

DOI:10.13288/j.11-2166/r.2025.18.014

运用“阴阳水火气血论”分期辨治溃疡性结肠炎

周天惠¹, 杨雪梦², 宋依蓬¹, 智宇星¹, 刘瑜³, 姚树坤³✉

1. 北京中医药大学, 北京市朝阳区北三环东路11号, 100029; 2. 首都医科大学附属北京佑安医院; 3. 中日友好医院

[摘要] 根据唐宗海“阴阳水火气血论”探讨分期辨治溃疡性结肠炎(UC)的思路。根据病情UC分为活动期和缓解期,并可见多种肠外症状。活动期进一步分为重度和轻中度,重度活动期毒聚肠胃、血为气蒸,当利湿解毒、逐邪清源;轻中度活动期风气动血,症状稍缓,当清火养血,散风调气。缓解期脏腑亏损、邪气留滞,当扶正补虚、养阴固本;各种肠外症状则以清热活血通络为法,灵活施治。

[关键词] 溃疡性结肠炎; 阴阳水火气血论; 分期论治

溃疡性结肠炎(ulcerative colitis, UC)是一种慢性、非特异性炎症性疾病,主要累及结肠和直肠的黏膜及黏膜下层。临床表现为持续或反复发作的腹泻、黏液脓血便,伴腹痛、里急后重,常有不同程度的全身症状,如乏力、食欲减退、发热等。部分患者可见皮肤、黏膜、关节损害等肠外表现,严重者可并发中毒性巨结肠、肠穿孔、上皮内瘤变及癌变^[1],且迁延难愈,极易复发^[2]。根据临床表现,UC可归属于中医学“痢疾”“便脓”“久痢”“肠癖”等范畴。根据病情UC分为活动期和缓解期,活动期依据症状的严重程度分为轻、中、重度^[3],各时期对应不同的中医病机。研究表明,中医药对UC轻中度活动期及缓解期均有明确治疗效果,对重度活动期也有较好的辅助作用^[4]。唐宗海《血证论》中“便血”“便脓”等篇章对“下血诸病”论治翔实,充分体现了唐宗海“阴阳水火气血论”的内涵,对现代医家诊疗UC的临床实践有重大指导意义。因此,我们结合《血证论》对UC病程分期及临床表现进行探讨,认为UC重度活动期可归为“脏毒”,轻中度活动期可归属于“肠风”,缓解期可归属于“泄泻”或“渗泻”,缓解-复发交界期症状止而复作可归属于“休息痢”,肠外症状关节表现可归属于“痢后风”,皮肤表现可归属于“疮血”。本文立足“阴阳水火气血论”,从病因病机、分阶段治疗、脏腑调治等方面对UC不同疾

病阶段的诊疗进行阐发,旨在为临床提供参考。

1 “阴阳水火气血论”探源

《素问·阴阳应象大论篇》曰:“水火者,阴阳之征兆也”;《血证论·阴阳水火气血论》提出“人之一身,不外阴阳,而阴阳二字即是水火,水火二字即是气血”。根植于“天人相应”的哲学观,唐宗海将阴阳之道依托于水火二象得以呈现,又将自然界中水火的相互作用与人体气血的化生、转化相呼应,并最终立足于脏腑^[5],形成了独具特色的阴阳-水火-气血-脏腑的气化理论模型^[6]。

1.1 论水与气

唐宗海从“气著于物,复还为水”(《血证论·阴阳水火气血论》)这一现象中认识到水与气在生理、病理过程中的密切联系。《素问·经脉别论篇》云:“饮入于胃,游溢精气,上输于脾,脾气散精,上归于肺,通调水道,下输膀胱,水精四布,五经并行。”气循太阳经脉布护于外、上输于肺、洒陈周身,达于皮毛则为汗,上行升腾为津液,水道通利则为溺。水分于无形之水阴与有形之水质,无形之水阴是气的来源,能奉养化气,宜补而养之;有形之水质,包括潴留液体及内生痰饮,此类水邪则会阻碍气的运行和生成,宜利之泻之。

