“塞流、澄源、复旧”三法在溃疡性结肠炎脓血便治疗中的应用*

黄乐娟，朱磊

南京中医药大学附属医院消化科，江苏 南京 210029

摘要：湿热为溃疡性结肠炎（ulcerative colitis，UC）发作的主要病理因素，贯穿疾病全程，临床常选用清热利湿法治疗 UC，但在重度 UC 消化道出血量多的情况下，单纯清利肠道湿热效果常不满意。UC 不同时期疾病特点各有侧重，且出血是一个动态的过程，故应在清热利湿的基础上参合他法辨证施治。治崩三法塞流、澄源、复旧密切相关。UC 活动期，湿热停滞肠道，郁久化热，成毒成瘀，损伤肠络，脓血便下利不止，势急，当以止血为要，防止阴竭阳脱，首当塞流；然一味止血恐有闭门留寇之弊，塞流当辅以澄源，病势稍缓则谨守病机，分清虚实，实者泻之，清热利湿以祛之，活血化瘀以散之，总以祛除邪气达止血之功；脓血便止后，阴阳失衡，气血亏虚明显，当以复旧为要，着重补益脾肾两脏。

关键词：溃疡性结肠炎；脓血便；塞流；澄源；复旧

DOI：10.16368/j.issn.1674－8999.2026.05.145

中图分类号：R256.39　　**文献标志码**：A　　**文章编号**：1674－8999（2026）05－0985－05

Application of Three Methods of "Se Liu，Cheng Yuan and Fu Jiu" in Treatment of Purulent and Bloody Stool in Ulcerative Colitis

HUANG Lejuan，ZHU Lei

Department of Gastroenterology，Affiliated Hospital to Nanjing University of Chinese Medicine，Nanjing Jiangsu China 210029

Abstract：Damp－Heat is the main pathological factor in the onset of ulcerative colitis（UC）and runs through the entire course of the disease. Clearing heat and removing dampness is often chosen for treatment，but in cases of severe UC with heavy gastrointestinal bleeding，simply clearing the damp－heat in the intestines is often unsatisfactory. UC has different disease characteristics at different stages，and bleeding is a dynamic process，so treatment should combine other methods based on syndrome differentiation based on clearing Heat and removing Dampness. The three methods of treating collapse，namely Se Liu，Cheng Yuan，and Fu Jiu，are closely related. In the active phase of UC，Damp－Heat stagnates in the intestines，prolonged stagnation transforms into toxic Heat and stasis，damaging the intestinal network，causing persistent purulent and bloody diarrhea. The priority is hemostasis to prevent depletion of Yin and loss of Yang，which should be addressed first by Se Liu；however，simple hemostasis risks leaving the underlying problem untouched，so Se Liu should be supplemented with Cheng Yuan. When the disease condition slightly eases，careful attention is paid to the disease mechanism，distinguishing between deficiency and excess syndrome；for excess，it is treated by purging，clearing Heat and removing Dampness to eliminate it，and activating blood and resolving stasis to disperse it，ultimately to remove pathogenic factors and achieve hemostasis. After the cessation of purulent and bloody stool，Yin－Yang imbalance and significant deficiency of Qi and blood occur，and the focus should be on Fu Jiu，emphasizing the tonifying of the Spleen and Kidney.

Key words：Damp－Heat in ulcerative colitis；purulent and bloody stool；Se Liu；Cheng Yuan；Fu Jiu

溃疡性结肠炎（ulcerative colitis，UC）是以腹痛、腹泻、里急后重及黏液脓血便为主要表现的慢性非特异性炎症疾病[1]。脓血便是 UC 常见症状之一，为 UC 活动期的重要表现。《伤寒论通释》[2]云：“肠道气机失调，气滞血瘀，瘀血与肠道中秽浊之气

* **基金项目**：江苏省中医药科技发展计划项目（ZT202103，2022WTZX04）

相搏，血败肉腐而化脓。”UC 的肠道出血与一般下消化道出血不同，常夹杂黏液脓性物质，附在粪便表面或夹杂粪便而出。在不同时期，脓血便具体表现有所差异，病机有寒热虚实之分，患者可表现为下利黏液便、血便以及脓血便等，根据其病势、血量、伴随症状的不同，治疗方案也当随之变化。如轻者便次少、无便血或少量便血；重者便次多，脓血便明显甚或大量便血。

