

谢晶日教授基于肝脾论论治溃疡性结肠炎经验浅析

刘双^{1*}, 秦肆辉¹, 刘冬阳¹, 梁国英^{2#}

¹黑龙江中医药大学研究生院, 黑龙江 哈尔滨

²黑龙江中医药大学附属第一医院消化科, 黑龙江 哈尔滨

收稿日期: 2025年9月23日; 录用日期: 2025年10月21日; 发布日期: 2025年11月3日

摘要

溃疡性结肠炎(Ulcerative Colitis, UC)是一种慢性、易复发的炎症性肠病, 现代医学在治疗中面临副作用显著、停药易复发等挑战。全国名中医谢晶日教授从事治疗溃疡性结肠炎疾病多年, 结合五十余年临床实践, 提出以“肝脾论”为核心、以“调和”为根本大法的UC辨治体系。本文系统阐释谢教授“枢机气滞-土虚湿蕴-肠络损伤”三位一体的核心病机观, 以及“调肝、理脾、和肠”三法贯通的治疗策略。体现其分期论治、动态调方的临证思路, 彰显了中医整体调节、肝脾同调的独特优势, 旨在为UC的诊疗提供一套理法方药完备、临床疗效显著的学术经验。

关键词

溃疡性结肠炎, 肝脾论, 谢晶日, 名医临床经验

A Brief Analysis of Professor Xie Jingri's Experience in Treating Ulcerative Colitis Based on the Liver-Spleen Theory

Shuang Liu^{1*}, Sihui Qin¹, Dongyang Liu¹, Guoying Liang^{2#}

¹Graduate School, Heilongjiang University of Chinese Medicine, Harbin Heilongjiang

²Department of Gastroenterology, The First Affiliated Hospital, Heilongjiang University of Chinese Medicine, Harbin Heilongjiang

Received: September 23, 2025; accepted: October 21, 2025; published: November 3, 2025

*第一作者。

#通讯作者。

文章引用: 刘双, 秦肆辉, 刘冬阳, 梁国英. 谢晶日教授基于肝脾论论治溃疡性结肠炎经验浅析[J]. 中医学, 2025, 14(11): 4671-4678. DOI: 10.12677/tcm.2025.1411674

Abstract

Ulcerative Colitis (UC) is a chronic and relapsing inflammatory bowel disease. Modern medicine faces challenges in its treatment, such as significant side effects and a high relapse rate upon drug withdrawal. Professor Xie Jingri, a nationally renowned master of Traditional Chinese Medicine (TCM), with decades of experience in treating UC and over fifty years of clinical practice, has established a UC diagnosis and treatment system centered on the “Liver-Spleen Theory” and fundamentally guided by the principle of “Harmonization”. This article systematically elucidates Professor Xie’s core pathogenesis perspective of a triadic mechanism: “stagnation of pivot qi—spleen deficiency with dampness accumulation—intestinal collaterals damage”, along with the corresponding treatment strategy integrating three methods: “regulating the liver, fortifying the spleen, and harmonizing the intestines.” It reflects his clinical approach of stage-based treatment and dynamic prescription modification, highlighting the unique advantages of TCM in holistic regulation and simultaneous modulation of the liver and spleen. The aim is to provide a comprehensive academic experience with complete theory, method, formula, and materia medica, as well as significant clinical efficacy for the diagnosis and treatment of UC.

Keywords

Ulcerative Colitis, Liver-Spleen Theory, Xie Jingri, Clinical Experience of Distinguished Physicians of Traditional Chinese Medicine

Copyright © 2025 by author(s) and Hans Publishers Inc.

This work is licensed under the Creative Commons Attribution International License (CC BY 4.0).