1.2 论火与血

《灵枢·决气》曰:“中焦受气取汁,变化而赤,是谓血。”脾胃纳食化汁,“上奉心火,心火得之,变化而赤”,下注内藏于肝及血海,故生血之

✉ 通讯作者:yao_sk@163.com

源在脾，藏血之所在肝，而化血之根在于心火。同时，火亦赖血之温润涵养，方不亢烈妄动。倘火热太盛，则反失其化，耗劫阴血；若血虚肝失所藏，木火炽盛，则动火伤血；亦有火弱阳微，心火无力，血不能化生者，当温阳补心。

1.3 论水火气血与脏腑病机

唐宗海虽论水、火、气、血两两相倚，但仍重视四者间的相互影响，指出对于气血水火诸病的整体辨治则需以脏腑病机为核心^[7]。《血证论·阴阳水火气血论》对水火气血与脏腑功能的关系进行了高度概括，即“血生于心火而下藏于肝，气生于肾水而上主于肺，其间运上下者，脾也”，认为脾为联系水火二脏、气血流动的枢纽，故治气治血皆以调理脾胃为先。

2 从“阴阳水火气血论”探讨 UC 分期及肠外表现病机

2.1 重度活动期——毒聚肠胃，血为气蒸

《中国溃疡性结肠炎诊治指南（2023 年·西安）》^[8]指出 UC 重度活动期症状表现为排便次数明显增多（≥6 次/天）、严重便血、发热（体温≥37.8℃）等，此期正如《血证论·便脓》对“脏毒”的描述，即“其症里急后重，欲便不便，或白或赤，或赤白相半，或下痢垢浊，皆非脓而似脓者也”，甚至发展为“下如烂瓜，如屋漏水”等危重症候。《圣济总录》论“脏毒”为痢疾、便血等下血病证的概称。《三因极一病证方论》云：“脏毒，即是脏中积毒”，指出脏毒多为邪气深陷、宿毒积聚之症。《血证论》认为脓血便的成因在于“毒聚肠胃，将肠胃膏脂血肉蒸化为脓”，强调气的蒸化作用在成脓化疮中的重要性，认为积血因气蒸化而成脓，UC 可视为肠道黏膜之“内疮”，辨治与外证疮疡大同小异。

“阴阳水火气血论”对 UC 活动期病机的认识有以下两点启示：其一，脓血形成因于气的蒸化，气蕴含阳热之性，若无火热，血则不会化脓，故《血证论·便血》曰：“治脏毒者，必须利湿热，和血脉”，疏气解郁与清利下血同用。其二，UC 活动期疮毒炽盛、便脓急迫者，多处于邪正剧烈交争之时，邪气盛大且正气不虚，患者多体质强盛，因此亟当下血逐毒，即如外疮透脓之法，切勿顾虑失时以致误治。此外，类比外疮“气盛者疮易托化，气虚者疮难托化”（《血证论·便脓》），倘患者气愈正衰，则不会表现为 UC 重度活动期正邪剧变诸

