http://www.biomedrxiv.org.cn/article/doi/10.12201/bmr.202611.00059
此预印本（未经同行评审）的作者拥有该文稿的版权，biomedRxiv拥有永久保存权。任何人未经允许不得重复使用。

基于“甘守津还”理论探讨溃疡性结肠炎缓解期的辨治

彭秋分[1]，安祯祥[1, 2, 3]

（1.贵州中医药大学第一临床医学院，贵州贵阳 550002；2.贵州中医药大学第一附属医院消化内科，贵州贵阳 550001；3.贵州省消化系统疾病临床研究中心，贵州贵阳 550001）

摘要：溃疡性结肠炎属中医学 “久痢” 范畴，以腹痛、腹泻、黏液脓血便为主要表现，缓解期粘膜修复困难、复发率偏高。“甘守津还”理论出自《温病条辨》，以脾胃气化、津液输布为核心，重在甘味固本，生津护络，契合溃疡性结肠炎缓解期“中虚津不布，肠燥膜难修”的病机特点。基于“甘守津还”理论，本文从理论内涵、病机阐释、治法方药层面探析溃疡性结肠炎缓解期辨治思路，为本病缓解期的中医药防治提供新的理论依据与临床思考。

关键词：甘守津还；溃疡性结肠炎；缓解期；脾胃气化；津液输布

【中图分类号】R574.62

1 引言

溃疡性结肠炎（ulcerative colitis，UC）是一种慢性非特异性的肠道炎症性病变，其主要临床表现为腹痛、腹泻、黏液脓血便等胃肠道症状，本病进入缓解期存在肠黏膜损伤难以完全修复，复发风险居高不下的特点[2]，中医药从整体论治，在缓解期维稳、减少复发方面具有独特优势[3]。

1.1 国内外研究现状述评

UC 属于慢性非特异性肠道炎症性疾病，现代医学常采用氨基水杨酸制剂、免疫抑制剂控制急性炎症，在黏膜修复层面仍存在局限，长期用药存在一定不良反应[4]。国外相关研究多围绕肠道免疫紊乱、肠道菌群失衡、肠上皮屏障损伤等微观机制开展，以炎症通路靶向干预为主要研究方向[5]。目前国内中医药研究认为本病以脾虚为本，湿热、瘀血为主要标实因素[6]，临床辨证体系趋于完善。现有研究多侧重于活动期的治疗，针对缓解期的干预研究，常以健脾、活血等治法为主[7]，从津液代谢角度开展的理论探讨相对偏少。

1.2 本文目的

基于上述研究现状，本文引入 “甘守津还” 理论探析 UC 缓解期的中医病机，构建相应辨治框架，为本病缓解期中医药防治提供新的理论视角。

2 “甘守津还”理论内涵

“甘守津还”首见于清代叶天士《温热论》：“再舌苔白厚而干燥者，此胃燥气伤也，滋润药中加甘草，令甘守津还之意”，于滋润剂中配伍甘草，借甘草甘味补益胃气，固护中焦，促使津液得以复生输布。后世医家不断阐发拓展，将其延伸为甘温、甘平、甘凉、甘淡等一类甘味药物的治法体系。《灵枢·邪气脏腑病形》提出：“阴阳形气俱不足，勿取以针，而调以甘药也”，提示虚损状态下，当以甘药调补脾胃，不重攻伐，李东垣《脾胃论》中记载“胃气不及，大肠小肠无所禀受，故津液涸竭焉”，阐明肠腑津液亏耗本源在于中土气化不足，津液生成之源不足。吴鞠通在治疗温病后期、春温内陷下痢等热病致下利伤阴之证，善用甘药顾护中土，兼顾酸甘化阴，提出救阴不专恃滋填，重在脾胃气化。观叶氏《临证指南医案·滞下》治痢，痢疾后期热邪已退，脾胃被戕，症见食少神疲、腹痛绵绵，告诫不可复用苦寒克伐中土，常用人参、白术、炙甘草甘药建中护胃；久痢阴液耗伤者，则又主酸甘化阴，人参、甘草配白芍、乌梅，兼顾脾胃阴津，并非概用参芪温补。UC 缓解期应以 “甘守”固护脾胃化源，以 “津还” 濡养肠络，重在恢复机体津液自身生成输布，促

