·学术探讨·

溃疡性结肠炎“痢病肝治”理论探讨

徐甜[1],吉静[2],程发峰[2],王雪茜[2],马重阳[3*],王庆国[2]
(1. 中国医学科学院北京协和医院,北京 100730;2. 北京中医药大学,北京 100069;
3. 首都医科大学,北京 100029)

摘要 溃疡性结肠炎(UC)病位虽在中医的脾与大肠,但与中医的肝关系密切。从肝辨治 UC 具有深厚的理论渊源,既承旨《内经》,又博采后世心得。肝郁脾虚证是 UC 的常见证候之一,另外 UC 伴随肝实体疾病、抑郁或焦虑、疲劳、贫血、干眼症、口腔溃疡等并发症,这些均可理解为中医的肝系病变。现代临床常用疏肝解郁、清肝泻火、养血柔肝和滋补肝肾四法从肝论治 UC,取得了显著的临床疗效。本文从“痢病肝治”理论探讨 UC 的治疗,以期为拓宽 UC 的临床辨治思路提供参考。

关键词 溃疡性结肠炎;痢病肝治;治则治法
中图分类号:R256.34 **文献标识码**:A **文章编号**:1002-2392(2025)07-0001-04
DOI:10.19664/j.cnki.1002-2392.250131

溃疡性结肠炎(Ulcerative colitis,UC)是一种好发于结直肠黏膜并以连续性、弥漫性炎症改变为特点的慢性非特异性疾病。作为炎症性肠病(Inflammatory bowel disease,IBD)的主要临床类型之一,全球 UC 患者约为 500 万例,发病率呈上升趋势,且随着社会结构向高收入国家转变,与现在相比,预计到 2035 年亚洲地区 UC 患病率将增加到 4 倍以上[1-2]。UC 属于中医“久痢”“休息痢”“泄泻”等范畴,病位虽在中医的脾与大肠,但与中医的肝关系密切,已有研究表明从肝辨治 UC 具有重要临床意义[3-4]。研究显示,心理因素对于肠道健康非常重要[5],同时肝肠之间存在特殊的通讯机制,维持肠道稳态[6-7]。本文首先系统梳理历代医家“痢病肝治”的传承脉络,其次阐述 UC 病因病机与肝的关系,并提出临床证据,最后从“痢病肝治”角度探讨 UC 的中医治疗,以期为“痢病肝治”理论指导 UC 的临床辨治提供参考。

1 “痢病肝治”理论既承旨《内经》又博采后世心得

秦汉医学建立了“肝木乘土”学说,从五行学说来看,肝为木,《素问·六节藏象论》载:“脾、胃、大肠、小肠、三焦、膀胱者,仓廪之本……通于土气”,《素问·宝命全形论》提出“土得木而达”,又在“春胜长夏之湿”气候变化的启发下归纳出“木克土”的基本规律。《素问·六微旨大论》认为“土位之下,风气承之”,同时代《难经·七十七难》认为“见肝之病,则知肝当传之于脾”。汉代张仲景继承前人观点,强调“肝病实脾”的治未病原则,开启灵活运用“五行生克”规律间接治疗疾病之先河。

后世将木(肝)与土(脾、胃、大肠等仓廪之本)的独特关系用于病机阐释、疾病诊断、预后判断、立法处方等,极大扩展了“肝木乘土”的应用范围。唐代《备急千金要方·卷十五·脾脏方·冷痢第八》中记载的“治下痢肠滑”方及宋代《太平圣惠方·卷第九十六·食治一切痢疾诸方》治“痢下脓血”方,均以猪肝为君药,补肝养血;宋代《圣济总录·卷第七十七·泄痢门》治“气痢不差,疲劣,变成冷劳痢”的乌梅丸中有猪肝一大叶,补肝养血。《丹溪心法·痢九》认为“血痢久不愈者,属阴虚”。明代《明医杂著·卷之二》指出“血痢有因脾气虚弱者,有因脾气下陷者,有因肝气虚弱者,有因肝血虚热者”,说明血痢不仅与脾气虚有关,也与肝气虚和肝血虚有关。明代《医学入门·脏腑》中提出“肝与大肠相通”“大肠病宜平肝经为主”,在理论层面上首次提出肝与大肠的生理病理联系。清代陈士铎在《辨证录·卷之七·痢疾门》中首次明确指出痢病的病机是“木气不舒,上不能宣,必至下克”,

