

DOI: 10.13288/j.11-2166/r.2018.06.013

三七阿胶栓长疗程递减治疗溃疡性直肠炎 70 例临床观察

陆庆革^{*}, 曾莉¹, 闫昕², 白国民¹, 刘宇¹, 李小海¹, 张海磊¹

(1. 唐山市中医医院, 河北省唐山市康庄道 6 号, 063000; 2. 华北理工大学)

摘要 目的 观察三七阿胶栓长疗程递减治疗溃疡性直肠炎的临床疗效。方法 将 140 例溃疡性直肠炎患者随机分为治疗组和对照组各 70 例。治疗组给予三七阿胶栓长疗程递减直肠给药治疗, 对照组给予美沙拉秦栓直肠给药治疗, 两组均治疗 3 个月。于治疗前及治疗 1、2、3 个月时观察两组患者临床症状(腹泻与脓血便)评分, 于治疗前及治疗 45 天、90 天内镜下观察直肠黏膜情况、检测直肠黏膜中白细胞介素 6 (IL-6)、白细胞介素 23 (IL-23) 水平, 并评价临床疗效及安全性。结果 治疗组临床总有效率为 91.43% (64/70), 明显高于对照组的 84.29% (59/70) ($P < 0.05$)。两组治疗 1、2、3 个月腹泻与脓血便积分与治疗前比较均降低 ($P < 0.05$ 或 $P < 0.01$), 且随疗程延长降低更显著 ($P < 0.05$ 或 $P < 0.01$); 治疗 1、2、3 个月治疗组积分低于同期对照组 ($P < 0.05$)。两组治疗 45 天、90 天后较治疗前内镜下直肠黏膜情况积分、IL-6、IL-23 水平均降低 ($P < 0.05$ 或 $P < 0.01$), 且两组治疗 90 天较治疗 45 天改善更显著 ($P < 0.05$ 或 $P < 0.01$); 治疗 45 天、90 天治疗组较同期对照组直肠黏膜情况积分、IL-6、IL-23 水平均降低 ($P < 0.05$)。结论 三七阿胶栓长疗程递减治疗溃疡性直肠炎可显著改善患者临床症状及内镜下直肠黏膜情况, 同时可降低直肠黏膜中 IL-6、IL-23 水平, 且无明显不良反应。

关键词 溃疡性直肠炎; 三七阿胶栓; 长疗程递减; 直肠黏膜; 白细胞介素 6; 白细胞介素 23

溃疡性直肠炎是炎性肠病的一种类型, 表现为黏液血便、脓血便。国外研究发现, 约 75% 的初发溃疡性结肠炎患者为溃疡性直肠炎, 50% 的溃疡性直肠炎患者进展为左半结肠炎或全结肠炎^[1]。溃疡性直肠炎局部辨证是病在血分, 为湿蒸热壅、气血凝结所致, 故局部应以止血生肌、清热利湿为法, 我们采用三七阿胶栓长疗程递减治疗溃疡性直肠炎, 并观察其临床疗效, 现报道如下。

1 临床资料

1.1 诊断标准

西医诊断标准参照中华医学会消化病学分会炎症性肠病学组制定的《炎症性肠病诊断与治疗的共识意见(2012 年·广州)》^[2]拟定: 1) 有持续或反复发作腹泻, 黏液脓血便伴下腹痛; 2) 结肠镜检: 病变位于直肠, 表现为黏膜血管纹理模糊、紊乱, 充血水肿、易脆出血及脓性分泌物附着, 黏膜粗糙呈细颗粒状; 弥漫性多发糜烂或溃疡; 结肠

袋囊变浅、变钝或消失, 假息肉及桥形黏膜等。

中医诊断标准参照久痢诊疗方案^[3]拟定: 有持续或反复发作腹泻, 黏液脓血便伴腹痛、里急后重; 病程长, 多在 4 周及以上, 持续或反复发作; 常与饮食、情志、起居、寒温等因素相关。

1.2 纳入标准

符合上述诊断标准; 属轻、中度, 病变距肛缘 15 cm 以内, 通过结肠镜、乙状结肠镜和组织病理学检查确定为活动期; 大便培养细菌阴性; 临床研究前 1 周内停用任何可能影响溃疡性直肠炎疗效的药物; 签署知情同意书。

1.3 排除标准

其他感染性直肠炎; 肠结核、真菌性肠炎、抗菌药物相关性肠炎; 阿米巴原虫病及肠道血吸虫病; 肠道出现器质性病变或者合并显著并发症; 合并严重心、肝、肾功能衰竭, 心肌梗死, 脑卒中急性期等; 对磺胺类药物过敏; 妊娠、哺乳期妇女。