<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>



Open Access

1. 引言

溃疡性结肠炎是一种慢性非特异性肠道炎症性疾病，临床主要表现为反复发作的腹痛、腹泻和黏液脓血便，其病程迁延、反复发作的特点使其成为消化内科领域的难治病之一[1]。现代医学多采用氨基水杨酸制剂、糖皮质激素、免疫抑制剂及生物制剂等进行治疗[2]，虽能一定程度上诱导并维持缓解，但仍面临副作用明显、停药易复发、部分患者应答不佳等困境。中医虽无“溃疡性结肠炎”之病名，但根据其临床表现，可将其归属于“久痢”、“休息痢”、“肠癖”、“滞下”等范畴。传统论治多从大肠湿热、脾肾阳虚、阴血亏虚等角度入手，辨证分型虽详，然有时难免陷入“见肠治肠”的局部思维，对于病情反复、情绪因素显著、寒热错杂者，疗效常不稳定。中医药基于独特的理论体系和丰富的治疗手段，在改善溃疡性结肠炎临床症状、降低该病的复发以及进一步提高患者的生活质量方面具有显著的优势。

谢晶日教授为全国著名中医内科专家，躬耕临床、教学、科研五十余载，精研消化系统疾病，对肝脾理论在疑难肠病中的应用有独到见解。谢晶日教授基于《黄帝内经》“土疏泄，苍气达”及《金匮要略》“见肝之病，知肝传脾，当先实脾”等经典论述，结合大量临床实践，深刻认识到肝、脾二脏在 UC 发生、发展及转归中的核心主导作用。摒弃单纯清热化湿或温补脾肾的“碎片化”思想，创立了以“肝脾论”为理论基石，以“调和”为根本大法的 UC 诊疗体系，临床疗效显著。

2. 理论根基：肝脾生理相协之理

谢晶日教授认为，欲论治 UC，必先明肝脾生理相协之理，方能洞悉其病理相损之机。生理上，肝主

疏泄，性喜条达，不仅调畅一身之气机，更能疏泄胆汁，助脾胃之运化；其疏泄功能亦包括调节情志活动，保持精神愉悦。脾主运化，为气血生化之源，气机升降之枢纽；脾之升清，与胃之降浊相协调，共同维持饮食物的消化、吸收与输布[3]。肝属木，脾属土，肝气犹如春木疏松土壤，方能利于万物生长。肝木疏泄助脾运，是为“木疏土”；脾土生化以养肝，是为“土培木”。木土相协，相辅相成，共主疏泄运化，则气机调畅，清升浊降，肠腑传导正常。

3. 核心病机：枢机气滞 - 土虚湿蕴 - 肠络损伤三位一体

3.1. 枢机气滞：病机启动之动力与枢纽

“枢机”乃气机升降出入之要冲，关乎一身之气化。谢晶日教授认为，枢机气滞为 UC 启动之关键环节，其核心在于肝胆枢机与脾胃枢机的失和。

3.1.1. 肝胆枢机不利，气失疏泄

肝属木，主疏泄，调畅气机与情志，为“一身气化之始”。患者或因长期精神紧张、焦虑、抑郁，扰动肝气，致其疏泄失常则气不能畅，形成“肝气郁结”；或因暴怒愤懑，疏泄太过则气机横逆，形成“肝气上逆”或“肝火亢盛”。肝失疏泄，则一身气机为之壅塞，此为“枢机气滞”的首要含义。它不仅是情绪的反应，更是整个病理过程的始动环节和持续存在的推动力，完美解释了 UC 病情随情绪波动而变化的特征。

3.1.2. 脾胃枢机停塞，升降逆乱

脾主升清，胃主降浊，为人体气机升降之枢纽，是“枢机”的另一关键所在。肝失疏泄，最易横逆犯胃克脾，即“木旺乘土”，直接导致脾胃升降之枢失灵。清阳不升，反而下陷，则为泄泻；浊阴不降，壅滞于中，则见腹胀、痞满。中焦气机的壅滞，反过来又会阻碍肝气的条达，形成“土壅木郁”的恶性循环。因此，“枢机气滞”实则包含了肝郁与脾滞两个层面，二者互为因果，共同导致全身气机紊乱。

