



朱秉宜

肛肠病临床经验和学术思想

主编 史仁杰 ○ 东南大学出版社

朱秉宜肛肠病临床经验和学术思想

主 编 史仁杰

副主编 谷云飞

编 委 李国年 陈玉根 钱海华 何雯玉
顾尽晖 潘良富 杨柏林 孙桂东
周在龙 蒋 峰 邵松泽 董蓓蓓
周 军 何从新

东南大学出版社

• 南京 •

内 容 提 要

本书系统总结了全国名老中医朱秉宜教授的肛肠病学术思想、临床经验、经验方、验案、成才之路、学术流派、养生思想、名家风采,以及在朱老指导下取得的主要医疗成果。以便读者学习和运用,使名老中医的宝贵临床经验和学术思想等得到广泛的传承。本书适合于广大从事中医肛肠专业和中医临床工作的医务人员学习、使用。

图书在版编目(CIP)数据

朱秉宜肛肠病临床经验和学术思想 / 史仁杰主编.

—南京:东南大学出版社,2010.12

ISBN 978-7-5641-2521-9

I. ① 朱… II. ① 史… III. ① 肛门疾病—中医学临床—经验—中国—现代 ② 肠疾病—中医学临床—经验—中国—现代 IV. ① R266 ② R259.74

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2010)第 220742 号

朱秉宜肛肠病临床经验和学术思想

出版发行	东南大学出版社
出 版 人	江建中
社 址	南京市四牌楼 2 号(邮编:210096)
印 刷	南京玉河印刷厂
经 销	江苏省新华书店
开 本	850 mm×1 168 mm 1/32
印 张	4.25
彩 插	4
字 数	108 千字
版 次	2010 年 12 月第 1 版,2010 年 12 月第 1 次印刷
定 价	15.00 元

(东大版图书若有印装质量问题,请同读者服务部联系,电话:025-83792328)

前 言

我们的老师著名中医肛肠病专家朱秉宜教授,是南京中医药大学附属医院肛肠科教授、主任医师,江苏省中西医结合学会大肠肛门病学术委员会高级顾问。曾任江苏省中医院肛肠科主任,中国中医学会肛肠分会理事、名誉理事,江苏省中医学会肛肠专业委员会副主任委员,高等教育研究会临床研究会肛肠分会副主任委员,第二至第五届《江苏中医》杂志编委。于1992年始享受国务院特殊津贴,1994年被命名为江苏省名中医,由卫生部、国家中医药管理局确定为第一至四批老中医药专家学术经验继承指导老师。

朱秉宜教授从事中医临床、教育和研究工作六十余年,有较深的理论素养和丰富的临床经验,擅长于大肠肛门疾病的治疗,对肛肠科外治法尤具心得。治学衷中参西,注重求实创新。临床治疗高位复杂性肛瘘、环状混合痔、直肠脱垂、跨间隙深部肛周脓肿、大肠肿瘤、慢性溃疡性结肠炎、出口梗阻性便秘等疑难杂症,多获显著疗效。所创“消痔液”和“消痔注射疗法”不但治疗内痔、混合痔肛裂有满意的疗效,而且其治疗机理亦有别于坏死和硬化疗法,以改善局部血循环、松弛肠管平滑肌为主要作用,从而为注射治疗痔核提供了新途径,在理论上为治疗痔核提出了新观点。

自1997年起,朱秉宜教授作为指导老师,先后指导了史仁

杰、李国年、陈玉根、钱海华、何雯玉等三批国家级名老中医药专家学术经验继承人。在传承工作中，朱秉宜教授毫无保留地传授自己的临床经验，徒弟们也勤奋、认真地跟随朱老抄方、临证、学习，并总结了朱秉宜教授在肛肠病诊疗方面的学术思想、临床经验，并发表了多篇文章，参编出版了有关书籍。2007年朱秉宜教授的临床经验和学术思想研究被立项为国家“十一五”科技支撑计划课题。经过三年的传承与学习、整理、研究，值课题即将结题之前，将相关研究资料结集成册，以将研究成果向社会推广，让朱秉宜教授的临床经验和学术思想等得到更好的传承和推广运用。