收稿日期:2024-06-10 **修回日期**:2024-09-20
基金项目:国家自然科学基金项目(82405050,82374165,82004327)
作者简介:徐甜(1993-),女,博士,助理研究员,主要研究方向:中医药治疗溃疡性结肠炎的作用机制。
*通信作者:马重阳(1990-),男,博士,讲师,主要研究方向:中医药治疗溃疡性结肠炎的作用机制。

创制平肝止痢汤、滋阴止痢丹、援绝神丹等治痢方剂，均应用养血柔肝法，重用当归－白芍药对，使“肝血有余，不去制克脾土，则脾气有生发之机，自然大肠有传导之化”。叶天士在《临证指南医案·卷七》中阐述了肝木克伐脾土导致痢病的治法，“痢后气坠，都主阴伤，但嗔怒不已，木犯土，致病留连，摄阴之中，聊佐和肝”。唐宗海进一步收集了“肝肠相通”的生理证据，认为痢病的病机应着眼于肝，《血证论·卷二》载：“肝为藏血之脏，风气散而不藏，必平之使安，而从血乃得安也”，方用小柴胡去半夏加当归、白芍。

现代医家蒲辅周在《蒲辅周医疗经验》中提出，“久痢伤及阴血，而湿热未尽，用连理汤加当归、白芍、阿胶，肝脾共滋”。刘渡舟极其重视“肝肠关系”，认为血是肝之阴，能节制肝阳，在《经方临证指南》中有应用白头翁汤加白芍、麦冬滋肝养胃，桂枝加芍药汤柔肝和脾等治疗久痢的病案。王庆国在历代医家的基础上结合自身临床经验，借鉴清代医家陈士铎援绝神丹治疗“患痢便血”之法，临床治疗UC重用当归－白芍药对养血柔肝，疗效显著[8]。由此可见，“痢病肝治”理论是对UC中医治则治法的新认识，也是对中医理论的继承与创新。

2　临床上常见UC患者伴随肝系病变

肝系证候是UC的常见证候之一。《溃疡性结肠炎中医诊疗专家共识(2023)》[9]将肝郁脾虚证作为临床常见证候之一。有研究系统评价了中国知网、万方、维普和中国生物医学数据库这四大数据库从建库开始至2020年4月1日发表的所有UC证候研究文献，发现活动期UC患者中，肝郁脾虚证病例数占11.54%，仅次于大肠湿热证，从证候要素分布情况看，肝证素频数仅次于脾证素、大肠证素[10]。

UC作为一种系统性免疫介导疾病，其症状并不局限于消化道，有相当一部分UC患者并发肝脏病变。临床报道显示，IBD患者乙肝病毒感染患病率高于非IBD患者[11]。儿童IBD中，有67%患者涉及肝脏病变，包括原发性硬化性胆管炎、非酒精性脂肪性肝病、自身免疫性肝炎等[12]。一项纳入18个不同国家的14 947名受试者的荟萃分析数据表明，UC患者非酒精性脂肪性肝病的合并患病率为28.2%[13]。约有2.5%的UC患者合并原发性硬化性胆管炎[14]。肝主疏泄，能调畅情志，抑郁与UC的发病关系密切。病例对照研究发现，与没有抑郁症的个体相比，伴有胃肠道症状的抑郁症患者发生UC的比值比为1.47，提示抑郁是UC致病的危险因素[15]。随访研究显示，基线时抑郁表现与IBD发作风险较高、治疗升级、住院风险较高、急诊就诊率、手术风险或上述任何一项的复合风险相关，提示抑郁会影响IBD的预后[16]。肝为罢极之本，是耐受形体与精神疲劳的根本。临床数据显示，疲劳是UC患者常见的临床表现，约60%的UC患者出现疲劳症状[17]，部分患者UC缓解后仍可见疲劳感[18]。肝藏血，有贮藏血液和调节血量的功能。肝藏血功能发生障碍时，肝内贮存血量不足，致肝血虚，进而全身血液减少，机体得不到充养。IBD患者发生缺铁性贫血的比例达36%～90%，贫血通常反映了患者的肠道炎症活动情况[19]。肝开窍于目，肝经循行连目系，UC常见并发眼部症状。IBD患者干眼症的发病率比非IBD人群的发病率高，IBD和干眼症之间存在统计学意义的关联[20]。肝经支脉环唇，UC常伴随口腔疾病。与非活动性UC患者相比，活动性UC患者可能面临更多非特异性口腔症状，如口干、口疮、萎缩性舌炎等[21]。上述消化道外临床表现，均可从中医肝系统理解，提示UC的立法处方，可着眼于中医肝系统展开。