3.2. 土虚湿蕴：病机形成之基础与土壤

“枢机气滞”为病之先导，而“土虚湿蕴”则是疾病得以扎根和深化的内在基础与病理土壤。

3.2.1. 脾虚为本，运化无权

脾虚是 UC 发生的根本内在条件。其或由素体脾胃虚弱，或由饮食不节(恣食生冷、肥甘)直接损伤，或由肝气长期克伐所致。脾虚则运化水谷精微的功能减退，气血生化之源匮乏，机体抗病与修复能力下降，此为其一。其二，脾虚则运化水湿的能力失常，导致水液代谢障碍，湿邪内生。即《素问·至真要大论》云：“诸湿肿满，皆属于脾。”故脾虚是病理基础和迁延不愈的根源。

3.2.2. 湿蕴为标，缠绵胶着

内湿既生，因其性重浊、黏滞，极易困阻脾阳，进一步加重脾虚，形成“脾虚 - 湿困 - 更虚”的恶性循环。湿邪蕴结中焦，阻碍气机，使“枢机气滞”更为严重。湿邪郁久，则易从阳化热，形成湿热；若患者素体阳虚，或过用寒凉，亦可从阴化寒，成为寒湿。临床上以湿热最为常见。湿热之邪，既作为病理产物，又作为新的致病因素，弥漫三焦，但其性趋下，最易下注大肠，为肠络的损伤准备了直接的“攻击武器”[4]。

3.3. 肠络损伤：病机归结之表现与结局

“枢机气滞”与“土虚湿蕴”在体内的病理演变，其最终的、局部的表现与归宿，即是肠络的损伤。

3.3.1. 湿热下注，灼伤肠络

湿热之邪下注于肠腑，与肠中糟粕相搏结，壅滞气机，腐蚀肠膜。热盛则肉腐，湿盛则肿溃，湿热交蒸，灼伤血络，迫血妄行，从而导致结肠黏膜的炎症、糜烂、溃疡及黏液脓血便[5]，此为 UC 活动期最直接的表现。

3.3.2. 久病入络，瘀毒互结

病情迁延不愈，一方面，肝郁气滞导致血行不畅；另一方面，脾虚不运，则气虚无力推动血行，二者共同导致肠络中瘀血内生。加之湿热邪毒长期蕴结，不断腐蚀肠膜，灼伤血络，使得“湿热瘀毒”相互搏结，胶着难解，深伏于肠络之中，成为 UC 病情缠绵反复、迁延不愈的“宿根”。镜下所见黏膜充血、暗红、颗粒增生、假息肉形成，乃至肠壁增厚、纤维化，均与“瘀血阻络”的病机高度吻合[6]。此即叶天士所言“初病在气，久病入络”之体现。

谢晶日教授强调，“枢机气滞 - 土虚湿蕴 - 肠络损伤”是一个紧密连环、动态发展的统一体，三者并非孤立存在，而是相互交织，互为因果。枢机不利加重土虚湿蕴，土虚湿蕴进一步妨碍枢机运转，二者共同作用，最终必然导致肠络的严重损伤。因此，治疗也必须三者统筹兼顾。

4. 治疗策略：调肝、理脾、和肠三法贯通

4.1. 调肝之法：疏泄解郁以启闭塞之枢，旨在燮理中州

谢晶日教授强调，“调肝”是扭转病机、打开局面的关键第一步。其目的在于恢复肝木疏泄之常，使气机这条“河流”重新畅通，并且谢晶日教授指出“调肝”之法，绝非孤立疏泄肝郁，而是将调肝作为恢复中焦气机升降之枢纽、解除脾土困遏的核心手段。

