

DOI:10.13288/j.11-2166/r.2026.15.014

炎症性肠病活动-缓解交替的“膏-浊-热毒”病机演变特点及干预策略

正婷^{1,2}, 黄开月^{1,2}, 李嘉言^{1,2}, 王凤云¹, 唐旭东¹, 吕林[✉]

1. 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; 2. 中国中医科学院研究生院

[摘要] 以“膏-浊-热毒”为框架, 阐释炎症性肠病(IBD) 活动-缓解交替的病机演变规律。认为 IBD 活动期呈膏浊内蕴、蕴郁化热、热盛酿毒的递进爆发过程, 缓解期现热毒势戢、气阴耗伤、余浊伏匿、正虚邪恋的状态。据此确立分期论治, 动态截断干预策略, 即活动期遵循畅、清、解序贯祛邪, 初期以畅调气机、健脾化浊为法, 予痛泻要方合参苓白术散畅机健脾; 中期立清热化湿、分消走泄之策, 予葛根芩连汤合半夏泻心汤清消湿热; 后期行解毒敛疡、凉血宁络之法, 予白头翁汤、芍药汤合犀角地黄汤解毒凉血; 缓解期秉持扶、固、透安内清源, 以四神丸合四君子汤扶正透邪。

[关键词] 炎症性肠病; 膏浊; 热毒; 病机演变

炎症性肠病(inflammatory bowel disease, IBD) 是以肠道慢性、复发性炎症为特征的消化系统疾病, 主要包括溃疡性结肠炎和克罗恩病, 病理表现为黏膜溃疡、隐窝结构破坏及炎性细胞浸润, 临床常呈现活动期与缓解期交替, 典型症状包括腹痛、腹泻、黏液脓血便及里急后重等^[1]。流行病学数据显示, 我国 IBD 发病率呈持续上升趋势^[2]。目前西医治疗以氨基水杨酸制剂、糖皮质激素、免疫抑制剂及生物制剂等药物为主, 虽可控制急性炎症, 但长期使用易引发感染、代谢紊乱及药物失效, 且复发率高、黏膜愈合不理想, 严重影响患者预后^[3]。IBD 属于中医学“肠澼”“久痢”“肠风”“滞下”等范畴。中医药在调节免疫平衡、促进黏膜修复、改善症状及减少复发方面体现出独特优势^[4]。近年来, “膏-浊-热毒”在代谢性疾病中的病机演变规律逐步受到关注, 其呈现“膏积为浊、浊郁化热、热极成毒”的动态递变关系^[5]。临床中 IBD 以“活动-缓解”交替为特征, 其发展过程与“膏-浊-热

毒”的演变规律高度契合。基于此, 本文从“膏-浊-热毒”角度系统阐述 IBD 病机演变规律及分期干预方案, 以期对 IBD 的中医辨治提供思路。

1 膏、浊、热毒中医理论概述

“膏”源于水谷精微, 是津液中质地稠厚、具有濡养作用的组成部分。《灵枢·五癃津液别》指出: “五谷之津液, 和合而为膏者, 内渗入于骨空, 补益脑髓。”张介宾在《类经》中补充道: “津液之和合为膏, 以填补骨空之中, 则为脑为髓, 为精为血”, 认为膏可以化血。膏是由水谷所化生, 与津液同源, 在脾土运化、肺气敷布、心脉营运、肝气疏泄、肾脏气化功能作用下, 流行于津血之中, 并随血液循环上下, 敷布全身, 濡润滋养五脏六腑、四肢百骸。在 IBD 中, 膏可类比为肠道黏液层成分、上皮细胞膜脂质结构及维持菌群稳态的微环境^[6], 其正常生成与输布赖脾胃运化之健旺。

“浊”在《黄帝内经》中具有双重含义: 其一指生理状态下水谷中稠厚滋养成分, 即《素问·经脉别论篇》所谓“食气入胃, 浊气归心, 淫精于脉”; 其二指病理状态下, 因脾胃运化失常, 精微物质不得正常输布, 滞留异化而成有害物质, 临床称之为“脂浊”“痰浊”“瘀浊”等^[7]。虞抟在《医学正传》所言“津液稠黏, 为痰为饮, 积久渗入脉

