

引用:赵允阳,杨会举,李敏,等.基于“魄门亦为五脏使”探讨溃疡性结肠炎的中医治疗进展[J].陕西中医药大学学报, 2024,47(4):142-146.

基于“魄门亦为五脏使”探讨溃疡性结肠炎的 中医治疗进展*

赵允阳¹ 杨会举^{2**} 李敏² 张苗¹ 孙浩格¹

(1.河南中医药大学针灸推拿学院,河南 郑州 450000;2.河南中医药大学第三附属医院,河南 郑州 450008)

摘要:中医学认为溃疡性结肠炎是由于先天禀赋不足,五脏气血失调,湿热毒邪下注于大肠,其病位在大肠,但其发病与五脏关系十分密切,文章从肝心脾肺肾五脏探讨与溃疡性结肠炎的关系,从整体出发,辨证论治,以“魄门亦为五脏使”的中医学理论分析溃疡性结肠炎产生的病因病机,运用中医药方法治疗,治愈率高,副作用较小,患者接受性强,产生了较好的临床疗效。

关键词:溃疡性结肠炎;魄门亦为五脏使;心神主宰;肝气条达;脾气升提;肺气宣降;肾气固摄

中图分类号:R574.62

文献标识码:A

文章编号:2096-1340(2024)04-0142-05

DOI:10.13424/j.cnki.jsctcm.2024.04.028

溃疡性结肠炎(ulcerative colitis, UC)是一种由遗传背景和环境因素相互作用引起的慢性非特异性炎症性肠病^[1]。中医虽无“溃疡性结肠炎”之称,但根据其临床症状,可分为“痢疾”“腹泻”“肠澼”“便血”“久痢”等类别^[2]。目前国内医院治疗 UC 以西药为主,中药为辅。但近年来,中医药在治疗 UC 方面表现出独特的优势,具有灵活多样、毒副作用小、临床效果较好、易于被患者接受等优点^[3]。本文基于“魄门亦为五脏使”的中医理论,阐述中医药疗法在治疗溃疡性结肠炎的方法和优势所在。

1 “魄门亦为五脏使”的定义与解析

《素问·五藏别论》^[4]曰:“夫胃、大肠、小肠、三焦、膀胱,此五者,天气之所生也,其气象天,故泻而不藏。此受五脏浊气,名曰传化之府,此不能久留,输泻者也。魄门亦为五脏使,水谷不得久藏。”魄与粕,古可通借。糟粕从肛门排出,故称魄门。肛门的开合有赖于五脏气机的调节,而其启闭正常与否,又影响着脏腑气机的升降,故为五脏使。具体来说,魄门的启闭依赖于心神的主宰,肝气的条达,脾气的升提,肺气的宣降,肾气的固摄,才能不失其常度,而魄门的正常功能可以协调五脏六腑的

升降;临床上可根据辨证论治,从肺、胃、脾、肝、肾等脏腑来治疗便秘或腹泻,这些脏腑的病理变化有时可以通过肛门的启闭来控制,从而消除脏腑中的浊邪^[5]。

2 UC 中医诊断及分型标准

使用中华中医药学会脾胃病分会制定的《溃疡性结肠炎中医诊疗专家共识意见》(2017)作为诊断依据,溃疡性结肠炎分为大肠湿热证、热毒炽盛证、脾虚湿蕴证、寒热错杂证、肝郁脾虚证、脾肾阳虚证、阴血亏虚证七种证型^[6]。证候诊断:主症 2 项,次症 2 项,结合舌脉,即可诊断。由此证型可见,溃疡性结肠炎的发生于肝、脾、肾密切相关,但亦与心、肺有关,本文意在探讨与总结溃疡性结肠炎与五脏之间的关系及其中医药诊疗法。

3 溃疡性结肠炎与五脏的关系及诊治

3.1 从心论治 魄门亦为心之使,反应心对排便功能的影响。“心为一身之主,脏腑百骸皆听命于心”,心者,五脏六腑之大主也,其主神明及血脉,主宰形体官窍、五脏六腑的生理活动,魄门乃“肛门为大肠之候”,它的启闭必然听命于心。《医学入门·脏腑》^[7]云:“有神明之心……主宰万事万物,虚灵

* **基金项目:**河南省科技攻关项目(222102310417);河南省中医药拔尖人才项目(豫卫中医函[2021]15 号);河南省中医药科学研究专项课题项目(20-21ZY2076)