4.1.1. 疏肝理气，首重运脾，以复中焦升降

《医方考》曾言：“泻责之脾，痛责之肝；肝责之实，脾责之虚，脾虚肝实，故令痛泻。”谢晶日教授认为，肝气郁结是导致中焦枢机不利的始动因素。肝郁不达，则疏泄失常，犹如树木之根干盘结，无法疏土，必致脾胃气机壅滞，升降失调，清浊不分而泄泻作矣。故疏肝必以运脾为要，疏泄之目的乃在于恢复脾升胃降之常。谢晶日教授于此多喜用柴胡，配以佛手、香橼等疏肝之品，共同畅达肝气。柴胡，一则条达肝气，疏通肝气助脾胃运化；二则长于升举脾胃清阳之气，尤善治久泄久痢。佛手气清香而不烈，性温而不峻，功专疏肝理气、和中止痛，兼能燥湿化痰；香橼辛微苦酸而温，力能疏肝解郁、理气宽中，其性偏于疏通，兼有健脾之效。三药相伍，其性平和，疏肝解郁而不耗气伤阴；理气和中而不峻猛助热，最能体现“轻灵疏泄，调和肝脾”之旨，共奏“木郁达之，土壅疏之”之功，使肝气条达，郁滞自通，以复肝用，脾运得复，升降有序则泄泻自止。

4.1.2. 柔肝养肝，滋阴养血，以达培土荣木

对于病程迁延，阴血暗耗，或素体阴虚，致肝体失养、肝用不及者，谢晶日教授强调此非单纯疏泄可解，当以“厚土以荣木”的间接调肝法，即通过健脾益气、滋养阴血以濡养肝木。谢晶日教授认为，肝体阴而用阳，其阴血有赖脾土之化源。故常选用当归、白芍等滋阴养血、柔肝缓急之品，并必与炒白术、炒薏苡仁、炒山药等健脾益气之药相合，再佐木香等轻疏之品以防滋腻壅滞。如此配伍，健脾益气以资化源，滋阴养血以润肝体。通过健脾以充化源，使肝木得养，其性自柔，不复横逆克犯脾土。此法寓“土得木而达，木赖土以培”之思想，乃治本之图，亦为久病调护之要诀。

调肝之最终目的，在于“复其疏泄之职，启其闭塞之枢”。通过疏肝与养肝的灵活运用，使肝木调达，中焦气机得以畅通，脾土不再受肝木之克伐，则运化健旺，升降复常，为疾病之向愈奠定坚实基础。此法深刻体现了谢晶日教授在肝脾论理论指导下，立足整体、调和脏腑的学术特色。

4.2. 理脾之法：运化中州以固后天之本，贵在知常达变

谢晶日教授认为，脾胃位居中焦，如釜中之薪，为人体气机升降之枢纽、气血生化之根本。溃疡性结肠炎虽病在大肠，然其迁延不愈、反复发作之根由，十有八九系于脾土。故其理脾之法，绝非呆补蛮塞，而是寓泻于补，寓通于健，其精要在于“运”字，旨在恢复中焦如沅如旋的生理状态。

4.2.1. 健脾益气，分型而施，重在运化有权

谢晶日教授视健脾益气为理脾之基，UC 治本之策。然其补益，绝非堆砌补药，而是务求补而能运，滋而不腻。谢晶日教授用药极为精当，对于脾气虚为主者，首选黄芪、党参、炒白术等，平补平泻。若兼中气下陷，见坠胀、脱肛者，轻者于方中佐入柴胡、升麻少许，如画龙点睛，藉其升提之性，引领清阳上升，重则投以补中益气汤，大补脾胃之气，复其升提之职。若气阴不足，或活动期用过苦寒致气阴两伤者，则以太子参易党参，取其气阴双补之性。对于白术的应用，谢晶日教授经验更是独到：大便溏稀甚者用炒白术，以增健脾燥湿之力；若大便粘滞不爽，里急后重明显，虽有便溏，仍选用生白术，因其在健脾之余，尚有润通之性，能解除肠道之壅滞。

