

DOI:10.13288/j.11-2166/r.2026.06.017

从湿热伏邪辨治溃疡性结肠炎

李林阳, 刘文平, 冯全生✉

成都中医药大学基础医学院, 四川省成都市温江区柳台大道 1166 号, 611137

[摘要] 认为湿热伏邪为溃疡性结肠炎(UC)的核心病机,其致病具有伏于三阴(太阴、少阴、厥阴),发于三阳(太阳、少阳、阳明)的特点,且易从火化。病机演变可分为三期:潜伏期属太阴虚损,正虚邪恋,湿热内伏;活动期属邪透三阳,湿热外发,腐肉败血;迁延期属厥阴入络,湿热瘀结,癥瘕乃成。治疗采用分期透邪策略,即潜伏期健脾托邪、清化兼施,意在搜剔伏邪,以七味白术散或自拟楂曲健脾汤加减;活动期清解透邪、导滞通因,重在给邪出路,以枳实导滞汤为主方加减;针对迁延期厥阴入络之证,常配伍鳖甲、水蛭等虫类药化瘀通络。

[关键词] 溃疡性结肠炎; 湿热; 伏邪

溃疡性结肠炎(ulcerative colitis, UC)是一种病因未明的局限于结肠黏膜及黏膜下层的慢性非特异性炎症性肠病,属于自身免疫性疾病范畴。其典型的肠道症状包括腹痛、腹泻、黏液脓血便、里急后重,可伴有消瘦、食欲缺乏、发热等全身症状,亦可伴有不同程度的关节损伤、眼部病变、皮肤黏膜表现、口腔溃疡等肠外表现^[1]。该病具有显著的临床异质性,表现为病程迁延反复、缓解与复发交替,不仅导致患者生活质量显著下降,还可能引发焦虑、抑郁等心理障碍,形成“身-心”双重病理循环。西医治疗方法主要包括氨基水杨酸制剂、糖皮质激素、免疫抑制剂、生物制剂、小分子药物以及手术治疗等,但仍存在个体疗效差异及长期用药风险等局限^[2]。

根据 UC 临床表现,可归于中医学“痢疾”“肠澼”等范畴,中医治疗注重整体调节与分期论治。活动期清热化湿、调气和血、敛疡生肌,缓解期健脾益气、补肾固本、清热化湿,具有减轻副作用、预防复发的优势^[3]。在既往中医辨治经验基础上,我们从“湿热伏邪”角度进一步阐释 UC 核心病机,强调伏邪“潜伏”与“发作”交替的致病特点与 UC 病程高度契合,建立“分期透邪”的动态

治疗策略。现将相关认识与实践心得总结如下。

1 伏邪的致病特点

作为中医学特色病因学说之一,伏邪具有潜伏与发作交替的致病特征,且存在易从火化的病理倾向,其“伏于三阴、发于三阳”的传变规律,是与一般外邪的主要区别。

1.1 伏于三阴,发自三阳

伏邪之“伏”,是指邪气内伏。按照温病学卫气营血理论,疾病传变应遵循卫分→气分→营分→血分的渐进发展规律,若疾病初起即见营血分证候(如舌红或舌绛咽干,甚则肢冷脉伏、神昏烦热、动风出血等),则提示邪气已历经潜伏阶段,非自表入而属自内而发或内外相引而发。导致邪气潜伏的常见原因有三:一是太阴脾虚,正邪不争;二是少阴虚寒,感而不发;三是厥阴入络,伏邪成窠^[4]。《伤寒论·辨太阳病脉证并治》云:“正邪分争,往来寒热”,正邪不争则无症可现,若太阴脾虚,正气无力抗邪则邪气潜伏。少阴虚寒(阴精亏虚、阳虚阴寒)导致感寒而不发,到春天伏邪外发为温病。若病邪深入,致“邪入厥阴,主客浑受”(《湿热条辨》),终致痰瘀搏结,入于血络,凝滞成窠,邪踞生根,难以拔除。