1.4 一般资料

收集 2016 年 1 月至 2017 年 1 月就诊于唐山市

基金项目: 河北省中医药管理局科研计划项目(2017130)

* 通讯作者: luqingge@126.com, 13703150011

中医医院肛肠科门诊的 140 例溃疡性直肠炎患者,按照随机数字表法分为治疗组和对照组各 70 例。治疗组中男 31 例,女 39 例;年龄 19~63 岁,平均 (37.62 ± 1.43) 岁;病程 0.2~13 年,平均 (5.72 ± 1.21) 年;病情严重程度^[3]:轻度 46 例,中度 24 例。对照组中男 33 例,女 37 例;年龄 18~62 岁,平均 (37.51 ± 1.46) 岁;病程 0.1~12 年,平均 (5.67 ± 1.17) 年;病情严重程度:轻度 48 例,中度 22 例。两组患者一般资料比较,差异无统计学意义 ($P > 0.05$),具有可比性。

2 方法

2.1 治疗方法

治疗组:给予唐山市中医医院院内制剂三七阿胶栓(具体药物:三七、阿胶、黄柏、地榆、紫草、罂粟壳、苦参、白及、白头翁、黄连、秦皮、延胡索,配伍比例为:3:3:10:10:10:6:6:6:10:10:10:10)。药物制备方法:取三七、阿胶碎成细粉,其余药加水煎煮两次,合并煎液,滤过,滤液浓缩至稠膏,与细粉混匀,烘干,搅拌均匀,注入栓模制成栓剂即得。冀药制字 Z20050846) 长程递减疗法治疗溃疡性直肠炎。治疗方法如下:第 1 个月,早晨便后 1 枚纳肛(直肠给药),晚睡前 2 枚纳肛;第 2 个月早晨便后、晚睡前各 1 枚纳肛;第 3 个月晚睡前 1 枚纳肛。

对照组:给予美沙拉秦栓(莎尔福,每枚 0.5 g,生产厂家:Dr. Falk Pharma GmbH,进口药品注册证号:JX20090091) 早晨便后、晚睡前各 1 枚纳肛,共治疗 3 个月。

两组患者治疗过程中未合并其他治疗方法,嘱患者纳肛应使栓剂到达直肠 5 cm 位置,以达更好疗效。整个治疗期间嘱患者调节饮食,多食清淡、易消化食物,加强高维生素、低脂、营养丰富的流质或半流质饮食摄入,忌辛辣刺激、海鲜、煎炸、牛奶及牛羊肉等食物。

2.2 观察指标与方法

2.2.1 临床症状评分 观察治疗前及治疗 1、2、3 个月腹泻、脓血便情况。参照久痢(溃疡性结肠炎)诊疗方案^[4]拟定:1) 腹泻:0 分为正常,无明显腹泻;3 分为轻度,腹泻每日少于 4 次;6 分为中度,腹泻每日 4~6 次;9 分为重度,腹泻每日大于 6 次。2) 脓血便:0 分为正常,无脓血便;3 分为轻度,少量脓血便;6 分为中度,脓血便为主;9 分为重度,全部脓血便或便鲜血。

2.2.2 内镜下直肠黏膜情况及评分 观察两组患者治疗前及治疗后 45 天、90 天直肠黏膜情况。参照久痢(溃疡性结肠炎)诊疗方案^[4]拟定,具体如下:0 级:0 分,正常直肠黏膜;Ⅰ级:1 分,直肠黏膜充血、水肿,血管模糊,轻度易脆;Ⅱ级:2 分,直肠黏膜质脆,有接触性出血;Ⅲ级:3 分,直肠黏膜粗糙,有自发性出血;Ⅳ级:4 分,直肠黏膜可见弥漫性、多发性糜烂或溃疡,表面覆盖脓血性分泌物。

2.2.3 直肠黏膜白细胞介素 6 (IL-6)、白细胞介素 23 (IL-23) 水平 采用免疫组织化学法检测^[4]。所有患者治疗前及治疗第 45、90 天行纤维电子结肠镜检查,在每位患者溃疡性直肠炎炎症明显处取 5 块直肠黏膜活检,进行检测。