4.2.2. 运脾化湿，贯穿始终，旨在铲除宿根

谢晶日教授极度重视“湿邪”在 UC 病程中的核心地位，提出“湿浊不化，脾无宁日，病无愈期”的学术观点。化湿之法，因此贯穿治疗始终，其目的是为脾土的健运扫清障碍。

针对中焦湿困，脘痞腹胀、苔腻厚者，善用苍术、厚朴、陈皮。苍术气味雄烈，燥湿力宏，为运脾之要药；厚朴下气除满，能破中焦之壅滞；陈皮理气化湿。三药合用，重在“运”与“燥”，恢复脾之运化。正所谓“治湿不治脾，非其治也”。若湿困脾阳，导致纳呆、口淡无味，教授喜用砂仁、白豆蔻等芳香之品。此类药辛温香窜，能醒悦脾胃，激发其运化功能，犹如拨云见日，使困顿之脾土得以苏醒。谢晶日教授强调“治湿不利小便，非其治也”，因此治疗时常配薏苡仁、茯苓、泽泻等，性平味淡，能渗利水湿，导湿浊从前阴而出，为湿邪开辟出路，减轻脾之负担。此外谢晶日教授指出运脾化湿是缓解期防止复发的关键所在，即便症状消失，仍需坚持一段时间轻剂量的健脾化湿治疗，此乃“筑土固堤”之策，以“铲除湿邪再生之土壤”。

4.2.3. 温脾散寒，巧用反佐，妙在寒温共济

对于久病及肾、脾肾阳虚之五更泻、畏寒肢冷者，温补脾肾固属必需，常用干姜、肉桂、补骨脂、肉豆蔻。但谢晶日教授格外警惕，因 UC 本质为本虚标实，体内常有残留之湿热瘀毒。故他绝少纯用温补，必佐以少量黄连、黄柏或活血之丹参、赤芍，形成“寒温并用，通补兼施”之格局^[7]。如此，则温阳而不助火，补虚而不留邪，体现了其高超的处方艺术。

谢晶日教授理脾之目的，旨在“强其运化之能，固其升降之枢”。通过健、运、温诸法的灵活应用，使脾胃这把“釜底之薪”重新旺燃，则气血生化有源，水湿得以运化，清升浊降复常，不仅能切断湿热下注之源，更能濡养周身及受损之肠络^[8]，实为治疗 UC 的根本大法。

4.3. 和肠之法：清化通络以安受损之腑，妙在层次分明

谢晶日教授视肠腑为 UC 之“病所”，其“和肠”之法，是用药直指肠络，为清除病理产物、修复组织损伤的关键手段。此法绝非一味清泻或收敛，其核心在于把握“邪正盛衰”的尺度，做到攻邪不伤正，补敛不留邪。

4.3.1. 清肠化湿，慎用苦寒，首重气血并调

UC 活动期脓血便、里急后重，湿热邪毒炽盛、灼伤肠络标象显著，清热化湿确属首要。但谢晶日教

授对此慎之又慎,主张“衰其大半而止”,中病即止。因其深知 UC 之湿热,源于中焦脾虚不运,本虚标实。若用过黄芩、黄连、黄柏等大苦大寒之品,虽热势暂挫,但极易损伤中阳,加重气滞,导致湿热之邪郁遏于内,愈加胶结难解,形成“残湿余热”伏留之局面,为日后复发埋下祸根。此外,苦参、白头翁、马齿苋等亦是其常用之品,此类药物清热之力虽稍逊,但性味相对平和而专于肠胃。