3　从肝论治是中医临床治疗UC的重要治法

3.1　疏肝解郁法

肝主疏泄，调畅情志，维持人体气机舒畅，若肝失疏泄，横逆犯脾，脾失健运，清气下陷，致大肠清浊不分，水谷不化，可见腹泻、里急后重等症状，表明肝失疏泄是UC发生发展的重要因素。《类证治裁》载：“肝木性升散，不受遏郁，郁则经气逆，为嗳，为胀，为呕吐，为暴乱胁痛，为胸满不食，为飧泄，为溃疡，皆肝气横决也。”生活节奏的加快和社会压力的增加，导致抑郁、焦虑等不良情志产生，促进UC疾病进展。基础医学发现，肝肠的生理功能相互影响，情志－肝－肠轴是UC发病的病理生理基础[22]。临床研究显示，疏肝解郁胶囊联合中药灌肠治疗UC可显著改善UC患者中医证候积分、Geboes指数、疾病活动指数评分、Mayo评分，降低血清白介素－6(IL－6)和白介素－8(IL－8)等炎症水平[23]。小柴胡汤联合美沙拉嗪可显著改善UC患者中医证候积分、肠镜下严重程度指数以及疾病活动指数，降低血清炎症水平[24]。痛泻要方合四逆散加味治疗肝郁脾虚型UC可显著改善抑郁或焦虑、腹痛腹泻、大便稀或黏液便、饮食减少、腹胀、排便不爽等临床表现，下调血清肿瘤坏死因子－α(TNF－α)等表达水平[25]。

3.2　清肝泻火法

肝为刚脏，内寄相火，其性刚烈，易化火生风。各种原因致肝气血失调，肝的刚柔平衡被打破，表现出火热证候。肝火下迫大肠，灼伤肠络，血热妄行，加之肠道夹杂糟粕，产生黏液脓血便等症状，同时兼有粪色黄

褐而臭,肛门灼热,心烦口渴,小便短黄等其他火热表现。左金丸出自《丹溪心法》,主治肝经火热,恶心吐酸。研究发现,约有62%的UC患者出现反流(中医称之为吐酸)[26];此外,恶心也是UC一线治疗药物美沙拉嗪最常见的不良事件之一[27]。左金丸中黄连清心火以泻肝火,体现"实则泻其子"之法,吴茱萸入厥阴肝经,引热下行。研究表明,左金丸可显著降低葡聚糖硫酸钠(DSS)诱导的UC模型小鼠的症状评分、结肠组织病理损伤,下调血清炎症因子TNF-α和IL-6水平,抑制结肠组织磷脂酰肌醇3-激酶/蛋白激酶B(PI3K/Akt)表达[28]。龙胆泻肝汤出自《医方集解》,主治肝经实火湿热。本方君药龙胆大苦大寒,功效以清泻肝胆火热为主,故名为"龙胆泻肝汤";黄芩、栀子为臣药,苦寒能泻火;泽泻、木通、车前子清热祛湿,生地黄、当归养血滋阴,柴胡舒畅肝胆之气,并为肝胆引经之药,共为佐药;甘草为佐使之药,调和诸药。龙胆泻肝汤联合美沙拉嗪治疗肝经湿热下注型UC患者的总有效率明显高于单独使用美沙拉嗪治疗组[29]。

