

# 从“脾虚湿盛”到“瘀毒蚀络”：溃疡性结肠炎全程治疗策略的动态管理路径

郑智礼<sup>1,2</sup>, 李洪峥<sup>1,2</sup>, 王少丽<sup>2</sup>, 姜天童<sup>2</sup>, 丁媛<sup>2</sup>, 路琼琼<sup>3</sup>, 刘震<sup>2\*</sup>

(1. 中国中医科学院 博士后科研流动站, 北京 1007002;

2. 中国中医科学院 广安门医院, 北京 100053;

3. 重庆市中医院, 重庆 400021)

**[摘要]** 溃疡性结肠炎(UC)作为一种发病原因尚不明确,相关因素复杂的慢性非特异性肠道炎性疾病,具有一旦形成便迁延不愈、易于癌变的特点,给患者个人及社会医疗带来巨大压力,有效的治疗策略及药物亟待挖掘。刘震教授结合多年临床提出“脾虚湿盛为基础,湿邪阻滞为纽带,瘀毒互结为关键,毒损肠络为最终结局”的UC动态病机链条。在治疗上,紧抓“虚(郁)-湿-毒-瘀(毒)”的层级递进,以“健脾祛湿”为核心,主张分期论治:易感期节饮食、畅情志、调作息,健脾益气以养为防;发作期及缓解期据临床分型及疾病程度辨证施治,灵活应用补虚、解郁、祛湿、清热、解毒、止血、化瘀之法截断病势;愈后期抓住潜在伏邪并顾护后天之本防疾病复发。以中医经典“治未病”思想为指导,构建“早期顾护-截断扭转-分层防护-培元抑复”覆盖疾病不同时期的全程管理路径,为UC的防治策略提供科学参考。

**[关键词]** 溃疡性结肠炎;脾虚湿盛;瘀毒蚀络;动态病机链条;全程管理

**[中图分类号]** R242;R574;R256.3 **[文献标识码]** A **[文章编号]** 1005-9903(2026)19-0147-07

**[doi]** 10.13422/j.cnki.syfjx.20260592

**[网络出版地址]** <https://link.cnki.net/urlid/11.3495.R.20251124.1125.002>

**[网络出版日期]** 2025-11-24 12:11:38



## From Spleen Deficiency with Dampness Excess to Stasis-toxin Damaging Collaterals: Dynamic Management Path in Whole-course Treatment Strategies for Ulcerative Colitis

ZHENG Zhili<sup>1,2</sup>, LI Hongzheng<sup>1,2</sup>, WANG Shaoli<sup>2</sup>, JIANG Tiantong<sup>2</sup>, DING Yuan<sup>2</sup>,  
LU Qiongqiong<sup>3</sup>, LIU Zhen<sup>2\*</sup>

(1. Postdoctoral Department, China Academy of Chinese Medical Sciences, Beijing 100700, China;

2. Guang'anmen Hospital, China Academy of Chinese Medical Sciences, Beijing 100053, China;

3. Chongqing Traditional Chinese Medicine Hospital, Chongqing 400021, China)

**[Abstract]** Ulcerative colitis (UC), a chronic nonspecific inflammatory bowel disease characterized by unclear etiology, complex contributing factors, and a refractory course with malignant transformation potential, imposes a substantial burden on both individual patients and healthcare systems. There is an urgent need to explore effective therapeutic strategies and pharmacological interventions. Professor LIU Zhen, based on years of clinical practice, proposed a dynamic pathogenesis chain of UC: Spleen deficiency with dampness excess as the foundation, dampness obstruction as the nexus, stasis-toxin interaction as the key, and stasis-toxin damaging intestinal collaterals as the terminal outcome. The treatment, following the progression of deficiency (depression)-dampness-toxin-stasis (toxin), should focus on invigorating the spleen and resolving dampness. A stage-specific treatment approach is emphasized. During the susceptible stage, prevention is recommended, which relies on regulating the diet, maintaining a positive mental state, and adjusting daily routines to invigorate the spleen and replenish Qi. During the acute attack and remission stages, the treatment should be tailored according to clinical typing and disease severity, flexibly employing

**[收稿日期]** 2025-07-09

**[基金项目]** 国家自然科学基金青年基金项目(82205085);中国中医科学院广安门医院院级课题(2024047. 2024-11-7)

**[第一作者]** 郑智礼, 博士, 主治医师, 从事中医药防治消化系统疾病研究, E-mail: drzhengzl33. 163. com

**[通信作者]** \* 刘震, 博士, 主任医师, 从事中医药防治肝胆脾胃病研究, E-mail: doctorliuzhen@126. com

therapeutic strategies such as tonifying deficiency, resolving depression, eliminating dampness, clearing heat, detoxifying, arresting bleeding, and resolving stasis in order to interrupt disease progression. In the recovery stage, latent pathogenic factors should be addressed while the postnatal constitutional foundation be preserved to prevent recurrence. According to the TCM principle of treating disease before its onset, a whole-course management path of early protection-interception-stratified care-consolidation has been developed, covering all stages of UC, to inform its clinical prevention and treatment.

