

DOI:10.13288/j.11-2166/r.2026.11.016

从湿热伏邪角度防治溃疡性结肠炎复发

戴心怡, 张佳琪, 余美龄, 唐旭东✉

中国中医科学院西苑医院脾胃病研究所, 北京市海淀区西苑操场1号, 100091

[摘要] 认为溃疡性结肠炎(UC)的复发契合伏邪“潜伏隐匿、伺机而发”的动态特征。结合伏邪理论, 提出湿热伏邪潜伏于内, 日久由气入血, 致气血失调、肠络受损, 是UC复发的病机核心。并据此进行分期治疗, 活动期治以清化湿热、行气调血, 以葛根芩连汤为基础方加减; 缓解期治以扶正透邪、调补脾肾, 以自拟健脾清肠合剂加减, 为其临床治疗提供参考。

[关键词] 溃疡性结肠炎; 湿热; 伏邪; 复发

溃疡性结肠炎(ulcerative colitis, UC)是以腹痛、腹泻、黏液脓血便和里急后重为主要临床表现的非特异性慢性复发型肠道疾病, 内镜下可见结肠黏膜弥漫性充血、水肿、糜烂或溃疡改变。目前西医治疗以5-氨基水杨酸、糖皮质激素和生物制剂为主, 尽管一定程度上能诱导缓解、控制炎症, 但对于维持缓解、防止复发仍面临挑战, 相当比例患者虽处于临床缓解状态, 但内镜下黏膜愈合欠佳, 肠道微生态失衡及免疫功能异常可能持续存在^[1]。调查显示, UC患者10年累积复发率高达70%~80%^[2], 严重影响生活质量。UC属于中医学“痢疾”“休息痢”“肠澼”“久痢”等范畴, 核心病机为本虚标实、湿热内蕴^[3]。我们认为, 其病程中时发时止、缠绵难愈的特征与伏邪“邪伏体内、伺机而发”的特点高度契合, 从伏邪理论论治UC, 有助于深入理解其复发根源, 并为阐释西药控制症状后邪气隐匿的状态及在此基础上的复发风险提供了中医视角。本文通过梳理古代医家论述, 探讨UC复发机制及防治思路, 阐明湿热伏邪在加速诱导缓解、维持长期缓解、预防复发等方面的价值, 为临床提供参考。

1 伏邪理论在UC病机中的具体应用

伏邪指藏伏于体内而不立即发病的病邪^[4], 有

狭义和广义之分。狭义伏邪指感邪后邪气伏藏, 过时而发的温病, 又称“伏气温病”。广义伏邪则泛指一切伏而不即发的病邪, 包括外感六淫、七情所伤、痰浊、瘀血、蓄饮、气滞等致病因素。此类伏邪不仅可引发温病, 亦是诸多内伤杂病的重要致病基础^[5-6]。鉴于伏邪多样且隐匿的特点, 临床需结合疾病的症状表现、证候特征等分析邪气属性、发病特点与传变途径。

湿热伏邪是在伏邪理论框架下, 针对UC反复发作特性提炼的具体病机概念^[7]。清代陈修园在《医学实在易》中明确指出“痢疾, 乃伏邪之为病也”, 并直指其病机核心“不外湿热二字”, 为后世医家从湿热伏邪角度认识UC奠定了基础。湿热伏邪是指湿热之邪治不得法或感而未发, 余邪潜伏于肠络之间, 遇诱因则伺机而动。具体而言, 湿邪属阴, 易阻遏气机, 损伤阳气, 且缠绵难祛; 而热邪属阳, 升腾炎上, 易耗伤津液, 甚则生风动血。二者阴阳相合, 胶结为患, 湿遏热伏, 热蒸湿动, 形成宣发不畅、通降受阻之势, 致邪气深伏于内, 难以透达外解。湿热伏邪潜伏于内, 不仅壅阻气机, 更易深入营血, 导致营卫之气运行失和, 卫气稽留则经脉空虚, 营气壅滞则瘀阻化热。对于潜伏日久的湿热伏邪, 其气滞血瘀程度更深, 累及范围更广, 成为复发难愈的宿根。基于上述认识, 从湿热伏邪角度指导UC“活动-缓解-复发”的动态演变^[8], 对该病精准辨证、分期施治、预防复发具有重要的临床价值。

基金项目:国家自然科学基金(82341233);中国中医科学院西苑医院学术经验继承项目(0203064);中国中医科学院西苑医院中医药临床科研一体化平台建设专项(XYZX0405-34)

