

引用:易卿,陈橙,侯道瑞,李琳.国医大师刘志明运用理气托毒补虚法治疗炎症性肠病经验[J].中医导报,2026,2026,32(2):229-233.

国医大师刘志明运用理气托毒补虚法 治疗炎症性肠病经验*

易卿^{1,2},陈橙^{1,3},侯道瑞¹,李琳¹

(1.湘潭市中医医院,湖南湘潭 411100;

2.南方医科大学,广东广州 510515;

3.长沙医学院,湖南长沙 410219)

[摘要] 总结国医大师刘志明运用理气托毒补虚法治疗炎症性肠病的经验。刘志明教授认为炎症性肠病病位在肠,与肝、脾、肾等功能失调密切相关,以“气结-毒滞-虚损”病机链为核心,提出“理气-托毒-补虚”动态辨治体系。其强调理气以复肠腑通降之性,托毒以祛除肠络伏邪,补虚以固护先后天之本,具有独特的临床和学术价值。

[关键词] 炎症性肠病;中医药治疗;理气托毒补虚法;分期论治;刘志明;名医经验

[中图分类号] R249 **[文献标识码]** B **[文章编号]** 1672-951X(2026)02-0229-05

DOI: 10.13862/j.cn43-1446/r.2026.02.038

炎症性肠病(inflammatory bowel disease, IBD)是一组病因尚未完全阐明的慢性、反复性、非特异性肠道炎症性疾病,包括溃疡性结肠炎(ulcerative colitis, UC)和克罗恩病(Crohn's disease, CD)^[1],临床主要表现为腹痛、腹泻、大便性状改变、体质量减轻等^[2]。治疗上以氨基水杨酸类、糖皮质激素、免疫抑制剂、生物制剂等药物为主,均具有一定局限性,存在复发率高、价格昂贵、副作用大、停药后反跳现象严重等不足^[3]。近年来,中医药凭借其用药灵活、不良反应小等特点在IBD的诊治中优势逐渐凸显,有望实现提高临床缓解率、炎性标志物达

标与黏膜愈合、改善患者生存质量的治疗目标^[4]。

刘志明教授(下文尊称“刘老”),1927年出生于湖南湘潭,国医大师,首都国医名师,首批享受国务院特殊津贴专家。刘老矢志岐黄,心系桑梓,2020年在90余岁高龄重返家乡,在湘潭市中医医院建立国医大师传承工作室,开展示范坐诊、讲学传承等工作。刘老从事中医临床、科研、教学工作七十余载,擅长治疗心脑血管疾病、肿瘤、外感热病及内、妇、儿疑难病,对慢性肠道疾病亦有丰富的临床经验和独到的学术见解^[5]。笔者在湘潭实习及工作期间,有幸跟随刘老侍诊学习。现将刘老

*基金项目:湖南省局市(州)联合中医药科研项目(E2023021);湘潭市医学科研项目计划(2024-xtyx-88);国医大师刘志明传承工作室(湘潭)建设项目(潭卫函[2020]115号)

通信作者:李琳,女,主任医师,研究方向为运用中医经典治疗内科疾病

- [11] 田雨彤,周燕芳,刘江涛,等.基于“肝肾同源”辨治未破裂卵泡黄素化综合征[J].中医学报,2023,38(7):1448-1454.
- [12] 许迪,李楠,白俊,等.从“肝为生殖之枢”探讨排卵障碍性不孕的中医治疗[J].中国医药导报,2021,18(10):121-124.
- [13] 张积思,徐江雁.“肺朝百脉”理论研究评析[J].中华中医药杂志,2020,35(11):5367-5369.
- [14] 任青玲,谈勇.略谈夏桂成经后卵泡期“复阴”的辨治特色[J].江苏中医药,2011,43(9):10-11.
- [15] 夏桂成.妇科方药临证心得十五讲[M].北京:人民卫生出版社,2006.
- [16] 夏桂成.夏桂成实用中医妇科学[M].北京:中国中医药出

版社,2009.

- [17] 谈勇,坤壶撷英:夏桂成妇科临证心得[M].北京:人民卫生出版社,2014.
- [18] 王静.夏桂成教授从心论治闭经的学术思想探讨[J].南京中医药大学学报,2015,31(5):401-406.
- [19] 王进进,花海兵,谈勇,等.夏桂成调心补肾法治疗排卵障碍性不孕心身疾病[J].中国中医基础医学杂志,2024,30(1):131-133.
- [20] 陈颖君,殷燕云,顾旻,等.国医大师夏桂成分期辨治反复种植失败经验[J].中医导报,2023,29(3):217-220.