**[Keywords]** ulcerative colitis; spleen deficiency with dampness excess; stasis-toxin damaging collaterals; dynamic pathogenesis cascade; whole-course management

溃疡性结肠炎(UC)属于炎症性肠病的一种,其临床特点是反复难愈的腹痛腹泻、黏液脓血便。一般认为其发生主要与环境、遗传、感染、免疫等因素相关<sup>[1]</sup>。UC在我国的发病率尚无完全统计,但随着经济发展、饮食习惯改变及社会心理因素的变化,其发病率和患病率呈逐年增加趋势。现代医学多采用皮质类固醇、氨基水杨酸类以及免疫抑制剂三大类药物控制炎症、缓解症状,但其副作用明显,且易反复。大量的临床应用证实,中医药在控制UC的发生、发展过程中作用显著。在对UC的病机认识上,古今诸医家各有观点,但多数认为其总由脾虚为本。笔者导师刘震教授传承首都名医姚乃礼教授的毒损肠络理论,在通过大量临床观察后提出,UC患者多由“脾虚湿盛”发展而来,其最终结局则为“瘀毒蚀络”<sup>[2]</sup>。

在具体诊疗中,刘震教授传承经典,立足临床实践,结合现代医学分型和分期,创造性的将UC分为“易感期”“活动期”“缓解期”“愈后期”4个临床分期。“易感期”指疾病未能明确诊断,但已出现了以“脾气虚弱”为主,兼夹“湿证”的一系列临床表现的阶段;“活动期”对应《中国溃疡性结肠炎诊治指南》<sup>[3]</sup>所定义的活动期,即已明确诊断为UC,其对应分型包括初发型和慢性复发型,疾病程度包括轻、中、重、急重度;“缓解期”对应指南<sup>[3]</sup>之缓解期,同样是明确诊断为UC,对应临床分型为慢性复发型,疾病程度包括轻、中度;“愈后期”则是指接受治疗后,临床症状已愈,未再次发病的时期。早期干预,做到未病先防是UC防治的理想状态,但现代人群受制于高速的生活及工作节奏,单一从未病先防入手较难落实,故而除未病阶段给予养生指导外,“既病防变”的实施是贯穿疾病发生发展全周期的重中之重。而作为国内外研究人员共同关注的防治UC的反复发作这一命题,“瘥后防复”则体现出了重要意义。故而刘震教授提出构建覆盖“未病”至疾病全周期的动态管理路径,为溃疡性结肠炎的防治策略提供科学参考。

## 1 溃疡性结肠炎的中医理论源流

溃疡性结肠炎属中医“肠澼”“肠痛”“久痢”“滞下”等范畴。早在战国至秦汉时期,便有了UC的相关记载。《黄帝内经》首载“肠澼”之名,明确指出:“饮食不节,起居不时者,阴受之……阴受之则入五脏……入五脏则膜满闭塞,下为脓泄,久为肠澼”<sup>[4]</sup>,揭示了外邪内伤致湿热蕴肠、气血壅滞的发病机制。张仲景在《伤寒杂病论》<sup>[5]</sup>中创制白头翁汤治“热利下重”,并提出“少阴病,下利便脓血者,桃花汤主之”,开创了清热凉血与温涩固脱两大治法。在《金匱要略》<sup>[6]</sup>提出“肠痛”名,辨病、脉、证,治以薤白附子败酱散或大黄牡丹汤,为

后世消痈排脓之法的应用提供了重要参考和依据。金元时期,朱丹溪在《丹溪心法·痢》<sup>[7]</sup>中提出“赤痢属血,白痢属气”的精辟论述,确立了调气和血的治则。至明代,张景岳在《景岳全书·痢疾》<sup>[8]</sup>中指出“凡里急后重者……此湿热之证”,同时强调“痢久必伤脾肾”,为温补固本理论奠定了基础。清代叶天士《临证指南医案》<sup>[9]</sup>提出“初病在气,久病在血”及“久病入络”的重要理论,并进一步阐释“其初在脾在气,其久在肾在血”的病机传变规律。

近现代医家在继承经典理论上不断创新:中国工程院院士董建华教授深化“瘀血”理论,强调“瘀血阻络”贯穿病程始终<sup>[10]</sup>;国医大师路志正教授强调“脾虚湿盛”,提出“持中央”十八字治则<sup>[11]</sup>;周仲瑛教授提出“内痈”学说,主张解毒消痈、祛腐生肌<sup>[12]</sup>;李佃贵教授创立“浊毒学说”<sup>[13]</sup>,徐经世教授重视“脾肾双补”<sup>[14]</sup>;首都名医姚乃礼教授提出“健脾通络解毒”之治法<sup>[15]</sup>。《中医药治疗溃疡性结肠炎国际临床实践指南(2023)》系统总结了大肠湿热证、热毒炽盛证等8种证型,并对典型症状予以治法方药推荐,体现了辨证体系的进一步完善。笔者导师刘震教授汲取前人之智,结合自身多年临床实践和当代人群体质特点,提出以“脾虚(肝郁)”为始、“湿-毒-瘀”互结为核心的动态病机新解,在四个临床分期基础上辨证论治,构建覆盖“未病”至疾病全周期的动态管理路径。

## 2 UC的动态病机链条

**2.1 脾失健运,湿浊下注,泄泻乃生** UC虽病变部位在肠,但其病起之源在脾胃,脾失健运,湿浊乃生继而下注。脾失健运的主因有二:其一,先天禀赋不足,脾脏本虚。脾胃为后天之本,若中州失守,则营卫失养而百病由生。在中医理论体系中,脾的功能为主运化、主升、主统血,其主运化之功一是运化水谷精微,二则是运化水液。脾失健运,一可影响食物消化和精微物质吸收及转输布散,出现食欲不振、腹胀、便溏以及倦怠、消瘦等精气血生化不足等症状,二可致津液输布障碍而见水湿痰饮等病理产物堆积,脾为生痰之源也恰源于此。其二,肝气郁结,克于脾土。生理状态下,肝主疏泄,调畅脾胃气机升降,助于脾之运化功能;脾主运化水谷精微,化生气血濡养于肝,也有利于肝的疏泄。病理状态下,肝失疏泄,横逆犯脾,脾运失健,继而出现一系列临床症状,如《知医必辨》所云<sup>[16]</sup>“肝气一动,即乘脾土,作痛作胀,甚则作泻”之谓。

UC的发病位置在肠道是因邪气的实际作用位置位于大肠,“大肠者,传导之官,变化出焉”<sup>[4]</sup>,其乃病理产物的集聚地,并非直接病因所在。作为脾-胃-小肠-大肠这一运化系统的上端,脾脏虚,而致运化失常,久则湿聚,湿性重浊,流注于

