

中医治疗溃疡性结肠炎研究进展

王文芳¹ 郑彩华² 谭洪华³

1.河北北方学院中医学院 河北张家口 075000; 2.通讯作者, 石家庄市中医院脾胃科 河北石家庄 050051 3.河北北方学院教务处 河北张家口 075000

摘要: 溃疡性结肠炎 (Ulcerative Colitis, UC) 是发病机制尚未完全阐明的, 以腹痛、腹泻、反复发作的黏液脓血便及里急后重等为临床表现的顽固性肠道炎症性疾病。该病发病率持续攀升, 且发病年龄呈年轻化趋势, 严重威胁患者日常生活质量。本病归属于中医“痢疾”“久泻”“肠癖”等范畴, 核心病机以脾虚为本, 湿热、气滞、瘀血为标, 本虚标实、虚实夹杂。本文紧扣脾虚为本的核心病机, [系统梳理 UC 的中医诊疗思路](#), 体现中医治疗具有独特优势, 推动中医诊疗 UC 在临床实践中的应用。

关键词: 溃疡性结肠炎; 中医; 脾虚

中图分类号: R574.62

前言: 溃疡性结肠炎是一种结直肠黏膜弥漫性、连续性的炎症性肠病, 并伴有肠外表现、并发症及癌变风险 Error: Reference source not found。我国 UC 发病高峰人群主要为青壮年, 发病人数逐年上涨。目前西医治疗以控制炎症、维持缓解为主, 但长期用药会带来疾病反复等副作用。本文从中医梳理 UC 病因病机与诊疗思路, 病机以脾虚为本, 标实为湿热、痰湿和瘀血等病理产物。病位在肠道, 与脾胃功能失调密切相关。脾胃为后天之本, 若脾胃虚弱, 水湿运化失常, 湿邪内阻, 蕴而化热, 湿热壅滞肠道, 发为腹痛、下利; 久病耗伤气血, 瘀血内生, 缠绵难愈。中医在改善症状、整体调节方面具有独特优势, 本文旨在帮助科研及临床工作者从中医角度认识该疾病, 内外同治以改善预后。

1 中医历史源流

根据 UC 典型的脓血便等症状, 可归属于中医“痢疾、泄泻”等病的范畴。中医古典文献中亦有与溃疡性结肠炎症状高度契合的记载, 《难经·五十七难》记载“小肠泻”, 其“溲而便脓血, 少腹痛”的症状表现, 与 UC 患者常见的腹痛、脓血便症状极为相似; 而关于“大瘕泄”的记载“数至圜而不能便”则与 UC 患者典型的里急后重、排便次数多等临床表现高度吻合。历代医家多从脾胃、湿热论述本病, 为后世 UC 的中医辨证论治奠定了基础。现代中医继承传统理论, 结合临床实践, 进一步明确了脾虚为本、湿热为标、久病入络的病

通讯作者: 郑彩华 3227305591@qq.com

机特点，确立了健脾益气、清热化湿、活血化瘀等治疗大法。

2 病因病机

中医认为 UC 发生是外感病邪（如寒、湿、热）与内伤因素（如饮食失宜、情志不畅、脾肾素虚）共同作用的结果，病位累及肝、脾、肾三脏，病机以脾虚为本，湿热、气滞、瘀血为标，本虚标实、虚实夹杂贯穿全程。