(收稿日期:2025-04-09 编辑:刘国华)

运用理气托毒补虚法治疗炎症性肠病的经验总结如下,以飨同道。

1 病因病机

中医学无明确对应炎症性肠病的病名,根据其相关临床表现,可将其归属于中医“腹痛”“泄泻”“肠癖”“便血”“痢疾”“肠风”“脏毒”“肠痈”等范畴。现代医学认为其发病机制与遗传易感性、社会心理因素、肠道微生态及免疫异常等相关^[1]。从中医学角度来看,其发病多与饮食不节、情志失调或先天禀赋不足有关。其病位在肠,与肝、脾、肾等功能失调密切相关。因脾胃亏虚,肝脾失调,而致气血失和,气滞络阻,湿热瘀毒蕴结肠道,损伤肠络脂膜,日久甚至入络成巢,耗气伤精,形成恶性循环,严重者还可诱发“炎癌转化”,变生癌病。

1.1 饮食失常,脾胃受损 追溯部分难治性CD患者的饮食史,可发现存在三高(高蛋白、高脂肪、高甜品饮料)一少(少蔬果)饮食习惯的共性。相关研究显示,此种不良饮食习惯可上调白介素-17A(IL-17A)、IL-17F、肿瘤坏死因子- α (TNF- α)等促炎症细胞因子,影响肠道免疫和炎症,导致肠黏膜免疫反应异常和上皮屏障功能减退^[2]。摄食生冷同样会加重IBD患者的临床症状^[3]。《素问·生气通天论篇》载“因而饱食,筋脉横解,肠癖为痔”,暴饮暴食导致“食积”,出现脘腹胀满、噎腐吞酸、大便秘结等症,甚则化生痰湿、湿热等病理产物;长期饥饿导致气血生化无源,脏腑失养,首伤脾胃,由此扰乱脾胃气机,脾失健运,胃失和降,久之可致脾胃虚弱。误食腐败变质食物,易致疫毒内侵、秽浊之邪直侵肠腑,或致胃肠湿热,引发呕吐、腹痛、腹泻等症状。过食辛辣燥热之物易化燥化热,耗损肠道阴液。过食生冷则易损伤脾胃阳气,发为挛痛;过食肥甘厚腻之品碍脾生湿,湿聚成痰,或致湿热蕴结。饮食失常导致脾气亏虚,脾气亏虚则运化无权,水湿停滞,湿邪伤阳,脾阳亏损,或寒湿化热,或湿热直侵,湿热毒邪蕴结肠腑,破坏肠道黏膜屏障,如UC活动期肠镜下可见黏膜弥漫性充血水肿、呈颗粒状^[4]。另一方面,脾气亏虚则无力化生气血,脾不散精,脏腑失养,症见乏力、消瘦。炎症性肠病的肠外表现及并发症中,贫血最为常见^[5]。

1.2 情志失调,木郁乘土 心理应激可激活下丘脑-垂体-肾上腺(hypothalamic-pituitary-adrenal, HPA)轴,释放糖皮质激素,影响肠道菌群组成,进一步影响胃饥饿素、胃泌素等与摄食、消化有关的脑肠肽的分泌,导致机体在抑郁寡欢、烦躁易怒的同时并见纳差、痞满、腹胀、便溏等脾虚表现^[6]。中医学认为,肝主疏泄,疏通畅达全身气机,通则津不滞,达则血不郁。肝之疏泄促进脾胃运化和胆汁排泄,且肠道是饮食物消化吸收的重要场所,小肠之受盛化物、泌别清浊,大肠之传导糟粕、吸收津液功能均在肝主疏泄功能的调节下进行。《血证论·脏腑病机论》载:“木之性主乎疏泄。食气入胃,全赖肝木之气以疏泄之,则水谷乃化。设肝不能疏泄水谷,渗泄中满之证在所难免。”现代研究亦表明,平滑肌系统是肝主疏泄的效应器,与中医学“肝主筋膜”理论相契合,胃肠道的蠕动依赖于平滑肌的舒缩,因此肝之疏泄功能可以影响胃肠道蠕动^[7]。其次,肝主疏泄情志,若精神愉快,血气和平,则肝气条达,食