方约之在《丹溪心法附余》[3]中提出：“初用止血以塞其流，中用清热凉血以澄其源，末用补血以复其旧。”后世发展为治崩三法，主要运用于治疗妇科崩漏[4]。唐容川言：“便血与妇人崩漏无异，若医者知晓其理，参用治崩之法，则病可调治。”唐容川认为，便血病位在肠道，主张直达病位先治标，后明病因清源治本。UC 病机为本虚标实，笔者结合临床，认为塞流、澄源、复旧三法可应用于 UC 脓血便治疗，具体概述如下。

1　塞流——截留收敛，止血防脱

塞流为治标之法，即急则治其标。常应用于临床危急情况，如支气管扩张咯血急性期[5]、持续性鼻出血[6]、肾病综合征尿蛋白大量丢失[7]等气血、精微物质在短时间内大量流失的情况。重度 UC 或 UC 急性发作时，患者便血次数增多，下利脓血便，甚至全为鲜血，血红蛋白、红细胞计数严重低于正常值，气血大虚，伴头晕乏力，面色㿠白。《景岳全书》[8]云：“血衰则形萎，血败则形坏……倘至血脱，则形何以立，气何所归，亡阴亡阳，其危一也。”阴不系阳，气随血耗，血随气脱，病势危急，若不及时救治，恐有内闭外脱之虞，故急当塞流。临证选用甘药补脾胃，益升发之气，同时遵循《医学心悟·医门八法》[9]中“有形之血不能速生，无形之气所当急固”之原则，选用大剂量人参益气摄血，防止厥脱。

肠络血液混脓而下，有滑脱之险，补益气血之时当辅以收敛固涩之药，如张景岳运用四维散治疗血脱不禁，阳气大虚脱陷，以大补元气之人参配伍酸收之乌梅回阳固脱。《素问·阴阳别论》[10]云：“阴阳虚，肠澼死。”提示 UC 脓血下利不止，预后不良，急当配伍乌梅、山药、诃子、石榴皮、赤石脂等药涩肠止泻止血，恐其滑脱生变[11]。乌梅为酸涩之品，收敛大肠之气而止泻。张锡纯治疗痢下脓血便日久，用生山药为主药，不仅滋脏腑之阴，又急以固涩下焦之气[12]。塞流之期，益气摄血、收敛涩肠以止血，止血后循本论治，如张仲景论治脓血便，用桃花汤治疗“下利不止，便脓血者”。方后“若一服愈，余勿服”，点明中病即止[13]。故塞流为救急之用，血止之后当审察病机，以免闭门留寇，敛邪于内，加重病情。

UC 急症患者短时间内大量便血，伴随心率加快、血压下降和血红蛋白降低，出现严重贫血等情况，可危及生命。此时不可拘泥纯中医治疗，临床可适当输血、输液，以挽救危急为先。重度 UC 大量出血的同时，需虑及中毒性巨结肠的发生，可能造成结肠扩张，诱发穿孔等并发症，若具备手术指征则应及时手术治疗。

2　澄源——辨证审因，补泻兼施

澄源为治本之法，即针对病机辨证施治。塞流之后，患者病情相对稳定，脓血便减少，此时可审证求因、寻因问果，不可固执一端，仍见血止血，导致血液停滞，蓄结成瘀，危害机体。《蒲辅周医案》[14]云：“若一见血崩，即用止涩之品，虽取效一时，恐随止随发。”UC 脓血便病机多为本虚标实，以肺脾肾虚为本，湿热、瘀热、热毒、气滞、血瘀为标。澄源即针对 UC 脓血便病机治疗，分清标本虚实，扶正祛邪，补泻兼施。

2.1　祛除邪气

2.1.1　清利湿热　湿热壅滞肠道，气血不调，肠络损伤为 UC 活动期的病机关键[15]。饮食辛温燥烈、肥甘厚味之品化生湿热，或外感湿邪与肠道热邪相合，蕴于下焦，大肠传导失职，气机不畅，损伤肠络，便下脓血[16]。《灵枢·百病始生》云：“卒然多食饮……则络脉伤……肠胃之络伤则血溢于肠外。”湿热胶结肠道是 UC 反复发作、迁延难愈的重要原因，故当清化大肠湿热[17]。湿热蕴肠，镜下黏膜多呈深红色，病灶可覆黄色脓苔，并表现为大面积溃疡，局部脓疡病变，脓液随血液、粪便兼夹而下，可选用黄连、黄芩、黄柏、苦参、秦皮、败酱草、地锦草等中药[18]，清肠化湿，兼以敛疡止血。