伏邪之“发”,即邪气外发,或由外感引动,或因正气来复,或缘饮食所伤,或由情志过极,致

基金项目:教育部人文社会科学研究青年基金(23YJC870002);成都中医药大学基础医学院传承创新发展科研基金(CCCXYB202205)

✉ 通讯作者:fengqs118@163.com

使伏于三阴之邪化火发于外。《素问·六微旨大论篇》云：“少阳之上，火气治之。”伏邪以少阳为枢，化火得以正邪相争，若伏邪达表则现太阳证，症见透发皮疹、发热汗出、鼻塞流涕、肌肉关节疼痛等，其后多见病情缓解；若正邪相争太过则转入阳明，轻者表现为局部红肿热痛，重者里热炽盛，甚至动风出血，危及生命。在正邪交争的动态变化下，伏邪或潜藏于三阴，或外发于三阳，使得疾病呈现“潜伏期-活动期”的交替往复特点，此即王孟英《温热经纬》所论之“抽蕉剥茧，层出不穷”，其病多重而难治。

1.2 伏邪易从火化

《素问·阴阳应象大论篇》曰：“阴在内，阳之守也。”三阴以清静内敛为要，外感六淫或内生邪气深伏于三阴，胶着于阴血，郁闭气机，久则多从火化。素体阳盛阴虚者固易化火，而阳虚阴盛之体也会表现为全身有寒而局部有热之本寒标热特征，此即“伏火”之谓。现代医学视角下，此“火”与多种炎症状态存在病理对应关系，如慢性感染相关性炎症^[5]、自身免疫相关性炎症^[6]、肿瘤相关性炎症^[7]等，这些情况多可从伏邪论治。何廉臣《重订广温热论》指出：“凡伏气温热，皆是伏火。虽其初感受之气有伤寒、伤暑之不同，而潜伏既久，蕴酿蒸变，逾时而发，无一不同归火化。中医所谓伏火证，即西医所谓内炎症也。”此论为从现代炎症机制角度阐释伏邪理论提供了关键学术纽带。

2 UC 湿热伏邪病机分析

UC 的病程呈现发作与缓解交替的临床特点，正符合伏邪内潜、适时而发的致病规律，因此可从伏邪学说论治。根据其病程特点及病机演变，可分为活动期与缓解期，两期病机各有侧重，又相互联系。

2.1 潜伏期：太阴虚损，正虚邪恋，湿热内伏

此阶段是伏邪形成与潜伏的关键，病机核心在于“太阴脾虚”与“正邪不争”。患者素体脾虚，或饮食劳倦损伤太阴，致运化失司，湿浊内生，滞留中焦，下注大肠。而湿性黏滞，易郁而化热，致湿热胶结。若此时正气不足，无力与邪气交争，则湿热之邪不致立即发病，转而潜形匿迹，深伏于三阴之太阴、肠络之中。此时患者可无显著临床表现，或仅见乏力、纳差、舌淡边有齿痕等脾虚之象，但见舌下络脉迂曲、有小结节甚或舌尖芒刺、舌边肿胀等，提示邪已伏藏，一旦遇外感、饮食或情志所触，正气稍振，则伏邪亦伺机而发。

太阴脾虚不仅是 UC 发病之因，也是病情迁延的关键因素^[8]。脾病日久，伤及少阴肾中元阳。肾阳为一身阳气之根本，肾气亏虚则固摄无权，温煦失职，导致正气愈虚，正虚邪恋，故疾病缠绵，溃瘍难愈。