纳亦佳。若患者长期喜怒无常,情志不遂,肝郁气滞,阻滞中焦气机,肠络中气血津液运行不利,日久酿液成痰,滞血为瘀,湿热瘀痰胶着难解,进一步损伤肠络,正如《灵枢·上膈第六十八》载“喜怒不适……则寒汁流于肠中……卫气不营,邪气居之……下管虚则邪气胜之,积聚以留,留则痈成,痈成则下管约。其痈在管内者,即而痛深”。其中“下管”即肠管,无形之邪久稽,正虚邪盛,久损形质,渐生有形之物,肠镜下可见卵石样改变、裂隙样溃疡、瘘管,腹部可触及实质性包块^[8]。

1.3 禀赋不足,久病及肾 肾为先天之本,主生殖,藏先天之精。先天禀赋不足者,其卫外不固则易感六淫,受邪后正虚不能托毒外出,毒邪内陷于肠腑募原之间,受饮食、情志等诱发;或直接受父母禀赋所传而患病。现代基因组学研究表明,NOD2基因作为先天免疫调节因子^[9],其功能缺失性突变可导致潘氏细胞自噬功能障碍^[10],使肠道菌群稳态失衡。研究发现,ATG16L1、IL23R等多基因位点与IBD易感性相关,提示禀赋异常具有多维度遗传特征^[11]。若病程日久,毒邪深伏,邪气鸱张,脾气愈发亏虚,正退邪进,浊毒瘀滞脉络,入络成巢,癥瘕积聚,可能渐生癌变。研究表明,IBD患者肠黏膜屏障的缺损会导致肠道稳态失衡、上皮细胞分化失控,其患结肠癌风险较正常人增加4~7倍^[12]。癌病日久及肾,呈现脾肾双亏之态,则生机乏源,临床可见患者肌肉消瘦、面色晦暗等“大肉尽脱”之象,此乃《素问·玉机真脏论篇》所述“形弊血尽”之危候。

刘老指出,在IBD的发生发展过程中,饮食失常、情志失调、禀赋不足是IBD的重要病因,脾肾亏虚、肝气郁结是IBD的启动因素,湿热蕴肠、痰瘀阻络、伏毒留滞是导致IBD反复发作的重要病理生理过程,耗气伤精、正虚邪进、癥瘕积聚、甚或酿毒生癌是最终结果。“气结-毒滞-虚损”的病机链贯穿IBD的始终。

2 治则治法

现代医学对IBD的治疗聚焦于抑制异常的黏膜免疫炎症反应,多采用水杨酸制剂、糖皮质激素类、免疫抑制剂及生物制剂等综合治疗。刘老指出,中医整体的宏观调节有别于西医针对微观靶向的“抑”免疫思路,提出“理气-托毒-补虚”动态辨治体系。其能在西医控制急性炎症优势的基础上,发挥改善疲劳乏力、营养不良等全身表现^[13],有效改善患者生活质量的的优势,治疗上强调理气以复肠腑通降之性,托毒以祛除肠络伏邪,补虚以固护先后天之本。

2.1 培土益中顾健运,疏肝畅郁勿截阴 IBD属“久痢”“肠癖”范畴,其病位在肠,与中焦肝脾功能失调密切相关。现代医家多选用四君子汤^[14]、参苓白术散^[15]等为基础方以益气扶脾为要。刘老认为,肝脾之治,首在调气。调气之要有四:一是疏郁滞之肝气,二则补亏虚之脾气,三乃敛肺气以涩肠,四是拨气机之升降。故临证时常在补气方中配伍升麻、柴胡、桔梗、枳壳、厚朴以升降气机,拨转脾胃枢机。木气旺时,肝气暴急,乘虚犯脾,肠鸣痛泻,正如《医方考》所言“泻责之脾,痛责之肝;肝则之实,脾则之虚,脾虚肝实,故令痛泻”,刘老主张李东垣“土中泻木”理论,选用痛泻要方柔肝理脾。其关键在于方中白芍与防风剂量之比,白芍柔肝缓急,缓解肠道脂络痉