✉ 通讯作者:txdly@sina.com

2 从湿热伏邪角度探析 UC 复发机制

2.1 湿热瘀结、伏于肠络为复发关键

湿热之邪缠绵黏滞，伏匿体内，阻滞气血运行，久则化热生瘀，深入络脉，此为 UC 反复发作之关键。《医方考》言：“患痢大都责于湿热，热伤气，故下热伤血，故下赤。热伤大肠，则大肠燥涩，故里急后重”，指出湿热蕴结肠道，损伤肠络，壅阻气血，致传导失司为其核心发病机制。湿热久蕴，侵蚀肠腑，血败肉腐，破溃成疡，遂成黏液脓血之症。经治疗后虽湿热渐清，然湿性黏滞，伏邪难尽，一旦遇诱发因素，则内外相感，遂致复发。《痢证三字诀》言：“休息痢……是瘀热留伏于膜油隐匿之地。”《医林改错·久泄》言：“泻肚日久，百方不效，是总提瘀血过多。”随着病程迁延，湿热伏邪与气血胶结，瘀热互结，久病入络，壅塞肠腑，终成复发难愈之根。现代研究证实，UC 复发时存在免疫失衡^[9-10]、肠道微生物稳态失调^[11]及凝血功能障碍^[12]等病理改变，其中免疫异常激活、促炎因子的释放体现了热邪导致的炎症亢进状态，肠菌代谢紊乱导致的病理产物堆积与湿浊内停相关，而凝血功能障碍则体现了热壅血瘀的病机本质。因此，UC 复发与湿热瘀阻的病机特征相互契合。

2.2 脾肾虚衰、邪气潜伏为复发本源

正虚是湿热伏邪深伏体内之内在基础，一旦正虚邪伏的病理状态被扰动，则出现“休息痢”之“乍发乍止”，究其本源，尤以脾肾虚衰为疾病复发之根本。《诸病源候论》言：“冷热气调，其饮则静，而痢亦休也。肠胃虚弱，易为冷热，其邪气或动或静，故其痢乍发乍止，谓之休息痢也。”此处肠胃虚弱，实乃中焦脾胃虚衰在肠腑功能失常层面的具体体现，为邪气动静、痢疾休作之枢机。《景岳全书》进一步强调“泄泻之本，无不由于脾胃”。胃气强实者，能运化生冷之物，故不发病，胃气弱者，邪气在体内积聚，待时而发或立即发病。可见胃气强盛则邪无所藏，胃气虚衰则卫气失于固护，受外感、饮食、七情扰动，湿热伏邪乘虚而发，下注于肠，发为下痢。《东垣试效方》云：“起居不时，损其胃气，而上升精华之气即下降，是为飧泻，久则太阴传少阴而为肠澼”，揭示脾虚日久传肾的传变规律。虞抟在《苍生司命》中指出“以痢属肾故也”，印证了肾虚与久痢相关。脾胃土败，日久及肾，肾阳衰乏，临床缓解期患者多出现畏寒肢冷、大便溏薄等表现，此乃脾肾虚衰之象，在此

基础上，湿热余邪易于潜伏，待机而发。现代研究表明，UC 脾虚证模型中存在线粒体能量代谢障碍，容易导致活性氧堆积，激活内质网应激等信号通路，从而破坏肠黏膜屏障，介导炎症级联反应^[13-14]，契合正虚邪伏的复发本源。

3 基于湿热伏邪防治 UC 复发的治则治法

湿热伏邪遇感即发、缠绵难去，故治宜明辨病因、谨查病机，务求祛邪无遗。根据疾病不同阶段，或重清化湿热，或重扶正固本，总以清除伏邪、培补正气为宗。

3.1 活动期：清化湿热，行气调血

UC 复发活动期的治疗着重清化湿热，行气调血。临证多以苦寒燥湿之品为主，佐以辛药使气机宣畅，又常合淡渗利湿、清热通腑、升阳除湿等多种治法，旨在为湿热伏邪开辟出路。何廉臣在《重订广温病论》中指出：“伏邪既久，气血必伤，故灵其气机，清其血热，为治伏邪第一要义。”因此，行气调血为治疗湿热伏邪的关键。临证需根据血分受伤的程度选择不同用药，轻者养血和血，血热者凉血止血，久成瘀毒则化瘀解毒，凉血时常配伍辛味活血药或行气药以防寒凉遏邪。基于上述治则，针对 UC 活动期患者，临证常在葛根芩连汤基础上进行化裁。处方：葛根 15 g，黄芩 12 g，黄连 9 g，槐花炭 15 g，地榆炭 20 g，法半夏 10 g，苍术 15 g，砂仁 6 g，木香 10 g，黄芪 20 g，灶心土 100 g（煎汤代水）。方中葛根升阳止利、透达伏邪；黄芩、黄连清化湿热；槐花炭、地榆炭凉血止血；佐以法半夏、苍术等辛散之品，辛开苦降以调畅气机；灶心土煎汤带水，其功专入脾胃，固护中焦；砂仁、木香行气导滞；另辅黄芪健脾益气。全方清中有透，通中有补，共奏清化湿热、行气调血之效。