基金项目:国家自然科学基金(81873297); 中国中医科学院优秀青年科技人才培养专项(ZZ13-YQ-006); 中国中医科学院创新工程(CI2021A01003); 中国中医科学院西苑医院高水平项目(XYZX0303-07); 北京市中医药科技发展资金项目(BJZYB-2025-52); 山西省基础研究计划(202403021211147)

✉ 通信作者: lushangshitou@qq.com

中,血为之浊”,即指此类病理之浊沉积血中,可形成“血浊”。就IBD而言,病理之浊即未化精微、湿浊食滞瘀浊等壅积肠络之产物,是膏失运化后滞留所生,是后续郁而化热、酿生热毒的物质基础。

“毒”本义指有毒之草,《金匱要略心典》释为“毒者,邪气蕴结不解之谓”。内生之毒常因脏腑功能失调,气血津液运行障碍,以致生理或病理产物蕴结不散,郁积化生而成。王永炎认为,脏腑气化不利,浊邪停滞,久蕴不化,即可酿毒,热毒乃是热邪亢盛至极,与浊邪(如痰浊、瘀浊、脂浊)相互搏结、煎灼而成,其性峻烈,易伤络损形^[8],正如《中国医学大辞典》所言“热气偏盛而为毒者”。在IBD活动期,膏浊壅滞肠腑、郁而化热,热极复与浊邪相搏,终成热毒;热毒既成,直犯肠络脂膜,其性剽悍,腐肉蚀络、败血成脓,临床上见壮热不退、脓血便量多腥臭、里急后重频作等症,实为“诸病重笃,伤神损络、败坏形体,皆属于毒”^[9]在IBD中的典型体现。

综上所述,“膏-浊-热毒”三者并非孤立存在,而是呈“膏失运化则生浊、浊郁日久则化热、热极与浊相搏则酿毒”的动态递进关系。膏与浊在病理状态下常相互胶结、壅滞肠腑,本文统称为“膏浊”。此“膏浊”既涵盖中医理论中的痰湿、食积、瘀血等病理概念,也与现代医学所认识的肠道菌群失调产物、受损黏液屏障成分及未彻底消化的食糜残渣等微观病理物质相对应,是膏浊壅滞状态的具体病理体现^[10]。

2 基于“膏-浊-热毒”探讨IBD的病机演变

IBD以活动期与缓解期交替为临床特征,其病机演变亦循此链条展开,可划分为两个核心阶段:活动期呈膏浊内蕴、蕴郁化热、热盛酿毒的递进爆发过程,缓解期现热毒势戢、气阴耗伤、余浊伏匿、正虚邪恋的状态,二者共同构成IBD迁延难愈的病机特点。

2.1 IBD活动期病机演变

2.1.1 膏浊内蕴,邪伏肠络 IBD活动期发作的起始与基础阶段,核心病机在于中焦失司、膏浊内生、壅滞肠腑。患者常因先天禀赋薄弱,或后天饮食失节、劳倦忧思等因素,损伤脾胃功能;脾胃功能失调,则纳运失职,饮食水谷不得正常化生为气血精微,反停聚为病理性的湿、痰、食滞等秽浊之物,此即膏浊。膏浊壅滞于肠腑之间,阻碍肠络气血正常运行,气机郁滞则升降失常,血行不畅则渐

可成瘀,津液不布则湿浊更甚,由此形成“膏浊壅滞-气机郁滞-血行不畅-津液不布-湿浊更甚-膏浊壅滞加剧”的恶性循环,肠络功能日趋紊乱。此时邪气尚未化热或仅见微热,处于“伏邪”潜匿状态。因此,此阶段临床症状相对和缓,患者多表现为间歇性腹部胀满或隐痛,大便黏滞不爽或细软不成形、排便不尽感,伴有纳呆、倦怠乏力等;舌象多见舌质淡胖或暗、苔白厚腻,脉象多呈濡或弦滑。从现代病理学角度看,此阶段相当于肠道微生态紊乱、黏膜屏障完整性轻度受损、存在低度免疫激活的亚临床状态^[11]。此阶段膏浊内蕴的病理基础,为后续在诱因引动下蕴郁化热提供了物质前提。