挛以止痛,用量宜大,可至20g;“风气通肝,防风入肝,甘温发散”^[20],防风辛能散肝,香可醒脾,用6~9g为宜,剂量轻清,搜剔肠络风邪而轻散出表,痛泻则除。现代研究亦表明,痛泻要方可上调Claudin-1的表达修护肠道黏膜,降低IL-2、TNF- α 等炎症因子水平,可有效改善UC患者排黏液便、排便不爽等临床症状^[21]。中焦虚寒,肝木侮土者,刘老活用经方,首选小建中汤温中补虚,加人参、黄芪益气升阳,炮姜、高良姜温散脾胃积寒;久泄正虚者,加五味子、肉豆蔻敛肺固气以涩肠。

2.2 初清湿热通肠腑,久消痰瘀制病毒 在IBD病情演变的不同时期,湿热、痰浊、血瘀等毒邪贯穿始终且各有侧重。在IBD活动期,湿热毒邪结聚肠腑,损伤肠络,迫血外溢,症见腹痛、黏液脓血便、肛周脓肿等。UC此期肠镜下可见黏膜弥漫性充血、水肿、质脆、浅表溃疡等^[22]。多数医家认为在活动期当以清热利湿为要,以清湿热、解热毒为主要治法^[23]。刘老认为,结合中老年患者虚瘀交织的体质,当辨病邪之性质与深浅,证候虚实之变化,以立法处方,需视病情而予以“清托兼施”之法。刘老在治疗湿热病时多次强调,“辨湿与热孰轻孰重不可盲目用药;辨病位及病邪之浅深层次不可盲目诊断;辨证候之虚实变化不可盲目处方”^[24]。故在治疗上,以清热利湿、通利肠腑之法为主,首选用芍药汤、葛根芩连汤。疫毒重者合白头翁汤为基础加败酱草、薏苡仁消痈排脓,车前子、泽泻分清湿热。强调中病即止,并保留部分益气之品(如黄芪、党参)以固护肠络。在恢复期,湿毒、痰毒、瘀毒交结难解,伏藏于肠,阻滞气机,气血不和,清阳不升,浊阴不降,受饮食、情志的刺激时伏时发,故见反复性腹痛、腹泻或便秘。病程日久,诸毒渐深,正虚邪实,入络成巢,酿生癌毒,如《外科心法要诀》载“积聚成毒,气血凝滞,日积月累,渐成坚块”,终致癌病。现代研究亦表明,IBD可通过“慢性炎症反应-低度异型增生-高度异型增生-癌”的序列演进过程发展为结肠炎相关性结直肠癌^[25]。

2.3 益气养血护肠膜,填精固本防病复 在IBD的治疗过程中,现代医学常使用6-巯基嘌呤、甲氨蝶呤等免疫抑制剂来抑制过度免疫,但其在增强组织修复能力和黏膜屏障功能方面相对不足^[26]。刘老宗《外科正宗》“消、托、补”三法,指出炎症性肠病的治疗要攻补兼施,不可偏废,尤其是“补虚”在增强组织修复能力和黏膜屏障功能方面的重要作用。在攻散积聚毒邪之余,刘老重视补虚益损,气精双燮,促新生肌,修复肠道脂膜。刘老常黄芪、当归、杭白芍三药合用。黄芪益气托毒敛疮,促生新肌;当归养血活血、润肠通便,消除黏膜瘀滞;白芍敛阴柔肝,调和肠道挛急;三药共奏“气充-血活-阴复”之效。补益脾气应贯穿治疗始终,然治肾常易被忽视,《医方集解》云“久泻皆由命门火衰,不能专责脾胃”。刘老指出,炎症性肠病的治疗在补虚护膜、温中固涩的同时,还应辨肾的“气-阴阳-精”的亏虚,分层施补,常以四神丸为基础方加减化裁,气精双补、脾肾同调,从而固护正气,减少病复。

2.4 多法并用,随证加减 炎症性肠病病机复杂,病程迁延,单一治法常难以奏效。刘老基于“气结-毒滞-虚损”的病程演变,指出正虚、气滞、毒瘀互为因果,贯穿疾病全程,并设“理气疏滞、分期攻毒、补虚固本”三法为纲,提出“多法并用,随

