

基于“上下交损，当治其中”探讨 溃疡性结肠炎肠外表现的中医病机

覃华珠¹, 黄晓燕^{2*}, 朱嘉敏¹, 陈吉¹, 胡世彩¹, 韩源清¹

¹广西中医药大学研究生学院, 广西 南宁

²广西中医药大学第一附属医院肿瘤三区, 广西 南宁

收稿日期: 2026年6月11日; 录用日期: 2026年7月10日; 发布日期: 2026年7月24日

摘要

溃疡性结肠炎(Ulcerative Colitis, UC)除肠道主症外, 常伴有多系统肠外表现, 其病机复杂, 中医诊疗尚缺乏统一认识。本文依据“上下交损, 当治其中”理论, 系统阐述UC肠外表现的中医病机与治则。脾胃居于中焦, 为气机升降之枢、气血生化之源, 脾虚失运则湿浊内生, 枢机不利, 导致清气不升、浊阴不降, 病邪上犯下迫, 累及四肢九窍、关节皮肤、肝胆目睛等, 形成“上下交损”之候。UC肠外表现虽部位各异, 然其根本在于中焦脾胃功能失常, 气血化生不足, 营卫失调, 络脉失养, 加之湿热瘀毒等循经走窜, 内外合邪, 发为诸症。故治疗当以调治中焦为核心, 健脾益气、运湿和胃以复其枢转之职, 兼顾上下, 使五脏得安, 肠外之症自除。本文从“中焦-五脏”整体观出发, 以期UC肠外表现的中医辨治提供理论依据与临证思路。

关键词

溃疡性结肠炎, “上下交损, 当治其中”, 中焦, 治法, 中医药

Exploring the Pathogenesis of Extraintestinal Manifestations in Ulcerative Colitis Based on “Treatment of Simultaneous Upper and Lower Diseases Focusing on Spleen and Stomach”

*通讯作者。

文章引用: 覃华珠, 黄晓燕, 朱嘉敏, 陈吉, 胡世彩, 韩源清. 基于“上下交损, 当治其中”探讨溃疡性结肠炎肠外表现的中医病机[J]. 中医学, 2026, 15(7): 192-199. DOI: 10.12677/tcm.2026.157377

Huazhu Qin¹, Xiaoyan Huang^{2*}, Jiamin Zhu¹, Ji Chen¹, Shicai Hu¹, Yuanqing Han¹

¹Graduate School of Guangxi University of Chinese Medicine, Nanning Guangxi

²The Third Medical Oncology Ward, The First Affiliated Hospital of Guangxi University of Chinese Medicine, Nanning Guangxi

Received: June 11, 2026; accepted: July 10, 2026; published: July 24, 2026

Abstract

Ulcerative colitis (UC) is characterized not only by primary intestinal symptoms but also by frequent extraintestinal manifestations affecting multiple systems. Its pathogenesis is complex, and there remains a lack of unified understanding in traditional Chinese medicine (TCM) diagnosis and treatment. This paper systematically elaborates on the TCM pathogenesis and therapeutic principles for extraintestinal manifestations of UC based on the theory that “when both upper and lower parts are damaged, the middle must be treated”. The spleen and stomach reside in the middle jiao, serving as the pivot for qi movement and the source of qi and blood generation. When spleen deficiency impairs transportation and transformation, dampness and turbidity accumulate internally, disrupting the pivotal function. This leads to impaired ascension of clear qi and descent of turbid yin, allowing pathogenic factors to invade upward and press downward. Consequently, the limbs, orifices, joints, skin, liver, gallbladder, and eyes become affected, manifesting as “damage to both upper and lower parts”. Although extraintestinal manifestations of UC vary in location, their root cause lies in dysfunction of the middle jiao spleen and stomach, resulting in insufficient qi and blood generation, disharmony between nutritive and defensive qi, and inadequate nourishment of collaterals. Compounded by pathogenic factors like damp-heat and stasis-toxin traversing meridians, internal and external pathogens converge to manifest various symptoms. Therefore, treatment should focus on regulating the middle jiao—strengthening the spleen and boosting qi, transforming dampness and harmonizing the stomach to restore its pivotal function. This approach addresses both upper and lower aspects, ensuring the five zang organs function harmoniously, thereby naturally resolving extraintestinal manifestations. This article adopts a holistic perspective of the “middle jiao-five zang organs” to provide theoretical foundations and clinical reasoning for TCM diagnosis and treatment of extraintestinal manifestations in UC.