2.1.2 蕴郁化热,湿热相搏 此阶段是IBD进入活动期的关键转折,核心病机可概括为伏邪遇诱、郁而化热、湿热相蒸。在膏浊内蕴的基础上,一旦遭遇外感湿热、饮食不节(尤嗜辛辣肥甘)、情志过激或劳倦内伤等诱因,则会引动壅滞于肠络的浊邪,使其骤然活跃,气机因此郁遏更甚,闭塞加深;郁滞气机与浊邪相合,便会从阳化热。湿邪与热邪相互搏结,形成湿热胶着、湿热相蒸的复杂病邪,其性黏腻滞着,故病势缠绵。热势既成,肠络脂膜受损,扰动气血,临床表现为原有症状显著加剧,腹痛转为持续性或阵发性灼痛,腹泻频次增多,粪便溏泄并夹带大量黄白黏液,肛门灼热、重坠感明显,可伴有低热、口苦、小便短赤等全身热象;舌象由淡转红,苔由白腻变为黄腻,脉象呈现滑数或濡数,均是湿热内蕴典型征象。从现代医学来看,此阶段对应IBD轻中度活动期,内镜下可见黏膜弥漫性充血、水肿、血管纹理模糊,伴有点状或斑片状糜烂^[12];病理显示固有层水肿加剧,慢性炎细胞浸润显著增多,并开始出现急性炎细胞;分子层面,促炎细胞因子水平明显升高,炎症通路被激活,标志着炎症进入活跃的级联放大阶段^[13],此期是控制病情、防止向重度活动期发展的关键窗口。

2.1.3 热盛酿毒,腐肉蚀疡 此阶段是IBD活动期的顶峰,标志着疾病进入最危重的急性爆发状态,核心病机可概括为湿热极盛、炼浊成毒、蚀络损形。湿热之邪持续壅盛,郁遏不散,不断煎灼与炼化壅滞于肠腑的湿浊、痰饮、瘀血等各类病理产物,酿生出“热毒”。“毒”性峻烈剽悍,具有腐蚀、败坏形质的特性^[14]。“热毒”一旦形成,其病位便不再局限于气分,而深入营血、燔灼肠络,直接灼伤肠腑脂膜、腐蚀肌腠、败坏血络,导致腐肉

成疡。临床可见腹部疼痛剧烈、拒按，里急后重感极为显著、频繁登厕，泻下物多为脓血相兼，或纯下鲜血、量多腥臭，伴见高热（壮热）、口渴引饮、面红目赤、烦躁不安，甚则神昏；舌象表现为舌质红绛或紫暗，舌苔黄燥或焦黑起刺，脉象洪数、弦数有力。此乃热毒深入营血、燔灼气血、耗伤阴液、腐败血肉的危重征象。现代医学认为，此阶段对应 IBD 急性重度活动期，内镜下可见深大、不规则的溃疡，边缘隆起，底部覆有脓苔，周围黏膜高度充血水肿、质脆易出血；病理学可见大量中性粒细胞浸润、隐窝脓肿形成、杯状细胞减少、腺体结构破坏，严重者可发生黏膜全层坏死；在分子与免疫学层面，呈现“细胞因子风暴”，促炎因子爆发性释放，核苷酸结合寡聚化结构域样受体蛋白 3 (NLRP3) 等炎性小体处于极度亢进状态^[15-16]。此阶段是炎症级联反应的顶峰，组织损伤最为严重，是临床需要紧急干预与控制的重中之重。