本书得到了朱秉宜教授、江苏省中医院肛肠科全体同仁、江苏省中医院科技处、东南大学出版社以及东南大学唐萌教授的大力支持，在此表示衷心的感谢。

编者

2010年11月

目 录

第一章 学术思想	1
第二章 临床经验	17
第三章 经验方	69
第四章 验案精选	84
第五章 成才之路	94
第六章 学术流派	104
第七章 养生思想	111
第八章 传承成果	113

第一章 学术思想

一、治疗肛肠病注重清热调血

朱师先承家学,后又拜苏州名医王寿康学医五年,这给朱师奠定了雄厚的中医学基础,使其牢牢掌握了中医辨证施治和整体观念的思想。1947年经国民党政府考试院考试及格,朱师于苏州城内开业行医。1954年江苏省中医院成立后,为了充实医疗力量,该院陆续从全省请来了一批名中医。朱师在1955年被请到了江苏省中医院,从此专门从事肛肠专业。当时朱师27岁,在江苏省中医院的医生中他最年轻。面对中医事业的继承与发扬重任,朱师更加严格要求自己,视在省中医院工作的年长者都是自己的老师,天天挑灯夜读,将当时能找到的明、清代名医的著作通读了一遍,对其中有关肛肠疾病的篇章进行了精读;同时抓住一切机会向省内外的当代从事肛肠专业的名医如张庆荣、周济民、韩长泰、陈忠平、林之夏等虚心求教,学到了不少新知识与好经验,开阔了眼界,拓宽了思路。经过不懈的学习与探索,朱师逐渐形成了对肛肠疾病的认识与治疗不限一家之言,不执学派之见,择各家之长,始终坚持辨证施治的风格。

如对内痔等病症见便血，色鲜红，滴出或呈喷射状，伴口苦，尿黄、便干、舌红苔黄，脉数者，他认为是血热妄行所致，采用清热凉血的方法治疗，用凉血地黄汤、十灰丸、槐角丸加减；如肛痈等病症见局部红肿疼痛，伴恶寒发热、口渴、便秘、尿赤、苔黄燥、脉弦数者，他认为乃热毒炽盛，壅滞气血，腐肉成脓所致，当采用清热解毒法治疗，用黄连解毒汤、仙方活命饮加减；如肛痿、肛门湿疹等病症见肛门部潮湿，皮肤欣红、瘙痒疼痛、滋水黄稠，时有分泌物沾裤，身热倦怠、食欲不振、渴不多饮，肛门坠胀后重，大便秘臭而稀薄，苔黄腻、脉滑数或濡数者，他认为为湿热下注所致，治当清热利湿，方用萆薢胜湿汤、三妙丸加减

如血栓性外痔、炎性外痔、肛门湿疹、皮炎等病，症见肛门突然肿痛，或瘙痒游走不定，丘疹时隐时现，痒痛流水，恶寒发热，苔薄黄，脉浮数者，他认为是感受风热外邪所致，对痛者，他用止痛如神汤加减，痒者他用消风散加减。

如炎症性肠病，症见脓血便、腹痛、里急后重、肛门灼热、小便短赤、苔黄腻、脉滑数者，他认为是大肠湿热所致，而采用清热化湿的方法治疗，方选白头翁汤、葛根黄芩汤加减；

对于肛肠病实热便秘，症见大便干结、腹部胀满、隐痛、面红目赤、口干欲饮、苔黄燥、舌质红绛、脉弦滑数或沉数者，他认为实热内结所致，采用清热攻下的方法，以大承气汤加减；如大便干结不通，伴腹胀满、口干舌红少津，苔黄而燥，脉滑实而数，他认为胃肠燥热内结所致，采用润肠通便的方法，以麻仁丸、五仁丸加减。