症，而是正气不敌邪毒，治法亦应不同。

2.2 轻中度活动期——风煽动血，肝肺失衡

UC 轻度活动期症状较轻微，排便次数较少（<4 次/天）、便血量少或无，中度活动期临床表现略重于轻度，二者症状和病机具有连续性和相似性。《炎症性肠病诊断与治疗的共识意见（2018 年·北京）》^[3]指出二者罕有 UC 重度活动期所见发热、感染、贫血等全身中毒症状。《血证论·便血》对肠风与脏毒进行了区分：“（肠风）肛门不肿痛，而但下血耳。脏毒下血多浊，肠风下血多清”，指出二者可从便血颜色、疼痛程度等进行鉴别，不同于重度活动期肠腐肉溃、便脓痛剧，轻中度活动期便次、血量及腹痛等症状均更缓和。《医宗金鉴》对二者病机进行了区分，即“其本皆热伤阴络，热与风相合为肠风，下血多清；热与湿相合为脏毒，下血多浊”，指出肠风发病与风邪密切相关。此外，UC 临床以慢性复发型最为多见^[3]，而慢性复发型多表现为轻中度活动^[9]，此期缓解-发作交替的证候还具有风性善行数变、复还流窜的特点。陈无择《三因极一病证方论》认为“肠风，即是邪入脏，纯下清血，谓之风利”，肠风“邪入脏”有外邪、内虚两方面，正如《血证论》所言，“外则太阳风邪，传入阳明，协热而下血；内则厥阴肝木，虚热生风，风气煽动而血下”。肠风发生的内因在于肝不涵血、虚热动风，肝经循行于下焦，阴虚阳亢则血为火迫、外渗肠道；外因则为风邪内传、郁陷肠腑，外风与内风相合为患，“风为阳邪，久则变火”（《血证论·便血》），火热蒸迫肠道，脓血下注。此外，风性疏泄，当借助气机升降而调之，肺主气司肃降，与肝协同斡旋气机，若肺金虚衰，则难以制衡肝木，肺气传导失度、肝疏泄不及，则暴注大肠，“欲便不便，而为逼胀”，故唐宗海常借治肺经而“隔治”大肠风邪内陷^{[10] 89}。

2.3 缓解迁延期——脏腑亏损，邪气留滞

UC 经过治疗进入缓解期，排便增多、便血、里急后重等症状消失，此期内镜下表现为黏膜溃疡愈合、隐窝减少，无活动性炎症表现^[3]，仅有腹泻、直肠高敏感等肠易激样症状^[11]。且本病极易因饮食、环境等因素诱发反复^[2]，多因久痢正虚，无力抗邪。《血证论·便血》指出：“凡肠风脏毒，下血过多，阴分亏损，久不愈者，肾经必虚”；《血证论·便脓》言：“久痢不止，肺气下泄”；《血证论·泄泻》又言：“失血虚劳最忌泻泄，以脾胃败坏不能任药”。UC 痢下日久，津液与血液流失太

过, 正气亦随阴血耗伤, 尤以脾、肺、肾三脏虚损最为常见, 亦为预后转归关键, 倘脾阴枯涸、肺魄陷脱、肾精亏亡, 则病情难以挽救, 当及时固脱止泻、敛阴填精。同时, 唐宗海强调固敛之法的使用时机需谨慎把控, “休息痢者, 止而复作, 乃固涩太早, 留邪在内, 故时复发作” (《血证论·便脓》)。邪气留滞、余火内扰为 UC 迁延复发的原因, “急时涩脱之法, 止后便当涤除余病, 无以涩伤气, 无以燥伤阴” (《血证论·便脓》), 故在涩肠固阴后, 仍需辨明脏腑病机, 清除余邪、滋阴益气, 方为长久治本之计。

2.4 肠外症状——热毒外溢, 侵及他脏

UC 除导致肠道炎症外, 还可累及肠外脏器及系统, 伴发多种肠外表现, 其发病机制可能是肠道免疫反应的延伸或异位, 同时与遗传和环境因素密切相关^[12]。肠外表现复杂且隐匿, 医者当提高对肠外表现的认识, 在调肠解毒、治疗原发病的基础上, 兼清他脏, 改善患者生存质量。关节、皮肤、眼部为肠外表现最常见受累部位^[12]。UC 累及关节, 可见外周或中轴关节红肿热痛、活动受限, 甚至成脓, 属中医学“痢后风”范畴^[13], 浊毒蕴肠, 痢下脓血, “失血家血脉既虚, 往往感受外风发为痹痛” (《血证论·痹痛》)。除湿热留滞关节外, 唐宗海还强调风邪对久痢痹痛的助推作用, 血虚生风, 风中兼火, 法当清热祛风, 养血柔筋。UC 累及皮肤, 可见坏疽性脓皮病、结节性红斑等, 可参见《血证论·疮血》, 肠腑湿热外溢, 气血凝滞不散, 肌肤气蒸血化以致疮疡脓血, 治当散血解毒化瘀。UC 累及眼部, 可见巩膜或结膜紫红结节、玻璃体混浊等症状, 目为肝窍, 阳明脉绕目, 大肠热毒熏蒸, 上犯中焦肝胃, 火亢外越, 湿热郁蒸, 则睑睫赤肿、视物模糊, 当清热处理开窍^{[10] 56}。