2.2 IBD 缓解期病机分析

此阶段标志疾病进入临床缓解期，然其本质并非痊愈，而是一种邪势暂退、正伤未复、伏邪潜藏的状态。热毒虽被控制，但其对机体造成了深远影响。其一，正气耗伤，形损未复。热毒为亢盛阳邪，在活动期高热、暴泻、脓血流失过程中，耗伤人体气阴，气随津泄则气虚，阴血亏耗则阴虚，气阴两虚则肠络失于温煦濡养，全身则呈现一派虚象。其二，余邪未尽，浊毒伏匿。膏浊未能彻底廓清，脾运功能受损后仍易再生内浊，且部分余毒未能根除，可潜伏于受损的肠络中，形成“伏毒”，“浊”与“伏毒”相互胶结，即构成“浊留毒伏”的潜在隐患。临床表现为神疲乏力、气短懒言、口干咽燥、手足心热、腹部隐痛绵绵、大便溏薄或黏滞不爽；舌象常为淡红或暗红、苔薄白腻或微黄腻，脉多细弱或细弦。此期微观病理对应黏膜溃疡虽表面愈合，但组织学结构可能未完全正常化，肠屏障功能仍较脆弱，肠道菌群失调与低度慢性炎症状态持续存在^[17]。此时正虚与浊伏共存，正气虚则御邪与修复能力不足，一旦遭遇外感、饮食、情志、劳累等诱因，便极易引动伏邪，迅速重启郁而化热、热盛酿毒的病理过程，导致疾病复发。因此，缓解期治疗关键在于扶正固本以强其内，化浊透毒以清其伏，方能打破活动-缓解恶性循环，实现持久缓解与黏膜愈合。

3 基于“膏-浊-热毒”探讨 IBD 的分期干预策略

针对 IBD 活动期“膏-浊-热毒”递进爆发的不同阶段，依次以畅机健脾、清消湿热、解毒凉血为法，重在祛邪以控制炎症、修复黏膜；IBD 缓解期治当以扶正固本透浊为要，旨在调节免疫、清除伏邪、防止复发，由此形成贯穿 IBD 疾病全程的动态干预体系。

3.1 IBD 活动期：畅、清、解以祛邪

3.1.1 畅调气机，健脾化浊 此阶段对活动初期膏浊内蕴、邪伏肠络之病机，治疗关键在于健脾疏肝以绝浊源、理气化湿以畅肠络，核心旨在恢复中焦运化、调和肝脾气机，消除膏浊生成与积聚的内在环境，截断病势向蕴郁化热进展。临证常以痛泻要方合参苓白术散为基本方化裁。痛泻要方重在调和肝脾，解除气机郁滞；参苓白术散重在健脾渗湿，杜绝膏浊再生；两方相合，共奏疏柔并济以调肝、健运渗利以治脾、升清降浊以和肠之功。

临证化裁需紧扣患者的兼夹证候，随症加减。若患者症见苔厚腻如积粉、脘痞纳呆、身重困倦，此为湿浊偏重、中焦壅滞，可加苍术、厚朴以燥湿运脾、行气除满，取平胃散之意；若气滞突出，症见腹胀攻撑、矢气频作或排气不畅、肠鸣腹痛，可加木香、枳壳以行气导滞，恢复肠腑通降之常；若症见腹痛喜暖喜按、遇冷加重、食少便溏，此为寒凝气滞、脾阳不振，可稍佐干姜以温中散寒、助脾运化，但不宜过量，以防助热；若已现化热，症见口微苦、苔微黄者、肛门灼热初显，可少佐黄连、黄芩以清郁热，但需中病即止，防苦寒败胃。

3.1.2 清热化湿，分消走泄 此阶段对应浊郁化热、湿热相搏之核心病机，病邪已从浊蕴转化为湿热胶结的复杂状态，治疗关键在于贯彻分消走泄大法。清热不助湿、化湿不碍热、宣畅三焦以开邪路，通过多途径疏利、导泄，化解湿热胶着之势，防止其郁闭日深、炼浊成毒。临证常以葛根芩连汤合半夏泻心汤为基本方化裁，葛根芩连汤侧重清解肠道已成之湿热，半夏泻心汤旨在恢复中焦脾胃枢纽升降功能，气机一转，湿热能分、痞结能散。两方相合，共成清化于内、透达于外、调枢于中之功。

临证加减需把握湿热之偏胜。若热重于湿，症见泻下如注、肛门灼痛、口渴心烦、舌红苔黄，可加金银花、蒲公英、马齿苋增强清热解毒之力，或加白头翁、秦皮直清肠热，迅速挫其热势；若湿重于热，症见身热不扬、头身困重、脘痞纳呆、苔黄