2.2.4 安全性指标 一般体格检查;血、尿、便常规,肝、肾功能;观察患者有无恶心、腹胀、大便次数增多(>3 次/日)等临床症状。

2.3 疗效评价标准

参照《炎症性肠病诊断与治疗的共识意见(2012 年·广州)》^[5]拟定。正常:排便次数正常,未见便血,内镜下直肠黏膜正常;显效:比正常排便次数增加 1 或 2 次/日,出现便血的次数不到排便次数一半,内镜下直肠黏膜红斑、血管纹理减少、轻度易脆;有效:比正常排便次数增加 3 或 4 次/日,大部分时间内为便中混血,内镜下直肠黏膜明显红斑、血管纹理缺乏、易脆、糜烂;无效:比正常排便次数增加 5 次/日或以上,一直存在出血,内镜下直肠黏膜自发性出血,溃疡形成。

2.4 统计学方法

采用 SPSS 21.0 统计学软件进行分析,计量资料采用单因素方差分析,服从正态分布者两两比较采用 LSD 检验,不服从正态分布者两两比较采用 Mann-Whitney U 检验。治疗前后组内比较服从正态分布者采用配对样本 t 检验,不服从正态分布采用秩和检验;计数资料采用 χ^2 检验,所有的统计检验均采用双侧检验。 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

3 结果

3.1 两组患者治疗前后不同时间腹泻与脓血便积分比较

表 1 示,两组治疗 1、2、3 个月与治疗前比较均明显降低 ($P < 0.05$ 或 $P < 0.01$),两组治疗 2、3 个月与治疗 1 个月后比较均明显降低 ($P < 0.05$ 或 $P < 0.01$),两组治疗 3 个月与治疗 2 个月比较

均明显降低 ($P < 0.05$); 治疗 1、2、3 个月治疗组积分明显低于同期对照组 ($P < 0.05$)。

表 1 两组溃疡性直肠炎患者治疗前后不同时间腹泻与脓血便评分比较 (分, $\bar{x} \pm s$)

组别	时间	例数	腹泻	脓血便
治疗组	治疗前	70	5.78 ± 0.77	6.37 ± 1.22
	治疗 1 个月	70	4.11 ± 0.63 ^{*#}	5.42 ± 1.01 ^{*#}
	治疗 2 个月	70	3.21 ± 0.60 ^{**△#}	4.11 ± 0.89 ^{**△#}
	治疗 3 个月	70	1.99 ± 0.32 ^{**△△#}	2.72 ± 0.23 ^{**△△#}
对照组	治疗前	70	5.66 ± 0.71	6.41 ± 1.26
	治疗 1 个月	70	4.89 ± 0.71 [*]	5.83 ± 1.11 [*]
	治疗 2 个月	70	4.12 ± 0.65 ^{*△}	4.97 ± 1.02 ^{*△}
	治疗 3 个月	70	3.23 ± 0.46 ^{**△△}	3.58 ± 0.77 ^{**△△}

注: 与本组治疗前比较, $* P < 0.05$, $** P < 0.01$; 与本组治疗 1 个月比较, $\Delta P < 0.05$, $\Delta\Delta P < 0.01$; 与本组治疗 2 个月后比较, $\Delta\Delta P < 0.05$; 与对照组同期比较, $\# P < 0.05$

3.2 两组患者临床疗效比较

表 2 示, 治疗组总有效率为 91.43%, 对照组为 84.29%, 治疗组总有效率高于对照组 ($P < 0.05$)。

表 2 两组溃疡性直肠炎患者临床疗效比较 [例 (%)]

组别	例数	正常	显效	有效	无效	总有效
治疗组	70	21 (30.00)	34 (48.57)	9 (12.86)	6 (8.57)	64 (91.43)
对照组	70	14 (20.00)	27 (38.57)	18 (25.72)	11 (15.71)	59 (84.29)

3.3 两组患者治疗前后不同时间内镜下直肠黏膜情况积分及 IL-6、IL-23 水平比较

表 3 示, 两组治疗 45、90 天较治疗前内镜下直肠黏膜情况积分、IL-6、IL-23 均明显降低 ($P < 0.05$ 或 $P < 0.01$), 两组治疗 90 天较治疗 45 天内镜下直肠黏膜情况积分、IL-6、IL-23 均明显降低 ($P < 0.05$ 或 $P < 0.01$); 治疗 45、90 天治疗组同期较对照组直肠黏膜积分、IL-6、IL-23 均明显降低 ($P < 0.05$)。