** **作者简介:**杨会举,副主任医师。E-mail:yanghuiju0815@163.com

不昧是也。”把精神意识思维活动归属于心神,便属于心神范畴,心主神明功能正常,魄门启闭安定有序,糟粕按时而下,大便正常;主不明,则十二官危,心主不明,肠失君命,糟粕非时而下,则体现为便秘或泄泻。心主血脉功能失常,魄门失于濡养,传导无力,糟粕不能按时而下,在大便体现为便秘。另一方面,魄门功能异常,气机逆乱,可影响到心^[8]。陆为民等^[9]通过“心与小肠相表里”的中医基本理论研究通过中医药疗法进行情志干预来治疗 UC,强调从养心神、调情志来调节小肠功能。龙丹等^[10]从“心胃相关理论”出发研究 UC 发病的病机,提出心用不调、心神不宁、肠失君命为 UC 发病的重要病机,提出用清心解郁、泄热利湿;宁心安神、健脾益气;养心荣络、活血通脉;温通心阳、兼顾脾肾等治法从心论治 UC,临床上取得较好疗效。

3.2 从肺论治 手太阴经属肺络大肠,手阳明经属大肠络肺,肺与大肠经络相通,形成表里关系。生理上,肺主宣发肃降,大肠主传化糟粕,肺气肃降,散气布津,以促进大肠传导与通降;大肠之气通降,则腑气通畅,糟粕下行,亦助肺肃降下降,正如《医经精义·脏腑之官》^[11]云:“大肠之所以能传导者,以其为肺之腑。肺气下达,故能传导。”若肺失通调,津液代谢失常,则大肠失于燥化,易出现泄痢不止等症状;反之,大肠功能失司,影响气机升降,或久病伤气,亦会影响肺之宣肃^[12]。因此,在临床中常能见到肺病及肠、肠病及肺,表里合病的症状,可从此处探究肺与 UC 的关系。杨雪等^[13]动物实验表明,通过随机分组建立西药组和中药组溃疡性结肠炎大鼠模型,通过研究大鼠肺与结肠中血管活性肠肽(VIP)含量,并在光学显微镜下观察肺组织及结肠组织病理形态学改变,评估 VIP 在溃疡性结肠炎中产生的作用,使用黄芪桔梗汤从肺论治和黄芪黄连汤从肠论治,有效降低了血中 VIP 的含量,从肺论治法和从肠论治法通过调节肺及结肠组织中 VIP 含量,在改善肺肠局部炎症、减轻病理损伤和促进损伤修复方面优势突出。孙慧怡等^[14]通过建立模型组和对照组,探究黄芪桔梗汤和黄芪黄连汤进行从肺论治和从肠论治的疗效。进行肺与结肠组织中 IL-4、S-IgA 的测定,研究结果显示,与西药组相比,中药组 IL-4 显著降低,但对 S-IgA 的分泌没有明显抑制作用,随着 IL-4 的恢复, S-IgA 降至正常水平。这提示中药治疗 UC 具有有效、快速的抗炎作用,与西药组相比具有明显优势。另一方面,病理

结果显示,使用黄芪桔梗汤从肺论治的方法在减少肺支气管炎浸润和支气管纤维组织增生方面明显优于西药组。而在结肠黏膜炎症的治疗中,从肺论治的方法有较好疗效,好于西药组。白鹏飞等^[15]采用荆芥连翘汤加减从肺论治 40 例溃疡性结肠炎患者,结果显示观察组 TNF- α 、IL-8、 β -EP 含量显著低于对照组,且有效率达 90.00%,与对照组的有效率 70.00%的相比明显升高。罗瑞娟等^[16]通过总结柳越冬教授使用经验方“优化溃结方”加减口服配合中药灌肠治疗,在长期的临床实践中,柳越冬教授根据“肺与大肠相表里”的理论,提出了中药内服结合灌肠、辨证施治辅以肠道菌移植来调节肠道的方法。可见,运用“肺肠联合治疗”的理论治疗 UC 的临床效果非常好。