2.1 脾虚为本

脾主运化，为后天之本。《素问·灵兰秘典论》言“脾胃者，仓廩之官，五味出焉”，脾胃功能健运则肠道得养、传导有度。《景岳全书·泄泻》提出“泄泻之本，无不由于脾胃”，强调泄泻病位关键在脾胃，脾胃功能失常是溃疡性结肠炎发病的核心基础，脾气虚则运化失司，水湿内停，下注肠道，导致肠道失于固摄，发为腹泻、便溏、黏液便；肾与肠道排泄也具有一定的相关性，《景岳全书》另有记载：“肾为胃关，开窍于二阴”脾虚日久，阳气不足，可发展为脾肾阳虚，出现畏寒肢冷、久泻不止、便质清稀等表现。现代医家普遍认为该病以脾虚为本，可由外邪侵袭、饮食失宜、情志失调等因素诱发。黄智斌从脏腑阴阳角度分析，认为 UC 中医病因与厥阴的阳气来复不足相关。毛细云教授将 UC 归结于脾虚。叶柏教授则认为湿热壅盛与肺脾气虚的共同作用是 UC 病情反复发作的根本。韦鹏飞教授基于 UC 病机特点，提出脾“苦欲补泻”的治疗理论，在治疗中强调“润燥同用”，主张清热燥湿解毒与护阴并行。脾虚气弱、运化失常，湿浊内生，壅滞肠道，为湿热、血瘀等邪实滋生创造条件。脾肾阳虚多见于病程长久、反复发作的患者，是脾虚进一步发展累及肾脏的结果，因肾阳亏虚、温煦无权、寒湿内生，导致脾胃运化与肠道固摄功能受损，临床表现为久泻不止、畏寒肢冷，是 UC 后期病情加重的重要表现。

2.2 标实为要

2.2.1 肝郁脾虚

《医学求是》阐述了 UC 出现腹痛的是肝郁脾虚所致，提出“木郁不条达，则痛于脐下”，肝气郁结、疏泄失常，横逆犯脾，进而引发腹痛。赵子人教授提出 UC 发展转归的病机在于肝之阴阳之气不相顺接、营卫不和，多由情志失调诱发，临床表现为腹痛即泻、泻后痛减，症状波动与情绪变化密切相关，核心是肝脾功能失调、相互影响。

2.2.2 湿热蕴肠

《证治汇补·痢疾》提出湿热蕴肠是 UC 发病的重要病因，是引发黏液脓血便、腹痛等典型症状的关键病机。沈洪认为湿热蕴肠，腐败气血为脓血，随糟粕而出为“脓血便”，针对 UC 湿热蕴肠的病机，提出治疗以“清肠化湿”为核心。其核心机制为脾虚失运致水湿内生，湿邪郁久化热，湿热壅滞肠道、灼伤肠络，临床表现为腹痛、腹泻、黏液脓血便、里急后重等，是 UC 急性发作

期与活动期最核心的病机。卢美琪提出湿邪困脾是 UC 的主要病因，湿邪易损脾阳，且常兼他邪伤脾，加重脾虚。杨雯迪教授也提及 UC 发病受寒、湿、热等病理因素的影响，临床需结合虚实、轻重缓急辨证论治。

综上，UC 初期脾虚湿盛、以湿热标实为主，转为湿热夹瘀、虚实夹杂，后期则发展为脾肾阳虚。病机根本在脾虚，以脾虚为本、湿热为标，脾虚致运化失常、清浊不分而久泻，与肾虚、肝郁等脏腑功能失调相关。初期及急性期以湿热、气滞、血瘀等标实为主，兼见脾虚，病程中虚实并见、寒热交错，故缠绵难愈。

3 中医治疗

中医以“整体观念”和“辨证论治”为指导思想，UC 的核心病位在脾，在治疗上注重健脾祛湿，同时结合患者具体证型，调整脏腑功能，整体改善机体失衡状态，从而实现 UC 的精准辨证论治。

3.1 中医内治法

《溃疡性结肠炎中西医结合诊疗指南（2024）》指出 UC 以持续或反复发作的腹痛、腹泻、黏液脓血便、里急后重为主要症状，根据病机不同将 UC 中医证型规范分为 8 种证型，总体以脾虚为本，治疗以健脾固本贯穿全程，清热化湿急则治标，临床必须标本兼顾，方能有效控制症状、修复黏膜、降低复发率。