Keywords

Ulcerative Colitis, “Treatment of Simultaneous Upper and Lower Diseases Focusing on Spleen and Stomach”, Middle Jiao, Treatment, Traditional Chinese Medicine

Copyright © 2026 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(Ulcerative Colitis, UC)是一种慢性炎症性疾病,以腹泻、腹痛、黏液血脓便为主症,还会引起不同程度的全身多个系统的肠外表现,其病变主要累及直肠与结肠黏膜及黏膜下层,除肠道主症外,其可累及皮肤黏膜、关节、眼部及肝脏等多个器官系统[1],显著影响患者的生存质量。肠外表现的高发生率及高危害性已成为临床诊疗的重要挑战。现代医学认为,UC 肠外表现可能与全身性免疫异常、肠黏膜屏障破坏、炎症因子扩散及免疫复合物沉积相关等多种机制相关[2][3]。中医对 UC 肠外表现的病

机缺乏系统认识,诊疗方法不一。“上下交损,当治其中”是中医治疗脏腑同病、上下俱损的经典理论,其核心在于强调中焦脾胃在人体生理功能与病理调节中的枢纽作用。因此,笔者依据上述理论,通过分析 UC 与其肠外表现在病机上的内在联系,系统探讨其中医病因病机,以期为临床诊治此类肠外表现提供参考。

2. “上下交损,当治其中”理论内涵

“上下交损,当治其中”源自叶天士的《临证指南医案》。“损”在中医学可认为是脏腑功能、气血、阴阳失调等内在机理,亦可指咳嗽、腹泻、呕吐等外在表现症状。此处“损”既指脏腑气血阴阳的亏虚失调,也涵盖咳嗽、腹泻、痿痹等上下部位的症状表现;“上下”既对应三焦及其所属脏腑,也指代人体上、下部位的病变;“交”,相接,故亦指“上下”俱病。“中”即中焦脾胃。脾胃纳运正常,则气血充盈以濡养五脏六腑、四肢百骸,气机升降有序则上下脏腑功能协调;脾胃不调,一则气血无以生化,脏腑百骸无以所养,则病邪丛生;二则枢机不利致清气不升、浊阴不降,病理产物蓄积,上可犯心肺、头面官窍,下可侵肝肾、肠腑二阴,外可达肢节肌肤。另外,药食亦赖于脾胃纳化转输,上输心肺,下至肝肾,若中土闭塞不运,药效难达病所,即“脾胃充盛,五脏安和;脾胃受损,则五脏不安。”故叶氏提出“当治其中”,即上下俱损之疾当调补后天之本——中焦脾胃。

此理论与现代医学的“肠-器官轴”理论高度契合。肠道作为最大的免疫和内分泌器官,其内环境稳态可以通过多种方式影响其他器官,包括微生物组成、肠道屏障通透性以及肠道微生物衍生的代谢产物等,并可通过血液循环、神经传导及免疫信号通路等,远程调控着远端器官的生理病理过程[4]。故肠-器官轴的失衡与神经系统疾病、肝脏疾病、呼吸系统疾病、骨骼疾病、皮肤疾病和内分泌疾病等多种疾病的发生发展密切相关[5][6]。中焦脾胃的功能,可对应现代医学的消化吸收、肠道屏障及全身免疫调节等生理功能。而脾虚失运的状态,正与现代研究中 UC 患者存在的肠道通透性增加、菌群失调、免疫受损及系统炎症等病理基础相对应。因此,“治其中”不仅是调补脾胃,更是对肠道微生态环境、全身免疫稳态及神经内分泌调节网络的整体干预。