3.3 从肝论治 不良情绪可对人体产生重大影响,正如《灵枢·口问》^[17]云:“夫百病之始生也,皆生于风雨寒暑,阴阳喜怒,饮食居处,大惊卒恐。”中医认为肝主情志,所以可以从肝与肠生理功能的联系和制约来探讨情志性 UC 的发病机制。一是从五行来看,肝属木,木气上达,主疏泄,调全身气机;大肠与肺皆属金,金性肃收降,木金相互制约,以防过度制约。大肠主降、传导糟粕,可为肝降泄浊气,以利于肝脏疏泄功能的正常发挥及全身气机的通畅调达,肝脏功能的正常发挥,亦可助肺去调节大肠的传导开阖功能,正所谓《医经精义·脏腑之官》^[11]云:“大肠之所以能传导者,以其为肺之腑,肺气下达故能传导。”然“致病之由实不责脾而责之于肝肺”。情志过极化火则伤肝,进而导致肝失疏泄,侮及肺金,且肺与大肠互为表里,“肝肺之毒熏蒸大肠,热灼血络而下便脓血,大肠传导失职,发为泄泻”。二是“大肠与小肠同属于胃”。脾胃居中焦,脾升胃降,肝主疏泄,协调脾胃气机的升降。两者共同维持人体内血、气、津液的生化和分布。“岁木太过,风气流行,脾土受邪”或脾气虚弱、肝木乘脾可致中焦经络不和,则“水谷滞留,濡泻中满之证现矣”。因此,情志郁结、肝气不畅、肝失疏泄,都会阻碍脾胃升降清降浊功能的正常发挥,从而导致水谷壅滞、肠腑瘀血。肝与肠功能的相互作用在肝-肠病程中起着重要作用,是情绪性肠病的重要病理生理基础,也是 UC 的重要发病机制^[18]。李娜等^[19]总结了刘启泉教授关于溃疡性结肠炎的论治经验,刘启泉教授认为肝郁脾虚为溃疡性结肠炎病机关键,并与湿、瘀、虚相互兼杂致病,治疗时以疏肝理气健脾

为法遣方用药,临床疗效甚佳。刘启泉教授提出肝郁脾虚是 UC 的主要病机。因此,在疏肝理气、健运脾胃的基础上进行辨证治疗,以痛泻要方与四君子汤加减合用,舒畅肝气,健运脾胃,治疗早期肝郁脾虚型的 UC 患者,临床疗效显著。刘教授还提出 UC 易复发,病程长,因此,在治疗中辨证论治、分期治疗、调肝健脾尤为重要,《金匱要略·脏腑经络先后病脉证》^[20]云:“见肝之病,知肝传脾,当先实脾。”治疗时应健脾而不壅滞气机,气血冲和,百病不生。在对患者进行临床诊疗时,还应重视心理疏导,让患者调整情绪,防治并举,减少复发,提高患者生活质量。黄胜伟等^[21]采用自拟疏肝汤治疗 38 例 UC 患者,自拟疏肝汤方的组成药物为柴胡、郁金、香附、白芍、马齿苋、川芎、防风、白术、薏苡仁、枳壳、葛根、甘草,诸药共奏疏肝理气,健脾和中之功。结果显示,观察组总有效率(94.74%)较对照组(78.95%)明显提高,复发率明显低于对照组。治疗 2 月后,经中医症状量化分级评分判定,观察组治疗有效率显著优于对照组,患者在腹痛、腹泻及脓血便等症状上的改善也优于对照组,观察组结肠镜下黏膜形态评分低于对照组,观察组粪钙卫蛋白指标低于对照组。结果显示自拟疏肝汤联合美沙拉嗪颗粒短期效果确切,相比单纯应用美沙拉嗪颗粒效果更优,值得临床推广应用。张少军等^[22]基于网络药理学分析从肝论治溃疡性结肠炎的药物,从中医 E 百数据库检索 UC 相关方剂,选择 UC 治疗的常用从“肝”论治代表药物常用药物:柴胡和白芍。采用网络药理学的方法,通过分析柴胡和白芍的药物成分,阐释了从“肝”论治 UC 的理论依据。李淑玲等^[23]运用香砂六君子汤联合痛泻要方加味治疗 46 例溃疡性结肠炎(肝郁脾虚证)患者,根据不同的治疗方式分为观察组和对照组,分别测定两组患者的中医证候积分、炎症因子及 SOD 水平测定的结果,结果显示,观察组患者的中医证候积分低于对照组,观察组患者临床治疗总有效率高于对照组,治疗后观察组 IL-6 水平低于对照组,观察组 IL-10、SOD 水平高于对照组。综上所述,对于肝郁脾虚的溃疡性结肠炎,使用香砂六君子汤联合通泻药方加味治疗不仅明显优于单独使用西药,而且能有效改善临床症状。