3 以“阴阳水火气血”为纲分期论治 UC

3.1 重度活动期——利湿解毒, 逐邪清源

《溃疡性结肠炎中西医结合诊疗专家共识 (2023)》^[14] 新增“浊毒内蕴”证, 强调了湿热浊毒在 UC 重度活动期的始动作用^[4], 可用化浊解毒方或加味葛根芩连汤联合西药进行治疗^[14], 对危重患者进行系统支持。UC 重度活动期虽涉及诸多脏腑, 但大肠腑症状最为突出, 因此认为此阶段“必先治肠以去其标, 后治各脏以清其源” (《血证论·便血》), 提出“利湿热, 和血脉”的治疗大法, 重用大黄, 以下血逐毒。UC 重度活动期病

机特点为“火热相搏则气实, 气实则逼血妄行” (《血证论·止血》), 此时滋肾水、补心阴非但不能解燃眉之急, 反而加重邪气胶结, 当用“泻心法”解除胃肠气、血、火、瘀之壅迫, 降血即是和血。大黄能推陈致新、降逆逐邪, 谓其“凡属气逆于血分之中, 致血有不和处, 大黄之性, 亦无不达” (《血证论·治血四法》), 应当敢用、重用, 以达“去其邪以存其正”之效。《中华人民共和国药典》规定大黄用量 3~15 g, 临床治疗消化系统疾病常可用至 20~30 g^[15-16], 朱良春单用生大黄治脓毒血症一次可达 50 g^[17]; 大黄还可与大黄炭同用, 止血不留瘀, 化瘀不伤正。现代医者据镜下所见 UC 肠隐窝杯状细胞焦亡过程, 提出“苦味泄玄”之法^[18], 苦寒燥湿药物具有通泄清降的作用, 能荡除玄府湿热瘀阻, 亦合本旨。

除治肠腑本病外, 唐宗海还注重调脏清源, 如《血证论·便血》云: “肺经遗热传于大肠而久不愈” “久不愈者, 必治肝胃”, 此治法尤适用于反复发作的中重度 UC。UC 持续活动的原因在于他脏持续滋生湿热, 下遗大肠, 当责之胃、肝、肺。胃中糟粕易与火热相合而生湿热, 若胃不输湿热于肠, 则脏毒无从结聚, 故治肠当需清胃, 宜用清胃散, 加金银花、薏苡仁升清降浊, 化解阳明湿热毒邪。肝主司藏血, 经脉循下焦、傍大肠, 肝经湿热下注, 热盛火炽则伤络动血, 用龙胆泻肝汤; 亦有肝气横逆者, 腹痛突发、里急气冲, 可用逍遥散、痛泻要方^[19], 重者加槟榔, 轻者加防风、枳壳以疏风行滞。肺与大肠相表里, 肺经遗热内传大肠者, 寸脉浮数洪涩、口渴溺黄, 法当泄热清肺, 肺金清润则气血自和, 清肺用黄芩-栀子、桑白皮-鱼腥草药对, 润肺则需滋养肺体, 方能恢复宣敛; 肺痿失润用清燥救肺汤, 肺气失敛加五味子, 肺气失宣加薄荷-桔梗药对。

3.2 轻中度活动期——清火养血, 散风调气

轻中度活动期是 UC 诱导缓解的关键时期, 症状较重度轻微, “寻常红白则不须如此重剂” (《血证论·便血》), 用药亦当轻灵平和。《血证论·便血》主张“凡治肠风下血, 总以清火养血为主”, 火熄风自平, 血行风自灭。《溃疡性结肠炎中西医结合诊疗专家共识 (2023)》^[14] 指出本期多属湿热蕴肠等证, 常用乌梅败酱方、芍药汤、白头翁汤等联合氨基水杨酸制剂进行治疗。《血证论·便血》常离开提法于清火之中, 指出“升举非第补中益气之谓, 开提疏发, 皆是升举”, 善用风药升发清降,