证加减”的治疗策略。理气法取“木郁达之”之旨,疏肝调脾以复肠腑通降之性;托毒法宗“分期攻消”之理,活动期清化湿热,缓解期化痰消瘀、消散癥瘕以祛有形之滞;补虚法循“气精双燮”之道,健脾益肾、调补气血以固人体之本。三法主次相宜,并非孤立,理气疏滞可助毒邪外透,托毒逐瘀需借气机通畅,补虚固本则助生化之源。疏中寓补,疏肝、补脾同为理气而设。托里兼调,攻邪临证权衡标本缓急;湿热瘀毒猖獗之际,以攻毒为先,辅以理气导滞;待邪势渐去,则增补益之品,寓攻于补。攻补兼施,攻邪以破瘀消癥、解毒散结为要,补虚以匡扶正气、调变脏腑为旨,大虚之人需先使脾胃健运,正气得复,气血周流,再予攻药,达“消积不伤正,补虚不留邪”之效。三法需视临床实际灵活运用,随证加减。

3 用药特色

针对IBD肝脾失和、脾气亏虚、湿热蕴肠、痰瘀互结、消铄肾精,甚则酿生癌毒的一系列病机,刘老主张以调肝理脾、分期攻毒、补益脾肾为核心的治法,并拟定核心处方为基础随证加减。药物组成:党参10g,黄芪15g,茯苓20g,白术10g,陈皮9g,法半夏9g,柴胡10g,枳壳10g,薏苡仁20g,丹参10g,熟地黄10g,炙甘草6g。方中党参、黄芪为君药,健脾益气,托毒生肌。柴胡、枳壳为臣药,柴胡疏肝解郁,枳壳破气消积,降泄肠腑浊滞,一升一降,调畅肝脾气机,疏解肠道气滞以“调气”。佐以茯苓渗湿健脾;白术燥湿益气;薏苡仁清热利湿排脓,直折肠道湿热瘀毒;丹参凉血活血,祛瘀生新;四药共清肠络瘀热以“理肠”。半夏燥湿化痰,陈皮理气化滞,助君臣药运化中焦,使补而不滞;黄芪益气生肌,修复肠膜,熟地黄滋阴养血,填补肾精以“复元”。全方温清并施,肝脾同调,气精双补以修复肠络脂膜,缓解临床症状,减少复发次数。

临证时刘老强调还应结合患者病邪深浅、正邪强弱随证加减。气滞痛甚者加沉香、延胡索、川楝子、佛手行气止痛;胃气不和者加藿香梗、木香、砂仁、焦三仙理气和胃;血瘀重者加丹参、五灵脂、乳香、没药活血化瘀;湿邪偏重者常选胃苓汤健脾祛湿,分清二便;湿热下迫者选葛根芩连汤合黄芩汤清热燥湿;脂膜失约,久泻滑脱者加肉豆蔻、赤石脂、乌梅、五味子、诃子涩肠止泻;酿生癌毒者选蒲公英、半枝莲、川贝母、白花蛇舌草攻消癥瘕;肾亏精伤者用续断、桑椹、桑寄生、何首乌补肾益精。

4 验案举隅

患者,女,73岁。初诊:2020年7月7日。主诉:反复腹痛3年,加重1d。患者2017年10月因腹胀腹痛伴体质量下降就诊于外院,肠镜确诊“结肠克罗恩病”,长期口服美沙拉嗪缓释片(1.5g/次,3次/d)、双歧杆菌三联活菌片(420mg/次,3次/d)等,间断使用异烟肼片(0.3g/次,1次/d)、奥硝唑分散片(0.5g/次,2次/d),每周皮下注射甲氨蝶呤(15mg/次)。刻下症见:脐周及右下腹隐痛,受凉食冷后加重,口干喜温,易汗出,小便可,大便日行三四次,便溏。既往有慢性萎缩性胃炎、胃溃疡、混合痔术后(2014年本院行痔疮切除术+肛瘘挂线术)、肺结核(已规范抗痨治疗)病史。查体:腹软,上腹轻压痛,无反跳痛,右下腹可触及条索状包块(约3cm×2cm),肠鸣音5次/min。舌

脉:舌质暗红,舌底脉络迂曲,苔少,脉滑稍数。西医诊断:结肠克罗恩病(活动期,中度)。中医诊断:腹痛;辨证:脾胃气虚、痰湿阻滞、阴虚内热证。治法:健脾益气化痰,清热养阴生津。方用香砂六君子汤加减,处方:茯苓12g,白术12g,人参片5g,木香6g,砂仁9g,陈皮9g,法半夏9g,麦冬12g,玉竹9g,黄芩10g,炙甘草9g。7剂,1剂/d,水煎服,分早晚温服。嘱低渣饮食,忌生冷油腻;监测体温及腹痛频率。