如外痔肿痛、肛痈初起、痔瘘术后肿胀或疤痕疼痛等，症见局部扪及肿块或硬索、刺痛、钝痛、色青紫或红，他认为是气血运行不畅，经脉瘀阻所致，治以活血化瘀法，以血府逐瘀汤、桃红四物汤加减；如症见大便秘结、口干喜饮、腹满作胀、喜按，或虽有

便意但临厕努挣无力、舌质淡红、少苔、脉细无力,他认为是阴血亏虚所致,采用滋阴润燥的方法,以增液汤、润肠汤加減。

如肛門松弛、晚期痔核脱出坠胀、舌淡、苔白、脉细弱无力,他认为是气虚下陷、失于固摄所致,采用益气升提的方法,以补中益气汤加減;如慢性结肠炎等大肠病症见腹瀉日久、便下清冷、滑脱不尽,甚至五更腹瀉、形寒肢冷、腹满喜按、纳少、神疲、气短懒言、小便清长、舌淡、苔白、脉迟缓等,他认为是脾肾虚寒所致,采用温阳散寒、涩肠固脱的方法,以真人养脏汤、桃花汤、黄土汤加減;对于症见局部肿块平塌、根盘散漫、难溃难腐、或溃后脓水稀少,或腹部胀满、便溏、面色少华、脉数无力者,他认为如肿瘍已成,正气渐虚、热毒不能外泄者,采用托里透脓的方法,以托里消毒散、透脓散、薏苡附子败酱散加減。

肛肠病中、后期,正虚无力祛邪、肛肠病术后大出血、肛門直腸部恶性肿瘤发展迅速、邪毒嚣张、正气虚耗等,症见面色苍白或萎黄、头晕目眩、心悸失眠、少气懒言、神疲乏力、腰酸耳鸣、肢冷、自汗、食欲不振、形瘦色悴、舌淡胖或舌红少苔、脉细弱无力或细数。偏气虚者他采用四君子汤加減,偏血虚者他用四物汤、归脾汤加減,偏阴虚者,他用六味地黄汤加減,偏阳虚者,他用右归丸加減。

朱师认为:便血病人特别是大出血的病人,切其脉象如弦大而数,则多有再出血可能,需要引起警惕,使用清热凉血止血方法加强预防,嘱病人卧床少动。如脉象平缓者则一般不会再次出血。

朱师认为,关于痔的病理因素虽有“痔疮形名亦多般,不外风热燥湿源”的认识,但就临床来看,临床最常见和最主要的仍是热邪致病,常见的致病热邪有风热、湿热、燥热、热毒等,尚有肠燥血热、阴虚火旺等致病者。肛肠病的常见症状如出血、肿

胀、疼痛、脱出、瘙痒、便秘等主要与热邪致病有关，因而朱师在肛门疾病的治疗中，在重视辨证施治的同时，尤专重于清热调血顺气。临症常以黄芩、黄柏、生地、大黄等为主以清热凉血；辅以地榆、槐花、大小蓟等以清热凉血止血；佐以当归、赤芍、枳壳、升麻调血散瘀顺气，荆芥、防风以疏风，天花粉、火麻仁等以润燥或车前子、茯苓、泽泻等以利湿；使以生甘草调和药性。经长期的临床应用与观察，证明其对痔疮出血、疼痛等症状的总有效率高达90%以上。如在术后应用则可防止、减少、减轻术后并发症，起到抗感染消炎、止血、消肿等作用。在朱师的指导下，本院长期以来在痔术后虽很少应用抗生素，但却从未发生过严重感染的并发症。朱师治疗肛门病重视清热凉血的思想主要是受金元四大家之一的朱丹溪的影响。朱丹溪谓：“痔疮专以凉血为主”、“治法总要，大抵以解热顺气先之。盖热则血伤，血伤则经滞，经滞则气不行，气与血俱滞，乘虚而坠入大肠，此其所以为痔也。”