下而泄是其早期病机。该阶段临床表现多为间断腹泻,大便呈溏软或干稀不调状态,偶见少量黏液;常在情绪紧张、工作压力大或思虑过度后,出现短暂的腹痛、肠鸣、腹泻,泻后即舒;腹胀满,疼痛轻微或不痛,位置不定,时有时无,排气或暖气后可以缓解;善太息,两肋或乳房胀痛;食欲可,但食后易腹胀,或伴口淡口黏;易疲劳,四肢沉重;舌稍胖大,见轻微齿痕;舌质淡红;舌苔白腻,根部厚;脉细弦或弦缓。肠镜可见黏膜可表现为大致正常,或仅有轻度水肿,或伴息肉,无明显糜烂、溃疡。

**2.2 湿聚难祛,毒邪初成,症状加重** “毒”在传统医学中有着广泛的含义,《素问·五常政大论》<sup>[4]</sup>言“夫毒者,皆五行暴烈之气所为也”,揭开了中医“毒”论之端绪,《金匱要略心典·百合狐惑阴阳毒病脉证治》<sup>[17]</sup>有云“毒者,邪气蕴结不解之谓”,而叶天士总结“久病入络为毒”。考诸典籍,刘震教授认为“毒”实为动态演化的病机概念,湿,作为贯穿疾病始终的病理因素,其性黏滞,易兼夹他邪,久则成毒。本文此处所述之“毒”可理解为湿与多种内外因素相互作用下初步产生的具有危害性的病理产物。

《素问·六元正纪大论》<sup>[4]</sup>云“湿胜则濡泻”,《素问·太阴阳明论篇》<sup>[4]</sup>“伤于湿者,下先受之”,明确指出了湿邪容易侵袭的部位,湿为阴邪,得寒则凝,得热则沸,湿邪长期停滞即可与体质偏颇所产生的寒、热相搏结,又可夹“六淫”“七情”“有余”之邪气。纵观疾病谱之变迁,不难发现,除本文所强调之“湿”外,现代致病因素由“多饥”“多寒”“多形劳”向“食有余”“热有余”“多神劳”转变。具体而言,有饮食不节、过食肥甘厚味,以至于出现内热、中满,正所谓“肥者令人内热,甘者令人中满”<sup>[4]</sup>,此乃肥甘厚味酿生湿热;有情志不畅,七情过极,此便是在当今社会高速运转的压力下导致的“神劳”,正如《类证治裁·郁证》<sup>[18]</sup>“七情内起之郁,始而伤气,继必及血”的论述。湿与诸致病因素的早期搏结构成了UC发病的关键病机,此时之“毒”尚在初成阶段,其性尚未焦灼,其位才抵肠络。临床表现多为腹泻,每日2~4次,里急后重,便中偶有少量黏液或脓血;肠鸣,腹胀痛或绞痛,每因情绪紧张或食后加重,泻后痛稍减;食欲不振,口黏腻;精神疲倦,四肢乏力,少气懒言,面色萎黄或垢浊;喜叹息;舌体胖大,边有齿痕;舌质淡红或偏淡;舌质红,苔白腻或黄腻;脉脉滑数或濡数。肠镜见黏膜充血、水肿;血管纹理模糊;或见点状糜烂、散在浅溃疡;黏膜表面或有少量黏液或脓性分泌物,可见少量接触性出血。

**2.3 多因致瘀,瘀毒互结,损伤肠膜** 《素问·痹论》<sup>[4]</sup>言:“病久入深,荣卫之行涩,经络时疏,故不通”。结合中医典籍及多年临床经验,刘震教授提出消化系统的瘀滞来由可有“气虚致瘀”“湿滞致瘀”“久病致瘀”<sup>[19]</sup>。疾病发展至此,脾气虚的基础因素未变,但运化及统血之力均弱;湿邪滞涩脉中,血行不畅,再加之病程较长,多种因素作用下瘀血形成难以避免。瘀之浅者,可作为主要因素,与其他杂邪混合形成“毒”邪;而日久瘀之坚者,则又作为单独存在的致病因素,可与“毒邪”联合形成“瘀毒”。

刘震教授前期提出,消化系统疾病的演变规律为“由气

及血、由经及络”。而“经主气,络主血”<sup>[20]</sup>,此时邪气虽尚未达络,但已并非在经,而是进一步向“膜”侵蚀,即“瘀毒”生而肠膜已损。临床多表现为泻下脓血紫暗,或夹血块;腹痛固定不移,呈刺痛;腹部或可扪及包块;乏力、消瘦,或见头晕、心悸;舌质暗红,或有瘀点、瘀斑,舌下络脉青紫迂曲;脉弦涩或细涩。肠镜见黏膜充血、水肿,伴有黏膜晦暗、颜色不均;浅表溃疡加深、扩大,融合成片,形态不规则,边缘隆起、水肿;自发性出血明显,接触性出血极易发生;或可见炎性息肉(假息肉);或见溃疡表面覆盖浓厚脓苔,冲洗不易脱落。

**2.4 瘀毒久稽,蚀损肠络,反复发作** “肠络”概念首见于《临证指南医案》“食物不和,肠络空隙所渗”<sup>[9]</sup>。蚀损肠络有两个方面,一是久病必瘀,络脉损伤。《黄帝内经》云:“饮食自倍,肠胃乃伤”<sup>[4]</sup>,湿热、食积等邪蕴结肠腑,湿热久羁,则灼伤血络,从而发生“热毒下于肠胃”致“下赤汁如血”;或病久反复发作,耗伤正气(脾虚气弱),推动无力,血行迟滞,抑或加之情志不畅,肝气郁结,复增气滞血瘀,最终导致肠络瘀阻,血不循经,甚则脉络破损。二是瘀热(湿)互结,损伤肠腑,瘀血与肠中残留的湿热或余邪互结,瘀热(湿)搏结于肠络,进一步腐灼,导致溃疡、糜烂反复难愈,即《血证论》中所云“血腐其溃”。