2.1.2　活血化瘀　UC 发病日久，久病入络。邪气寄居，与气血搏结肠道，脉络不通，肠络受损，血溢肠道，临证当辨明瘀象，不可一味止血。若脓血不能及时排出或排出受阻，加重肠道瘀滞，脓血便反复发作，缠绵难愈。《血证论》云：“凡离经之血……在身不能加于好血，反而阻新血之化机，故凡血证，总以

祛瘀为要。”瘀血滞留于经络，阻碍新血生成，临证常用地榆、槐花、赤芍、牡丹皮、白头翁、侧柏叶、紫草、仙鹤草、青黛、马齿苋等药物凉血解毒，化瘀止血[19]。

2.1.3　疏肝理气　UC 脓血便的形成与肝气郁滞相关。《辨证录·痢疾门》曰：“宛如鱼冻，久则红白相间，此是肝克脾土也。”情志不畅，肝气不疏，克犯脾土，患者表现为腹痛，里急后重，泻下黏液血便，临床常用痛泻要方加减治疗[20]，重在调和肝脾，疏肝理气。肝主疏泄，若肝疏泄失常，郁而化火，火热下移肠道，肠络受损。肝藏血，肝气郁结血亦结，致气血瘀滞不畅。肝经血热，下移大肠，扰动肠络之血外溢。若肝气疏泄太过，气随火逆，下迫肠络之血溢出。脓血便属气血同病，治当调和气血、疏肝理气，临证宜用柴胡、木香、枳壳、陈皮、当归、白芍等药。

2.2　补益肺脾肾三脏

2.2.1　补益肺阴　《医学入门》曰：“痰泄……此因痰留肺中，以致大肠不固。”肺主通调水道，若宣降失职，痰浊水湿内生，肺为贮痰之器，痰浊循经下流大肠，可出现黏液便。气血与水湿相互搏结于肠道，损伤肠络，UC 脓血便反复发生。肺气推动血液运行，肺虚无力运血则壅滞，气虚血瘀，损伤肠络，血顺势而下。UC 日久耗伤肺气，肺宣发肃降失常，气机逆乱，气血运行受阻，津液输布障碍，肠道气机不畅，大肠传导失司，气血愈加壅滞不通[21]。肺喜润恶燥，UC 发病日久，耗伤人体阴津，肺与肠道失于濡润，肠燥津伤，血液运行迟缓而成瘀。肺经遗热下传大肠，火热熏灼肠道，热迫血行，血溢脉外。治当补气养阴，临证选用黄芪、党参、白术、桔梗、杏仁、紫苏叶、枳壳、沙参、麦冬等药。

2.2.2　健脾补气　李东垣云：“内伤脾胃，百病由生。”UC 发病基础为脾虚，《灵枢·口问》云：“中气不足，溲便为之变。”脾虚失摄，血无所归，肠络之血不循经络，溢出脉外。UC 反复发作，迁延不愈，泻下不止，夹杂脓血便，白多赤少，或仅以白冻黏液便为主。脾胃气虚，无力运化津液，水湿痰浊内生，气虚无力推动血液运行，痰湿与气血搏结肠道，日久成瘀，伤及脉络，治当温补中焦，补益脾气。《金匮要略》选用黄土汤治疗便血，旨在温阳健脾止血，重在澄源。治疗 UC 脾虚证，泻下黏液便或脓血便，临证可选用黄芪、党参、白术、炙甘草等甘温之品补脾摄血，若见血止血，不究脾虚之本，收效甚微。

2.2.3　温补肾阳　《临证指南医案》云：“久泻无有不伤肾者。”肾阳为一身阳气之本，便下脓血，亦伤及阴血，阴损及阳，日久肾阳不足，命门火衰，既不能助脾阳温化水谷，又难以固摄收敛下焦之气，故泄下不止。《景岳全书》曰：“五脏之阳气，非此不能发。”又云：“肾中阳气不足……阴气盛极之时，即令人洞泄不止也。”肾主司二便，肾阳虚衰，收摄无权，泄泻不止，完谷不化，便下白色黏冻。治当温肾助阳，收敛固摄。方选附子理中丸合四神丸加减，选用制附子、肉豆蔻、益智仁、补骨脂等药温补肾阳。附子辛热，走而不守，善补肾阳。肉豆蔻性温，暖肾涩肠止泻。