在大肠疾病的治疗中，朱师也着重于清热利湿，如诊治慢性溃疡性结肠炎以清热利湿为主，认为：“痢无止法”，有脓血总属湿热。对脓血便多，里急后重者多用大黄，主张生熟军一起用，并用黄连、黄柏以及白头翁、蛇舌草，认为湿热清后大便自然成形。此外对舌苔厚者用陈皮、半夏、厚朴，理气用青陈皮、台乌药、枳壳、豆蔻、砂仁、木香等。灌肠方也用荔枝草、紫草、茜草、板蓝根等以清热解毒类药为主。湿热清后再考虑健脾，常用生黄芪、太子参、白术、茯苓、泽泻、生苡米、扁豆等药。

二、内外治法各有适应证，要灵活选择运用

朱师认为人体是一个有机的整体，人体各脏腑组织器官之间通过经络相互联系而成为一个既分工又合作且与外界环境相

通的整体。肛门与大肠作为身体的一个组成部分,也必然与全身其他的脏腑组织器官互相依存,互相制约。如在生理上,大肠与小肠、脾胃、三焦及膀胱相互依赖,相互制约,传化水谷,升清降浊、转味化粕,共同完成消化、吸收和排泄的生理功能。正如《素问 六节脏象论》中所说:“脾、胃、大肠、小肠、三焦、膀胱者,仓廪之本,营之居也,名曰器,能化糟粕,转味而入出者也”。大肠又与肺相为表里,大肠所以能传送,全赖于气,而气为肺所主。在病理上,亦相互影响,正如《血证论·便血篇》中所说:“是以大肠之病,有由中气虚陷,湿热下注者,有由肺经遗热,传于大肠者;有由肾经阴虚,不能润肠者;有由肝经血热,渗漏入肠者,乃大肠与各脏相连之义也。”另外,经络发生病变,也可引起肛肠疾病,如足太阳膀胱经病,可生痔疮;督脉为病,可致瘰疬。因而对肛门与大肠疾病的认识不应该仅从肛肠局部来认识,而应把它看作全身脏腑器官功能失调的表现之一,从整体方面来认识肛肠疾病的发生、发展、治疗和预防等。如结核性肛瘘,其多由虚劳久嗽,肺、脾、肾三阴亏损,痰火结聚肛门而成。正如《外科正宗》所言:“又有虚劳久嗽,痰火结肿肛门如栗者,破必成漏,沥尽气血必亡。”因而其发生、发展及预后不同于一般性的肛瘘。因该病病机责之于机体肺脾肾亏损,正气亏虚,肛门局部的瘰管只是正气亏虚后病邪侵袭的一种表现。因而治疗既应从整体着手,增强与调整机体的正气,又要同时进行局部治疗。只要机体的正气增强,肛门局部的病变也易得到控制与治疗,如果只予局部治疗则疾病难以得到治愈。又如对初期、二期内痔多采用内服药或注射疗法等非手术疗法;对三期内痔如患者年青体壮,或未查见手术禁忌证者可采用手术疗法,对年老体弱,或有手术禁忌证者,则宜采用非手术疗法。

肛门直肠由于解剖上的毗邻关系,与泌尿生殖系统亦有密

切的关系。临床常见到肛门坠胀不适或有肛窦炎患者,常有在男性科诊疗的病史,同时有肛门直肠症状与泌尿生殖系症状同是存在的情况。这可用中医理论的肾司二便来解释,多系肾气亏虚,开关与气化不利所致,故临床所见肛门坠胀、排便不尽、小便不畅、阳痿等,多与肾气亏虚有关,但多不是单纯的虚证,多属于虚中夹湿或夹瘀的证型,亦有阴虚湿热者。故同时有肛门潮湿不适,便血色红,痔脱出肿痛等实象。治疗时,应辨证施治,标本同治,局部治疗与全身治疗同施,同时这些患者心理负担都较重,应做好其思想工作。