2诊:2020年7月14日。患者诉腹痛明显减轻,大便成形,日行一二次,口干咽痛,纳一般,寐差,小便稍黄。舌质淡红,苔薄白,脉细。辨证:脾虚湿阻。治法:益气健脾,理气化湿。方用香砂六君子汤,处方:人参片9g,白术12g,茯苓12g,陈皮9g,法半夏10g,木香6g,砂仁9g,炙甘草9g。续服10剂,煎服法同前。

3诊:2020年8月4日。患者服上方后,病情稳定。刻下症见:上腹隐痛,大便干结努责出血,日一行,口干,眠差,舌质淡红,苔薄黄,脉弦滑。辨证:脾虚气滞,兼阴血亏虚。治法:理气健脾,养血安神,处方:陈皮10g,法半夏9g,人参片9g,茯苓10g,白术12g,炙甘草6g,当归10g,白芍10g,酸枣仁15g。5剂,1剂/d,水煎服,分早晚温服。嘱清淡饮食。

7d后随访告知腹痛已除,大便转佳。2025年随访患者病情稳定,腹痛发作频率降低,食纳可,大便正常。

按语:本案患者诊断明确,克罗恩病属于中医“伏梁”“肠癖”范畴。患者年逾七旬,久病体虚,脾胃气虚为本,痰湿阻滞为标,兼有阴虚内热之象。脾胃为后天之本,气虚则运化失职,水谷不化,故见便溏;气虚卫外不固,故易汗出。痰湿阻滞气机,气血运行不畅故见腹痛、舌底脉络迂曲。舌质暗红,苔少,脉滑稍数,均为阴虚内热之象。初诊以香砂六君子汤加减,方中人参大补元气,白术健脾燥湿,二者共为君药。茯苓健脾利湿;陈皮、法半夏燥湿化痰降逆;木香行气止痛,调畅气机;砂仁化湿行气,温中止泻;五药为臣药,助君药理气化痰,调畅气机。佐以麦冬、玉竹清热养阴,兼顾标证;黄芩清热燥湿解毒,针对痰湿郁久化热。炙甘草缓急和中,调和诸药。全方寒温并用,健脾益气为主,兼顾理气化痰,使得补而不滞。2诊时,患者腹痛减轻,大便成形,提示气机渐畅,湿热毒邪得以控制,但口干咽痛、眠差、脉细提示气虚未复且阴血不足,故在2诊中调整攻补比例,保留原方核心结构,人参增量至9g,去麦冬、玉竹、黄芩等清热养阴之品,集中药力于健脾益气。此阶段重点在于“补虚固本”,通过增强脾胃运化功能改善气血生化之源,既巩固首诊调气攻毒之效,又为后续阴血调养奠定基础。3诊时,患者病情稳定,但出现上腹隐痛、大便干结努责出血,提示病机由“气虚湿阻”向“气滞血虚”转变,故以在香砂六君子汤基础上加入当归润肠通便,白芍缓急止痛,酸枣仁宁心安神。“补虚”重心从补气向调血过渡。诸药合用,共奏理气健脾、祛湿化痰、养血安神之效。全案紧扣脾胃气机失调、湿热毒邪蕴结、气阴两虚并存的病机,“理气”贯穿全程,初诊以木香、砂仁疏通气滞,2诊维持理气防复,3诊兼防补药壅滞,始终以“气机通畅”为愈病前提,契合“六腑以通为用”之则。“托毒”侧重初诊:首诊以黄芩、半夏清化湿热

毒邪,直击活动期“毒蕴”病标;待邪暂退后即减攻伐。“补虚”分步推进:初诊气阴双补,2诊专攻健脾益气,3诊转向养血安神。全案治法环环相扣,方随证转,充分体现“理气以复升降,托毒以祛痼疾,补虚以固根本”的学术思想。

5 结 语

IBD病因尚不明确,可归属于中医学“腹痛”“肠癖”范畴,结合中医治疗有期望实现提高临床缓解率、炎性标志物达标与黏膜愈合、改善患者生存质量的治疗目标。刘老矢志轩岐,崇尚仲景,善用经方,不拘时方,博采众方,灵活变通,其结合湖湘地域特点,从“气结-毒滞-虚损”入手,以理气、托毒、补虚为基础,将“调肝理脾,分期攻毒,气精双燮”之法灵活运用于炎症性肠病的诊治中,临床治疗效果显著,值得进一步研究。