厚腻，则加藿香、佩兰、石菖蒲芳香化浊，合茯苓、滑石、通草淡渗利湿，给湿邪以出路，使湿去而热孤；若气滞血涩络伤，症见腹痛拘急、便下黏液明显，加白芍、甘草缓急止痛，木香、槟榔行气导滞，或酌加当归、赤芍活血和络，以调气则后重自除、行血则便脓自愈。

3.1.3 解毒敛疡，凉血宁络 此期针对热盛酿毒、腐肉蚀疡之危重病机，治疗须大清气血壅滞之热毒，急挫燎原之势，凉血散瘀以护络，祛腐生肌以敛疡，直接清除核心病理产物“热毒”，最大程度减少肠络形质持续性破坏。临证常以白头翁汤合芍药汤为基本方化裁。白头翁汤作为治热毒血痢之专方，重在清解肠中热毒；芍药汤重在调和气血、通导滞塞。两方相合，共奏清解毒热以撤其源、调和气血以顺其用之功。若热毒已深陷营血，出现高热夜甚、烦躁谵语、舌质深绛或紫暗、下血鲜红量多等症，则提示毒瘀互结、动血耗阴，非一般清热剂所能胜任，需合用犀角地黄汤以凉血散瘀、解毒宁络，深入营血分化解毒瘀胶结之势。

临证中常加用地榆、槐花以增强凉血止血之力；予白及^[18]、仙鹤草^[19]敛疮生肌，抑制肠道炎症因子，修复肠黏膜屏障，促进溃疡愈合；予三七粉冲服，止血而不留瘀，活血而不妄行，对于脓血夹杂之症尤为适宜。此阶段病情凶险，应采用中西医结合治疗。依据临床指南^[20-21]，患者应住院并予静脉糖皮质激素作为初始治疗，约3天后评估应答；若激素无应答则及时启动英夫利西单抗等挽救治疗，并严密监测并发症、适时评估手术必要性。上述西药方案与中药解毒凉血、敛疡护膜的方药协同，共同构成挽救危重病情的综合救治方案。

3.2 IBD缓解期：扶、固、透以安内清源

此期紧扣正虚浊伏之核心病机，确立扶正固本为主、清透余毒为辅的治则，贯彻健脾温肾以壮其本、益气养阴以复其形、活血通络以畅其滞、清透伏毒以净其源的治疗策略，旨在恢复机体自稳能力。临证常以四神丸合四君子汤作为基础方加减。四神丸具有温肾暖脾、固肠止泻之功，专攻脾肾阳虚、火不暖土之证，针对IBD缓解期常见腹部冷痛、畏寒肢冷、五更泄泻等肾阳虚衰、关门不固之症。四君子汤为健脾益气之祖方，能恢复中焦运化，从源头杜绝膏浊再生。两方相合，形成先天与后天同补、温阳与益气并重的格局，共筑扶正之基。在扶正基础上，须佐以活血透毒之品，以清除“浊伏”隐患，常加丹参、三七活血化瘀、通络生

新；白花蛇舌草、半枝莲等药性相对平和的清热解毒之品，旨在清透残留之伏毒而不伤正气，此即补中寓通、扶正不留邪，清中兼透、祛邪不伤正的用药法度。

临证需针对此期不同证候特征灵活化裁。若气阴两虚证候突出，症见口干咽燥、舌红少苔、手足心热者，可加沙参、麦冬、石斛益气养阴；脾肾阳虚显著，症见畏寒肢冷、腰膝酸软、完谷不化者，可加重补骨脂用量，并加附子、肉桂增强温补命门之火之力；肝郁气滞，症见胁胀嗳气、情绪波动诱发者，可加柴胡、白芍、陈皮以疏肝理脾；湿浊残留，症见苔腻脘痞、大便黏滞者，可加藿香、苍术、薏苡仁以芳香化浊、健脾渗湿。此期治疗非朝夕之功，贵在持之以恒，通过缓缓图之，旨在实现正气充而御邪有力、伏毒清而复发无源的深层稳定。缓解期的系统干预是打破IBD复发循环、追求黏膜愈合与长期高质量缓解的必经之路与关键所在。