3　复旧——调和阴阳，以平为期

复旧，指以补益为主，调和气血阴阳，恢复机体平衡，此期重在补益气血以填补流失之阴血。临床辨证应求因施治，去除病因后，脓血便减少或消失，需虑及患者久病，机体气血阴阳虚损[22]。《素问·六元正纪大论》云：“有故无殒，亦无殒也。”但 UC 以本虚为主，澄源时所用清热利湿、活血化瘀之品，性善攻伐，易耗伤正气，若不及时调理善后，恐遗留祸端，后患无穷。苦寒燥湿之药易劫阴液，泻下日久，人体阴液亏虚，患者口干、虚烦、少苔或舌苔剥脱，应在健脾基础上酌加养阴生津之品，如石斛、麦冬、阿胶、白芍、生地黄等药。疾病向愈时，应明察患者体质阴阳盛衰，邪去后当佐以纠偏，意在燮理脏腑气血阴阳，防止疾病再发。

3.1　补益脾肾　UC 以脾肾虚衰为本，复旧当以补益脾肾两脏为要，意在培补先后天。脾居中焦，《灵枢·决气》曰：“中焦受气取汁，变化而赤，是谓血。”脾胃为气血生化之源。脾胃虚弱，水谷精微无以化生血液濡养人体。脾土健运，胃气来复，患者得饮食调养，益健脾土之气。机体失血过多，阴损及阳，造成脾阳更虚。患者长期使用激素或苦寒中药治疗，败坏机体阳气，脾虚及肾。《血证论》云：“血证之补法……当补脾者十之三四，当补肾者十之五六。”肾藏精，精血同源，正如张景岳所言：“精血之司在命门。”脾肾健运，气血生化有源，阴阳调和[23]。复旧重在脾肾，不忘余脏，正如《金匮要略》所言：“五脏元真通畅，人即安和。”临证应重视五脏气血阴阳平和，恢复机体平衡。

3.2　形神合一　七情内伤，损及形体。焦虑、抑郁

常为 UC 的诱发原因，脓血便虽止，若不明晰 UC 患者发病特点，愈后常因情志不畅诱发，疾病仍迁延不愈，反复发作，故复旧应重视疏导患者情绪。《青囊秘录》云："善医者，必先医其心，而后医其身，其次则医其病。"UC 迁延日久，对患者生活造成极大困扰，处于神不养脏、形神分合的病理状态，故疾病愈后仍需关注患者精神状态，使患者心情舒畅，正视疾病[24]。中医强调整体观念，身心一体，形神合一，精神舒畅，气机调和。复旧阶段，神和则脏腑气血自调，阴阳各安其位，治疗当谨察阴阳所在而调之，以平为期。临证常用养心安神、疏肝解郁之品，如远志、合欢皮、百合、柴胡、香附等。

4　验案举隅

李某，男，44 岁，2023 年 8 月 19 日初诊。主诉：黏液脓血便间作 2 年余，加重半个月。患者 2 年前无明显诱因出现黏液脓血便，肠镜检查显示：溃疡性结肠炎。先后予美沙拉秦肠溶片、激素、英夫利昔单抗治疗，病情控制不佳，反复发作。半个月前受凉后患者大便日行 10 ~ 12 次，不成形，夹黏液脓血，伴便前腹痛，里急后重，时感乏力，胃纳一般，偶有恶心欲吐，小便尚调，夜寐欠安，舌暗红，苔白腻，中有剥脱，脉细滑。2023 年 8 月 20 日复查肠镜：溃疡性结肠炎（广泛结肠型，重度）；粪钙卫蛋白检测 2 277 μg · g^{-1}，红细胞沉降率 78 mm · h^{-1}，血红蛋白 104 g · L^{-1}。中医诊断：久痢（大肠湿热证）；西医诊断：溃疡性结肠炎（慢性复发型，广泛结肠型，活动期，重度）。治以清热利湿解毒。处方：麸炒山药 30 g，石莲子 15 g，麸炒白术 10 g，黄连 3 g，茯苓 15 g，地榆 10 g，炒槐米 15 g，乌梅肉 10 g，麦冬 15 g，太子参 15 g，白头翁 15 g，焦六神曲 15 g，炒稻芽 20 g，炒麦芽 20 g，炙甘草 3 g，干石斛 15 g，炒白芍 15 g，陈皮 10 g，忍冬藤 15 g，石榴皮 15 g。14 剂，日 1 剂，水煎服，每次 200 mL，早晚各 1 次。