在肛肠疾病的治疗中,朱师提倡内治与外治相结合。他认为肛肠疾病的治疗,有的可以内治法为主,有的可以外治法为主,有的则必需内外同治。如治疗出口梗阻性便秘,主要靠内治;而肛痿的根治则主要靠手术;肛裂多因血热肠燥所致,对其初发而无并发症者主要靠内治,对反复发作有并发症者则必需一方面清热凉血润肠,另一方面采用手术治疗;肛肠病术后配合内治,不但可以补外治之不足,提高临床疗效,而且可以减少术后并发症的发生或减轻术后并发症的症状;如对炎症性肠病,朱师既重内治亦重外治,多采用在内服药治疗的同时,予中药保留灌肠治疗。他认为采用药物保留灌肠,可以直达病所,发挥最大的药效。

另外,朱师还十分重视病人对医生的信任感,他认为医患相得,既是治疗疑难疾病的一种重要方法,又是目前临床应该注意的一个问题。“相得”还要施用“治神”的方法。《灵枢·师传》所述:“告之以其败,语之以其善,导之以其所便,开之以其所苦”,即系治神的方法。《易经》言:“二人同心,其利断金”。其言对医疗来说,也意味深长。医患双方的精神,如果能相得无间,对于医治各种疑难病证,无疑是大有裨益的。

三、痔有三种不同含义,文献中多为广义

朱师在学习祖国医学有关痔瘕病方面的文献时发现,关于痔的定义,各家论述并不一致,也就是说痔的概念并不统一与明确。这对继承与发扬祖国医学痔瘕方面的宝贵遗产是一个很大的障碍,为了对祖国医学的痔的概念作出明确的解释,朱师翻阅了大量有关中医痔瘕学方面的书籍,对痔的概念进行了探讨。

关于痔的症状,朱师发现《医学纲目》云:“如大泽中有小山突出,凡人九窍中有小肉突起者皆曰痔……”谓痔是九窍中的小肉突起,这是广义的痔概念。但是肛门部的痔还有并无小肉突起,以便血为症状而称痔者。如《诸病源候论》、《千金要方》等书所述的牡痔、牝痔、肠痔、脉痔、血痔(简称“五痔”),其中血痔仅以“因便而清血随出”、“大便清血,随大便污衣”而命名,脉痔“肛边生疮痒痛,更衣出清血”,亦无突起物。因而他指出:肛门部的痔不受“痔者峙也”的限制,凡大便清血者即可称为痔。

在唐代《外台秘要》记载:“此病有内痔,有外痔,内但便即有血,外有异,外痔下部有孔,每出血从孔中出。内痔每便即有血,下血甚者,下血击地成穴,出血过多,身体无复血色,有痛者,不痛者”,以便血作为痔的主症,将痔分为内、外两种,外痔血从孔中出,见到出血之处,是显而易见之痔。内痔仅见便血,还有下血击地成穴的大出血征象,近代有人将其解释为现代医学所说的初期内痔之症。朱师认为,初期内痔所致的便血,多为大便滴血等慢性出血,极少有下血击地成穴那样的急性大出血,《外台秘要》所述的痔的两个特征,不是现代医学所谓之痔病,而与出血性下消化道疾患相类似。

金《疮疡经验全书》云:“今痔变为五五二十五类,或左或右,

或内或外,或状如鼠乳,形如樱桃,或脓或血,或痛或痒,或肿或焮,久而不治,渐成漏矣。”二十五痔大体以痔的形态、色、部位、症状而命名,其形有如栗子、莲花、珊瑚、樱桃、菱角等,唯有血攻痔仅曰:“出血之痔也”。可以说二十五痔的症状基本上包括了所有的肛门部疾病的症状。

清《外科大成》中载有专科赵真子家传本的主要内容,其中有锁肛痔,症见“肛门内外如竹节紧锁,形如海蜇,里急后重,粪便细而带扁,时流臭水”,可见中医所说的痔也包括了肛门内外的恶性病变。