4.3.2. 化瘀通络,直捣病所,是为经验精髓

谢晶日教授基于“久病必瘀”、“久病入络”理论,结合现代内镜下所见肠黏膜糜烂、瘀斑、颗粒增生、假息肉等形态改变,提出“瘀血阻络是 UC 迁延不愈之宿根”的学术观点。即刘完素所说“行血则便脓自愈,调气则后重自除”[9]。谢晶日教授首推三七粉(冲服),誉其为“和肠定溃之要药”,因其兼具“止血而不留瘀,化瘀而不伤正”的独特优势[10],完美契合 UC 便血与瘀血并存的病机。此外丹参为其常用之品,能凉血活血、祛瘀生新,对于湿热瘀结者尤为适宜;赤芍能清热凉血、散瘀止痛,常用于活动期热象明显者;地榆炭则专入下焦,凉血止血兼能收涩,为止血妙药。

4.3.3. 敛疮生肌,把握时机,严防闭门留寇

当病情进入缓解期,脓血便基本消失,唯余大便溏薄、偶带粘液,谢晶日教授会在清热化湿、活血化瘀的基础上,轻佐白及、儿茶、白芷等敛疮生肌之品。但谢晶日教授反复强调,此法必须建立在“邪气已衰其八九”的基础上,即湿热已清、瘀血渐化之时方可使用。切不可过早投用,否则犹如“关门留寇”,将残留之湿热瘀毒壅遏于内,导致病情反复,前功尽弃。此外其应用常佐以少量健脾、理气或清热化瘀之品,确保补敛而不壅滞。

谢晶日教授和肠之目的,在于“祛其壅滞之邪,修其损伤之络”。通过清化、活血、生肌三法的层次递进与灵活配合,直接消除肠道炎症,改善循环,修复组织,是取得近期疗效、控制病情活动的关键,与其“调肝”、“理脾”之本法治则相辅相成,共同构成了一个从整体到局部、从本到标的完整治疗体系。

谢晶日教授强调,“调肝、理脾、和肠”三法绝非割裂应用。在疾病活动期,多以“和肠”为主,兼以“调肝理脾”,重在清热化湿、活血通络以控制症状;在缓解期,则转为“理脾调肝”为主,兼以“和肠”,重在健脾益气、疏肝解郁以巩固疗效,防止复发。整个治疗过程,需时时着眼于恢复肝、脾、肠三者之间的动态平衡。

5. 验案举隅

患者张某,女,38岁,公司职员。2023年10月12日初诊。

主诉:反复黏液脓血便伴腹痛2年,加重1个月。

现病史:患者2年前因工作压力大后出现腹泻,每日3~5次,夹黏液及脓血,伴左下腹隐痛,里急后重。曾于外院行肠镜示“左半结肠黏膜充血水肿、糜烂伴浅溃疡”,病理提示“隐窝结构紊乱、炎细胞浸润”,诊断为“溃疡性结肠炎”。予美沙拉秦口服及灌肠治疗,症状可缓解,但停药或情绪紧张时复发。近1月因项目考核焦虑症状加重,大便每日5~7次,脓血增多,腹痛明显,脘腹胀满,纳差,乏力,小便调,夜寐不安。舌质暗红,边有齿痕,苔黄腻,脉弦细滑。

既往史:平素工作压力大,饮食不规律,有慢性胃炎病史。

中医诊断:久痢(肝郁脾虚,湿热瘀阻证)。

西医诊断:溃疡性结肠炎。

中医治法:疏肝健脾,清肠化湿,化瘀止血。

处方:柴胡10g、香橼15g、白芍15g、生白术15g、党参15g、黄芪15g、黄芩10g、黄连10g、黄柏10g、地榆炭15g、白头翁15g、丹参15g、木香6g、三七粉10g(冲服)。7剂,水煎服,日1剂,

水煎 300 mL，早晚分服。并嘱患者忌食生辣腥冷、油腻黏滑、含粗纤维之品。

二诊：患者脓血便减少，每日 3~4 次，腹痛减轻，仍脘腹胀满，纳差，舌暗红，苔薄黄腻，脉弦细。谢晶日教授指出患者湿热渐清，去黄芩、黄连、黄柏、白头翁防过用苦寒；加陈皮、焦三仙各 15 g 增强理气消胀、开胃健脾之力；加薏苡仁 30 g 增强健脾渗湿之功。14 剂，水煎服，日 1 剂，水煎 300 mL，早晚分服。