如葛根、荆芥、槐花、桔梗、枳壳、升麻等，具有质轻味薄、辛凉宣散之性，能解大肠玄府郁闭，升提下陷清气，引邪外达^[20]。肝涵藏心火所生之血，又为风木之脏，“风动血不得藏”，故养血以养肝为主，养肝又以清肝为先，用槐角、白薇、青蒿散风清肝，鳖甲、僵蚕熄风平肝，济生乌梅丸宁风敛肝，逍遥散合地黄丸滋水柔肝，归脾加四物汤生血养肝以徐徐收功，逐步过渡至缓解期。此期病邪尚存，故不宜早用温补、固涩之药，以免浊邪复生、缠绵留恋。

刘完素所论“行血则便脓自愈，调气则后重自除”为历代医家认同，唐宗海则进一步对“下痢”与“下利”的异同进行了深入探讨，并完善了治痢调气之法。二者均便频量多，但 UC “下痢”伴便下脓血，且里急努责等症状更重^[21]，原因在于“痢虽脾病，而其所以逼迫者，肝肺之咎也”（《血证论·便脓》），即肺气传送太过而肝气疏泄不及。故此，缓解 UC 下腹肛门逼胀症状，需“和肝调肺，止奔迫，解郁闭”（《血证论·便脓》）。肝肺气实，走窜下迫，方用四逆散、甘桔汤等加减，气郁重者用木香槟榔丸，轻者加苦杏仁、枳壳、莱菔子，气逆挟血作痛者加失笑散。《血证论·便脓》指出，气由水所生，气病可病水，水病需治气，谓“白痢之故，总是水不清之故，水即气也……导水须于上源，调气以肺为主”，故恢复肺金肃肃为治气法则。肺气实者人参泻肺汤主之，肺气虚者宜人参清肺汤，久病虚喘者加乌梅、罂粟壳以敛肺气，临证可灵活化裁。

3.3 缓解迁延期——扶正补虚，养阴固本

UC 病程迁延日久，由于脏腑阴津大伤，肠道失于濡养。缓解期镜下可见肠隐窝萎缩^[3]、肠袋囊变浅变钝等镜下表现^[22]。此阶段虽症状基本缓解，但仍需重视调护，扶助正气，养阴固本，治疗尤以脾、肾、肺为主，兼顾他脏。UC 活动时下痢脓血，脾胃中“清和之津，尽化而为浊滞，下注于大肠”（《血证论·便脓》），脾胃之阴损耗，脾枢不利则五脏失和、气血不荣，故唐宗海立滋脾益胃之法，滋脾阴用炙甘草汤去桂枝加白芍，生胃阴用甘露饮、麦冬养荣汤，日常可饮用梨汁、藕汁等。董建华喜用荷叶、天花粉、石斛^[23] 372 滋脾益胃，用量多在 10~15 g，阴虚津伤重者石斛可用至 30 g，总以甘凉柔和、润养阴津为佳，切忌滋腻、温燥。此外，UC 缓解期常见腹泻肠鸣、便质稀薄、肢冷畏寒等脾阳虚衰、湿盛泄泻之症^[24]，宜温阳健脾、

益气渗湿，方用附子理中汤、黄土汤温脾止泻，参苓白术散、当归补血汤健脾厚肠、补气生血^[25]，湿泻重者合用胃苓汤，完谷不化者合用香砂六君子汤。血便出后阴，当补肾填精，方用滋阴脏连丸，本方乃六味地黄丸方与黄连纳入猪大肠中蒸熟共捣为丸。然 UC 便下脓血损及肾中阴精，故须用血肉有情之品以填精充髓^[26]，如阿胶、龟甲、猪大肠等，后者有以形补形之意，效胜草木之品。肺与大肠相表里，肺气敛则肠气自固，方用玉屏风散益气固表，若肺气耗散严重，偏阳虚者可用四神丸，偏阴虚者可用乌梅丸，酌加诃子以敛肺固气。