通过对历代中医著作中痔症状及病名的辨析,朱师明确指出:祖国医学中的“痔”有三种不同的含义。一是指所有肛门大肠疾患的统称,文献中大多采用这个概念。如《说文解字》云:“痔,后病也。”后病即下部肛门病。又如明·方贤《奇效良方》云:“痔于肛门生,或在外,或在内。有似鼠乳者,有似樱桃者,其形不一。其病有痛有痒,有软有硬,有脓溃者,有不溃者,有肿痛便难者,有随大便下清血不止者,有穿窍血出如线者。至有失治而成漏者,成漏而穿臀者,及有穿肠成孔,粪从孔中出者。或肛门四围生数枚,脓血浸淫若莲花者。”这是广义的痔概念,包括有血管曲张性、脱垂性、炎症性、溃疡性、增生性等病理变化在内,其发病部位包括现代医学解剖部位的肛管、直肠、乙状结肠,甚至全部结肠在内。广义“痔”的症状有便血、清血、脓血、流臭水、疼痛、肿胀、脱垂、胸痒、肛门内外如竹节紧锁、里急后重、粪便变细变扁、腹泻、便秘等;其部位、形态有结核肠内、盘附肠头、肠口成、生疮陷入、状如海蜇、形如鼠乳、樱桃、珊瑚、莲花等 20 多种;其色有红、栗壳、黑、白;其质有软、硬、坚不一;此外有的仅见症状,并无形、色;其病位,有发于肛门内外的、有的在肠头肠内等。二是指人体孔窍中有小肉突出的疾病。如宋·陈无择《三因极

一病证方论》云：“如大泽中有小山突出为痔，于人九窍中凡有小肉突出者皆曰痔，不特于肛门边生。”三是内痔和外痔的统称，与现代医学所讲的痔概念相同。

朱老的认识明确了中医痔的概念，对学习、继承与发扬祖国医学具有一定的指导意义，可避免后学者学习与临床应用时对痔的概念产生混淆。

四、主张以“疏通血脉”法治疗痔核，创“消痔”学说

祖国医学认为痔的成因是血脉不行、气血瘀滞、经络曲张所致，早在《黄帝内经·素问》中就说：“因而饱食，经脉横解，肠澼为痔”。现代医学关于痔病因的认识，虽由衬垫学说代替了静脉曲张学说，但是，仍认为痔血管的充血、郁血为主要病理特点。在治疗方法方面，大多以外治法为主，如中医有“枯痔”、“结扎”、“割治”等，西医有注射硬化、胶圈套扎、切除等。从其治疗机理而言，可分为两类，一是摧毁痔组织的方法，如切除手术，或用药外敷或注射，或用胶圈套扎等阻断痔血流使痔核发生缺血坏死而脱落。二是非摧毁性的方法，如枯痔钉疗法、硬化注射，依靠纤维化作用使痔核硬化萎缩，而纤维化作用亦以阻断痔血流为手段。朱师认为非摧毁性的外治方法虽多，疗效确切，但多还有一定的、难以控制的并发症，如局部疼痛、感染、大出血、肛门狭窄症等，远不能适应面大量广的痔病患者，特别是对缺医少药的农村患者。于是要求研究一种简、便、廉、验、无并发症的治疗方法。