“瘀”滞涩难清,助“毒”之侵蚀之力更强,两者互结,久久稽留,至此,疾病之病位已深,难以治愈,且易反复。临床多表现为腹泻滑脱不禁,或泻下清冷,完谷不化;腹痛隐隐,喜温喜按;形寒肢冷,腰膝酸软;倦怠乏力,纳差;面色㿔白或黧黑,精神萎靡;形体消瘦;舌质淡暗或紫暗,苔白腻或剥落;脉沉细无力或微细。肠镜见黏膜苍白、粗糙、萎缩,光泽度差(黏膜萎缩、慢性化);或见结肠袋形态消失,肠管缩短、僵硬,呈“铅管样”改变;炎性息肉大量增生,可形成黏膜桥;可见肠腔狭窄;可见愈合期溃疡与新生活动性溃疡并存,新旧交替;呈现活动性炎症(充血、溃疡)与慢性修复(息肉、狭窄、萎缩)同时存在的镜下特征。

### 3 UC的中西医协同动态防治策略

结合UC的发病特点,对其防治而言,除基础的论治外,尚要结合疾病分期进行综合判断。别于指南所提之活动期和缓解期的疾病分期和初发型、慢性复发型的简单划分<sup>[3,20]</sup>,刘震教授综合UC的临床类型、病情分期、严重程度,并结合“治未病”思想,将UC疾病分期划分为易感期、活动期、缓解期、愈后期。并以此为基础,与动态病机链条结合分析,中西结合,最终拟定协同动态防治策略。

**3.1 早期顾护,健脾除湿** 脾失健运,湿浊下注,泄泻乃生是UC动态病机链条的第一环。这一阶段疾病分期为易感期,可归属于UC病程中的“稳定窗口期”或“前期状态”。临床常见症状与情绪、饮食、劳累明确相关,且呈一过性或间断出现。无明显寒/热偏象,无肢冷、滑脱不禁等严重虚象,客观检查指标基本正常。有前瞻性研究通过饮食评分验证了饮食与UC的相关性及饮食干预对其预后的改善作用,结果显示我国溃疡性结肠炎患者的发病及其血清炎症水平与其“高脂模式”饮食呈正相关,而针对其需求改良的抗炎饮食干预可显著改善部分短期预后<sup>[21]</sup>;且规律的饮食节律也高度符



合近年来生物钟基因(Clock/Bmal1)调控消化酶分泌<sup>[22]</sup>、减轻炎症性肠病的相关研究<sup>[23]</sup>。现代研究表明消化性溃疡与情志密切相关,采用以潜呼吸<sup>[24]</sup>和情志导引<sup>[25]</sup>为主的综合心理行为干预方法,可有效调控脑肠轴抑制皮质醇异常分泌、改善焦虑情绪,并有效改善免疫因子的异常表达<sup>[26]</sup>。故而,此类人群当注意日常饮食起居,减少生冷及肥甘厚味的摄入,规律作息并注意条畅情志。临床上以健脾化湿为主要治则,针对症状予以小剂量轻剂型药物进行调节,提倡日常通过练习导引吐纳或中医保健功等,积极应对此类亚健康状态,做到未病先防。

**3.2 阻邪积聚,祛湿解毒 湿聚难祛,毒邪初起,症状加重**是UC动态病机链条的第二环。这一阶段疾病分期为活动期,疾病分型包括初发型和慢性复发型,疾病程度属轻、中度,可采用中西医协同治疗。现代医学中的初发型为本文提出的活动期的早期,通常为轻、中度发作<sup>[3,20]</sup>。在此期应注意不可单纯见泻止泻,须知脾失健运为其基础病机,故应在健脾祛湿基础上辨证施治。临床常见脾虚湿蕴证、肝郁脾虚证、湿热蕴肠证;对应中医治疗常用参苓白术散、痛泻要方、新加芍药汤<sup>[27]</sup>或清瀝愈疡方(刘震教授验方),随症加减进行治疗。而慢性复发型则常见脾肾阳虚证,常予四神丸合金匱肾气丸加减进行治疗,临床疗效显著。西医治疗采用指南推荐,美沙拉嗪2 g口服(每日1次),诱导缓解,可配合益生菌调节,但不推荐粪菌移植作为轻度活动性UC常规诱导治疗方案。

**3.3 急挫络损,治标顾本 多因致瘀,瘀毒互结,损伤肠膜**为UC动态病机链条的第3环,也是控制疾病发展的最关键阶段。这一阶段的疾病分期为活动期,对应临床分型包括初发型和慢性复发型,疾病程度则是包括中、重、急重度(爆发性)在内。其中,慢性复发型为UC在临床上最常见的分型,其特点为发作期和缓解期交替出现,其中发作期属于本文提出的活动期,包括中、重及急重度发作在内。该阶段在治疗上,多以西医治法救急,中医治法固本,根据疾病程度,攻补兼施,即祛邪治标之同时,辅以健脾扶正。

中度活动期患者治疗方案为中西医结合(口服或肠道局部给药)。寒热错杂证予乌梅丸合薏苡附子败酱散加减,湿热蕴肠证予新加芍药汤或清瀝愈疡方,同时可予结肠宁保留灌肠。西医治疗则采用美沙拉嗪2.4 g口服(每日1次),临床应答欠佳者,可优化剂量4 g口服(每日1次),提高疗效。若足量美沙拉嗪治疗无效,更换为口服糖皮质激素或升级生物制剂来诱导缓解。对于直肠型局部给药,首选美沙拉嗪。