二诊（2023 年 9 月 5 日）：患者症状明显改善，大便不成形，每日行 6 ~ 8 次，夹少量黏液，无脓血，便前腹痛，便后痛缓，无明显腹胀，有时嗳气，无反酸，口干较前好转，食欲可，小便正常，夜寐改善。舌红，苔薄黄腻，脉细滑。红细胞沉降率 85 mm · h^{-1}，血红蛋白104 g · L^{-1}。处方：醋乌梅 15 g，黄连 3 g，黄芩 10 g，炒白芍 15 g，麸炒白术 10 g，麸炒山药 20 g，炒薏苡仁 30 g，茯苓 15 g，木香 6 g，地榆 10 g，炒槐米 15 g，土茯苓 30 g，徐长卿 15 g，干石斛 15 g，焦六神曲 15 g，广藿香 10 g，白头翁 15 g，茜草 15 g，炮姜 3 g，炙甘草 3 g。14 剂，煎服法同前。

三诊（2023 年 9 月 25 日）：患者病情稳定，大便不成形，每日行 3 次，未见明显黏液脓血，无明显腹痛腹胀，食欲可，小便正常，夜寐安，舌红，苔白腻，脉细滑，近 1 个月体质量增加 3 kg。粪钙卫蛋白检测 >1 800 μg · g^{-1}，红细胞沉降率 44 mm · h^{-1}，血红蛋白124 g · L^{-1}。处方：黄连 3 g，黄芩 10 g，葛根 15 g，炒白芍 15 g，麸炒白术 10 g，陈皮 10 g，防风 6 g，麸炒苍术 10 g，姜厚朴 6 g，炮姜 5 g，白芷 10 g，广藿香 10 g，广木香 6 g，地榆 10 g，焦六神曲 15 g，石菖蒲 6 g，蜜远志 6 g，炙甘草 3 g。14 剂，煎服法同前。

后在门诊中予患者中药汤剂、美沙拉秦治疗，定期随访，患者病情稳定。

按语：本例患者为重度 UC，病程较长，对美沙拉秦、激素、英夫利昔单抗应答不佳，病情进展快。此次急性发作，大便次数多，夹黏液脓血，证属大肠湿热，湿热久羁肠道，与气血相互搏结，蕴热成毒，熏蒸肉腐成脓，灼伤肠络，便下脓血，治当清热利湿解毒。因患者大便次数多，病势危急，急以塞流固摄止血为要，予乌梅、石榴皮、石莲子涩肠止泻止血。又因制方不能仅考虑塞流，需结合 UC 发病特点，辅以黄连、地榆、炒槐米、白头翁、忍冬藤清热解毒除湿，塞流之中寓以澄源，才能收效迅速。二诊患者便次仍较多，但无脓血便，胃气来复，阴液化生，食欲渐振，剥落舌苔渐生，此时重在澄源，明晰发病特点，清利大肠湿热，直达病机。三诊患者病情稳定，无脓血便，血红蛋白正常，炎症指标下降，体质量上升。此期患者正气大虚，余邪未清，当以复旧固本为主，补益脾气，温煦中焦；兼以澄源，清利下焦湿热。本案患者病情复杂，迁延不愈，故根据患者不同时期病情变化，随证加减，初期以塞流为先，脓血便减少后重在澄源，待脓血便消失，疾病向愈，则复旧健脾恢复正气。

5　结语

塞流、澄源、复旧三者密切相关。湿热为 UC 发作的主要病理因素，贯穿疾病全程，在重度 UC 消化道出血量多的情况下，单纯清利肠道湿热往往不奏效。UC 不同时期疾病特点各有侧重，且出血是一个

动态的过程[25]，故应在清热利湿的基础上参合他法辨证施治。塞流以益气摄血、收敛固摄为主，澄源明晰病机以达塞流之效，复旧不离澄源，澄源为三法之关键。治崩三法为急慢性、虚损性疾病的基本治则，与 UC 临床分期及临床特点高度符合。UC 活动期，湿热停滞肠道，郁久化热成毒、成瘀，损伤肠络，脓血便下利不止，势急，当以止血为要，防止阴竭阳脱，首当塞流。然一味止血恐有闭门留寇之弊，塞流当佐以澄源，病势稍缓则谨守病机，分清虚实，实者泻之，清热利湿以祛之，活血化瘀以散之，总以祛除邪气达止血之妙。UC 发作以肺脾肾三脏虚损为本，澄源着重补益肺脾肾三脏，针对病机，寓以复旧之品固护正气祛邪外出。脓血便止后，阴阳失衡，气血亏虚明显，当以复旧为要，着重补益脾肾两脏。“治崩三法”并非孤立使用，而是相互融合，贯穿疾病全程，临证需辨明疾病分期，各有侧重，方能应用得当。