2.2 活动期：邪发三阳，湿热外发，腐肉败血

此阶段伏邪由里出表、化火外发，病机核心在于“湿热外发”与“正邪交争”。内伏之湿热邪气被引动后，其外发路径遵循“发于三阳”的规律。1) 发于少阳：邪出少阳枢机，正邪交争，可见寒热往来、口苦、咽干、脉弦等症。此时之腹痛、里急后重，亦是气机郁遏、枢机不利之象。2) 达于太阳：部分患者可见发热、恶寒、周身酸楚、皮肤湿疹或关节疼痛等表证，此为伏邪外达肌表之佳兆，若能因势利导，可使邪从表解。3) 转入阳明：若邪势鸱张，直入阳明胃肠，则见里热炽盛，症见暴泻脓血、血色鲜红、肛门灼痛、腹痛拒按、口渴脉数等，湿热火毒灼伤肠络，腐肉败血，标实之症最为剧烈。“邪发三阳”认识是对 UC 活动期复杂多样的全身症状的高度概括，与局限于肠道本身的辨治思路相比，更加全面系统。此阶段若失治误治恐酿成正虚邪盛之困局，甚则邪盛内闭，引发厥脱之变；若治疗得法，外发之湿热虽得以清解，然正气亦损，正邪复归不争，病情亦多转为慢性化进入潜伏期。

2.3 迁延期：厥阴入络，湿热瘀结，癥瘕乃成

若 UC 反复发作，或治疗失当，清解不尽，湿热伏邪长期盘踞，由气分深入血分，与血互结，凝滞成瘀，湿、热、瘀三者结聚，深伏于肠络，形成窠臼。其病理实质为络损血瘀，对应现代医学的肠壁纤维化、组织增生（如假息肉形成）、黏膜萎缩及异型增生（癌前病变）等器质性改变^[9]。临床可见腹痛固定不移、按之痛甚，下利紫暗脓血或如漆色，面色晦暗，舌质紫暗、有瘀斑瘀点，舌下络脉粗张迂曲，脉沉涩等症。此时伏邪更为胶固，不仅导致肠络痹阻，溃瘍难愈，甚则蕴毒变质，酿生伏毒，可能转为癥积恶候，有癌变之虞。

3 UC 分期透邪治疗思路

针对上述病机，始终围绕湿热伏邪这一核心，根据不同时期的病证特点，强调分期透邪的治疗策略。

3.1 潜伏期：健脾托邪，清化兼施，意在搜剔伏邪

本期治疗关键在于扶正透邪，改变正邪不争的

状态, 将内伏之邪托出体外。此期临床症状多不显, 以舌淡脉软、面色萎黄、纳差便溏等为主症, 兼见神疲烦渴、腹胀肠鸣、肌肉松软等脾虚湿滞之象, 甚或无证可辨。若忽视扶正透邪, 易致邪伏难尽、病情迁延, 甚至转为癥积。现代研究发现, 对症治疗下 40%~50% 的 UC 仍持续活动^[10], 且治疗迟延和持续的炎症会导致不可逆的黏膜损伤和肠功能减退, 导致随病程延长其癌变的可能性增加^[11]。此期当以健脾益气、扶正透邪为根本治则, 佐以清化湿热、调气活血, 务使补而不滞、托中有清。常用七味白术散加减侧重健脾升清, 组成: 党参 25 g, 麸炒白术 15 g, 茯苓 15 g, 木香 10 g, 藿香 20 g, 葛根 20 g, 甘草 5 g; 或用自拟楂曲健脾汤, 组成: 党参 25 g, 麸炒白术 15 g, 茯苓 15 g, 莱菔子 20 g, 芦根 20 g, 陈皮 15 g, 甘草 5 g, 山楂 25 g, 神曲 20 g。两方中均重用党参、麸炒白术, 旨在强健太阴, 复其运化之职, 使正气充盛, 方能鼓邪外出, 此即扶正即所以托邪。辅以理气化湿、升清举陷、消积和中之品, 既运脾化湿, 又保持肠道微通状态, 避免闭门留寇, 体现了托中有清、补中有通之意。若托邪过程中湿热外发, 可适时合用枳实导滞汤轻清导滞, 或配椒梅汤温清并调, 以图边托边清, 直至伏邪尽去、正气来复。