3.1.1 健脾固本

UC 病机根本是脾虚，健脾固本是治疗关键。脾虚湿盛为溃疡性结肠炎最常见证型，治以健脾益气、渗湿止泻。《太平惠民和剂局方》记载参苓白术散可用于“呕吐泄泻及伤寒咳噎”等症状，且参苓白术散健脾与渗湿并用，契合本病“脾虚为本、湿盛为标”的基本病机，是治疗 UC 脾虚湿困证的代表方剂。参苓白术散中党参、茯苓、白术富含的多糖类物质，可调节肠道菌群、抑制炎症反应，为其临床应用提供了现代药理学依据。王福忠发现参苓白术散在控制 UC 疾病活动度、改善患者生活质量等方面有明显优势，进一步验证了“健脾以治本、祛湿以治标”治疗思路的科学性。久痢必及肾，病程日久、由脾及肾为脾肾阳虚证，依据《溃疡性结肠炎中医诊疗指南（2023）》以理中汤合四神丸健脾温肾、温阳化湿，脾肾双补，协同止泻。脾虚气陷见肛门坠胀、里急后重者，予补中益气汤健脾益气、升阳举陷；肝郁脾虚病情反复者，予当归芍药散疏肝理脾、调和气血。当归芍药散广泛运用于病机为肝脾失调、气血失和的各类疾病。朱莹教授从“肝与大肠相通”出发，提出“清热凉血、疏肝降浊、行气祛湿”的治法，强调从肝肠关联角度调节脾胃运化功能。王庆国教授自拟“溃结温清方”，主张“病证结合”，采用“温清并举、内外合治”等通平治法，总结出通平致和学术思想。

3.1.2 清热化湿

湿热蕴肠、热毒炽盛是 UC 活动期的主要病机，主要表现为剧烈腹痛、黏液脓血便、里急后重、肛门灼热。《伤寒论》载：“热利下重者，白头翁汤主之”，以白头翁汤为基础方配伍健脾类中药加减，健脾固本，清化湿热。芍药汤调气和血“调气则后重自除，行血则便脓自愈”相契合。刘晓艺发现葛根芩连汤不仅能抗病毒、抗炎，还能缓解腹泻、腹痛、黏液脓血便等典型症状。铨力发现复方黄芩汤可增强湿热型 UC 患者的免疫功能，通过调节免疫减轻肠道炎症反应。刘晓雯教授自制青玉散胶囊清热凉血、敛疮护膜，兼顾护脾安肠。焦英伟教授采用中西医结合方案控制炎症并顾护脾胃功能，提升整体疗效。周晓丽^{Error: Reference source not found}教授应用青柏溃结汤灌肠直接作用于肠道局部，调节肠道菌群，减轻炎症反应，增强机体免疫功能。

对于久病脾虚为本、寒热错杂之患者，予乌梅丸寒热并用、补泻兼施，可抑制炎症反应、调节肠道菌群、修复肠道黏膜、增强机体抗氧化应激、减轻组织损伤、调节免疫等功能，从而有效缓解 UC 寒热错杂证的相关症状。甘淳教授选用乌梅丸寒温攻补、清上温下，以温运脾阳、清化湿热，恢复中焦升降功能。此外，乌梅丸抑制核苷酸结合寡聚化结构域样受体蛋白 3 (NOD-like Receptor Protein 3, NLRP3)，减轻肠黏膜炎症反应及细胞焦亡，从而保护肠道黏膜屏障功能。

3.2 中医外治法

中医外治法是 UC 治疗的重要组成部分，多在中药内服基础上联合应用中药灌肠、穴位贴敷、针灸等，增强免疫、调节肠道菌群、促进肠道黏膜修复。

3.2.1 中药灌肠

中药灌肠是治疗 UC 的常用外治方法，作用直接、疗效稳定，尤其适用于病变累及左半结肠、直肠的患者。临床常用葛根芩连汤、白头翁汤等经典方剂或锡类散、康复新液等中成药以及青柏溃结汤等经验效方，直接作用于病变部位发挥抗炎、敛疮、修复黏膜的作用。