参考文献：

[1]赖素玉，任冰，赵姿婷，等. 基于“寒气生浊，热气生清”理论探讨溃疡性结肠炎的治疗[J]. 中医学报，2023，38(10)：2069－2074.
[2]李心机. 伤寒论通释[M]. 北京：人民卫生出版社，2003.
[3]方广. 丹溪心法附余[J]. 北京：中国中医药出版社，2015.
[4]黄川雨，蓝婧，冯佳佳，等. 曾倩治崩三法临证治验浅析[J]. 中华中医药杂志，2016，31(8)：3144－3146.
[5]刘磊，曾珠，岳国龙，等. “塞流”“澄源”“复旧”在支气管扩张咯血中的应用[J]. 湖南中医杂志，2018，34(8)：145－147.
[6]王雷，兰艳，彭星，等. 塞流、澄源、复旧在鼻衄中的运用[J]. 中国中医基础医学杂志，2016，22(10)：1310－1311，1343.
[7]蒋威，陈海敏，史扬，等. “塞流、澄源、复旧”三法在肾病综合征中的应用[J]. 中国中医药信息杂志，2022，29(11)：134－137.
[8]张介宾. 景岳全书[J]. 北京：人民卫生出版社，2006.
[9]程钟龄. 医学心悟[J]. 北京：人民卫生出版社，2006.
[10]黄帝内经素问[J]. 北京：人民卫生出版社，2005.
[11]刘子渝，周斌. 基于“土枢四象，一气周流”探析溃疡性结肠炎病机规律及证治[J]. 中国医药导报，2025，22(15)：167－171.
[12]刘舒婷，黄柳向. 从《医学衷中参西录》谈张锡纯应用山药特色[J]. 光明中医，2022，37(12)：2226－2228.
[13]张传龙，庞博. 桃花汤方证新辨与临床应用[J]. 环球中医药，2023，16(7)：1412－1415.
[14]中国中医研究院. 蒲辅周医案[M]. 高辉远，整理. 北京：人民卫生出版社，2005.
[15]沈洪，唐志鹏，唐旭东，等. 消化系统常见病溃疡性结肠炎中医诊疗指南(基层医生版)[J]. 中华中医药杂志，2019，34(9)：4155－4160.
[16]陈姣姣，朱莹. 朱莹基于“土得木而达”理论治疗溃疡性结肠炎经验[J]. 河南中医，2024，44(4)：529－535.
[17]张新春，刘世举. 化湿解毒方治疗湿热内蕴型溃疡性结肠炎临床研究[J]. 河南中医，2024，44(2)：249－253.
[18]朱磊，沈洪，张声生，等. 清热祛湿、凉血化瘀法治疗中度活动期溃疡性结肠炎大肠湿热证多中心、随机对照、双盲的临床研究[J]. 中国中西医结合消化杂志，2021，29(10)：681－685，690.
[19]罗彩云，杨会举，刘佃温. 刘佃温治疗溃疡性结肠炎常用药队[J]. 中医学报，2023，38(2)：345－350.
[20]杨舒，王新月. 王新月教授从肝论治溃疡性结肠炎经验[J]. 中华中医药杂志，2012，27(6)：1589－1592.
[21]王新月，孙慧怡. 基于肺与大肠相表里理论探讨从肺论治溃疡性结肠炎[J]. 北京中医药大学学报，2011，34(3)：153－155.
[22]王佳，许二平，李伟峰. 许二平从“肝脾”论治难治性溃疡性结肠炎[J]. 中医学报，2024，39(6)：1255－1259.
[23]李廷林，吴梦竹，冯培民. 基于《内经》构建以藏象论治溃疡性结肠炎的框架[J]. 时珍国医国药，2021，32(3)：686－688.
[24]张海宇，薛燕星，姚魁武. 薛伯寿基于“和合”思想辨治精神压力相关高血压经验[J]. 中医杂志，2023，64(7)：662－666.
[25]沈洪，邢敬，胡静怡，等. 溃疡性结肠炎“炎－癌”转化的中医药防治策略[J]. 中国中西医结合消化杂志，2024，32(5)：379－384.

收稿日期：2025－11－26

作者简介：黄乐娟(1998－)，女，广西贺州人，硕士研究生，研究方向：脾胃病的临床研究。

通信作者：朱磊，女，江苏南京人，主任医师，硕士研究生导师，研究方向：脾胃病的临床和基础研究。E－mail：zhulei5100@njucm.edu.cn

编辑：孙铮