3.4 从脾论治 溃疡性结肠炎按临床症状可归属于中医的“泄泻”“痢疾”等。多由素体虚弱而导致脾虚不运,又因饮食不节,情志不畅,外感六淫等所

致,正如《杂病源流犀烛·泄泻源流》^[24]曰“湿盛则飧泄……是泄虽有风寒热虚之不同,末有不源于湿者也。”可见,外感湿邪,损伤脾胃,而脾喜燥恶湿,脾又为湿所困,致脾气升降失司,无法运化水谷最终形成泄泻。同时,《素问·太阴阳明论》^[25]曰:“饮食不节……下为飧泄,久为肠澼。”当饮食不节之时,则致飧泄……泄下日久,阴虚血亏,化生为痢。《景岳全书·痢疾》^[26]中所云:“今之凡患泻痢者,正以五内受伤,脂膏不固,故曰剥而下。”且“凡里急后重者……而在脾肾。”由此可知,中医将 UC 的发病责于脾胃虚弱。当脾胃虚弱,正气不足时,外邪易侵袭机体而发病。脾虚则水液失于运化而生湿,湿浊交阻,清浊不分,热灼伤络,混杂而下,则见黏液脓血便。故发病之本在脾虚,致病之标多属湿热,致使局部痼疡形成,这也使得该病虚中有实,虚实夹杂^[27]。罗志强^[28]使用补脾益肠汤方治疗 70 例溃疡性结肠炎患者,按随机数字法分组,70 例患者分为对照组和观察组,每组 35 例。对照组予常规西医治疗,观察组在对照组基础上加服补脾益肠汤,结果显示观察组患者的 IL-10、CRP、TNF- α 水平以及不良反应发生率明显低于对照组,治疗总有效率明显高于对照组,腹泻、腹痛以及脓血便消失时间明显比对照组短,使用补脾益肠汤辅助治疗溃疡性结肠炎患者,不仅可以改善患者临床症状,增强治疗效果,还可以降低患者血清炎症因子水平,同时还能在一定程度上降低不良反应的发生率,值得在临床中推广应用。潘慧等^[29]采用补脾益肾方对病程久且脾肾阳虚证的 42 名患者,观察补脾益肾方治疗溃疡性结肠炎的临床疗效及其对肠道菌群的影响,将 42 例诊断为脾肾阳虚证溃疡性结肠炎患者随机分为 2 组,治疗组给予补脾益肾方口服治疗;对照组给予美沙拉嗪肠溶片口服治疗。结果显示治疗组患者整体的临床疗效及腹痛腹胀、黏液脓血便、肛门坠胀等症状的改善均优于对照组,肠道菌群中大肠杆菌量较治疗前大幅降低,乳酸杆菌和双歧杆菌均较治疗前增多。综上所述,补脾益肾汤治疗溃疡性结肠炎疗效显著且有效,可有效改善溃疡性结肠炎患者的临床症状,同时还能够调节患者肠道菌群的动态平衡,具有一定的临床价值。周光明^[30]采用中医内治法和外治法结合治疗脾肾亏虚型溃疡性结肠炎,将 90 例脾肾亏虚型 UC 患者随机分为参照组和试验组,对试验组采取温针灸加补脾益肠丸治疗,结果显示,试验组总有效率 95.56%,远

高于单纯施加温针灸的参照组,且试验组的疾病症状缓解时间远低于参照组。陈淑君等^[31]通过对163例脾虚湿盛型UC患者进行研究,治疗组采取国家级名中医张东岳的经验方肠健平方(肠健平方组成:薏苡仁30g,党参30g,焦白术12g,茯苓15g,白扁豆15g,陈皮10g,乌药10g,砂仁6g,山药30g,桔梗10g,莲子15g,甘草6g)全方共奏补脾益气、和胃渗湿之功,共纳入全分析集(FAS)患者163例,符合方案集(PPS)患者137例。FAS治疗组总有效率为95.29%,对照组为82.05%;PPS治疗组总有效率为95.95%,对照组为79.37%,FAS、PPS治疗组治疗后西医症状评分、中医证候评分均明显低于对照组。2组治疗过程中均无不良事件发生。肠健平方可有效改善UC脾虚湿盛证患者西医症状及中医证候,疗效较好,无明显不良反应。喻融等^[32]将78例湿热蕴结型溃疡性结肠炎患者随机分为对照组和实验组,每组39例。对照组予以柳氮磺吡啶治疗,试验组予以中药健脾芍药汤治疗。结果试验组NF- κ B、CASP1、NLRP3 mRNA表达水平低对于对照组。试验组TNF- α 、IL-6水平低于对照组。试验组腹泻、黏液脓血便、腹痛改善时间短于对照组。试验组中医证候总分及不良反应发生率低于对照组。可见健脾芍药汤从脾胃治疗湿热蕴结型溃疡性结肠炎安全有效,可在短时间内有效改善肠道炎症和临床症状。