3.4 安全性评价

治疗前后两组患者血、尿、便常规及肝、肾功能检查均未见异常。治疗过程中治疗组 5 例患者出

现恶心, 4 例患者出现腹胀症状, 7 例患者大便次数增多; 对照组 4 例患者出现恶心, 6 例患者出现腹胀症状, 8 例患者大便次数增多, 两组患者均未予以特殊处理自愈。两组患者不良反应比较差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。

4 讨论

溃疡性直肠炎的主要发病部位为黏膜及黏膜下层, 属于溃疡性结肠炎病变范围的蒙特利尔分型的 E1 型 (局限于直肠, 未达乙状结肠), 是一种非特异性炎症性肠病^[9]。溃疡性直肠炎主要表现为肠道的炎症和溃疡, 病变主要局限于大肠黏膜和黏膜下层, 近年来本病的发病率呈上升趋势^[9]。目前溃疡性直肠炎的发病机制尚未完全清楚, 临床上较难治愈, 故多反复发作或长期迁延呈慢性病程, 氨基水杨酸类药物直肠给药是治疗轻中度溃疡性直肠炎的一线方案^[7-8], 但成本高、价格贵, 需终身服药。

溃疡性直肠炎的给药途径包括口服给药和局部用药, 口服药物主要包括氨基水杨酸类药物、糖皮质激素及免疫抑制剂和微生态制剂等, 这些药物在溃疡性直肠炎不同时期均具有较好的临床疗效, 但是也存在一些缺点, 如副作用较大、价格昂贵以及易复发等特点^[9]。对于溃疡性直肠炎的治疗, 口服药物很难达到局部有效的药物浓度, 欧洲共识及多伦多共识^[10-11]更提倡直肠给予美沙拉秦栓治疗轻、中度远端溃疡性直肠炎患者。美沙拉秦栓因其疗效好、不良反应少而成为轻中度溃疡性直肠炎局部治疗的首选药物^[12]。因此本临床研究对照组采用美沙拉秦栓纳肛治疗溃疡性直肠炎。

溃疡性直肠炎属中医学“痢疾”“肠僻”“泄泻”等范畴。多由于先天禀赋不足, 脾胃虚弱, 或饮食不节, 或外感时疫邪毒, 或情志怫郁而诱发, 导致脾胃损伤, 湿热疫毒蕴结肠中, 阻滞脉络, 腑气雍塞, 血腐肉败而患诸症。《素问·太阴阳明论》指出: “饮食不节, 起居不时, 则阴受之,

表 3 两组溃疡性直肠炎患者治疗前后不同时间内镜下直肠黏膜情况积分及 IL-6、IL-23 水平比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	时间	例数	直肠黏膜情况积分 (分)	IL-6 (pg/ml)	IL-23 (pg/ml)
治疗组	治疗前	70	2.92 ± 0.77	942.13 ± 4.70	769.13 ± 2.24
	治疗 45 天	70	2.15 ± 0.63 [*]	819.24 ± 4.11 ^{*△}	655.47 ± 3.76 ^{*△}
	治疗 90 天	70	1.55 ± 0.37 ^{**△△}	720.24 ± 3.78 ^{**△△}	443.12 ± 3.11 ^{**△△}
对照组	治疗前	70	2.89 ± 0.73	937.56 ± 4.66	775.13 ± 2.66
	治疗 45 天	70	2.45 ± 0.67 [*]	846.61 ± 4.78 [*]	692.47 ± 3.17 [*]
	治疗 90 天	70	1.99 ± 0.33 ^{**△}	778.42 ± 3.11 ^{**△}	502.29 ± 3.22 ^{**△}

注: IL-6, 白细胞介素 6; IL-23, 白细胞介素 23; 与本组治疗前比较, $* P < 0.05$, $** P < 0.01$, 与本组治疗 45d 比较, $\Delta P < 0.05$, $\Delta\Delta P < 0.01$; 与对照组同期比较, $\Delta P < 0.05$

阴受之则入五脏，入五脏则腹满闭塞，下为飧泻，久为肠僻。”通过临床观察，我们认为溃疡性直肠炎局部辨证是病在血分，为湿蒸热壅、气血凝结所致，故局部治以止血生肌、清热利湿，因此研制了既具有中药保留灌肠的优点，又便于携带、便于使用的新型纯中药制剂——三七阿胶栓。方中三七具有止血养血、活血化瘀，止血而不留瘀，化瘀而不伤血，能改善血液浓、黏、聚、凝状态，有明显的镇痛抗炎作用^[13]；阿胶可止血养血，白及止血消肿、祛腐生肌，三药共为君药，以止血养血、生肌长肉，促进溃疡愈合。臣以白头翁、黄连、黄柏、秦皮、地榆、紫草、苦参，取张仲景《伤寒论》中白头翁汤加味以成，以清热利湿止泻。佐以罂粟壳涩肠止泻，延胡索为使药，行气止痛。全方共奏止血生肌、清热利湿之功。