1基金项目：国家中医药管理局第五批全国中医临床优秀人才研修项目(国中医药人教函〔2022〕1 号）；贵州中医药大学中医脾胃病科技创新人才团队建设（贵中医 TD[2022]005 号）；贵州省临床医学研究中心-消化系统疾病研究[黔科合平台 LCZX（2025）001]。**作者简介：**彭秋分（2002-），女，在读硕士。主要研究方向：中医药防治消化系统疾病研究。E-mail: 2970658769@qq.com。

*__通信作者：__安祯祥（1974-），男，博士，主任医师，教授，博士生导师。主要研究方向：中医药、民族医药防治消化系统疾病 。E-mail: 407206115@qq.com。

10.12201/bmr.202611.00059V1

http://www.biomedrxiv.org.cn/article/doi/10.12201/bmr.202611.00059
此预印本（未经同行评审）的作者拥有该文稿的版权，biomedRxiv拥有永久保存权。任何人未经允许不得重复使用。

进黏膜修复，从而降低复发率。

3 从“甘守津还”辨治 UC 缓解期的理论基础

3.1 久痢耗损中土，津液化生之源受戕

UC 缓解期久痢反复耗损脾胃中气，扰动脾胃受纳运化功能，同时，在活动期临床实践中，为清解肠腑湿热，常使用黄连、黄芩、白头翁等苦寒清利方药，久用、过用苦寒之药易戕伐脾胃之气。因脾胃气化无力，即便使用麦冬、生地黄等养阴之品，也难以完成津液的运化布散，便会出现本病缓解期十分典型的矛盾病机：患者大便溏薄不成形，属于湿象，但又同时伴随腹部隐隐灼痛、口干、肠黏膜浅表糜烂长期难以愈合，即“便溏而肠燥”。此时应当效法“甘守”的核心思想，优先以甘味药物顾护脾胃功能，重建津液化生之本，从源头上改善肠腑失濡的病理状态。

3.2 升降失司，津不归肠，肠膜失濡难复

津液化生之后，需依赖脾胃升降有序，方能环流周身、濡养脏腑。脾气主升，可将津液上输肺脏、灌溉周身；胃气主降，可导津液下趋肠腑、濡润脂膜，脾胃升降如常则津液输布有度、各归其所。UC 久痢久病，中焦枢机受损，升降出入失常，津液流转紊乱，清阳不升则津不上承，见口干少津；浊阴不降则津不下归，终致中焦脾虚湿盛、下焦肠燥膜损的上下矛盾之象。因此缓解期肠黏膜糜烂迁延难愈，核心不在于津亏之本，而在于津滞不布、津不归膜。临证遵“甘守津还”思想，以甘药守中复气、斡旋升降，配合酸甘敛润之法，助津液下归肠腑、濡养脂膜，使津还膜濡、屏障得固，从气机流转层面促进肠黏膜损伤修复。

3.3 土虚湿、热、瘀互见，宜守中而不恋邪

UC 缓解期处于中土亏虚为本，湿热余邪伏匿、肠络因虚致瘀为其标，虚实互为因果的病机阶段。脾虚失运，湿浊内起，蕴久化热，是标实生成之内因。再者此期余毒未尽，伏邪潜藏，每遇饮食劳倦、情志拂逆，正气一虚，则余邪复燃，病遂复发。久泻耗气则无力以行血，久痢伤津则不足以载血，气虚津亏，遂致血行涩滞，因虚而生络瘀。张景岳亦云“凡人之气血，犹源泉也，盛则流畅，少则壅滞，故气血不虚则不滞，虚则无有不滞者”，阐明气血亏虚亦可令血脉壅阻。肠络既为瘀阻，气血津液不得渗灌濡养溃疡创面，故糜烂久久不能敛复。当以甘味药顾护中焦，脾气得运则湿浊渐去，气血化生有源疮疡得复。