参考文献

- [1] DE SOUZA H S P, FIOCCHI C, ILIOPOULOS D. The IBD interactome: An integrated view of aetiology, pathogenesis and therapy[J]. Nat Rev Gastroenterol Hepatol, 2017, 14(12): 739-749.
- [2] TAVAKOLI P, VOLLMER-CONNA U, HADZI-PAVLOVIC D, et al. A review of inflammatory bowel disease: A model of microbial, immune and neuropsychological integration[J]. Public Health Rev, 2021, 42: 1603990.
- [3] 何梦怡,董筠.基于“虚毒瘀”探讨炎症性肠病的病机及治法[J].基层中医药, 2025, 4(5): 71-75.
- [4] 刘雪峰,盛泽伟,彭俞俞,等.基于“态靶辨证”理论探析柳越冬辨治溃疡性结肠炎的临证思路[J].辽宁中医杂志, 2025, 52(9): 35-38.
- [5] 侯道瑞,杨为伟,王璞,等.国医大师刘志明运用调气和血攻毒法治疗结肠癌经验[J].中医药导报, 2023, 29(11): 169-172.
- [6] 巫协宁,吴坚炯.再论克罗恩病的病因、发病机制和治疗[J].胃肠病学和肝病学杂志, 2024, 33(6): 637-640.
- [7] 薛建军,朱维娜,丁康,等.基于“脾阳不伤不泻”理论探究生冷饮食对炎症性肠病的影响[J].中外医学研究, 2025, 23(13): 170-175.
- [8] 中国炎症性肠病诊疗质量控制评估中心,中华医学会消化病学分会炎症性肠病学组.中国溃疡性结肠炎诊治指南(2023年·西安)[J].胃肠病学, 2024, 29(3): 145-173.
- [9] 朱海霞,王朝霞.炎症性肠病相关贫血的研究进展[J].海南医学, 2023, 34(14): 2114-2118.
- [10] 林秩冰,张丹,李长政,等.情绪障碍在炎症性肠病发病机制中的研究进展[J].国际精神病学杂志, 2024, 51(6): 1703-1706.
- [11] 贺亚婕,杜丽坤,李佳睿.基于“土得木而达”探讨肠道微生态在糖脂代谢性疾病发病中的作用机制[J].现代中西医结合杂志, 2024, 33(20): 2817-2822.
- [12] 刘艳.内镜结合病理检查在溃疡性结肠炎与克罗恩病鉴

- 别诊断中的应用价值分析[J].中国现代药物应用,2023,17(8):59-61.
- [13] HUGOT J P, CHAMAILLARD M, ZOUALI H, et al. Association of NOD2 leucine-rich repeat variants with susceptibility to Crohn's disease[J]. Nature,2001,411(6837):599-603.
- [14] CADWELL K, LIU J Y, BROWN S L, et al. A key role for autophagy and the autophagy gene Atg16l1 in mouse and human intestinal Paneth cells[J]. Nature,2008,456(7219):259-263.
- [15] LIU J Z, VAN SOMMEREN S, HUANG H L, et al. Association analyses identify 38 susceptibility loci for inflammatory bowel disease and highlight shared genetic risk across populations[J]. Nat Genet,2015,47(9):979-986.
- [16] JOSTINS L, RIPKE S, WEERSMA R K, et al. Host-microbe interactions have shaped the genetic architecture of inflammatory bowel disease[J]. Nature,2012,491(7422):119-124.
- [17] 曹芝君,陆君涛.炎症性肠病肠外表现的发病机制和处理原则[J].内科理论与实践,2025,20(2):112-119.
- [18] 杨维肖,李毅,李荣荣,等.四君子汤治疗溃疡性结肠炎研究进展[J].中医药导报,2021,27(2):92-96,100.
- [19] 高倩茹.参苓白术散基于肠道菌群改善炎症性肠病药效机制研究[D].武汉:湖北中医药大学,2024.
- [20] 叶天士.本草经解[M].张森,伍悦,点校.北京:学苑出版社,2011.
- [21] 李辽飞,王小嘉,张玉峰.痛泻要方治疗消化系统疾病的临床运用及作用机制研究进展[J].世界中西医结合杂志,2024,19(9):1905-1908.
- [22] 苏晓路,董弛,张静,等.溃疡性结肠炎临床病理特点及鉴别诊断[J].生物医学转化,2022,3(2):66-74.
- [23] 杨雄,汤晓娟,任舒力,等.基于“暴注下迫,皆属于热”探讨名中医何永恒从热论治炎症性肠病临床经验[J].陕西中医,2025,46(2):241-244,249.
- [24] 刘如秀.刘志明医案精解[M].北京:人民卫生出版社,2010.
- [25] ROGLER G. Chronic ulcerative colitis and colorectal cancer[J]. Cancer Lett,2014,345(2):235-241.
- [26] 刘洋,赵平武,何运胜,等.克罗恩病中西医治疗的研究进展[J].现代消化及介入诊疗,2023,28(5):667-671.
- (收稿日期:2025-03-31 编辑:罗英姣)