重度活动期患者呈湿盛夹邪,毒邪炽盛之象,治疗方案为西医为主救急,中医为辅托底。对于住院患者初始治疗推荐足量静脉或口服糖皮质激素治疗,静脉糖皮质激素治疗可选择注射用甲泼尼龙琥珀酸钠40~600 mg·d<sup>-1</sup>,或琥珀酸氢化可的松30~400 mg·d<sup>-1</sup>。门诊患者按泼尼松0.75~1.0 mg·kg·d<sup>-1</sup>给药。糖皮质激素依赖或者无效时可加用硫嘌呤类药物,包括硫唑嘌呤和6-巯基嘌呤。同时,要注意完善全身检查,警惕中毒性巨结肠、肠穿孔、上皮内瘤变、癌变等并发症和不良结局。同时判断其中医证型,热毒炽盛者可

予白头翁汤加减或葛根芩连丸同时服用;有明显肝郁脾虚者可加用痛泻要方合四逆散加减;脾肾阳虚者可采用附子理中丸合四神丸。

急重度活动期特点为起病急、病势重、预后差,此时当以止血解毒为第一要务。刘震教授主张中西医结合,以西医救急,中医护航。激素仍是西医临床主要治疗手段,激素治疗3 d后应评估疗效。疗效欠佳时及时转换为英夫利昔单抗或环孢素抢救治疗。内科治疗效果欠佳或发生严重并发症时,可选择结肠切除术。任何符合重症标准的患者应入院接受强化药物治疗。需要注意完善全身检查,警惕中毒性巨结肠、下消化道大出血、肠穿孔等并发症。中医治疗以凉血止血之地榆炭、茜草炭等合清热解毒之藤梨根、白头翁等为主药,以僵蚕为引药入络之信使,同时注意“健脾利湿”药物的应用,虽急救其标,但不忘顾护根本,为釜底抽薪奠定基础。

**3.4 培元抑复,补虚泻实 瘀毒久稽,蚀损肠络,反复发作**为UC动态病机链条的最后一环。这一阶段疾病分期包括缓解期和愈后期。缓解期对应指南所定义UC的缓解期,对应临床分型为慢性复发型,疾病程度包括轻、中度。慢性复发型患者多有瘀毒互结之象存在。结肠镜检查可见正常血管形态消失,黏膜表面出现出血、糜烂,此时“瘀毒”开始透过肠黏膜,黏膜开始发生粗糙改变,呈颗粒状外观,且黏膜的脆性明显增加<sup>[28]</sup>。此时“瘀毒”的性质多为寒热、虚实、表里错杂。若实证为主,当“去菟陈莖”,大胆重用化瘀之品,先化去初成之“瘀”,使“瘀毒”的邪气团势力削弱,化繁为简,“瘀”若得化则“毒”更易清。可使用大剂量三七与大黄为药对,使化瘀止血与通腑泄毒结合,针对兼有热者以藤梨根、虎杖、金银花化瘀解毒,组方中不忘大剂量薏苡仁与败酱草,以健脾化湿、消痈排脓。若已见明显虚象,则当先补虚再泄实。同时,强调注意患者用药后反应,坚持中病即止原则,以防损伤正气。

本文所定义的愈后期指临床症状消失、内镜下黏膜愈合、疾病处于稳定状态的阶段。慢性复发型的缓解期以及本文论述的活动期的“缓发-复发”的临界状态,均可归属于此期。在这一时期,患者腹泻、腹痛症状基本消失,理化指标明显好转,是疾病病理阶段性“已瘥”。然而这一临界状态并不稳定,虚之本尚未补足,加之受多重诱发因素影响(包括饮食与营养、情绪、睡眠、肥胖、气候、烟酒刺激等),随时可能复发。故而提倡通过中医四诊、实验室指标、内镜识别、风险评估等,及时识别这一时期的状态,及时给予对应治疗。总结临床经验,该阶段多为标本兼虚,但仍有伏邪,核心病机为脾肾阳虚兼有湿热内蕴,当健脾补肾,清热祛湿,多用桃花汤合参苓白术散为底方,并随症加减;对于无明显症状的患者嘱其从饮食、情绪、睡眠、运动等四个方面进行调摄,做到“瘥后防复”。

**3.5 案例举隅** 患者王某,女,54岁,因“间断腹痛兼大便脓血1年,加重1月”于2025年2月23日初诊中国中医科学院广安门医院。患者1年前无明显诱因出现腹痛,大便不畅,排便量少,可见黏液或脓血,于当地医院肠镜检查提示:结肠多发息肉,部分黑变,直肠黏膜充血水肿,散在点片状糜烂及

黏膜内出血点,诊断为“结肠黑变病、溃疡性结肠炎”。经西药、中药及药物灌肠治疗疗效欠佳。近1个月上述症状加重,腹痛明显,肠鸣亢进,腹泻,大便3~4次/d,呈粥样样,兼夹黏液、血,里急后重,偶有反胃,遂前来就诊。

刻下症:腹胀痛,小腹及胃脘部畏寒,肠鸣腹泻,便中偶有血丝,自述急躁易怒,心烦喜叹息,偶有反酸,舌尖红,中有裂纹,苔白厚腻,脉弦细。

西医诊断:溃疡性结肠炎。

中医诊断:痢疾(肝郁脾虚、寒热错杂)。

治则:疏肝达郁,健脾止痢,温清并举,止血消痢。

处方:乌梅丸合薏苡附子败酱散、参苓白术散加减。

方药:乌梅20g,附子(先煎)、干姜各9g,黄连、细辛、川椒各6g,黄柏、桂枝、甘草、广藿香、柴胡各10g,党参段15g,醋莪术、败酱草各9g,茯苓、麸炒白术、麸炒薏苡仁各30g,炒白扁豆、麸炒芡实、地榆炭各15g,7剂水煎服。

二诊:连服7剂后诉腹痛已大减,食欲及情绪均有改善,大便2次/d,质仍稀溏但无黏液脓血,舌质略淡,裂纹未有明显改善,苔白仍厚,脉弦细。证候未变,效不更方,嘱再服14剂。