3.3 养血柔肝法

肝主藏血,肝血充足,肝得阴血濡养则肝体柔和,使肝的疏泄不致太过。如果肝藏血功能减退,一方面会导致肝内贮存血量不足,导致肝血虚,进而全身血液减少,机体得不到充养,另一方面则使肝阳升发失于约束,致肝阳上亢、肝火上炎等病理状态。《血证论》载:"有怒气伤肝,肝气横决,血因不藏",肝不藏血是导致出血的基本病机之一。UC病程漫长,下利日久,伴随出血,损耗人体阴血,另外,肝郁化火,下迫肠道,同样耗伤阴血,二者都会导致继续失血的恶性循环。随机对照临床研究验证的治疗UC的有效方剂如补脾益肠丸[30]和乌梅丸[31]等,均含有养血柔肝之品。阴血亏虚型UC患者临床宜用养血柔肝之法,选用当归、白芍、阿胶等养肝体以柔肝用[32]。芍药汤出自刘完素《素问病机气宜保命集》,方中重用芍药柔肝为君,配伍当归以养血,是治疗UC的常用方。研究发现,芍药汤加减缓解了UC患者腹痛、黏液脓血便等症状表现,改善了结肠镜检的肠黏膜病变情况,在抑制血小板活化状态、减少血栓、抑制炎症因子等方面作用显著[33]。桃红四物汤可显著改善DSS诱导的UC模型大鼠的结肠组织病理损伤和疾病活动指数评分[34]。当归芍药散联合美沙拉嗪治疗UC的总有效率为96.67%,显著高于单纯西药治疗组,且在改善症状评分和调控粪钙卫蛋白水平等方面具有优势[35]。

3.4 滋补肝肾法

在生理上,肝藏血,肾藏精,肝肾同源,精血互生。肝血依赖于肾精的滋养化生,肾精又借助肝血化精不断补充,二者相互依存资生。在病理上,肝肾二脏互为因果,相互影响,肝血亏虚可致肾精不足;肾精的充足与否也会影响肝血的充盈与否,肾精不足可以引起肝血不足等水不涵木的表现。肝肾亏虚,精血不足,肠道失养,UC下利黏液脓血便日久,辨证时要考虑到肝肾阴虚,治疗上应注意固护肝肾。UC肝肾阴虚证可见头晕、心烦、咽干口燥、腰膝酸软、舌红、少苔、脉细数等症状,王新月常用生地黄、沙参、麦冬、女贞子、旱莲草[36]。湿热久蕴,阳盛伤阴,沈洪提倡酌加润药滋补肝肾,常用生地黄、白芍、女贞子、墨旱莲等[37]。赵瑞占[38]在研究了叶天士80余则治痢案后,提出UC缓解期多见肝肾阴虚,肝阴虚用复脉汤加减,肾阴虚用六味地黄丸、生脉散等。临床研究发现,生脉饮注射液联合美沙拉嗪可显著改善UC患者腹痛、腹泻、血便、里急后重症状,降低全血黏度、血浆黏度、红细胞聚集指数,且优于美沙拉嗪干预组[39]。

4 小结

UC是临床常见的慢性炎症疾病,其病因未明且有癌变风险,病情反复发作或迁延不愈,甚至伴随终身,严重影响患者的生活质量。UC的病位虽在脾与大肠,但与肝关系密切。肝藏血,主疏泄,体阴而用阳。临床上以疏肝解郁、清肝泻火、养血柔肝和滋补肝肾四法为主,从肝论治UC疗效显著。此外,中医"痢病肝治"理论的现代科学内涵尚不明确,未来需要从"肝肠通讯"的分子入手,研究中药对于这些分子的作用,为深刻揭示中医"痢病肝治"的科学基础提供崭新的视角。

参考文献:

[1] GROS B, KAPLAN G G. Ulcerative colitis in adults: a review[J]. JAMA, 2023, 330(10): 951-965.
[2] LE B C, HONAP S, PEYRIN-BIROULET L. Ulcerative colitis[J]. Lancet, 2023, 402(10401): 571-584.
[3] 陈奕真,李云海. 从肝辨治溃疡性结肠炎的思考与临床实践[J]. 环球中医药, 2023, 16(12): 2540-2542.
[4] 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.
[5] SCHNEIDER K M, BLANK N, ALVAREZ Y, et al. The enteric nervous system relays psychological stress to intestinal inflammation[J]. Cell, 2023, 186(13): 2823-2838.
[6] KIM G, CHEN Z J, LI J, et al. Gut-liver axis calibrates intestinal stem cell fitness[J]. Cell, 2024, 187(4): 914-930.
[7] CHEN L, JIAO T Y, LIU W W, et al. Hepatic cytochrome P450 8B1 and cholic acid potentiate intestinal epithelial injury in colitis by suppressing intestinal stem cell renewal[J]. Cell Stem Cell, 2022, 29(9): 1366-1381.
[8] 程发峰,王雪茜,刘敏,等. 王庆国治疗溃疡性结肠炎经验[J]. 中医杂志, 2011, 52(2): 166-167.
[9] 中华中医药学会脾胃病分会. 溃疡性结肠炎中医诊疗专家共识(2023)[J]. 中华中医药杂志, 2024, 39(1): 288-296.
[10] 秦书敏,张海燕,吴皓萌,等. 基于现代文献的溃疡性结肠炎证候