3.2 活动期: 清解透邪, 导滞通因, 重在给邪出路

本期治疗紧扣湿热外发、腐肉败血之病机, 核心在于察机知变, 给邪出路, 根据邪气外发之不同途径, 因势利导, 分经论治。活动期以大便黏滞不爽或秘结不通、大便呈败酱色溏粪、舌苔黄厚、脉象沉数为主证^[12]。凡见是证, 即可投用枳实导滞汤, 既导肠道湿热积滞, 又兼清透血分伏热、固护阴液, 紧扣湿热伏邪之病机。该方源自《内外伤辨惑论》枳实导滞丸, 后经俞根初化裁^[13], 去茯苓、白术、泽泻等健脾渗湿之品, 加入紫草、连翘、木通等凉血透邪之药。方用丸剂意在缓治, 强调脾虚气弱, 更适宜于杂病寒湿化热形成积滞, 困阻脾胃; 用汤剂意在速战, 更适用于外感湿热邪气困阻脾胃, 形成积滞之证。我们在枳实导滞汤基础上进一步调整拟定为以下常用方: 枳实 15 g、黄连 9 g、黄芩 20 g、槟榔 15 g、连翘 20 g、紫草 20 g、芦根 20 g、山楂 25 g、神曲 20 g、甘草 5 g。湿热之邪当治以“轻法频下”, 方中以枳实、槟榔为核心, 取代大黄之峻下, 改以槟榔缓下消积, 契合《温疫论》中“槟榔能消能磨, 除伏邪”之论, 合枳实破气消积, 疏通肠道气机, 为湿热之邪开辟下行之路,

正合通因通用之妙, 配黄芩、黄连以清泻湿热。方中黄连的剂量常随患者湿热轻重不同进行调整, 若见体壮、舌苔黄厚腻、腹痛里急显著者可增至 15 g, 若体瘦、热象不著而以湿浊为主者可减至 6 g。紫草-连翘为清透伏热的常用药对, 紫草专入血分, 凉血活血, 清解深伏血分之热; 连翘透热转气, 宣畅气机, 使营血分之热透出气分而解, 且其为“疮家圣药”。两药配伍既应“肺与大肠相表里”之旨, 又寓“治肠如治痢”之思路^[14], 体现气营两清、透邪外出之意。方中重用芦根取代传统渗利之品, 取其清热生津、利湿排脓之效, 使清热利湿而不伤阴; 并以山楂、神曲消食化积, 甘草调和诸药。若腹痛即泻、痛泻不止, 脉弦明显者, 为肝强脾弱, 可合痛泻要方以柔肝补脾。若湿热酿毒, 深入血络, 致瘀血内停, 见血色紫黯多凝块而腥臭, 伴唇舌紫绀等, 可加入桃仁、红花、丹参、蒲黄、五灵脂等以活血化瘀。若出血量大可加入白茅根、大蓟、小蓟、侧柏炭、地榆炭等以凉血止血。

另外, 在主方基础上, 根据邪气外发之经络, 灵活化裁, 体现分期和分经结合的辨治特色。1) 邪发少阳, 枢机不利: 若见腹痛阵作、便下脓血兼后重、口苦、咽干、脉弦者, 此乃伏邪出于少阳, 枢机不利。治当和解少阳, 调气活血, 常合黄芩汤或柴胡疏肝散之意, 重用白芍缓急止痛, 配伍柴胡、黄芩疏解少阳郁热。2) 邪达太阳, 兼见表证: 若见腹泻、脓血便同时, 伴发热、恶寒、周身酸楚、皮肤发疹或关节疼痛等症, 此为伏邪外达太阳肌表之兆。治当表里双解, 给邪出路。常合荆防败毒散或葛根芩连汤之意, 重用葛根解肌升清, 配伍荆芥、防风等风药, 助邪从表透散。3) 邪入阳明, 热毒炽盛: 若见暴泻脓血、赤多白少、量多次频、肛门灼痛、腹痛拒按、口渴、脉数, 此属伏邪化火, 并入阳明, 热毒炽盛。治当清热凉血, 解毒止利。常合白头翁汤与葛根芩连汤, 并加红藤、败酱草以增强解毒活血、消痈排脓之力, 直折火势。