3. UC 肠外表现的中西医病理关联

现代研究证实,UC 患者肠道黏膜屏障受损,通透性增高,导致肠道内细菌脂多糖(LPS)、肽聚糖等病原相关分子模式(PAMPs)及促炎细胞因子进入循环系统。这些物质可通过激活全身免疫细胞、形成循环免疫复合物沉积于远端组织等方式,诱发关节滑膜炎、皮肤结节性红斑、葡萄膜炎及肝胆炎症等肠外病变[6][7]。这与中医“脾虚生湿,湿浊内生,化为湿热瘀毒,循经络气血流行,外窜体窍,内伤脏腑”的病机认识高度切合。在 UC 肠外表现的病机演变中,“脾虚”是关键性的始动环节,体现为肠道屏障功能障碍与免疫调节失衡。由此产生的“湿浊内生”状态,则对应着现代医学所观察到的肠道菌群紊乱、黏膜水肿及炎性渗出等具体病理改变。“湿热瘀毒互结”的病机发展阶段,与 UC 患者从肠道局部到全身的持续性免疫炎症反应及组织损伤进程相契合。而“邪气循经走窜”现代实质即为炎症介质、免疫细胞及其代谢产物通过血液途径等从肠道迁移到远端器官,从而引发多系统病变。以上为“上下交损,当治其中”这一中医治则在 UC 肠外表现临床干预中的应用,提供了现代医学层面的病理生理学佐证。

4. 中焦脾胃在 UC 及其肠外表现中的核心作用

脾胃为气血化生之源,助养五脏。“水谷之精气也,源源而来,而实生化于脾”。气与血是人体生命之根本,二者皆由水谷精微及肾精所化。“脾为土脏,灌溉四傍,是以五脏中皆有脾气”,这说明五脏的功能活动及其所需营养物质,均需要脾胃滋化。脾的防御、温煦、调控功能与现代免疫系统功能高度重

叠。脾虚所致的气血亏虚、营卫失调，实质是免疫细胞数量与功能下降、黏膜免疫屏障削弱及免疫监视与清除能力异常的内在表现，为肠外表现的发生提供了“土壤”。

脾胃为气机升降之枢，沟通五脏。脾胃位居中焦，于五脏中位，为上下左右沟通桥梁，共调全身的气机升降。孙思邈提出治脾胃则“气得上下，五脏安定，血脉和利，精神乃治”[6]。可见脾胃对调衡脏腑气机正常运转，调理人体内在平和至关重要。脾胃枢机不利，气滞湿阻，郁而化热，瘀毒内生，相当于体内代谢产物堆积、炎症介质泛滥、内环境稳态失衡。

脾胃为营卫所出之本，护守五脏。“营者，水谷之精气也”，“脾胃，营之居也”。营卫是精微物质，源自脏腑又反之充养着脏腑。营卫本于脾胃，上布心肺，下藏肝肾，行于经脉而周流不止，护外内守机体，同时化血滋养脏腑百骸，同时，脏腑生克制化的生命信息通过营气“贯五脏，络六腑”的循行模式来相互转送[7]。而以上营卫生成、输布、变化正赖于胃纳脾化的统率。脾胃为精微布散之司，滋养五脏，脾失健运，精微不布，则靶器官组织处于“失养”与“缺氧”状态，其结构完整性与功能性下降，更易受到循环中炎症因子的攻击，从而诱发或加重肠外病变。

“九窍者，五脏主之。五脏皆得胃气，乃能通利”。五脏所主的五官九窍赖于脾胃化生输布的气血津液上注、下固，五脏之气也靠脾胃气化精微不断充养补充。可见，脾胃为后天之本，为人体所必需的气血、水谷、营卫等基础物质生成输布的总司；脾胃为中州以浇灌四傍，脾气充则五脏受荫，即“善治脾者，能调五藏”，故调脾胃在安五脏方面中起到核心作用。这为“上下交损，当治其中”理论指导选方用药提供一定的理论依据，对于 UC 的治疗及预后具有重要意义。