及证素分布特点研究[J]. 环球中医药,2021,14(3):389 - 394.
[11] LI C X, PENG K X, XIAO S Q, et al. The role of Lactobacillus in inflammatory bowel disease: from actualities to prospects[J]. Cell Death Discov, 2023, 9(1): 361.
[12] DANILUK U, KWIATEK - SREDZINSKA K, JAKIMIEC P, et al. Liver pathology in children with diagnosed inflammatory bowel disease - a single center experience[J]. J Clin Med, 2021, 10(22): 5359.
[13] ZAMANI M, ALIZADEH - TABARI S, SINGH S, et al. Meta - analysis: prevalence of. and risk factors for. non - alcoholic fatty liver disease in patients with inflammatory bowel disease[J]. Aliment Pharmacol Ther, 2022, 55(8): 894 - 907.
[14] BARBERIO B, MASSIMI D, CAZZAGON N, et al. Prevalence of primary sclerosing cholangitis in patients with inflammatory bowel disease: a systematic review and meta - analysis[J]. Gastroenterology, 2021, 161(6): 1865 - 1877.
[15] BLACKWELL J, SAXENA S, PETERSEN I, et al. Depression in individuals who subsequently develop inflammatory bowel disease: a population - based nested case - control study[J]. Gut, 2021, 70(9): 1642 - 1648.
[16] FAIRBRASS K M, LOVATT J, BARBERIO B, et al. Bidirectional brain - gut axis effects influence mood and prognosis in IBD: a systematic review and meta - analysis[J]. Gut, 2022, 71(9): 1773 - 1780.
[17] HOLTEN K I A, BERNKLEV T, OPHEIM R, et al. Fatigue in patients with newly diagnosed inflammatory bowel disease: results from a prospective inception cohort, the IBSEN Ⅲ study[J]. J Crohns Colitis, 2023, 17(11): 1781 - 1790.
[18] TTUYENS M, LOBATÓN T, FERRANTE M, et al. Effect of 5 - hydroxytryptophan on fatigue in quiescent inflammatory bowel disease: a randomized controlled trial[J]. Gastroenterology, 2022, 163(5): 1294 - 1305.
[19] GORDON M, SINOPOULOU V, IHEOZOR - EJIOFOR Z, et al. Interventions for treating iron deficiency anaemia in inflammatory bowel disease[J]. Cochrane Database Syst Rev, 2021, 1(1): CD013529.
[20] KO Y T, WU Y M, WU H L, et al. Inflammatory bowel disease and the associated risk of dry eye and ocular surface injury: a nationwide matched cohort study[J]. BMC Ophthalmol, 2023, 23(1): 415.
[21] LI C Y, WU Y Q, XIE Y L, et al. Oral manifestations serve as potential signs of ulcerative colitis: a review[J]. Front Immunol, 2022, 13: 1013900.
[22] 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.
[23] 张丽慧,段培芳,张震,等. 疏肝解郁胶囊联合中药灌肠治疗溃疡性结肠炎患者的疗效观察[J]. 世界中西医结合杂志,2022,17(10):2006 - 2010,2014.
[24] 李又春,胡秀玲,程珍珍,等. 小柴胡汤联合美沙拉嗪治疗急性期溃疡性结肠炎的临床疗效观察[J]. 现代中药研究与实践,2021,35(6):84 - 88.
[25] 文云波,杨勇,何开强,等. 痛泻要方合四逆散加味治疗溃疡性结肠炎的临床疗效及作用机制[J]. 中药材,2022,45(1):220 - 224.
[26] BARRATT S M, LEEDS J S, ROBINSON K, et al. Reflux and irritable bowel syndrome are negative predictors of quality of life in coeliac disease and inflammatory bowel disease[J]. Eur J Gastroenterol Hepatol, 2011, 23(2): 159 - 165.
[27] LIU M D, GU L T, ZHANG Y N, et al. A real - world disproportionality analysis of mesalazine data mining of the public version of FDA adverse event reporting system[J]. Front Pharmacol, 2024(15): 1290975.
[28] 张照,杨菊,王加伟,等. 左金丸对 DSS 诱导的溃疡性结肠炎的作用及其机制[J]. 中国实验方剂学杂志,2023,29(16):1 - 11.
[29] 罗超兰,胡正昌,杨向东. 龙胆泻肝汤联合美沙拉嗪治疗湿热下注型溃疡性结肠炎的临床观察[J]. 中国中医药科技,2018,25(5):696 - 697.
[30] 邢潇潇,郭建波,李华山. 补脾益肠丸治疗溃疡性结肠炎的系统评价与 Meta 分析[J]. 海南医学院学报,2022,28(1):41 - 47,57.
[31] 李克亚,王真权,彭美瑶. 乌梅丸治疗溃疡性结肠炎(脾肾虚寒,寒中蕴热证)的疗效及对肠道微生态的影响[J]. 中医药导报,2020,26(16):85 - 89.
[32] 惠建萍,杜晓泉,张耀之,等. 通因通用法辨治溃疡性结肠炎的思路与方法[J]. 现代中医药,2019,39(5):33 - 36.
[33] 李嫣红,吴东升,芦易,等. 芍药汤及其加减方治疗溃疡性结肠炎的研究进展[J]. 中国实验方剂学杂志,2023,29(9):37 - 45.
[34] 陈贤家,符士颖,林力森,等. 桃红四物汤对溃疡性结肠炎大鼠 SCF/c - kit 通路及 Cajal 间质细胞的影响[J]. 上海中医药杂志,2021,55(4):79 - 84.
[35] 杨卉,肖成. 当归芍药散联合美沙拉嗪肠溶片治疗溃疡性结肠炎肝郁脾虚型临床观察[J]. 实用中医药杂志,2023,39(5):915 - 917.
[36] 刘大铭,孙慧怡,王新月. 王新月教授治疗溃疡性结肠炎配伍用药规律分析[J]. 中华中医药杂志,2011,26(5):1150 - 1152.
[37] 袁红刚,沈洪. 沈洪从脏腑辨证治疗溃疡性结肠炎经验撷菁[J]. 辽宁中医杂志,2019,46(5):949 - 951.
[38] 赵瑞占. 基于叶天士治痢案探讨通涩法在溃疡性结肠炎中的应用[J]. 光明中医,2023,38(18):3520 - 3523.
[39] 梁璇,曲云慧,顾龙龙. 生脉注射液治疗溃疡性结肠炎疗效观察[J]. 湖北中医药大学学报,2019,21(5):58 - 60.