4 结语

本文基于“膏-浊-热毒”系统阐释IBD活动-缓解交替核心病机规律，揭示其迁延难愈、反复发作的根本，即膏浊内蕴为发病之基、蕴郁化热为传变之枢、热盛酿毒为爆发之巅、正虚浊伏为复发之根所构成的动态演变循环。基于此病机认识所确立的分期论治、动态截断干预策略，与IBD活动-缓解交替的疾病进程形成内在统一。活动期遵循“畅、清、解”序贯祛邪原则，初期畅调气机、健脾化浊以截邪于萌芽，中期清热化湿、分消走泄以阻病于进展，后期解毒敛疡、凉血宁络以救急于危重；缓解期则秉持“扶、固、透”安内清源法则，以健脾温肾、益气养阴扶其正，以活血通络、清透余毒澄其源。这一贯穿全程的畅、清、解、扶、固、透序贯干预体系，旨在打破活动-缓解-再活动之恶性循环，为实现IBD的黏膜愈合与获得长期高质量缓解提供整体性与动态性的中医辨治框架。

参考文献

- [1] Bruner L P, White A M, Proksell S. Inflammatory bowel disease[J]. Prim Care, 2023, 50(3): 411-427.
- [2] Yang H, Qian J. Epidemiological research, burden, and clinical advances of inflammatory bowel disease in China [J]. Chin Med J, 2024, 137(9): 1009-1011.
- [3] 苏晓兰, 国嵩, 张涛, 等. 炎症性肠病诊治现状及中医药治疗特色与优势[J]. 北京中医药, 2020, 39(3): 211-215.
- [4] 李军祥, 沈洪, 毛堂友, 等. 炎症性肠病中医药诊疗及机

- 制研究现状[J]. 中医杂志, 2026, 67(1): 103-110.
- [5]李玉莹, 杨鑫敏, 钟少琦, 等. 从“膏-浊-热毒”病机演变浅析高甘油三酯血症相关性急性胰腺炎重症化的机制[J]. 北京中医药大学学报, 2024, 47(5): 672-678.
- [6]邢韵淇, 李军祥, 张文基, 等. 基于肠道黏液屏障探讨“厚肠理论”的生物学内涵及其在溃疡性结肠炎诊治中的应用[J]. 中国医药导报, 2023, 20(5): 128-132.
- [7]赵进喜, 庞博. 中医学“浊”的涵义及其临床意义[J]. 中医杂志, 2009, 50(7): 581-584.
- [8]范逸品, 李建鹏, 张莹莹, 等. 王永炎从虚气留滞、毒损脑络论治血管性认知障碍经验[J]. 中医杂志, 2025, 66(23): 2411-2415.
- [9]于智敏. “毒”的本义和引申义考辨[J]. 中国中医基础医学杂志, 2005, 11(2): 101-102.
- [10]全小林, 刘文科. 论膏浊病[J]. 中医杂志, 2011, 52(10): 816-818.
- [11]Xie H, Yu S, Tang M, et al. Gut microbiota dysbiosis in inflammatory bowel disease: interaction with intestinal barriers and microbiota-targeted treatment options [J]. Front Cell Infect Microbiol, 2025, 15: 1608025. DOI: 10.3389/fcimb.2025.1608025.
- [12]王冬, 张晓岚. 内镜在炎症性肠病中的作用[J]. 临床荟萃, 2016, 31(8): 852-856.
- [13]Tang X, Huang Y, Zhu Y, et al. Immune dysregulation in ulcerative colitis: pathogenic mechanisms and therapeutic strategies of traditional Chinese medicine [J]. Front Cell Develop Biol, 2025, 13: 1610435. DOI: 10.3389/fcell.2025.1610435.
- [14]张惜燕, 邢玉瑞, 李翠娟, 等. 《黄帝内经》视角下中医毒性理论的内涵与应用[J]. 中医杂志, 2025, 66(15): 1517-1521.
- [15]Unger L W, Kaser A. Is IL-6 back in trans signaling for inflammatory bowel disease? [J]. Gastroenterology, 2021, 160(7): 2247-2249.
- [16]Velikova T V, Miteva L, Stanilov N, et al. Interleukin-6 compared to the other Th17/Treg related cytokines in inflammatory bowel disease and colorectal cancer [J]. World J Gastroenterol, 2020, 26(16): 1912-1925.
- [17]王伟, 王津迪, 宋连强, 等. 缓解期炎症性肠病患者的肠易激综合征样症状的研究进展[J]. 临床消化病杂志, 2024, 36(4): 292-296.
- [18]陈霞, 樊官伟, 蒲翔, 等. 基于中性粒细胞胞外诱捕网探讨白及修复溃疡性结肠炎大鼠肠黏膜屏障的作用及机制[J]. 中药新药与临床药理, 2024, 35(4): 453-460.
- [19]刘位杰, 梁敬钰, 孙建博, 等. 仙鹤草化学成分及药理作用研究进展[J]. 海峡药学, 2016, 28(2): 1-7.
- [20]Lichtenstein G R, Loftus E V, Afzali A, et al. ACG Clinical guideline: management of Crohn's disease in adults[J]. Am J Gastroenterol, 2025, 120(6): 1225-1264.
- [21]Rubin D T, Ananthakrishnan A N, Siegel C A, et al. ACG clinical guideline update: ulcerative colitis in adults [J]. Am J Gastroenterol, 2025, 120(6): 1187-1224.