5. “上下交损”为 UC 肠外表现的核心病机

UC 归属于中医“痢疾”“肠癖”等范畴，以感受外邪、饮食、情志不节为常见病因。其病位在大肠，与肝、脾、肺、肾关系密切，尤以脾为重，以腹痛、腹泻、解黏液脓血便等肠系证候为主。而 UC 缓解期虚实夹杂，多有脾虚，亦可出现肝郁、肾虚、肺虚、血虚、阴虚和阳虚的临床特征。可见 UC 病位、症候特点、病机演变符合上下交损的特点。UC 以脾气虚弱为发病基础，湿浊内生，湿与他邪交结，下注肠道，郁而化热，加之气血滞阻、正邪相争于肠腑，热灼肉腐，酿化成脓血。脾虚无力运化则失其分清泌浊之功，导致下利清谷，升降功能失常，出现腹胀及飧泄等症状。

“大肠所以能传道者，以其为肺之府，肺气下达，故能传导。”肺主气，司气机升降，肺损常累及为表的肠腑，而腑以通顺为和。当脾虚母病及子，致肺失宣降，进而大肠传导失司，肠中气血阻滞，肠络失养，气血失和则成痢。“下窍不利则上窍不通”，当大肠浊气不降反升肺，逆而犯肺，故发为肺疾。当肝气郁结，疏泄不及，一方面如《素问·宝命全形论》云：“土得木而达”，因肝受气于心，传之于脾，肝脾共主疏运之职，木郁致土壅，久而成虚，肠络濡养不及。“肝主疏泄大便，肝气既逆，则不疏泄，故大便难”，另一方面肝与大肠相通，气机不畅，导致大肠传导受阻，宿食糟粕难去，留滞日久，湿热蕴蒸，灼伤肠络，日久腐败成疡。情志失调则肝气郁结，可见情绪焦虑抑郁，肝失疏泄则横逆犯脾，使得气机阻滞，出现腹部胀痛，胸胁胀满，暖气。《类证治裁·痢疾》曰“由脾伤肾，势所必然”。肾为五脏六腑阴阳之根本。为水火之藏，脾胃纳运枢转，清阳升，浊阴降，需依赖肾阳温煦蒸腾、肾阴润敛降[8]。脾不健旺或邪气阻滞，泄痢久则伤及肾。肾本既伤，不能司二阴开合，则二便无所主，固摄无力，故泄痢不止。肾阳虚则脾阳失于温煦蒸腾，无以充养，从而出现腹部喜温喜按，形寒肢冷、腰酸膝软，常黎明前泻等症。“阳明胃土，随少阴心火而生”，当心火下移，与湿热郁结肠中，搏结气血，内生腹痛、腹泻等诸症；心神受扰，使肠失君命，传导失司；心血不行，肠道失养，瘀留肠间；心性炎上，心阳不足，母病及子，不能温煦脾土，运化无力，湿生从内，湿注肠中，水湿下泻。UC 肠外表现的中医病机复杂，单一病理因素难以概括。“上下交损”理论深刻揭示了疾病的核心病机，其病理演变过程与该病机实质高度

统一,对于把握病机传变及确立治则治法具有核心指导意义。《灵枢·本神》指出:“脾气虚……五藏不安”,UC病及五脏,当责之于脾胃虚损。治病当求本,“治脾以安五脏”,“五脏皆得胃气,乃能通利”,故治疗应以调脾胃中焦为要,以达到防治UC的目的。