Discussion on the Theory of "Treating Dysentery by Addressing the Liver" in Ulcerative Colitis

XU Tian[1], JI Jing[2], CHENG Fafeng[2], WANG Xuexi[2], MA Chongyang[3], WANG Qingguo[2]
(1. *Peking Union Medical College Hospital, Chinese Academy of Medical Sciences, Beijing* 100730, *China*;
2. *Beijing University of Chinese Medicine, Beijing* 100069, *China*; 3. *Capital Medical University, Beijing* 100029, *China*)

Abstract Although the pathological location of ulcerative colitis (UC) is in the spleen and large intestine in traditional Chinese medicine (TCM), it is closely related to the liver. The treatment of UC from the perspective of the liver has a profound theoretical foundation, it is rooted in ancient classic Huangdi's Internal Classic and enriched by later practitioners' experiences. Liver stagnation and spleen deficiency syndrome is one of the common patterns in UC, and UC is often accompanied by liver - related conditions, depression or anxiety, fatigue, anemia, dry eye syndrome, and oral ulcers, which can all be understood as liver system disorders in TCM. In modern clinical practice, four therapeutic approaches—soothing the liver and relieving depression, clearing the liver and purging fire, nourishing the blood and emolliating the liver, and enriching and tonifying the liver and kidney—are commonly used to treat UC by addressing the liver, yielding significant clinical efficacy. This paper discusses the treatment of UC based on the theory of "treating dysentery by addressing the liver," aiming to provide a reference for expanding clinical approaches to UC.

Key words Ulcerative colitis; Treating dysentery by addressing the liver; Therapeutic principles and treatment methods