒白术^各15g、山药15g、煨木香6g、醋柴胡6g、陈皮6g、炒防风10g、黄连3g、醋乌梅20g、淡干姜5g、细辛3g、川椒5g、淡黄柏10g、白蔻仁^{后下}10g、酸枣仁30g、焦楂曲^各12g、炙甘草5g,14剂,每天1剂,水煎服。

2011年7月28日二诊:大便基本成形,唯次数多,肠鸣不显,纳食增,睡眠较前改善,舌质淡红,苔薄,脉细。再拟温中健脾,养胃消痞,原方制附子增至10g,乌梅增至25g,加吴茱萸3g、三棱10g、莪术10g、石见穿30g,14剂。后一直坚持在门诊以乌梅丸加减调治。

2012年7月12日就诊:仍有轻微畏寒,前几日肠镜检查后,腹部偶有隐痛,纳寐尚可,大便基本正常。舌质淡,有齿痕,苔薄,脉细弱。肠镜:(1)直肠癌术后炎;(2)横结肠息肉0.4cm×0.5cm。拟健脾益气,温中止痛。仍选乌梅丸加减,处方:炙黄芪30g、党参15g、茯苓15g、炒白术^各15g、山药20g、制附子^{先煎}10g、淡干姜5g、细辛3g、乌梅炭30g、川椒5g、三七粉2.5g、仙鹤草30g、地榆炭10g、乌药10g、炙甘草5g,14剂,服用方法同前。

2012年7月26日随诊:畏寒较前好转,腹痛未作,纳寐可,大便正常。舌质淡,苔薄,脉细。原方去地榆炭、乌药,改乌梅炭为醋乌梅,加漏芦15g、山慈菇15g、三棱20g、莪术20g、炮山甲^{先煎}10g,14剂,加强散结消痞。后患者复查肠镜未见息肉,CT提示肿瘤病情稳定。患者多年大肠息肉病向愈,继续调治巩固之。

按 本案为肠癌术后伴肠道多发性腺瘤样息肉——不典型增生,患者经手术及化疗,又再生息肉,后经内镜摘除,

仍反复再生,切而不尽,属高危人群,惶恐再次癌变。属于脾胃素虚,肠腑痰凝血瘀,寒热错杂之证。在临证辨证的基础上,首选寒温并调、虚实兼顾之乌梅丸化裁。患者怕冷明显,寒微重于热,故附子增至10g,配用干姜;多用醋制乌梅,酸能涩,剂量逐渐增加,如此止泻消痞力强;肠镜检查不久,多使用乌梅炭,能收敛止血。同时辅以健脾疏肝法,如茯苓、山药健脾和胃,醋柴胡、炒白术^各、炒防风取痛泻要方之意,柔肝调脾;木香开胃调气要药,行三焦之气,畅肠胃之滞。补益之时也不忘祛邪,加用三棱、莪术破血消痞,仙鹤草、山慈菇、炮山甲化痰散结,增强消肉、抗癌变之功。全方辛热苦寒,温清并行,收中有散,补泻兼施,共奏顺接阴阳、平调寒热之效。

参 考 文 献

- [1] 孔祥东,吴鸣. 结直肠息肉的诊断和治疗现状[J]. 中国现代普通外科进展,2014,17(7):580-582.
- [2] 宋雯,赵梁,朱萍,等. 肠息肉发生发展与诊治研究新进展[J]. 胃肠病学和肝病学杂志,2012,21(9):876-879.
- [3] 火龙,龚雨萍. 大肠息肉的中医药研究近况[J]. 中医临床研究,2014,(5):147-148.
- [4] 何紫敏. 岭南地区大肠息肉发病因素及中医证候特点的初步探讨[D]. 广州:广州中医药大学,2014.
- [5] 苏雅. 结直肠腺瘤性息肉的中医证型分布规律及其与体质分型的关系[D]. 南京:南京中医药大学,2015.
- [6] 王德媛,曹志群. 从“脾主卫”学说浅述胃肠息肉[J]. 光明中医,2015,(3):451-452.
- [7] 刘焯,矫健鹏,周昱岐,等. 从痰论治结直肠癌前病变探析—魏品康教授临证经验摘英[J]. 上海中医药大学学报,2014,(6):1-3.
- [8] 陈万群,胡玲,陈响,等. 从“治未病”防治胃肠息肉[J]. 辽宁中医杂志,2015,(9):1629-1630.
- [9] 刘芳. 乌梅丸及其加减类方的方证规律研究[D]. 北京:北京中医药大学,2011.
- [10] 沈晓卉,陆爱国,马君俊,等. 结直肠良、恶性息肉微创治疗的临床研究[J]. 中国微创外科杂志,2008,8(12):1064-1067.
- [11] 郭炎林,任黎明. 乌梅肉散治疗鼻息肉[J]. 国医论坛,1989,(6):34.
- [12] 唐·孙思邈. 备急千金要方[M]. 北京:人民卫生出版社,1955:241.
- [13] 许腊英,刘芬,毛维伦,等. 乌梅古今炮制演变探讨[J]. 湖北中医杂志,2003,25(5):51-54.

(收稿日期:2016-03-22)

(本文编辑:董历华)