6. UC 肠外表现的病机演化规律

6.1. 关节病变:脾虚湿盛,瘀阻经络

关节炎是UC最常见的肠外表现,包括外周型和中轴型,以大关节受累较多见,其严重程度与肠道炎症活动性有关[9]。“两足牵连作痛,腹又微溏……是风寒湿同结于大肠乎”,“肢节肿痛,痛属火,肿属湿,兼受风寒而发于经络之中,湿热流注于肢节之间而无已也。”故感受外邪、客邪入络是UC关节病变的诱发因素。《续名医类案·痢后风》提及“痢后腰腿挛痛,不能俯仰,此肾虚风寒湿所乘也”,患者长期便下耗伤正气,在内脾虚聚湿生痰伏于关节,风寒与湿胶着,气血凝浊于经络;脾肾亏虚日渐显著,阴血暗耗致血络空虚,关节失濡养;同时营卫功能失调,腠理疏松,外感风寒湿邪易从肌表入侵,循阳络入经脉、再渗阴络,留滞经络隧道而损伤关节,且肠络因正气不足亦呈空虚之态,邪气深入后肠络与关节经络同受侵扰。另外,湿热之邪下注,初起浸淫经脉,闭阻气机,继则耗伤营血,代谢废物堆积在关节周围,终致气血壅滞,瘀而化热,从而引发关节红、肿、热、痛等症[10]。故临床治疗UC关节病变需重视补益脾,补肾以固先天,辅以“祛风散寒除湿”祛除外邪、“调气理血、通络止痛”疏通络脉,阻止邪气留滞,更伤筋骨。

“痢久阴阳两伤,少腹肛坠,腰胯脊髀痠痛,由脏腑伤及奇经,参茸汤主之”。参茸汤阴阳双补而侧重于补阳,方中人参补益阳明兼可健运脾胃,鹿茸充养督脉而强肾,配以茴香温冲脉,菟丝子、附子升补少阴,更合杜仲强健腰脊;人参、附子相伍,兼可温运寒湿,契合脾肾亏虚、络脉壅滞是UC后期关节病变的基本病机。参茸汤为阴阳双补之方,而略偏温阳。该方以人参健脾益胃、补益阳明,所谓“盖脾阳转而后湿行,湿行而后胃阳复”;鹿茸用以温补肾精、充养督脉;小茴香可暖肝温中、调理冲脉;菟丝子与附子同用,温升少阴之气,配合杜仲以强壮腰脊。人参与附子相伍,共奏温运中焦、化散寒湿之效。

6.2. 皮肤病变:肺脾两虚,湿毒外发

皮肤损害是UC常见肠外表现,发生率约10%,主要包括结节性红斑、坏疽性脓皮病等,症状轻重不一,部分患者皮肤症状严重程度可超肠道主症[11]。现代医学认为,黏膜表面的免疫细胞是免疫屏障的核心组分,其通过识别病原体、调控细胞因子分泌,防卫病原体侵入与维持皮肤、肠道微稳态,是“脾为之卫”的现代医学内涵[12]。王庆其教授提出“脾主黏膜”的观点,认为脾之“卫外”“运化”“在液为涎”功能,分别对应黏膜的保护、吸收、分泌排泄作用,此亦印证脾虚对黏膜(皮肤黏膜)功能的关键影响[13]。研究显示,当UC患者肠道菌群紊乱时,不仅会破坏肠黏膜屏障,还会通过“肠-皮肤轴”,经免疫、代谢及内分泌途径影响皮肤免疫微环境,诱发皮肤病变[14],这与中医“脾虚生湿、湿毒外发”的病理逻辑高度一致。《冯氏锦囊秘录·杂症大小合参》载:“大肠为肺之腑,大肠既有湿热留滞,则肺家亦必有邪滞不清”[15]。肺与大肠相表里,主身之皮毛,其宣发功能正常是皮毛得养、卫外固密的前提。UC患者肠间湿热内蕴,上干于肺则肺失宣发、腠理闭塞,无法布散精微于体表;外达肌肤则与滞于腠理之邪相互搏结,终致气血耗伤、脉络瘀阻,日久成瘀。气血瘀滞则皮肤失却濡养,郁结为患,遂发斑疹等皮肤病变。脾虚则气血生化乏源、运化失职,一方面无法充养肺气;肺气虚弱,宣发肃降失常,兼以脾不升清,导致水谷精微无以随清阳布散于肌表,从而皮肤血络、津络空虚,失于濡养润泽;另一方面当皮肤气络亏虚则气化无力、卫外不固,难以推动皮肤排泄分泌、吸收代谢功能,致皮肤组织营养供应不足、皮肤黏膜屏障完整性受损、免疫屏障功能下降,又无法抵御外邪侵袭;更因UC长期便下脓血,耗伤气