3.4 肠外症状——清热活血，灵活随证

肠外表现病机在于肠道热毒外溢走散，UC 肠外症状出现部位多为脏腑肢节脉络细微之处^[27]，如筋络、目络、皮络、肝络等，有易滞易瘀、易入难出、易积成形的病理特点^[28]，因此尤须重视活血通络法在肠外表现辨治中的运用。肠外表现关节症状可归因于湿热流注经络关节，脉虚受风，筋骨失能。唐宗海拟四物汤加黄柏、地骨皮等以清热和血通痹。肠外表现皮肤症状可归因于胃肠湿热壅盛而腠理闭塞，流注于肌肤的水毒为气所蒸，相互搏结化为脓疱^[29]，初期宜用仙方活命饮散血，中期脓成而无力外溃者，宜用托里消毒散助其速溃、防止内陷走毒；脓溃后宜补气消瘀，方用黄芪建中汤加金银花、赤豆芽、当归以托疮排脓。肠外表现相关眼病^[30]可归为湿热随气上升，熏灼目窍，唐宗海用犀角地黄汤加石膏、金银花以清热解毒。

4 小结

《血证论》深入阐述了人体阴阳水火气血的互化互病与脏腑联系，对 UC 分期诊疗具有深刻意义。UC 根据病情分活动期和缓解期，重度活动期腐毒炽盛、气血交蒸、邪正相抗，此时亟当逐邪降逆，兼以利湿和血，清调诸脏；轻中度活动期症状稍缓，风气动血，肝肺失衡，治宜清火养血，散风理气；缓解期脏腑亏耗、虚邪留滞，当扶正补虚、养阴固本，防止病情迁延。UC 病程具有复杂性、多变性、反复性的特点，各临床分期的证机常彼此包含、相互转化，重度活动期热毒炽盛则易煽风动血、气迫大肠，缓解期余邪藏匿也会导致浊邪滋生、症状复发，各种肠外症状以清火利湿、调气活血为大法，随证灵活加减。

中医药治疗 UC 缓解期、轻中度活动期具有明确疗效，但对于急性重度溃疡性结肠炎等危重症，

需及时予输血、补液、激素冲击、外科手术等治疗,不可拘泥于一种治法。此外,随着内镜技术和生物制剂的发展,UC 的诊疗进入了新阶段,如何促进 UC 镜下黏膜愈合、中医药如何与生物制剂协同增效,都是未来具有重要意义的研究方向。