三诊:诉食欲及情绪均明显好转,偶有喉间异物感和腹胀,大便每日1次,便质仍软但已能成型,未见血丝及黏液,无腹痛,舌质淡红,苔白略腻,脉弦细。上方乌梅减半,去附子、地榆炭、醋莪术、败酱草加姜半夏9g、姜厚朴10g、紫苏梗10g,嘱其注意规律作息,条畅情志,饮食避免辛辣、生冷及肥甘厚味。以上方加减调治1个月后诉以上症状均已消,电话随访至今,未见复发。

按语:依据分期、分程度中西医协同路径,本例中医诊断为“痢疾(肝郁脾虚、寒热错杂证)”,处于中度活动期。患者以腹痛、大便脓血、里急后重为主症,结合肠鸣腹泻、便溏夹黏液血丝、腹胀痛、小腹及胃脘畏寒,此乃脾阳不足、寒湿内蕴之象;而急躁易怒、心烦喜叹息、脉弦细,显为肝气郁结、横逆乘脾;舌尖红、中有裂纹,反酸,则为郁热伤阴、热扰血络之征;苔白厚腻提示湿浊中阻。整体证候呈现肝郁脾虚为本,寒热错杂为标,湿热下注大肠,灼伤血络,成痢化脓。治以疏肝达郁、健脾止痢、温清并举、止血消痢。遂予方乌梅丸合薏苡附子败酱散、参苓白术散加减。该方以乌梅丸为底,调和肝脾、平调寒热;薏苡附子败酱散专治肠痢,附子温阳、薏苡仁利湿、败酱草解毒,共消内痢;参苓白术散健脾渗湿,恢复中焦运化。加柴胡、藿香增强疏肝化湿之力;莪术、地榆炭活血止血。诸药协同,使肝气得疏,脾土得健,寒热得调,血止痢消。二诊腹痛大减,食欲及情绪改善,大便减至2次/d,无黏液血丝,表明肝郁稍解,脾运渐复,热毒血瘀得清;但便质仍稀溏、苔白厚、舌裂纹未改善,提示脾虚湿浊未彻,阴伤未复;脉弦细示肝郁血虚之余象。效不更方,续予原方14剂,以巩固疗效。原方中乌梅、黄连、黄柏清热敛阴;附子、干姜温阳化湿;参、苓、薏健脾渗湿;地榆炭、败酱草继续清解余毒。守方意在循序渐进,彻底扭转病势。三诊食欲及情绪明显好转,大便成型、每日1次,无血丝黏液,无腹痛,显示肝脾调和,寒热得平;然偶见喉间异物感、腹胀,舌淡红、苔白略

腻,脉弦细,此乃肝气稍郁、痰气互结(梅核气样表现),湿浊未尽之象。调整后方以参苓白术散健脾化湿为主,辅以柴胡、藿香疏肝和胃,半夏、厚朴、苏梗化痰下气、解郁除胀。去附子、败酱等峻药,防伤正;加理气之品,助气机调达。此方侧重调理中焦,防复发。

本案例治疗成功,关键在于紧扣病机的动态变化,分阶段施治:初诊以乌梅丸合方攻邪扶正,迅缓解症;二诊守方巩固,稳定病势;三诊调整方药,转向调理。全程注重疏肝健脾、寒热平调,并随证加减,体现了中医“辨证论治”的精髓。后续调养强调情志、饮食管理,电话随访未复发,体现了从“活动期”到“愈后期”全程治疗策略的动态管理路径的临床具体应用,验证了其有效性。

#### 4 UC的全程管理路径

“病之始生浅,则易治;久而深入,则难治”,而《素问·四气调神大论》中有“圣人不治已病治未病”之论,为溃疡性结肠炎(UC)的全程管理提供了纲领性指导。刘震教授总以“未病先防-既病防变-瘥后防复”三阶防治体系,结合UC动态病机特点,构建“早期顾护-阻邪积聚-急断络损-培元抑复”的全程管理实践路径。

**4.1 未病先防:**重视顾护中焦,防湿之所生 《金匱要略·脏腑经络先后病脉证》<sup>[6]</sup>开宗明义:“若人能养慎,不令邪风干忤经络,病则无由入其腠理”。放之于UC的防治,所谓“养慎”当首重培土固本,健脾益气。然观今时之人,“内伤脾胃,百病由生”已成普遍之象。从病机演化维度剖析,预培中州,运四傍,是防治“脾虚-湿蕴-毒生”传变链条的关键。具体而言,当谨记“节情志、薄饮食、少思虑”的养生要诀:其一,“移情易性”,推荐导引、吐纳、穴位按压或其他有氧运动,助情志条畅;其二,建立“辰巳二时食,申酉二时息”的饮食作息节律,并注意营养均衡,不过食肥甘厚味;其三,通过书法、画画等凝神,通过社交分散心结,将“思虑”转为“行动”。

**4.2 既病防变:**辨证论治,截断肠络之损 在溃疡性结肠炎的动态病机演化中,核心矛盾可概括为“虚(郁)-湿-瘀-毒”的层级递进。在全程病机调控中,需建立三级防御体系:脾虚防湿——以“治中焦如衡”为原则,恢复脾运化水湿功能,阻断“虚-湿”进展;湿盛防毒——把握湿邪易兼夹他邪的特点,防止“湿→毒”转变;此动态防治体系体现了中医“既病防变”的核心思维,其关键在于预判病机传变趋势。如脾虚阶段需关注舌苔厚薄变化以预判湿浊生成;湿盛阶段当观察大便性状、里急后重程度、舌质舌苔的情况以判断热、寒倾向及可能出现瘀滞、毒成的基础;毒瘀阶段则应重视腹痛部位固定与否以及是否存在腹部包块、是否有肌肤甲错,并结合血清生化、肠镜及其他检查报告以评估入络情况和潜在风险。