3.5 从肾论治 在中医学对溃疡性结肠炎的认识的基础上,从“肾主二便”的角度探析中医药对溃疡性结肠炎的诊治。以“肾主二便”理论中“温肾健脾”“利小便以实大便”的方法治疗溃疡性结肠炎,恢复人体整体平衡,从而起到治疗作用,为溃疡性结肠炎的诊疗及研究提供有效的参考价值。溃疡性结肠炎是建立在脾肾虚弱的基础上。本病病位在大肠,与肾脏的功能密不可分,与肾脏的正常功能密切相关^[33]。从发病部位分析,发病部位在大肠。从病机分析,根本是脾肾虚弱,所以治疗本病应以补肾健脾为主。王旭光等^[34]认为溃疡性结肠炎虚实寒热夹杂,病机复杂多变,强调注重调补脾肾,使脾气得升、胃气得降、肾气充盈,则气机通畅,水湿运化,湿热邪毒得以消散,其自制的补脾肾清肠毒方以薏苡附子败酱散、白头翁汤、四神丸、金铃子散四个中医经典方剂为基础,加减组合而成,处方合理,用药精准,考虑得当。对慢性溃疡性结肠炎的治疗有很好的疗效,在临床治疗中取得了满意

的效果。郝民琦等^[35]通过制备溃疡性结肠炎大鼠模型来探究理中汤合四神丸对脾肾阳虚型溃疡性结肠炎大鼠的JNK/Beclin 1/Bcl-2信号通路、相关蛋白及基因表达的影响,制备脾肾阳虚型UC大鼠模型。将大鼠随机分为模型组、柳氮磺吡啶组(SASP组)、肠胃宁组和理中汤联合四神丸低、中、高剂量组,每组16只,空白组16只。结果表明,以温补脾肾法为指导的理中汤联合四神丸可通过抑制JNK/Beclin 1/Bcl-2信号通路的激活,减少结肠组织过度自噬,进而修复脾肾阳虚UC大鼠的结肠黏膜。葛巍等^[36]探讨四神丸对脾肾阳虚型溃疡性结肠炎小鼠炎性树突状细胞的调节作用,结果显示四神丸可以通过降低CD11c⁺CD103⁺TNF- α ⁺、CD11c⁺CD103⁺INOS⁺细胞水平以重塑肠道促炎因子IL-1 β 、TNF- α 、IL-6、IL-12和抑炎因子IL-10、IFN- γ 的平衡,进而有效治疗脾肾阳虚型小鼠UC。席岚岚等^[37]通过对70例脾肾阳虚型UC患者随机分组,对照组患者予以美沙拉嗪缓释片口服,治疗组患者在对照组的基础上给予补阳止泻汤加减内服,连续治疗4w后,其治疗组总有效率为94.29%,远高于对照组82.86%的总有效率,治疗组患者疗效优于对照组,且治疗组患者中医证候积分、Mayo评分均低于对照组。治疗组患者血清IL-6、IL-8、TNF- α 水平均低于对照组。治疗组患者CD3⁺、CD4⁺、CD4⁺/CD8⁺水平均高于对照组,结果显示,在常规西医治疗的基础上,补阳止泻汤加减治疗脾肾阳虚型溃疡性结肠炎安全有效。通过调节机体过度的炎症反应和免疫功能,可以改善溃疡性结肠炎的症状,控制疾病的发展,降低促炎细胞因子的水平。整体临床效果优于单纯西医治疗方案。桂慧俐^[38]通过自拟愈溃汤联合温针灸治疗80例脾肾阳虚型溃疡性结肠炎,对照组患者口服美沙拉嗪肠溶片进行治疗,观察组予口服自拟愈溃汤联合温针灸治疗,结果显示,对照组临床综合疗效为97.5%,高于对照组的82.5%,由此可见,自拟愈溃汤联合温针灸治疗脾肾阳虚型UC在改善患者肠道症状疗效优,建议推广,可广泛应用于临床来改善患者生活质量。