三诊：患者大便每日 1~2 次，基本成形，偶有少量黏液，无脓血，腹痛消失，食欲改善，情绪转佳，舌红，苔薄黄白腻，脉细。谢晶日教授指出患者邪去正虚，减少疏肝药量，去香橼、木香；加大健脾益气之力黄芪由 15 g 改为 20 g，加炒山药 20 g，去生白术加炒白术 15 g；加白及 10 g 敛疮生肌，促进肠黏膜修复；陈皮由 15 g 改为 10 g 理气防补腻。巩固治疗 4 周后，诸症皆除。

按语：患者因长期情志不畅，肝气郁结，木郁乘土，脾失健运，湿浊内生，郁久化热，下注肠腑，损伤肠络，而成久痢。治疗上遵循“调肝、理脾、和肠”三法贯通的原则：初诊时患者处于活动期，湿热瘀阻标象明显，故以疏肝健脾治其本，清肠化瘀治其标。方中柴胡、香橼、白芍调达肝气；党参、白术、黄芪健脾运脾；黄芩、黄连、黄柏、白头翁清肠中湿热，现代医学研究发现，黄芩、黄连、黄柏具有强大的抗炎、抗菌、抗病毒、抗溃疡等药理作用，可以通过减少肠道黏膜的炎症反应、增强肠黏膜屏障、调节免疫细胞等多种途径来减轻 UC 症状[11][12]，此外研究指出白头翁能调节肠道菌群、改善免疫平衡、修复肠道上皮屏障以改善 UC 症状[13][14]；地榆炭、三七粉化瘀止血，符合“行血则便脓自愈”之旨，现代药理学研究发现三七主要成分有三七素、三七总皂昔、黄酮、挥发油、氨基酸、糖类等有效成分，其具有止血抗炎、抗纤维化、抗肿瘤、消除氧自由基、抗氧化等作用[15]。二诊湿热渐去，减少苦寒清热之品，加强理气健脾、化湿和中之功，加入陈皮、焦三仙、薏苡仁等，体现“理脾为要”的思想。三诊邪去正虚，转为健脾益气为主，轻疏肝气为辅，佐以敛疮生肌之品。重用党参、黄芪、炒山药、炒白术健脾益气，培土荣木；少佐柴胡、陈皮疏理气机；加白及促进黏膜修复，现代研究表明，白及及其多种活性成分可上调肠上皮屏障紧密连接蛋白的表达，增强黏膜屏障的修复和防御功能[16][17]，体现缓解期“扶正固本”的原则。由此可见，谢晶日教授处方用药既重视局部肠络损伤的修复，又注重整体肝脾功能的调和，疗效显著。

6. 结语

谢晶日教授基于肝脾论理论论治溃疡性结肠炎的经验，是对中医整体观念和脏腑相关理论的深刻实践与创新发挥，谢老突破传统“见肠治肠”的局限，创立了以“肝脾论”为理论基石、以“调和肝脾”为根本大法的溃疡性结肠炎辨治体系，抓住了本病“本虚标实、寒热错杂、缠绵反复”的复杂特点，其提出的“枢机气滞 - 土虚湿蕴 - 肠络损伤”核心病机观，以及“调肝 - 理脾 - 和肠”三位一体的治疗法则，既重视疏泄肝气以启枢机，又注重健脾运湿以固本清源，更擅清化通络以修复肠络，构成了一个逻辑严密、层次清晰、动态变化的诊疗体系。谢教授的这一独特经验不仅临床疗效显著，也为中医药治疗慢性难治性肠病提供了宝贵的理论创新与实践范例，具有重要的临床推广与科研价值。

基金项目

黑龙江省中医药经典普及化专项课题项目(ZYW2024-047)。

参考文献

- [1] Le Berre, C., Honap, S. and Peyrin-Biroulet, L. (2023) Ulcerative Colitis. *The Lancet*, **402**, 571-584. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(23\)00966-2](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(23)00966-2)
- [2] 史瑞, 李军祥, 沈洪, 等. 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.