血,气虚则推动无力、血少则脉络不充,邪毒留滞无出路,终致皮肤病变反复难愈,慢性炎症状态持续。可见脾虚是贯穿 UC 疾病始终的病机之要,肺脾失调实为 UC 皮肤病变的核心病理基础。故有学者指出治疗当健脾补肺、荣养脉络,同时祛风清热燥湿以除致病之因,活血散瘀通络以解皮肤络脉瘀滞,在 UC 缓解期时,以健脾益气为主,佐以小剂量清热除湿之药[16]。

6.3. 口腔病变:脾虚火旺,上冲口舌

口腔黏膜病变是 UC 患者常见的肠外表现之一,包括牙周炎、阿弗他口腔炎和增殖性化脓性口炎等[17]。《诸病源候论》载:“凡痢,口里生疮,则肠间亦有疮也……此由挟热痢,脏虚热气内结,则疮生肠间;热气上冲,则疮生口里”[18]。脾虚水湿内生;湿浊久郁不化而蕴结成热,湿热相合为患,循肠道脉络结聚于肠腑,灼伤肠间脂膜与血络,致肠中生疮、血败肉腐,故见黏液脓血便,此乃中焦失调下累肠腑。脾胃为气机升降之枢,脾虚失运则气机升降失常,肠中郁积之火热不得随胃气下行而排出,反循气机上逆之径攻冲于上,循“脾开窍于口”“胃经循行过口周”之生理通路,加之肠中火热燔灼,亦有向上攻冲之势,灼伤口舌黏膜,遂发口疮。《丹溪心法》载:“口疮,服凉药不愈者,因中焦土虚,且不能食,相火冲上无制,用理中汤……”[19]。针对“中焦土虚”所致口疮,选用理中汤治之:方中重点用白术、人参健脾益气以补土,干姜温运脾阳以助土,甘草调和脾胃,通过补健中焦脾胃、恢复脾阳运化,增强脾胃制约相火的能力,使相火不再冲上为患,口疮自除。

6.4. 眼部病变:脾胃湿热,肝胆受累

UC 的眼部病变包括巩膜外层炎、眼色素炎、葡萄膜炎、结膜炎等,其主要与脾胃湿热及肝胆湿热密切相关[10]。脾胃湿热是目窍受累的起始环节。脾虚则运化失司,水湿内生,郁而化热,形成脾胃湿热。脾胃居中州,为气机升降之枢,若脾胃湿热壅滞,一则清气不升、浊气不降,湿热循气机上逆之径扰于上;二则脾胃为“气血生化之源”,湿热蕴结中焦,气血生化受碍,目窍失却濡养。“脾开窍于口,其华在唇,旁及目窍”,脾胃湿热上扰则目窍被湿热所困;湿热灼伤目眦脉络,可致目赤肿痛;湿热阻滞泪窍,可致目眵增多、黏腻不爽;若湿热久蕴,耗伤目窍津液,还可致视物模糊。脾虚生湿,湿浊困脾则“土壅木郁”,肝气疏泄失常,郁而化热;或脾胃湿热日久传于肝胆,致肝胆湿热内生。肝“开窍于目”,且“肝脉连目系”,肝胆湿热可循肝经直犯目窍;胆为“中精之腑”,肝胆湿热蕴结,胆液排泄不畅,湿热夹胆火上炎,可加重目窍热象。治疗时,宜以清热利湿为主要治法,针对脾胃及肝胆湿热证候,可选用三仁汤、龙胆泻肝汤或温胆汤等方剂进行化裁应用。待湿热得以清解,则目部痒痛等不适可随之减轻。