若见便血鲜红量多者，可加白头翁、败酱草增强清热凉血之力；病久便血色暗、舌暗有瘀斑者，宜加蒲黄、炒五灵脂活血化瘀、通络止血；若见腹痛欲便、便而不爽、肛门坠胀者，可加槟榔消积行气；兼见情绪抑郁或急躁、胸胁胀闷者，加柴胡、苦杏仁、麦芽调肝理肺；若兼周身发热、脉象有力者，加人参、石膏、白芍，以人参助石膏透达深陷阳明之热，以白芍代知母清肝胆热、和血止痛，升降协调。

3.2 缓解期：扶正透邪，调补脾肾

UC 缓解期的治疗当以扶正透邪、调补脾肾为主。伏邪非透不尽，可施以宣透法，使伏邪有出

路。然湿热伏邪易伤正气，宣透时亦需兼顾正虚因素，借升发之气领邪外出，疏调全身气机，不可妄用苦寒攻伐。湿热久伏，耗气伤阴，脾胃虚衰亦难托邪外出，病久及肾，脾肾两伤为湿热伏邪提供潜藏之所。因此，缓解期应以调和气血、培补脾肾为主。临证用药当根据正虚偏重灵活化裁，偏于脾虚者，重在健脾益气；偏于肾阳虚者，当温补肾阳；兼有余邪者，佐以清化之品，使补而不滞、清而不寒。我们临证常以自拟健脾清肠合剂为基础方进行调治。方剂组成：黄芪 20 g、麸炒白术 15 g、防风 6 g、白芍 15 g、当归 6 g、茯苓 20 g、砂仁 6 g（后下）、木香 10 g、炮姜 6 g、黄连 3 g、黄芩 6 g、灶心土 100 g（煎汤带水）。方中黄芪、白术健脾益气，茯苓渗利湿浊，防风辛散，既能祛风胜湿、又能升阳止泻，白芍、当归养血和营，砂仁、木香行气醒脾、调中化湿，炮姜合灶心土温中涩肠、温固并举，少佐黄连、黄芩清化未尽湿热伏邪。全方补而不滞、清而不寒，共奏健脾清肠、扶正防复之功。

若见脾虚大便稀溏者，加炒薏仁、山药增强健脾渗湿之力；若见畏寒肢冷、腰膝酸软者，加补骨脂、肉豆蔻以温肾固涩；若见大便偶夹黏液或腹痛者，加地锦草、马齿苋清化余邪；若见腰膝酸软、头晕耳鸣、舌红少苔者，加女贞子、墨旱莲以滋补肝肾、托邪外出。

4 小结

本文从湿热伏邪角度探讨 UC 复发防治中的核心临床价值，提出湿热瘀结、伏于肠络及脾肾虚衰、邪气潜伏两大关键复发机制，并系统阐述针对 UC 复发的分期论治策略，推进中西医对该病认识和临床实践。未来应进一步应加强湿热伏邪与现代医学前沿的交叉融合，以期深度阐明其治疗机制内涵及临床指导意义。

参考文献

[1] LONG M D, RUBIN D T. Histologic remission in ulcerative colitis: are we there yet? [J]. Am J Gastroenterol, 2019, 114(5): 713-715.

[2] FUMERY M, SINGHS, DULAIPS, et al. Natural history of adult ulcerative colitis in population-based cohorts: a systematic review [J]. Clin Gastroenterol Hepatol, 2018, 16(3): 343-356.

[3] 张声生, 沈洪, 郑凯, 等. 溃疡性结肠炎中医诊疗专家共识意见(2017) [J]. 中华中医药杂志, 2017, 32(8): 3585-3589.

[4] 李经纬, 余瀛鳌, 蔡景峰, 等. 中医大辞典[M]. 北京: 人民卫生出版社, 1995: 526.

[5] 赵明芬, 安冬青, 汪建萍. 试论伏邪理论的源流及发展 [J]. 中医杂志, 2016, 57(3): 189-192.

[6] 张鑫, 张俊龙, 郭蕾, 等. 伏邪特征的诠释 [J]. 中医研究, 2006, 38(4): 11-14.

[7] 王忻彤, 张佳琪, 唐旭东. 基于伏邪理论的溃疡性结肠炎复发机制认识 [J]. 中国中医基础医学杂志, 2026, 32(2): 329-333.