3.3 迁延期: 久病入络, 化瘀通络, 以力拔沉痾

针对病久厥阴入络、湿热瘀结之证, 若见上述下利紫暗脓血或如漆色等血瘀络损之象, 常在分期论治的基础上, 加用鳖甲软坚散结、入阴分搜邪, 如《金匱要略》鳖甲煎丸主治“疟母”即属此类深痼瘀结之证^[15]。若瘀结甚者, 酌情选用水蛭、虻虫、土鳖虫等虫类药, 以其“飞者升, 走者降”之性, 以疏通肠络, 力拔沉痾。

4 验案举隅

患者，女，34 岁，2020 年 7 月 11 日初诊。主诉：反复便血近 1 年，加重半个月。患者 2019 年 9 月起出现便血，行无痛肠镜示：插镜至回盲部，回盲瓣呈唇形，阑尾开口未见异常；直肠、乙状结肠及降结肠见节段性点片状红斑糜烂，未见溃疡及新生物等，诊断为溃疡性结肠炎，服西药后有所改善（具体不详）。2020 年 6 月停用西药，改服中药（具体不详）后症状加重，遂前来就诊。刻下症见：大便日行四五次、呈暗红色血水样、偶有脓液，食后欲便，便前腹痛、急迫，大便气味酸臭、夹杂未消化食物，畏食生冷，腹部发凉，畏寒乏力，发病以来体重下降约 5 kg，现体重 40 kg，形体消瘦，精神紧张；舌尖红、边有齿痕、苔白，右脉沉细、左脉紧。西医诊断：溃疡性结肠炎（活动期）；中医诊断：肠癖（湿热外发证）。治法：清利湿热，通腑导滞，佐以健脾调气。方选枳实导滞汤合痛泻要方加减，处方：枳实 15 g，厚朴 15 g，槟榔 15 g，连翘 20 g，紫草 20 g，通草 20 g，神曲 20 g，莱菔子 20 g，焦山楂 20 g，白茅根 40 g，芦根 25 g，防风 15 g，麸炒白术 15 g，白芍 25 g，鳖甲 15 g（先煎），砂仁 15 g（后下），薏苡仁 25 g，乌梅 20 g，花椒 5 g，甘草 5 g。5 剂，每日 1 剂，水煎分 3 次饭后温服。嘱饮食清淡，忌辛辣肥甘。

2020 年 7 月 18 日二诊：服药后便血量减少，大便仍每日四五次，不成形、有里急后重感、少量脓血，饭后 20 min 即需大便，畏寒、乏力稍改善，舌脉无明显变化。方用枳实导滞汤合葛根苓连汤加减，处方：枳实 15 g，厚朴 15 g，槟榔 15 g，芦根 25 g，白茅根 60 g，花椒 5 g，乌梅 20 g，砂仁 15 g（后下），甘草 5 g，葛根 20 g，黄芩 15 g，黄连 9 g，红藤 20 g，败酱草 20 g，小蓟 20 g，侧柏炭 20 g（包煎），地榆炭 20 g（包煎）。7 剂，煎服法同前。

2020 年 7 月 25 日三诊：患者服药后大便次数减少至每日二三次，大便先稀后干、有少量脓血，里急后重感减轻，无畏寒乏力，自诉便前肠鸣，纳眠可，小便调，舌脉无明显变化。以二诊方加减，处方：枳实 15 g，厚朴 15 g，槟榔 15 g，连翘 20 g，紫草 20 g，山楂 20 g，神曲 20 g，通草 20 g，白茅根 60 g，甘草 5 g，葛根 20 g，黄芩 20 g，黄连 9 g，败酱草 25 g，红藤 25 g，小蓟 20 g，地榆炭 25 g（包煎），侧柏炭 20 g（包煎），秦皮 20 g，白头翁 25 g。7 剂，煎服法同前。