本研究采用的长疗程递减疗法是对长疗程连续疗法的优化。长疗程递减疗法适用于治疗慢性疾病，在治疗慢性疾病初期，采用足量药物控制、稳定病情，待病情好转后减少药量或用药频率，可以获得更好的临床疗效。三七阿胶栓可以直达病所，直接作用于溃疡面，避免了消化液对药物的影响，药物通过直肠中下静脉丛吸收，减少肝脏的首过效应，提高生物利用度。结果显示，三七阿胶栓在改善患者脓血便、腹泻方面具有优势，治疗后不同时间段临床症状积分均低于同期对照组，且能改善患者内镜下直肠黏膜情况。随着治疗周期的延长，治疗组和对照组溃疡性直肠炎患者直肠黏膜 IL-6 和 IL-23 水平依次降低，提示 IL-6 和 IL-23 在溃疡性直肠炎的进展中起重要的作用，但需要进一步的研究。

参考文献

- [1] REGUEIRO MD. Diagnosis and treatment of ulcerative proctitis [J]. J Clin Gastroenterol, 2004, 38 (9): 733-740.
- [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(2012 年·广州) [J]. 胃肠病学, 2012, 17(12): 763-765.

- [3] 国家中医药管理局医政司. 22 个专业 95 个病种中医诊疗方案 [M]. 北京: 中国中医药出版社, 2011: 431-433.
- [4] 黄雪涛. 医学免疫学 [M]. 6 版. 北京: 人民卫生出版社, 2013: 193-197.
- [5] SATSANGI J, SILVERBERG MS, VERMEIRE S, et al. The montreal classification of inflammatory bowel disease: contro-versies, consensus, and implications [J]. Gut, 2006, 55 (6): 749-753.
- [6] 谭晓燕, 毛靖伟, 王英德. 回顾性分析溃疡性结肠炎 115 例 [J]. 世界华人消化杂志, 2014, 22(33): 5188-5192.
- [7] BRESSLER B, MARSHALL JK, BERNSTEIN CN, et al. Clinical practice guidelines for the medical management of nonhospitalized ulcerative colitis: the toronto consensus [J]. Gastroenterology, 2015, 148 (5): 1035-1058.
- [8] DIGNASS A, LINDSAY JO, STURM A, et al. Second European evidence-based consensus on the diagnosis and management of ulcerative colitis part 2: current management [J]. J Crohns Colitis, 2012, 6 (10): 991-1030.
- [9] 谢中华, 汪铁军, 郑元秀, 等. 舒血宁注射液联合常规疗法治疗活动期溃疡性结肠炎患者疗效观察 [J]. 中国中西医结合杂志, 2014, 34(10): 1164-1167.
- [10] BRESSLER B, MARSHALL JK, BERNSTEIN CN, et al. Clinical practice guidelines for the medical management of nonhospitalized ulcerative colitis: the toronto consensus [J]. Gastroenterology, 2015, 148 (5): 1035-1058.
- [11] DIGNASS A, LINDSAY JO, STURM A, et al. Second European evidence-based consensus on the diagnosis and management of ulcerative colitis part 2: current management [J]. J Crohns Colitis, 2012, 6 (10): 991-1030.
- [12] 杨坤, 唐志鹏. 溃疡性结肠炎栓剂治疗的研究进展 [J]. 世界华人消化杂志, 2014, 22(36): 5648-5652.
- [13] 国家药典编委会. 中华人民共和国药典: 一部 [S]. 北京: 中国医药科技出版社, 2015: 11.

Clinical Observation on Long-term Decremental Treatment with *Sanqi Ejiao Suppository* (三七阿胶栓) for 70 Cases of Ulcerative Proctitis

LU Qingge¹, ZENG Li¹, YAN Xin², BAI Guomin¹, LIU Yu¹, LI Xiaohai¹, ZHANG Hailei¹

(1. Tangshan Hospital of Chinese Medicine, Tangshan, 063000; 2. North China University of Science and Technology)