[8] 赵鲁卿, 张声生, 杨洪军. 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.

[9] 张歆, 柯晓, 陈锦团, 等. IL-1 β 、IL-4 在湿热证溃疡性结肠炎大鼠模型中的动态表达及意义 [J]. 西安交通大学学报(医学版), 2015, 36(5): 697-701.

[10] 姚承佼, 李奕霖, 罗利红, 等. 芍药汤调控 Th17/Treg 细胞平衡改善大肠湿热证溃疡性结肠炎炎症反应的机制研究 [J]. 世界科学技术-中医药现代化, 2021, 23(8): 2635-2642.

[11] 丁庞华, 李军祥, 郭一, 等. 基于高通量测序技术的溃疡性结肠炎大肠湿热证患者肠道菌群多样性的研究 [J]. 世界科学技术-中医药现代化, 2018, 20(6): 967-973.

[12] 张天涵, 沈洪, 朱磊. 溃疡性结肠炎大肠湿热证与血液高凝状态的相关性研究 [J]. 中华中医药杂志, 2020, 35(8): 4156-4158.

[13] 连紫宇. 基于代谢组学的溃疡性结肠炎脾气虚证生物学基础研究及参苓白术散干预机制初探 [D]. 南京: 南京中医药大学, 2021.

[14] 杜英杰, 魏福光, 张茜, 等. 基于内质网应激 PERK 信号通路探讨芍药汤和参苓白术散对胃肠湿热型、脾虚湿困型溃疡性结肠炎大鼠的干预 [J]. 中医研究, 2025, 38(1): 77-81.

Prevention and Treatment of the Relapse of Ulcerative Colitis Based on the Theory of Damp-Heat Latent Pathogen

DAI Xinyi, ZHANG Jiaqi, SHE Meiling, TANG Xudong

1. Institute of Spleen and Stomach Diseases, Xiyuan Hospital, China Academy of Chinese Medical Sciences, Beijing, 100091

ABSTRACT Aligning with the ulcerative colitis (UC) dynamic characteristics of latent pathogens, that is "remaining latent and concealed, and manifesting when triggered", and following the latent pathogen theory, it is proposed that the core pathogenesis of UC recurrence is latent damp-heat pathogen concealed internally, progressing from *qi* to blood level over time, and leading to *qi*-blood disharmony and intestinal collateral damage. Accordingly, stage-based treatment is recommended. During the active stage, it is suggested to clear damp-heat, move *qi*, and regulate blood using modified *Gegen Qinlian Decoction* (葛根芩连汤). During the remission stage, the treatment should focus on reinforcing healthy *qi* and venting pathogen, regulate and tonify the spleen and kidney with a self-made *Jianpi Qingchang Mixture* (健脾清肠合剂). These approaches may provide a reference for the clinical treatment of UC.

Keywords ulcerative colitis; damp-heat; latent pathogen; recurrence

(收稿日期: 2025-09-12; 录用日期: 2026-01-28; 修回日期: 2026-02-20)

[编辑: 侯建春]

读者·作者·编者

如何正确引用网络文献

正确引用的参考文献是学术论文的重要组成部分,除传统的印刷版文献外,参考文献还包括了大量的网络文献。常见的网络文献资源包括电子公告(EB/OL)、电子图书(M/OL)、电子期刊(J/OL)、报纸(N/OL)、数据库(DB/OL)、专利文献(P/OL)等。根据《GB/T 7714—2015 信息与文献 参考文献著录规则》,不同文献类型有相应的著录格式。以下为电子资源著录格式。

著录格式

主要责任者. 题名:其他题名信息[文献类型标识/文献载体标识]. 出版地:出版者,出版年:引文页码(更新或修改日期)[引用日期]. 获取和访问路径. 数字对象唯一标识符.

著录格式示例

- [1] 国家卫生健康委办公厅,国家中医药管理局办公室. 关于印发新型冠状病毒感染的肺炎诊疗方案(试行第七版)的通知[EB/OL]. (2020-03-03)[2020-03-17]. http://www.gov.cn/zhengce/zhengceku/2020-03-04/content_5486705.htm.
- [2] 仝小林,李修洋,赵林华,等. 从“寒湿疫”角度探讨新型冠状病毒肺炎(COVID-19)的中医药防治策略[J/OL]. 中医杂志. (2020-02-19)[2020-02-26]. <http://kns.cnki.net/kcms/detail/11.2166.R.20200217.2034.006.html>.
- [3] 罗兰. “国医大师”王琦院士开的预防药方来了[N/OL]. 长江日报. (2020-01-29)[2020-05-12]. <http://www.cjrbapp.cjn.cn/wuhan/p/154889.html>.

(本刊编辑部)