患者服上方后基本无便血，仅偶尔进食油腻后出现便血，大便日行二三次。以上方加减继续服用半年余。2021 年 3 月 7 日十一诊，患者坚持中药调治，便血已止，大便日一行、基本成形，仍肠鸣腹胀，饭后及久坐为甚；舌淡边有齿痕，苔白，根部厚，脉弦细微数。病机转为脾虚气滞、余邪未清，转以七味白术散加减，处方：党参 25 g，茯苓 15 g，白术 15 g，葛根 20 g，藿香 20 g，木香 10 g，枳实 15 g，厚朴 15 g，槟榔 15 g，连翘 20 g，紫草 20 g，乌药 20 g，佛手 20 g，竹叶 25 g，大豆黄卷 25 g，砂仁 15 g（后下），甘草 5 g。10 剂，煎服法同前。

患者 2022 年至 2025 年仍坚持服用中药，期间因饮食不节或工作劳累后症状有反复，在十一诊处方基础上调整后病情总体好转，体重上升，并要求将处方制成膏方服用。2025 年 7 月 6 日二十七诊，患者体重增至 47.5 kg，进食水果后易出现脐周疼痛，便溏、带黄褐色食物残渣，排便后疼痛缓解，平时大便成形，每日 1 次，无黏液脓血便、未消化食物，酸臭味不明显，易疲倦，多梦，无口干口苦，纳食可；舌淡，苔薄白、中后微腻，右脉沉、左脉细。方用七味白术散合枳实导滞汤加减，处方：党参 25 g，茯苓 15 g，麸炒白术 15 g，甘草 5 g，枳实 15 g，芦根 20 g，焦山楂 25 g，神曲 20 g，木香 10 g，槟榔 15 g，紫草 20 g，黄芩 20 g，葛根 20 g，乌梅 20 g，花椒 3 g，五灵脂 20 g（包煎），蒲黄 20 g（包煎），制成膏方服用 1 个半月。

2025 年 10 月 12 日线上回访，患者诉平日已无明显不适，大便正常，并已于 2025 年 8 月 16 日再次复查肠镜示：末端回肠见黏膜光滑，回盲瓣呈唇形、尾开口未见异常。所见结肠及直肠黏膜光滑，无充血糜烂，无溃疡及异常隆起，血管纹理清晰。

按语：本案患者初诊见暗红色血水样便、腹痛急迫、里急后重、舌尖红，此为湿热伏邪外发，搏结气血，腐肉败血之标实证；然畏寒乏力、腹部发凉、舌边齿痕、脉沉细，则揭示了太阴虚寒、正气不足的本虚基础。故辨证为湿热伏邪外发，治以枳实导滞汤合痛泻要方加减，主以清解通导，兼以健脾柔肝。方中枳实、厚朴、槟榔通腑导滞、调畅气机，使壅滞于肠腑之湿热积滞从下而解。连翘、紫草既应“肺与大肠相表里”之旨，又可透热转气、凉血护络。白茅根、芦根清热利湿而不伤阴，兼能凉血止血；通草渗利湿热，导邪从小便而出。神曲、莱菔子、焦山楂消食化积、和胃降浊。麸炒白术、白芍、防风乃痛泻要方之意，调肝脾、止腹

痛。薏苡仁健脾渗湿,砂仁醒脾化湿、行气和中,顾护中焦。鳖甲入络搜邪、软坚散结,防邪气深入厥阴之络。乌梅酸收敛肠、涩肠止利,花椒温中散寒,既防苦寒伤中,又兼顾患者腹部发凉、畏寒之本寒标热之象。甘草调和诸药。全方清解中寓通导,祛邪中兼顾扶正,紧扣湿热伏邪外发之病机。

二诊时便血减而里急后重存,怕冷乏力稍改善,提示正气来复,正邪交争加剧。此乃伏邪外发少阳、阳明之象,故合入葛根芩连汤,以葛根升清止利,黄芩、黄连清泻阳明湿热;并加红藤、败酱草增强解毒活血之力,白茅根加量至 60 g 并合小蓟、地榆炭、侧柏炭凉血止血。仍佐枳实、厚朴、槟榔行气导滞,芦根清热利湿,乌梅、花椒酸收温中,砂仁醒脾,甘草和中。全方清解之力大增,重在清透阳明湿热,凉血止血。