3.2.2 穴位贴敷及针灸相关治疗

穴位贴敷属中医经络外治范畴，将中药贴敷于人体穴位，药物直达脏腑经络，毒副作用小，药物释放时间长。田建荣研究证实神阙穴位贴敷可有效改善 UC 临床症状，提升远期疗效。张艳君研究表明，针药结合治疗 UC 可下调白细胞介素-6 (Interleukin-6, IL-6)、白细胞介素-10 (Interleukin 10, IL-10)、肿瘤坏死因子- α (Tumor Necrosis Factor- α , TNF- α) 等炎症因子水平，调节免疫功能，改善肠道功能。康雄等采用美沙拉嗪联合针灸治疗 UC 脾肾阳虚证，临床效果显著。温针疗法将“针、药、灸”相结合，在治疗 UC 的基础研究中已取得长足进展，王钰嘉研究发现，埋线联合艾灸治疗 UC 通过降低炎症水平，

促进肠黏膜损伤修复。针刺治疗紧扣 UC“脾虚”核心病机，取穴以足太阴脾经、足阳明胃经为主，常用足三里、中脘、天枢、阴陵泉等。研究证实，针刺上述穴位可有效激活迷走-胆碱能抗炎通路，降低血清 IL-6、TNF- α 水平，改善胃黏膜微循环，促进受损肠壁修复。

4. 总结

溃疡性结肠炎是结直肠黏膜连续性、弥漫性的肠道炎症性疾病，临床表现以腹痛、腹泻、反复发作的黏液脓血便及里急后重等为主。核心病机为脾虚为本，湿热、气滞、瘀血为标，属本虚标实、虚实夹杂。中医治疗采用内外同治的方式，内治以健脾固本、清热化湿为两大核心治法，外治可配合中药灌肠、穴位、针灸等手段，通过多靶点、多途径调节机体免疫、修复肠道黏膜、改善肠道菌群、控制炎症反应，在改善患者临床症状、降低复发率、提高生活质量方面具有突出优势。临床诊疗中应坚持治病求本、健脾为先、内外合治的原则，进一步提升溃疡性结肠炎的诊疗水平。

参考文献

- [1] 黄乐娟, 陆喜荣, 李晴晴, 等. 中医药治疗活动期溃疡性结肠炎的多中心双向队列研究[J]. 中医杂志, 2026, 67(08): 875-880.
- [2] [REDACTED]
- [3] [REDACTED]
- [4] [REDACTED]
- [5] [REDACTED]
- [6] [REDACTED]
- [7] [REDACTED]
- [8] [REDACTED]
- [9] [REDACTED]
- [10] [REDACTED]
- [11] [REDACTED]
- [12] [REDACTED]

通讯作者：郑彩华 3227305591@qq.com

[13]陈书巧,王妤潇,刘竺华.从止血清肠健脾论治大肠湿热型溃疡性结肠炎[J].江西中医药,2025,56(09):32-35.

[14] [REDACTED]
[REDACTED] 2025,55(04):453-459

[15] [REDACTED]
[REDACTED] 2022,38(9):1581-1589

[16] [REDACTED] 2023 [REDACTED]
[REDACTED] 2024,65(07):653-659

[17] [REDACTED]
[REDACTED] 2024,29(06):649-653+663

[18] [REDACTED] 2024,29(04):95-97

[19] [REDACTED]
[REDACTED] 2025,45(03):543-547

[20] [REDACTED]
[REDACTED] 2025,04-22

[21] [REDACTED]
[REDACTED] 2024,43(10):54-58

[22] [REDACTED]
[REDACTED] 2024,39(02):281-284

[23] [REDACTED]
[REDACTED] 2024,30(14):114-121

[24] [REDACTED]
[REDACTED] 2019,48(23):2932-2934

[25] [REDACTED]
[REDACTED] 2024,44(02):192-198

[26] [REDACTED]
[REDACTED] 2024,32(12):1119-1122

[27] [REDACTED]
[REDACTED] 2024,40(01):97-102+109

[28] [REDACTED]
[REDACTED] 2012,34(06):884-885

[29]张艳君,常玉洁,张冬冬,等.温针灸联合补薏补虚方治疗溃疡性结肠炎脾肾阳虚证临床研究[J].陕西中医,2021,42(10):1470-1473.

[30] [REDACTED]
[REDACTED] 2022,27(12):1524-1528

[31] [REDACTED]
[REDACTED] 2024,47(06):625-631

10.12201/bmr.202605.00009V1