(上接第191页)

- [4] 国家卫生健康委员会.2022中国卫生健康统计年鉴[M].北京:中国协和医科大学出版社,2023.
- [5] VIRANI S S, NEWBY L K, ARNOLD S V, et al. 2023 AHA/ACC/ACCP/ASPC/NLA/PCNA guideline for the management of patients with chronic coronary disease: A report of the American Heart Association/American College of Cardiology Joint Committee on Clinical Practice Guidelines[J].Circulation,2023,148(9):e9-e119.
- [6] ULLRICH H, OLSCHIEWSKI M, MÜNZEL T, et al. Coronary instent restenosis: Predictors and treatment[J]. Dtsch Arztebl Int,2021,118(38):637-644.
- [7] STEFANINI G G, ALFONSO F, BARBATO E, et al. Management of myocardial revascularization failure: An expert consensus document of the EAPCI[J]. Euro Intervention: journal of Euro PCR in collaboration with the Working Group on Interventional Cardiology of the European Society of Cardiology,2020.
- [8] 朱文锋.证素辨证学[M].北京:人民卫生出版社,2008:230-259.
- [9] 王晓峰,王先敏,胡晓灵,等.沈宝藩临证经验集[M].北京:人民卫生出版社,2010.
- [10] 王晓峰.沈宝藩教授痰瘀同治法治疗冠心病脑中风病的经验[J].陕西中医,1995,16(9):405-406.
- [11] 任炜炜,杨莉,黄晶晶,等.国医大师沈宝藩教授“痰瘀同治、心脑同治”经验述要[J].中西医结合心脑血管病杂志,2024,22(24):4600-4602.
- [12] 国家卫生计生委合理用药专家委员会,中国药师协会.冠心病合理用药指南[J].中国医学前沿杂志(电子版),2018,10(6):19-108.
- [13] 国家药典委员会.中华人民共和国药典:一部[S].北京:中国医药科技出版社,2020.
- [14] 高学敏.中药学[M].2版.北京:中国中医药出版社,2017.
- [15] 李崇钗,张明雪.冠心病痰瘀互结证中医证治研究[J].辽宁中医药大学学报,2021,23(1):132-135.
- [16] 陈枝凡,陈钰璘,聂莎,等.瓜蒌薤白白酒汤调节肠道菌群及其代谢物改善小鼠动脉粥样硬化的实验研究[J].中国比较医学杂志,2024,34(7):10-19.
- [17] 丁小朋,王雷,范飞,等.瓜蒌薤白半夏汤治疗冠心病痰浊内阻证[J].吉林中医药,2025,45(1):76-79.
- [18] 阿提卡·吾布力哈斯木,胡晓灵.沈宝藩临床经验辑要[M].北京:中国医药科技出版社,2000.
- [19] 庄震坤,李颖,陈宏昱,等.基于数据挖掘探究冠心病的证型、证素分布及用药规律[J].广州中医药大学学报,2022,39(10):2219-2225.
- [20] 省格丽,刘芳,万智,等.养心通络汤治疗气阴两虚、血瘀痰阻型慢性稳定性冠心病[J].世界中医药,2020,15(8):1162-1166.
- [21] 白宇,陈晓虎,韩捷,等.基于数据挖掘探讨唐蜀华教授治疗冠心病的用药规律[J].中西医结合心脑血管病杂志,2024,22(5):857-863.
- [22] 何金丽,雷作汉,刘国安.基于数据挖掘刘国安教授治疗冠心病临床用药规律[J].西部中医药,2023,36(2):62-65.
- (收稿日期:2025-04-09 编辑:李海洋)