三诊时大便次数减少、里急后重减轻、无畏寒乏力,但便前肠鸣、脓血未尽,此为邪势渐退而湿热未清,肠络未和。故于二诊方基础上加重清热凉血之力:黄芩加至 20 g,加白头翁 25 g、秦皮 20 g,寓白头翁汤之意,直清血分湿热毒邪;连翘、紫草透热凉血;山楂、神曲消食和胃;地榆炭、侧柏炭增至 25 g,增强凉血止血之功;败酱草、红藤增至 25 g,加强解毒活血。全方清热凉血、解毒导滞并重,使血分伏热得以清解,终使便血基本控制。

至十一诊便血已止、大便成形而肠鸣腹胀、舌淡边有齿痕,此为脾虚气滞、余邪未清,病机符合伏邪“发于三阳”后正气耗伤之转归,故转方七味白术散为主以健脾托邪,方中党参、茯苓、白术、甘草健脾益气,葛根升清止利,藿香、木香芳香化湿、行气和中,砂仁醒脾开胃。然余邪未净,仍需“托中有清”,故仍佐枳实、厚朴、槟榔行气导滞,连翘、紫草清透余邪,乌药、佛手理气消胀,竹叶、大豆黄卷轻清宣透、分利湿热。全方以健脾扶正为主,兼行气化湿、清透余邪,体现“缓则治本、补中寓消”之则。

后期患者体重回升,但进食生冷后仍脐周疼痛、便溏,易疲倦,舌淡苔腻、脉沉细。此脾虚之本未复,余邪深伏血络,久病入络成瘀。故以七味白术散合枳实导滞汤化裁制成膏方缓图,方中党参、茯苓、麸炒白术、甘草健脾益气;枳实、槟榔、木香行气导滞;焦山楂、神曲消食和胃;芦

根、黄芩、紫草清利湿热、凉血透邪;葛根升清阳;乌梅、花椒酸收温中,一收一散,调和寒热;五灵脂、蒲黄活血化瘀、通络止痛。全方健脾与清化并重,扶正与通络兼施,以膏方缓图,使药力持续,渐收全功。

参考文献

- [1]丁康,樊志敏,戴功建. 溃疡性结肠炎诊断与治疗[M]. 郑州:河南科学技术出版社,2023:32.
- [2]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.
- [3]中华中医药分会脾胃病分会. 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.
- [4]吴雄志. 吴述温病研究:伏邪[M]. 沈阳:辽宁科学技术出版社,2017:2-3.
- [5]郝斌. 伏气学说的源流及其理论的文献研究[D]. 北京:北京中医药大学,2007.
- [6]张祎,谢志军,黄琳,等. 系统性红斑狼疮的伏毒病机演变及辨治[J]. 中医杂志,2024,65(16):1721-1724.
- [7]王新苗,朱潇雨,李杰. 基于伏邪理论探析休眠癌细胞的形成、激活、消亡机制及中医干预策略[J]. 中医杂志,2025,66(12):1217-1221,1256.
- [8]樊跃,汪义明,冯全生. 从脾虚生浊辨治腹泻型肠易激综合征经验[J]. 中医杂志,2024,65(9):958-961.
- [9]梁路明,吕文亮. 从“湿热伏邪”探讨溃疡性结肠炎证治机制[J]. 中华中医药杂志,2025,40(4):1639-1643.
- [10]UNGARO R, MEHANDRU S, ALLEN PB, et al. Ulcerative colitis[J]. Lancet,2017,389(10080):1756-1770.
- [11]EADEN JA, ABRAMS KR, MAYBERRY JF. The risk of colorectal cancer in ulcerative colitis: a meta-analysis[J]. Gut,2001,48(4):526-535.
- [12]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]. 中华消化杂志,2024,44(2):73-99.
- [13]俞根初. 通俗伤寒论[M]. 北京:中国中医药出版社,2022:60.
- [14]李素素,王少墨,王秀薇,等. 王庆其从“半从病治,半从瘀疗”论治溃疡性结肠炎经验[J]. 中医杂志,2023,64(6):555-559.
- [15]吴雄志,彭涛. 运用伏邪理论治疗肝癌浅析[J]. 中西医结合肝病杂志,2020,30(4):289-291.