6.5. 肝胆病变:脾虚湿阻,肝失疏泄

IBD 相关肝胆病变中,以原发性硬化性胆管炎最具特异性,非酒精性脂肪性肝病最为常见[17],两种病变均常见于 UC 患者。中医学认为,肝与大肠在生理上相通,病理上则可通过“肠-肝轴”相互影响[20]。肠道菌群及其代谢产物可经门静脉迁移至肝,影响肝之疏泄与藏血功能。UC 又常因肠道黏膜屏障受损,通透性增加,致使细菌及内毒素循门静脉入肝,诱发肝脏炎症,加剧肝体损伤[21]。《辨证录》有云:“肝气自平,不来克土,胃脾之津液,自能传输于大肠,而无阻滞之苦”,强调肝脾协调、气机通畅对于传导功能的重要性。肝脾共司运化疏泄,脾虚则运化失职,湿浊内生,土壅木郁;肝郁则气滞血瘀,湿热瘀毒循经扰胆,致使胆汁疏泄不利,淤积肝胆,临床可见肝体损伤征象。脾虚亦致肠腑通降失常,菌毒内侵,进一步加重肝之损害,形成“中焦犯肝”之病机。大肠属六腑之一,司传导之功,有赖中焦脾胃气机之升降相因。若大肠湿热蕴结、瘀毒内阻,则浊阴不降,反逆于上,壅遏中焦,更损脾胃升降之机。《金匱要略》云:“见肝之病,知肝传脾,当先实脾”,强调补脾实土以御肝木乘侮,为治疗肝病之

关键。故 UC 合并肝胆病变的中医治疗应以清热祛湿、健脾疏肝、理气活血通络为主要治法。

7. 总结与展望

UC 是一种慢性炎症性肠病,常伴有多系统肠外表现,涉及皮肤黏膜、关节、眼部及肝胆等器官,基于“上下交损,当治其中”理论,UC 肠外表现的核心病机可归结为中焦脾胃功能失调,脾虚为本,湿、热、瘀、毒互结为标,邪气循经走窜,上犯下扰,累及周身。即脾虚运化失职,枢机不利,致清阳不升,浊阴不降,病理产物浸淫他脏,形成肠外诸症。故尽管不同肠外表现各有其病机特点,然皆以“脾虚为本,湿瘀热毒为标,络损为变”为共同演化基础。临床辨治应立足整体,以调中健脾、益气扶正为核心治法,同时依据实际脉证灵活化裁:兼肝郁者合用疏肝理气,伴肾虚者融入温肾固本,心火有盛者配以清心泻火,素体阴虚者慎用温燥之品,久病正衰者侧重填精益髓。需注意的是,若遇急性暴发型伴严重肠外并发症者,邪势鸱张,则当遵“急则治标”之训,不可固守“治中”之法而延误祛邪时机。唯有标本兼顾,方能复其枢机之职,达五脏安和之效。

本文所述理论框架尚属初步探索,仍有诸多不足待临床进一步验证。目前,课题组致力于采集 UC 患者的红外热成像图,期望通过分析脏腑投影区及经络循行部位的热态差异,客观地可视化脏腑寒热虚实及气血输布状态,进而阐释体质偏颇与肠外表现发生的内在关联,为该理论提供生物学依据。后续研究还可立足于“调中健脾、益气扶正”的核心治则,深入探索健脾方药调控“肠-肠外靶器官轴”(如肠-肝/肠-皮肤肝等)的深层分子机制。