ABSTRACT Objective To observe the clinical effect of *Sanqi Ejiao Suppository* in the long-term decremental treatment of ulcerative proctitis. **Methods** One hundred and forty patients with ulcerative proctitis were randomly divided into treatment group and control group, with 70 cases in each group. Treatment group was given *Sanqi Ejiao Suppository* by rectal administration for a long-term decremental treatment. Control group was given Mesalazine Suppositories by rectal administration. Both groups were treated for 3 months. Clinical symptom (diarrhea and bloody

purulent stool) score was observed in two groups before treatment and after 1 month, 2 months and 3 months of treatment. Before treatment and after 45 days and 90 days of treatment, the rectal mucosa was observed under endoscopy, the levels of interleukin 6 (IL-6) and interleukin 23 (IL-23) in rectal mucosa were detected, and the clinical efficacy and safety were evaluated. **Results** The total clinical effective rate was 91.43% (64/70) in the treatment group, which was significantly higher than that in the control group (84.29%, 59/70) ($P < 0.05$). The scores of diarrhea and bloody purulent stool after 1 month, 2 months and 3 months of treatment were lower than those before treatment in both two groups ($P < 0.05$ or $P < 0.01$), and the reduction was more significant with the duration of the treatment ($P < 0.05$ or $P < 0.01$). The scores in the treatment group were lower than those in the control group after 1 month, 2 months and 3 months of treatment ($P < 0.05$). The scores of endoscopic rectal mucosa and the levels of IL-6 and IL-23 in the two groups after 45 days and 90 days of treatment were lower than those before treatment ($P < 0.05$ or $P < 0.01$), and it improved more significantly after 90 days of treatment compared with those after 45 days of treatment in both groups ($P < 0.05$ or $P < 0.01$). The score of rectal mucosa and the level of IL-6 and IL-23 in treatment group were all lower compared with control group after 45 days and 90 days of treatment ($P < 0.05$). **Conclusion** *Sanqi Ejiao Suppository* could significantly improve the clinical symptoms and endoscopic rectal mucosa, and decrease the levels of IL-6 and IL-23 in the rectal mucosa in the long-term decremental treatment of ulcerative proctitis. *Sanqi Ejiao Suppository* seems to have no significant adverse reactions in the long-term decremental treatment of ulcerative proctitis.

Keywords ulcerative proctitis; *Sanqi Ejiao Suppository*; long-term decremental treatment; rectal mucosa; interleukin 6; interleukin 23

(收稿日期: 2017-08-07; 修回日期: 2017-11-13)

编辑: 叶晨

(上接第 477 页)

Discussion and the Structure of the Theory of “Balancing Digestive Functions by Regulating ‘Pivot’”

WEI Wei^{1,2}, RONG Peijing³, CHEN Jiande⁴, GUO Yu^{1,2}, WANG Yu³, LIU Bing³, SU Xiaolan^{1,2}, YANG Jianqin^{1,2}, YANG Yang^{1,2}, CONG Yu^{1,2}, HAN Boyu^{1,2,5}, DUAN Yuting⁶, WEI Ruhan⁷, ZHU Jiajie^{1,2}, YIN Lu^{1,2,5}

(1. Wangjing Hospital, China Academy of Chinese Medical Sciences, Beijing, 100102; 2. Beijing Key Laboratory of Functional Gastrointestinal Disorders Diagnosis and Treatment of Traditional Chinese Medicine; 3. Institute of Acupuncture and Moxibustion, China Academy of Chinese Medical Sciences; 4. Department of Medicine, Johns Hopkins University, Baltimore, MD, USA; 5. Beijing University of Chinese Medicine; 6. Clinical Medical College of Acupuncture Moxibustion and Rehabilitation, Guangzhou University of Chinese Medicine; 7. Cleveland State University, Cleveland, USA)

ABSTRACT The theory of spleen and stomach is an important part of Chinese medicine. It has been developing continuously since the The Yellow Emperor's Inner Classic. With the rapid development of modern medicine, considering the clinical diagnosis and treatment characteristics of combination of disease identification and syndrome typing, according to the theory of spleen and stomach and the modern medicine theory, we have developed the “balancing digestive functions by regulating ‘pivot’” theory. This article will interpret its connotation and extension, and discuss about its structure and significance, so as to guide the clinic and meet the needs of the times. discuss the construction and the connotation of the theory of “balancing digestive functions by regulating ‘pivot’”. It'll explore a new model for the organic combination of traditional Chinese medicine theory and the modern medicine.

Keywords balancing digestive functions by regulating “pivot”; the theory of spleen and stomach; brain-gut-microbiota axis

(收稿日期: 2018-01-28; 修回日期: 2018-03-02)

编辑: 柴倩云