4 小结与展望

中医学认为,溃疡性结肠炎病位在肠,但责之于五脏,溃疡性结肠炎的发病可以直接反映五脏六腑的健康状况,大便是否通畅可以直接反映脏腑功能是否正常。心主血脉运行,如果气血运行正常,大便可以通畅;脾升胃降,发挥气机升降枢纽的作

用。若脾胃中枢运转正常,则肠气通畅;肝主疏泄,帮助肠道运输;正常的肠道传导依赖于肺宣发肃降功能的正常发挥;肾主水,水液润肠,则大便正常排出。可见,排便功能有赖于五脏六腑的配合。治疗肠道疾病时,不能拘泥于某一脏腑^[39]。“魄门亦为五脏使”,充分体现了中医整体观对疾病诊治的理论指导。以五脏合一理念为理论指导,结合舌脉辨证论治,可达到事半功倍的效果。UC 是一种慢性非特异性炎症性疾病,临床治疗疗程较长,近年来,中医药在治疗 UC 方面取得了长足进步,也收获了较好疗效,但是还存在着一些问题。如从心论治溃疡性结肠炎方面还缺乏一定的动物实验研究和临床研究,缺乏系统的实验支持。

参考文献

- [1] 梁笑楠,尹凤荣,张晓岚.炎症性肠病诊断与治疗的共识意见(2018年,北京)溃疡性结肠炎部分解读[J].临床荟萃,2018,33(11):987-990.
- [2] 罗瑞娟,柳越冬,潘海鹰,等.基于“肺与大肠相表里”理论的溃疡性结肠炎中医研究进展[J].中华中医药学刊,2022,40(5):58-61.
- [3] 吴笑,夏俊东,方珂,等.溃疡性结肠炎中西医结合治疗临床研究进展[J].中西医结合研究,2021,13(2):118-121.
- [4] 张志聪.黄帝内经素问集注[M].王宏利,吕凌,校注;吴少祯,主编.北京:中国医药科技出版社,2014.
- [5] 冯文林,伍海涛.从“魄门亦为五脏使”探讨肠易激综合征的发病[J].中国中医基础医学杂志,2016,22(10):1314-1316.
- [6] 张声生,沈洪,郑凯,叶柏.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.
- [7] 李挺.医学入门[M].南昌:江西科学技术出版社,1988.
- [8] 刘丽瑜,涂晓文,徐慧.基于“魄门亦为五脏使”探讨大便异常与心系疾病的关系[J].江西中医药大学学报,2020,32(3):21-23.
- [9] 赵菁,许波,赵俊,等.陆为民从“心与小肠相表里”论治炎症性肠病[J].中国中西医结合消化杂志,2021,29(6):440-444.
- [10] 龙丹,朱莹.“心胃相关”理论在溃疡性结肠炎中的应用探析[J].中国中西医结合消化杂志,2022,30(6):443-447.
- [11] 唐容川.唐容川中西汇通医学文集 医经精义·医易通说·医学见能·本草问答[M].张立光,点校.北京:学苑出版社,2012.
- [12] 胡越,叶柏.从肺论治溃疡性结肠炎的中西医机制研究进展[J].实用中医内科杂志,2020,34(1):1-4.
- [13] 杨雪,王新月,景姝,等.从肺论治法和从肠论治法对溃疡性结肠炎大鼠肺与结肠血管活性肠肽含量的影响[J].中国中西医结合杂志,2015,35(2):222-227.
- [14] 孙慧怡,刘大铭,张雯,等.从肺论治、从肠论治法对溃疡性结肠炎大鼠肺与结肠组织白细胞介素4、分泌型免疫球蛋白A表达的影响[J].环球中医药,2019,12(11):1619-1624.
- [15] 白鹏飞,张艳君,李敏.荆芥连翘汤加减从肺论治溃疡性结肠炎疗效及对患者肠黏膜屏障功能、免疫调节、氧化应激指标的影响[J].陕西中医,2020,41(7):897-900.
- [16] 罗瑞娟,柳越冬,陶弘武,等.柳越冬教授“肺肠合治”论治溃疡性结肠炎[J/OL].辽宁中医杂志;1-10[2022-05-15].http://kns.cnki.net/kcms/detail/21.1128.R.20220228.1423.018.html.