参考文献

- [1] Parkes, M., Cortes, A., van Heel, D.A. and Brown, M.A. (2013) Genetic Insights into Common Pathways and Complex Relationships among Immune-Mediated Diseases. *Nature Reviews Genetics*, **14**, 661-673. <https://doi.org/10.1038/nrg3502>
- [2] Ott, C. and Schölmerich, J. (2013) Extraintestinal Manifestations and Complications in IBD. *Nature Reviews Gastroenterology & Hepatology*, **10**, 585-595. <https://doi.org/10.1038/nrgastro.2013.117>
- [3] Hedin, C.R.H., Vavricka, S.R., Stagg, A.J., Schoepfer, A., Raine, T., Puig, L., et al. (2019) The Pathogenesis of Extraintestinal Manifestations: Implications for IBD Research, Diagnosis, and Therapy. *Journal of Crohn's and Colitis*, **13**, 541-554. <https://doi.org/10.1093/ecco-jcc/jjy191>
- [4] Ahlawat, S., Asha, and Sharma, K.K. (2021) Gut-Organ Axis: A Microbial Outreach and Networking. *Letters in Applied Microbiology*, **72**, 636-668. <https://doi.org/10.1111/lam.13333>
- [5] 易俊, 刘小伟. 炎症性肠病的肠道屏障功能研究进展[J]. 中华炎症肠病杂志, 2019, 3(1): 41-44.
- [6] Lin, X., Yu, Z., Liu, Y., Li, C., Hu, H., Hu, J., et al. (2025) Gut-X Axis. *iMeta*, **4**, e270. <https://doi.org/10.1002/imt2.270>
- [7] 李西蒙, 齐云, 高源. IgG 免疫复合物通过其受体介导炎症的作用机制研究进展[J]. 中国免疫学杂志, 2021, 37(22): 2694-2698, 2703.
- [8] 马天驰, 王彩霞. “治脾以安五脏”学术思想探析[J]. 中华中医药杂志, 2018, 33(1): 39-41.
- [9] 丁元庆. 对营卫实质的认识与思考[J]. 山东中医药大学学报, 2017, 41(2): 99-101, 114.
- [10] 覃靖桑, 张馨月, 朱梓铭, 等. 溃疡性结肠炎中医证候要素及其辨证分型评述[J]. 陕西中医药大学学报, 2024, 47(4): 7-11.
- [11] 王慧玲, 赵静, 李刚. 炎症性肠病患者脊柱关节炎的表现特点[J]. 分子诊断与治疗杂志, 2021, 13(1): 103-106.
- [12] 童云, 刘亚军, 龚砚砚. 从湿热论治溃疡性结肠炎肠外表现[J]. 内蒙古中医药, 2022, 41(6): 126-127.
- [13] 尹泊, 程相杰, 袁泉良. 溃疡性结肠炎皮肤损害的相关因素研究. 医药论坛杂志, 2021, 42(9): 45-48, 52.
- [14] 张文基, 王志斌, 陈昕冉, 等. 基于“脾为之卫”理论探讨中医药治疗溃疡性结肠炎的免疫学策略[J]. 中国医药导报, 2023, 20(35): 50-53.
- [15] 李素素, 王少墨, 王秀薇, 等. 王庆其从“半从痢治, 半从疡疗”论治溃疡性结肠炎经验[J]. 中医杂志, 2023, 64(6): 555-559.
- [16] 管咏梅, 赵氏淳, 李琼, 等. “肠道-皮肤”轴研究进展及其与中医理论的相关性[J]. 中国中药杂志, 2023, 48(18):

4908-4918.

- [17] 冯兆张. 冯氏锦囊秘录[M]. 田思胜, 等, 校注. 北京: 中国中医药出版社, 1996: 10, 11, 123, 281-283.
- [18] 巢元方. 诸病源候论[M]. 北京: 中国医药科技出版社, 2011.
- [19] 元·朱震亨. 丹溪心法[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2005: 3, 4, 37, 70-72, 78.
- [20] 曹晓丁, 曾瑶, 李卫强. 调肝胆治疗难治性溃疡性结肠炎[J]. 实用中医内科杂志, 2024, 38(8): 58-61.
- [21] Restellini, S., Chazouillères, O. and Frossard, J. (2017) Hepatic Manifestations of Inflammatory Bowel Diseases. *Liver International*, **37**, 475-489. <https://doi.org/10.1111/liv.13265>