**4.3 瘥后防复:**溯本澄源,回护脾土之基 在溃疡性结肠炎缓解期的调摄中,仍要立足于“脾虚为本”这一关键。此阶段病理表现呈“潜伏性传变”特征,虽表面症候趋缓,甚或已无明显症状,然脾虚失运的病理基础未必尽除。治疗上需建立“三位一体”的策略。①固本培元:以恢复脾主运化、统摄的双重功能为目标,重点调控中焦气机升降枢纽;②截断复发:监测湿、热、瘀的化生迹象,在质变临界点前干预,如通过观



察大便性状变化预判湿热复萌;③整体调适:重视“形神一体”观,将情志波动纳入病机演化评估体系。对此阶段的患者管理当遵循“扶正祛邪”的动态平衡原则:一方面警惕余邪伏留,防止瘀毒复起,另一方面通过健运脾阳重建水谷精微的正常输布,阻断“脾虚湿盛”的病理循环。

## 5 结语

UC作为临床常见病,有病因复杂、反复发作的特点,严重影响患者生活质量。刘震教授总结多年临证经验,将其病因归为“虚(郁)、湿、毒、瘀(毒)”,其病机则动态概括为脾虚湿盛-毒邪初成-瘀毒蚀络-久稽反复,并创造性的将UC分为“易感期”“活动期”“缓解期”“愈后期”4个临床分期。诊疗中秉持“治未病”思想,并强调全程管理。治以健脾为本,祛湿为要,根据疾病进程兼以清热、解毒、化瘀、温补等,将“治未病”理论灵活贯穿于UC的整个诊疗周期。除提倡平素易感湿邪或体质偏湿的人群注意日常饮食起居,减少生冷及肥甘厚味的摄入,规律作息并注意条畅情志,努力做到“未病先防”外;更强调已病患者当在疾病早、中期积极就诊,尽早干预,做到“既病防变”,免“瘀毒”之坚成,防“肠络”之蚀损;针对症状已愈患者健脾培元固本,落实“瘥后防复”,从而减轻患者自身及社会负担。UC病因病机复杂,本文仅对刘震教授多年经验进行总结归纳,存在一定局限,未来拟设计大样本临床试验、基础实验研究,进一步明确UC的发生发展规律,建立更规范化、标准化的全程管理的实践路径,为UC的精准及有效防治提供助力。

【利益冲突】 本文不存在任何利益冲突。

## 【参考文献】

- [1] VOELKER R. What is ulcerative colitis[J]. JAMA, 2024, 331(8):716.
- [2] 周铃,夏晨曦,刘慧敏,等. 姚乃礼教授从毒损肠络论治慢性溃疡性结肠炎[J]. 西部中医药, 2022, 35(12):92-95.  
ZHOU L, XIA C X, LIU H M, et al. Professor YAO Naili's treatment of chronic ulcerative colitis from the perspective of toxin-damaged intestinal collaterals[J]. West J Tradit Chin Med, 2022, 35(12):92-95.
- [3] 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[J]. 消化杂志, 2024, 44:73-79.  
Inflammatory Bowel Disease Group of Gastroenterology Branch of Chinese Medical Association, China Inflammatory Bowel Disease Diagnosis and Treatment Quality Control And Evaluation Center. Chinese guidelines for the diagnosis and treatment of ulcerative colitis[J]. J Dig, 2024, 44:73-79.
- [4] 佚名. 黄帝内经素问[M]. 田代华,整理. 北京:人民卫生出版社, 2005:4, 6, 10, 17, 38, 60, 93, 157, 188.  
Anonymous. Huangdi neijing suwen[M]. TIAN D H, coll. Beijing: People's Medical Publishing House, 2005: 4, 6, 10, 17, 38, 60, 93, 157, 188.
- [5] 张仲景. 伤寒论[M]. 钱超尘,郝万山,整理. 北京:人民卫生出版社, 2005:86.

- ZHANG Z J. Shanghanlun[M]. QIAN C C, HAO W S, coll. Beijing: People's Medical Publishing House, 2005:86.
- [6] 张仲景. 金匮要略[M]. 何任,何若平,整理. 北京:人民卫生出版社, 2015:3, 71.  
ZHANG Z J. Jingui Yaolue [M]. HE R, HE R P, coll. Beijing: People's Medical Publishing House, 2015:3, 71.
  - [7] 朱震亨. 丹溪心法[M]. 王英,竹剑平,江凌圳,整理. 北京:人民卫生出版社, 2015:54.  
ZHU Zhenheng. Danxi Xinfu [M]. WANG Y, ZHU J P, JIANG L Z, coll. Beijing: People's Medical Publishing House, 2015:54.
  - [8] 张介宾. 景岳全书[M]. 李继明,等,整理. 北京:人民卫生出版社, 2017:103.  
ZHANG J B. Jingyue Quanshu [M]. Li Jiming, et al, coll. Beijing: People's Medical Publishing House, 2017:103.
  - [9] 叶天士. 临证指南医案[M]. 北京:中国中医药出版社, 2015:325.  
YE T S. Linzheng Zhinan Yi'an [M]. Beijing: China Press of Traditional Chinese Medicine, 2015:325.
  - [10] 王长洪. 董建华教授学术思想举要[J]. 中医药学刊, 2001(4):292-294.  
WANG C H. A summary of professor DONG Jianhua's academic thoughts[J]. J Tradit Chin Med, 2001(4):292-294.
  - [11] 刘喜明,路洁,苏凤哲,等. 路志正教授调理脾胃治疗疑难病证的学术思想研究之三——路志正教授调理脾胃的理论核心“持中央,运四旁”[J]. 世界中西医结合杂志, 2010, 5(6):471-473, 475.  
LIU X M, LU J, SU F Z, et al. Research on professor LU Zhizheng's academic thought of regulating the spleen and stomach for treating difficult and complicated diseases part Ⅲ -The theoretical core of professor LU Zhizheng's regulation of the spleen and stomach: "Holding the center and operating the four extremities"[J]. World J Integr Tradit West Med, 2010, 5(6):471-473, 475.
  - [12] 徐有钰. 基于数据挖掘探讨周仲瑛教授辨治消化性溃疡的经验[D]. 南京:南京中医药大学, 2020.  
XU Y Y. Exploring professor ZHOU Zhongying's experience in diagnosis and treatment of peptic ulcer based on data mining [D]. Nanjing: Nanjing University of Chinese Medicine, 2020.
  - [13] 周金业,王小天,刘启泉,等. 李佃贵教授应用浊毒外治法治疗溃疡性结肠炎经验[J]. 世界中西医结合杂志, 2025, 20(1):99-102.  
ZHOU J Y, WANG X T, LIU Q Q, et al. Professor LI Diangui's experience in treating ulcerative colitis with turbid-toxin external treatment methods[J]. World J Integr Tradit West Med, 2025, 20(1):99-102.
  - [14] 徐经世. 国医大师徐经世医论医案撷菁[M]. 北京:人民卫生出版社, 2021.  
XU J S. Selected Medical Theories and Case Studies of Grand Master of Traditional Chinese Medicine XU Jingshi [J]. Beijing: People's Medical Publishing House, 2021.