Pathogenesis Evolution Characteristics and Intervention Strategies for Alternation Between Active and Remission Phases of Inflammatory Bowel Disease: Based on the Theory of "Grease-Turbidity-Heat Toxin"

ZHENG Ting^{1,2}, HUANG Kaiyue^{1,2}, LI Jiayan^{1,2}, WANG Fengyun¹, TANG Xyudong¹, LYU Lin¹

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

2. Graduate School, China Academy of Chinese Medical Sciences

ABSTRACT Based on the theoretical framework of "grease-turbidity-heat toxin", this paper elucidates the pathological evolution pattern underlying the alternation between active and remission phases of inflammatory bowel disease (IBD). It is proposed that the active phase of IBD represents a progressive and explosive process characterized by internal accumulation of grease turbidity, constraint transforming into heat, and exuberant heat generating toxin. During the remission phase, the pathogenic process manifests as subsidence of heat toxin, depletion of *qi* and *yin*, latent retention of residual turbidity, and a state of coexistence between deficiency of healthy *qi* and lingering pathogenic factors. Accordingly, a staged therapeutic strategy with dynamic intervention and targeted modulation has been established. During the active phase, treatment follows the sequential principle of unblocking, clearing, and resolving pathogenic factors. In the early stage, the therapeutic approach focuses on regulating *qi* movement, fortifying the spleen, and resolving turbidity, using *Tongxie Essential Formula* (痛泻要方) and *Shenling Baizhu Powder* (参苓白术散) to regulate *qi* and fortify spleen. In the middle stage, the strategy emphasizes clearing heat, eliminating dampness, and dispersing pathogenic accumulation through downward and outward pathways, and *Gegen Qinlian Decoction* (葛根芩连汤) combined with *Banxia Xiexin Decoction* (半夏泻心汤) is used to clear and resolve damp-heat. In the late stage, treatment aims to resolve toxin, restrain sore, cool blood, and stabilize collaterals, using *Baitouweng Decoction* (白头翁汤), *Shaoyao Decoction* (芍药汤), and *Xijiao Dihuang Decoction* (犀角地黄汤) to eliminate toxins and cool blood. During the remission phase, the principle of reinforcing, consolidating, and penetrating is adopted to restore internal balance and clear the source, using *Sishen Pills* (四神丸) and *Sijunzi Decoction* (四君子汤) to reinforce healthy *qi* and venting pathogens.

Keywords inflammatory bowel disease; grease turbidity; heat toxin; pathological evolution

(收稿日期: 2026-01-19; 录用日期: 2026-03-23; 修回日期: 2026-05-08)

[编辑: 邓媛]