朱师认为，虽然痔的成因是血脉不行，气滞血瘀，但现有的主要的局部治疗的方法，多以阻断痔血流为法，似治理大水，以“堵”为法，绝非上策，医理亦是如此。如若采用疏通之

法,则理当有利而无弊。因世界上尚无这种“疏通”的方法,朱师乃于上世纪 60 年代初开始着手研究改善局部血液循环的治疗方法。起初,以中医典籍中所记载的治疗痔疾、又有改善血行的数十种药物分别组成方药,以内服外敷为给药途径,治疗三期内痔、混合痔等重症,经临床治疗观察,收获不大。接着又逢“文化大革命”,科研工作基本被迫中断。1976 年,粉碎“四人帮”后,朱师的科研工作又重新开始了,他在吸取前阶段工作经验与教训的基础上,采用以乌梅注射液改革而成“603 消痔液”,并设计与运用了一种新的注射方法,经临床验证,获得了较为满意的治疗效果。为此,朱师在 1977 年 10 月全国防治肛肠病学术经验交流会上作了题为“603 消痔液治疗痔核 175 例的临床观察”的学术报告,引起了与会代表的很大关注,成为会议的热门话题。此后,组成了由朱秉宜、张仁福二位主持的题为“消痔液注射疗法及其治疗原理”的科研协作小组,进一步对制剂的药物组成、制作、药理作用、注射方法等进行了研究,并做了临床扩大验证,圆满完成了该课题的科研工作。据临床验证,用“603 消痔注射液”治疗三期内痔、混合痔、曲张性外痔、肛裂共 494 例,治愈率达 93.7%,未见严重并发症、后遗症。动物实验表明:消痔液有抑制肠平滑肌、扩张血管、抗血凝、增加血管灌注量、局部止痛等作用。在一组兔耳皮下注射“603 消痔液”,而在另一组兔耳皮下注射国外公认的硬化剂——5%酚甘油作对照。比较表明,前者局部组织仅产生轻度纤维化,未见出血、硬化形成、溃疡、血栓形成等,与后者有显著差别。急性、亚急性毒性试验和临床观察也表明,在一定剂量下无明显毒性反应。上述临床实践及实验研究表明,消痔液注射疗法不同于枯痔(坏死)、硬化注射疗法,是一种治疗内痔、混合痔、曲张性外痔、肛裂的新注射疗法,具有处

方不复杂、质量稳定、临床副作用小,用药安全、经济、操作简便、适应证广、便于农村、工矿、门诊推广使用等优点。这一创举在理论上提出了以改善局部血循环治疗痔疾的新观点,在治疗方法上提供了新途径。因而,1980年他们首创的以松弛肛管平滑肌、改善局部血液循环为主要治疗机理的消痔液注射疗法,获得了江苏省科技成果奖。

从朱师最初寻求以疏通血行为法治治疗痔疾的设想,到获得科研成果的过程中,值得一提的是朱师具有坚持理论指导实践的坚韧不拔的精神。朱师在60年代经几年时间的工作,尽管收效不大,但不因此罢休,而是不断总结经验教训,作为以后工作的基础。如后来他之所以将给药途径由内服外敷改为局部注射,就是因为认识到内服、外敷的给药方法药力较弱,难以奏效的缘故。所以他根据枯痔、硬化注射疗法的临床经验以及消痔液的药理作用,设计了独特的注射方法。在最初应用乌梅注射液时,因乌梅原药质量不易控制,制剂质量不能稳定,疗效随之有差异。为了解决这个问题,朱师尝试采用乌梅的主要成分枸橼酸替代乌梅,经临床试验疗效基本一致,决定用枸橼酸替代乌梅,于是制剂质量得以稳定。因一般酸类药物有致炎作用,因而有的酸性内痔注射液注射内痔后会导致会痔组织坏死,所以有人认为采用酸类药物无前途主张放弃,朱师根据清代杨时泰著作《本草述钩元》的论述,认为乌梅有去痹利筋脉的作用,认为它与其他味酸的药物有不同之处,而“去痹利筋脉”正是疏通血行的需要。据此,朱师紧紧抓住这一点不放,认真对待试验中出现的问题,先后用枸橼酸为主要药物配制了10多个制剂,进行筛选,终于成功地研制了消痔液。又如在1978年初有人提出:当时国内外的硬化注射治疗仅适用于治疗初期、二期内痔,而603消痔液还不能排除硬化作用,但对初期、二期、三期内痔都有较好的临床效果,已有独特之