- [3] 南楠, 郝闻致, 李琳, 等. 从肝脾同治视角探讨下丘脑-垂体-肾上腺轴与肠脑轴双向调节抑郁症[J]. 北京中医药大学学报, 2025, 48(7): 896-902.
- [4] 吴皓萌, 叶志宁, 郑欢, 等. 从湿邪“伏、积、发、变”探讨溃疡性结肠炎病机[J]. 中华中医药杂志, 2025, 40(4): 1635-1638.
- [5] 梁路明, 吕文亮. 从“湿热伏邪”探讨溃疡性结肠炎证治机制[J]. 中华中医药杂志, 2025, 40(4): 1639-1643.
- [6] 王艳阁, 谢晶日. 谢晶日分期辨治溃疡性结肠炎经验[J]. 辽宁中医杂志, 2024, 51(1): 32-34.
- [7] 吴佳禾, 崔慕瑶, 陈雪, 等. 基于寒气生积探讨炎症性肠病炎-癌转化辨治思路[J]. 中医杂志, 2025, 66(14): 1489-1494.
- [8] 龙丹, 张伟, 徐寅, 等. 从“脾为之卫”理论探析线粒体自噬在溃疡性结肠炎中的作用[J]. 中国中医药信息杂志, 2025, 32(8): 19-23.
- [9] 周天惠, 杨雪梦, 宋依蓬, 等. 运用“阴阳水火气血论”分期辨治溃疡性结肠炎[J]. 中医杂志, 2025, 66(18): 1944-1948.
- [10] 孟梦, 周强, 朱春洋, 等. 张声生教授辨治溃疡性结肠炎中医临证经验[J]. 世界中医药, 2022, 17(6): 838-842.
- [11] 任宇航, 刘志君, 祝颂, 等. 黄连的化学成分及其治疗溃疡性结肠炎研究进展[J]. 现代中西医结合杂志, 2024, 33(10): 1447-1454.
- [12] 周恩慧, 王振亮, 许菲斐. 论黄连在溃疡性结肠炎治疗中的应用[J]. 中华中医药学刊, 2025: 1-12.
- [13] Chen, X.-Q., Lv, X.-Y. and Liu, S.-J. (2021) Baitouweng Decoction Alleviates Dextran Sulfate Sodium-Induced Ulcerative Colitis by Regulating Intestinal Microbiota and the IL-6/STAT3 Signaling Pathway. *Journal of Ethnopharmacology*, **265**, Article ID: 113357. <https://doi.org/10.1016/j.jep.2020.113357>
- [14] Miao, Z., Chen, L., Feng, H., Gu, M., Yan, J., Xu, Y., *et al.* (2021) Baitouweng Decoction Ameliorates Ulcerative Colitis in Mice Partially Attributed to Regulating Th17/Treg Balance and Restoring Intestinal Epithelial Barrier. *Frontiers in Pharmacology*, **11**, Article ID: 531117. <https://doi.org/10.3389/fphar.2020.531117>
- [15] 冯陆冰, 潘西芬, 孙泽玲. 三七的药理作用研究进展[J]. 中国药师, 2008(10): 1185-1187.
- [16] 李雨芯, 余雪嫣, 黄雪. 白芨多糖上调溃疡性结肠炎小鼠肠黏膜紧密连接蛋白 occludin 的表达[J]. 基础医学与临床, 2021, 41(7): 941-945.
- [17] 陈霞, 樊官伟, 蒲翔, 等. 基于中性粒细胞胞外诱捕网探讨白芨修复溃疡性结肠炎大鼠肠黏膜屏障的作用及机制[J]. 中药新药与临床药理, 2024, 35(4): 453-460.