参考文献

- [1] 中华中医药学会脾胃病分会. 溃疡性结肠炎中医诊疗专家共识(2023)[J]. 中华中医药杂志, 2024, 39(1): 288-296.
- [2] 世界中医药学会联合会消化病专业委员会. 溃疡性结肠炎“缓解-复发”临界态专家诊疗共识意见[J]. 中国中西医结合消化杂志, 2024, 32(8): 652-659.
- [3] 中华医学会消化病学分会炎症性肠病学组. 炎症性肠病诊断与治疗的共识意见(2018年·北京)[J]. 中国实用内科杂志, 2018, 38(9): 796-813.
- [4] 胡好颖, 张涛, 王欣, 等. 《溃疡性结肠炎中西医结合诊疗专家共识》解读[J]. 中国中西医结合消化杂志, 2024, 32(8): 674-677.
- [5] 杨必安, 曹丽娟, 黄苗, 等. 气化学说清代医家学术思想探析[J]. 中国中医药现代远程教育, 2020, 18(2): 43-46.
- [6] 陈宇谨. 唐容川医学思想与诊疗特点研究[D]. 北京: 中国中医科学院, 2011.
- [7] 慕建华, 石建民, 楚坤. 唐容川《血证论》中气血水火辨证关系探析[J]. 四川中医, 1997, 15(6): 5-6.
- [8] 中华医学会消化病学分会炎症性肠病学组, 中国炎症性肠病诊疗质量控制评估中心. 中国溃疡性结肠炎诊治指南(2023年·西安)[J]. 胃肠病学, 2024, 29(3): 145-173.
- [9] 方俐晖. 120例慢性复发型溃疡性结肠炎(活动期)的中医证素特点研究[D]. 北京: 北京中医药大学, 2022.
- [10] 唐宗海. 血证论[M]. 魏武英, 李仨, 整理. 北京: 人民卫生出版社, 2005.
- [11] 林硕. 溃疡性结肠炎患者肛门直肠功能的特征分析[D]. 福州: 福建医科大学, 2021.
- [12] ROGLER G, SINGH A, KAVANAUGH A, et al. Extraintestinal manifestations of inflammatory bowel disease: current concepts, treatment, and implications for disease management [J]. Gastroenterology, 2021, 161(4): 1118-1132.
- [13] 童云, 刘亚军, 沈洪. 从痢后风角度探讨溃疡性结肠炎合并关节病变之辨治[J]. 江苏中医药, 2022, 54(5): 27-30.
- [14] 中国中西医结合学会. 溃疡性结肠炎中西医结合诊疗专家共识(2023)[J]. 中国中西医结合杂志, 2023, 43(1): 5-11.
- [15] 陈弘东, 赵天宇, 徐立鹏, 等. 大黄用量临床研究[J]. 中国临床医生, 2014, 42(3): 83-85.
- [16] 任梓林, 陈丹, 陈佳慧, 等. 东汉至今大黄临床用法用量文献研究[J]. 中医杂志, 2023, 64(2): 182-188.
- [17] 方晓磊, 方邦江. 国医大师治疗急危重症学术经验选[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2017: 161.
- [18] 程媛, 寇富舜, 李军祥, 等. 从“玄府-隐窝”视域辨治溃疡性结肠炎肠屏障受损[J]. 中国中医药信息杂志, 2024, 31(6): 167-170.
- [19] 黄乐娟, 朱磊. “塞流、澄源、复旧”三法在溃疡性结肠炎脓血便中的应用[J/OL]. 中医学报. (2024-08-06) [2024-09-19]. <https://link.cnki.net/urlid/41.1411.R.20240805.1317.087>.
- [20] 谢子妍, 张怡, 韦鹏飞, 等. 基于玄府理论探讨风药在溃疡性结肠炎中的运用[J]. 中药药理与临床, 2022, 38(4): 201-206.
- [21] 孙锦程. 中医泄泻病名通考[D]. 南京: 南京中医药大学, 2018.
- [22] 王艳阁, 谢晶日. 谢晶日分期辨治溃疡性结肠炎经验[J]. 辽宁中医杂志, 2024, 51(1): 32-34.
- [23] 董建华. 董建华临证治验录[M]. 北京: 中国中医药出版社, 2018: 372.
- [24] 黄昊. 溃疡性结肠炎临床各期的中医证候特点分析[D]. 北京: 北京中医药大学, 2023.
- [25] 王金鑫, 黎丽群, 黄晓燕, 等. 基于“厚肠”理论的中医药调控黏液屏障干预溃疡性结肠炎的机制研究进展[J]. 中国药房, 2023, 34(21): 2671-2677.
- [26] 屈钰珂, 唐旭东, 俞赟丰, 等. 基于“相火在位”理论探讨藏肾疏肝法治疗溃疡性结肠炎[J]. 陕西中医, 2024, 45(2): 226-229.
- [27] 奚玉杰, 奚玉鑫, 白静, 等. 基于“络病”理论探讨溃疡性结肠炎肠外表现病机[J]. 湖南中医药大学学报, 2024, 44(3): 489-492.
- [28] 李红蓉, 吴以岭. 络病研究的传承与创新[J]. 南京中医药大学学报, 2022, 38(12): 1075-1085.
- [29] 程小真, 于永铎. 基于脏腑辨证探讨溃疡性结肠炎肠外表现的中医病机[J]. 中华中医药杂志, 2022, 37(10): 5726-5730.
- [30] 童云, 刘亚军, 龚砚砚. 从湿热论治溃疡性结肠炎肠外表现[J]. 内蒙古中医药, 2022, 41(6): 126-127.

(下转第 1957 页)