Syndrome Differentiation and Treatment of Ulcerative Colitis Based on the Theory of Latent Dampness-Heat Pathogen

LI Linyang, LIU Wenping, FENG Quansheng

School of Basic Medical Sciences, Chengdu University of Traditional Chinese Medicine, Chengdu, 611137

ABSTRACT It is believed that the latent dampness-heat pathogen constitutes the core pathogenesis of ulcerative colitis (UC), characterized by the pattern of "lurking in the three *yin* (*taiyin*, *shaoyin*, *jueyin*) and emerging from the three *yang* (*taiyang*, *shaoyang*, *yangming*)", with a tendency to transform into fire. The pathogenic evolution can be delineated into three stages, the latent stage manifesting as *taiyin* deficiency with healthy *qi* deficiency and lingering pathogen, allowing dampness-heat to lurk internally; the active stage involving pathogen penetrating the three *yang*, with dampness-heat externally erupting, leading to putrefaction of flesh and impairment of blood; the prolonged stage pertaining to *jueyin* invading the collaterals, with dampness-heat and static blood binding together, culminating in the formation of abdominal masses. The therapeutic approach adopts the strategy of pathogen-expelling by stage. During the latent stage, therapy focuses on fortifying the spleen and promoting pathogens, concurrently clearing and transforming, aiming at eradicating the latent pathogens, using modified *Qiwei Baizhu Powder* (七味白术散) or self-prescribed *Zhaqu Jianpi Decoction* (楂曲健脾汤). During the active stage, emphasis is placed on clearing and resolving pathogens, promoting stagnation and unblocking obstruction, primarily focusing on providing an outlet for pathogens, using modified *Zhishi Daozhi Decoction* (枳实导滞汤) as the main formula. For the prolonged stage involving *jueyin* invading the collaterals, ingredients that resolve stasis and unblock collaterals, such as Biejia (*Lawsonia inermis*) and Shuizhi (*Cucumis melo*), are often prescribed.

Keywords ulcerative colitis; dampness-heat; latent pathogen

(收稿日期: 2025-06-18; 修回日期: 2025-11-19)

[编辑: 果 彤, 侯建春]

读者·作者·编者

参考文献引用注意事项

1. 除引用经典文献外, 一般宜引用近年来发表的较新的研究, 尤其是进展类综述, 不应过多引用陈旧文献。
2. 引用诊断标准、辨证标准、常规治疗方法、疗效评价标准、量表、造模方法等已有公认、权威报道的内容时, 应引用教科书、临床指南、行业标准、专著等文献, 不宜随意引用非权威文献。
3. 若可引用文献比较多, 应选择期刊评价高、文献质量好、作者学术声誉强的文献。
4. 应引用原始文献, 不宜引用二次文献。如流行病学数据, 应引用数据的原始出处。
5. 文献年卷期必须写全 (文献未标明者除外), 文献页码必须写明。如英文文献缺少期卷信息或起止页码, 请补充标注 doi 号。
6. 文献无著者可写“佚名”或“Anon”。
7. 英文文献将作者的“姓”全部著录, 且字母大写, “名”可以缩写为首字母, 省略缩写点。例如: Chen Haoyuan 著录为 CHEN HY。
8. 电子文献的“发布日期”“引用日期”“网址”均需标明。
9. 中文文献应以中文进行著录。如发表在《中医杂志》《中国针灸》等中文期刊的论文, 即使是在英文数据库检索到的, 也应查阅其中文原文进行著录, 而不应用英文著录。

(本刊编辑部)