- [15] 黄昊,刘绍能,姚乃礼.姚乃礼辨治溃疡性结肠炎之经验[J].江苏中医药,2023,55(4):26-28.  
HUANG H,LIU S N,YAO N L. Experience of YAO Naili in treating ulcerative colitis [J]. Jiangsu J Tradit Chin Med, 2023,55(4):26-28.
- [16] 李冠仙.知医必辨[M].南京:江苏科学技术出版社,1984:33.  
LI G X. Zhi Yi Bi Bian[M]. Nanjing: Jiangsu Science and Technology Press,1984:33.
- [17] 尤怡.金匱要略心典[M].北京:中国中医药出版社,2009:23.  
YOU Y. Jin Kui Yao Lue Xin Dian[M]. Beijing: China Press of Traditional Chinese Medicine,2009:23.
- [18] 林佩琴.类证治裁[M].上海中医药大学出版社,1997:175.  
LIN P Q. Leizheng Zhicai [M]. Shanghai: Shanghai University of Traditional Chinese Medicine Press,1997:175.
- [19] 陈丁铭,刘震,田志华,等.刘震基于“郁、痰、瘀”治疗胃食管反流病经验总结[J].中国中医基础医学杂志,2024,30(4):614-617.  
CHEN D M,LIU Z,TIAN Z H, et al. Experience summary of LIU zhen in treating gastroesophageal reflux disease based on "stagnation, phlegm and stasis" [J]. Chin J Basic Med Tradit Chin Med,2024,30(4):614-617.
- [20] 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.
- [21] 张宇佳.基于健康管理平台探究饮食和营养素对溃疡性结肠炎患者疗效及预后影响[D].北京:北京协和医学院,2024.  
ZHANG Y J. Research on the influence of diet and nutrients on the efficacy and prognosis of patients with ulcerative colitis based on a health management platform[D]. Beijing: Peking Union Medical College,2024.
- [22] 肖文琴,殷国建,王兴鹏,等.生物钟与消化系统疾病[J].胃肠病学和肝病杂志,2014,23(12):1492-1495.  
XIAO W Q,YIN G J,WANG X P, et al. The biological clock and digestive system diseases [J]. Chin J Gastroenterol Hepatol,2014,23(12):1492-1495.
- [23] 张仲超.昼夜节律紊乱介导 Bmal1 下调促进肠屏障功能障碍加重 DSS 诱导的结肠炎[D].武汉:华中科技大学,2024.  
ZHANG Z C. Circadian rhythm disorder-mediated Bmal1 down-regulation promotes intestinal barrier dysfunction and exacerbates DSS-induced colitis [D]. Wuhan: Huazhong University of Science and Technology,2024.
- [24] 杨力.周易与中医学[M].2版.北京:北京科学技术出版社,1995:301.  
YANG L. Zhouyi and traditional Chinese medicine[M]. 2<sup>nd</sup> ed. Beijing: Beijing Science and Technology Press,1995:301.
- [25] 王米渠.中医心理学[M].天津:天津科学技术出版社,1985:105-106.  
WANG M Q. Traditional Chinese medical psychology[M]. Tianjin: Tianjin Science and Technology Press,1985:105-106.
- [26] 王国富,石永刚,韩文龙,等.中国潜呼吸与情志导引术对晚期癌症的辅助疗效研究[J].中国行为医学科学,2001(4):23-25.  
WANG G F,SHI Y G,HAN W L, et al. A study on the adjuvant therapeutic effect of Chinese latent breathing and emotional guiding techniques on advanced cancer[J]. Chin J Behav Med Sci,2001(4):23-25.
- [27] 郑智礼,王少丽,李洪峥,等.基于 UPLC-MSMS 技术和网络药理学结合分子对接的加味芍药汤入血、入结肠成分分析验证及机制初探[J].中国实验方剂学杂志,2025,doi:10.13422/j.cnki.syfjx.20260297.  
ZHENG Z L,WANG S L,LI H Z, et al. Analysis, verification and preliminary mechanism exploration of blood and colon components in modified shaoyao decoction based on UPLC-MS/MS technology combined with network pharmacology and molecular docking [J]. Chin J Exp Tradit Med Form, 2025,doi:10.13422/j.cnki.syfjx.20260297.
- [28] 刘艳梅,李霁月,魏东丽,等.溃疡性结肠炎患者体质特点与中医证型、肠镜象、病理相关性研究[J].辽宁中医药大学学报,2026,28(2):159-164.  
LIU Y M,LI J Y,WEI D L, et al. Research on the physiological characteristics of patients with ulcerative colitis and their correlation with TCM syndromes, colonoscopy images and pathology[J]. J Liaoning Univ Tradit Chin Med, 2026,28(2):159-164.

[责任编辑 王鑫]