- [17] 邢汝雯.黄帝内经 灵枢篇[M].武汉:华中科技大学出版社,2017.
- [18] 李晶,白光.“肝主情志”与溃疡性结肠炎之关系探析[J].中国中西医结合消化杂志,2021,29(10):753-756.
- [19] 李娜,郝旭蕊,李维康,等.刘启泉从肝脾论治溃疡性结肠炎经验浅析[J].中华中医药杂志,2020,35(2):735-737.
- [20] 张仲景.金匮要略[M].北京:中医古籍出版社,2018.
- [21] 黄胜伟,辛学知,马学芹,等.从肝论治溃疡性结肠炎38例的疗效观察[J].中医临床研究,2021,13(21):59-61.
- [22] 张少军,陈斐,高洪梯,等.基于网络药理学挖掘从“肝”论治溃疡性结肠炎的机制研究[J].中国中医急症,2020,29(2):226-229.
- [23] 李淑玲,董恒,张莉.香砂六君子汤联合痛泻要方加味治疗溃疡性结肠炎肝郁脾虚证临床研究[J].名医,2021(14):32-33.
- [24] 田思胜.杂病源流犀烛[M].北京:人民卫生出版社,2006.
- [25] 张永泰.黄帝内经素问[M].北京:中国中医药出版社,2019.
- [26] 张介宾.景岳全书[M].北京:中国中医药出版社,1994.
- [27] 叶雪珂,单国顺,付郁,等.溃疡性结肠炎发病机制及中西医治疗的研究进展[J/OL].学位;1-7[2022-05-15].http://kns.cnki.net/kcms/detail/21.1546.R.20220217.1013.002.html.
- [28] 罗志强.补脾益肠汤治疗溃疡性结肠炎临床观察[J].光明中医,2022,37(8):1358-1361.
- [29] 潘慧,姚宏健,常为伟,等.补脾益肾方治疗溃疡性结肠炎临床观察[J].光明中医,2021,36(6):917-919.
- [30] 周光明.温针灸联合补脾益肠丸治疗脾肾亏虚型慢性溃疡性结肠炎临床观察[J].中国中医药现代远程教育,2022,20(3):121-123.
- [31] 陈淑君,潘慧,常为伟,等.肠健平方治疗溃疡性结肠炎脾虚湿盛[J].中国中医药信息杂志,2022,29(4):121-125.
- [32] 喻融,姚国军.健脾芍药汤治疗湿热蕴结型溃疡性结肠炎的临床疗效[J].临床合理用药杂志,2021,14(36):21-24.
- [33] 卢鑫,杨星星,吕哲,等.基于“肾主二便”理论探析中医治疗溃疡性结肠炎[J].大众科技,2021,23(7):61-63.
- [34] 王旭光,程吉东,杨大男,等.补脾肾清肠毒方治疗慢性溃疡性结肠炎机制探讨[J].中医药临床杂志,2022,34(1):22-25.
- [35] 郝民琦,罗蓉,王瑞琼,等.理中汤合四神丸对脾肾阳虚型溃疡性结肠炎大鼠 JNK/Beclin 1/Bcl-2 信号通路相关蛋白及基因表达的影响[J].中国中医药信息杂志,2022,29(1):65-72.
- [36] 葛巍,刘素萍,赵海梅,等.四神丸对脾肾阳虚型溃疡性结肠炎小鼠炎性树突状细胞的调节作用[J/OL].中华中医药学刊;1-14[2022-05-16].http://kns.cnki.net/kcms/detail/21.1546.R.20211231.1449.026.html.
- [37] 席岚岚,宋太平,史孟华,等.补阳止泻汤加减治疗脾肾阳虚型溃疡性结肠炎的研究[J].中医药导报,2021,27(7):86-89,92.
- [38] 桂慧丽.自拟愈溃汤联合温针灸治疗脾肾阳虚型溃疡性结肠炎临床观察[J].光明中医,2021,36(19):3269-3271.
- [39] 韩焱,孙林梅,刘秦浪,等.从“魄门亦为五脏使”论治功能性便秘[J].河北中医,2021,43(10):1724-1727.

(修回日期:2022-09-29 编辑:蒲瑞生)