4 “甘守津还”指导下 UC 缓解期核心治法

4.1 甘淡守中，渗湿护津，以断湿浊之源

UC 缓解期因中土运化失司，湿浊羁留肠腑，津液不得正常输布，临床可见患者大便溏薄，黏液便间断发作，便前腹部隐隐胀闷，纳食欠佳，肢体困重，口不渴或口淡，舌淡苔白腻，脉濡缓。治宜甘淡运脾、渗湿护津。甘淡之剂运脾为本，脾运复则湿浊自化，津液生化输布恢复，即渗湿而不伤津之义，避免苦寒攻伐。临床以参苓白术散为代表方，补运并举，减少黏液便反复发作。方中茯苓、炒薏苡仁健脾渗湿；炒山药、白扁豆、莲子肉甘平补脾固中；佐少量砂仁醒脾和胃。现代药理研究表明，薏苡仁多糖能够调节肠道菌群结构，提升肠道有益代谢产物水平，减轻结肠炎症损伤，保护肠道黏膜屏障；茯苓中活性成分茯苓多糖及其衍生物可调控炎症通路，减轻肠黏膜水肿，降低肠道局部炎症负荷，保护肠黏膜屏障。临床诊疗随证加减：脘腹胀满明显，加陈皮、砂仁少量理气助运；湿中夹微热余邪，便黏、偶见口苦，轻投蒲公英、凤尾草轻清泄热；纳差食滞，加炒麦芽、炒谷芽消食助运，寓通于补；兼肛门下坠，少量加防风、葛根升清胜湿。同时应当辅以饮食调护，忌生冷油腻甜腻之品，减少湿浊内生，助药力之所不及。

4.2 甘温益气，健中布津，以充气化之源

久痢耗伤脾气，中土气化无力，津液化生、敷布失权，临床患者多见大便稀溏，黏液量不多，腹部绵绵隐痛，神疲倦怠，少气懒言，纳差，面色少华，舌淡苔薄，脉细弱。当以甘温健运脾胃，助气化以布津液。临床以补中益气汤为代表方，取甘温益气、健中布津之义。方中炙黄芪、党参甘温益气、补益中土；炒白术健脾助运；炙甘草甘缓守中；佐升麻、柴胡少量升举清阳。现代研究提示党参可抑制肠黏膜细胞氧化损伤，调控磷脂酰肌醇 3-激酶/蛋白激酶

10.12201/bmr.202611.00059V1

http://www.biomedrxiv.org.cn/article/doi/10.12201/bmr.202611.00059
此预印本（未经同行评审）的作者拥有该文稿的版权，biomedRxiv拥有永久保存权。任何人未经允许不得重复使用。

B（phosphatidylinositol 3-kinase/protein kinase B，PI3K/Akt）通路，保护肠上皮细胞完整性；黄芪甲苷通过芳香烃受体（aryl hydrocarbon receptor，AhR）/白细胞介素-22（interleukin-22，IL-22）通路，改善肠道免疫状态，修复结肠屏障。临床随证加减：气虚下陷，肛门坠胀，排便后疲乏加重，加重升麻、柴胡用量以升举清阳；食后腹胀明显，加陈皮、香橼理气和胃，防甘温壅滞；久痢及肾，兼畏寒、大便黎明溏薄，加菟丝子、炒补骨脂平补脾肾，兼有虚烦眠差，加太子参、炒酸枣仁益气安神。临床运用甘温益气法时常佐少量理气药，补而不滞，方可使气旺津行。

4.3 甘凉濡润，养胃布津通络，以复肠膜之损

针对 UC 缓解期脾虚为本、肠膜局部阴伤，全身阴亏表现尚不突出的病机，宜采用甘凉濡润之法，养胃以布津通络。临床可见患者大便溏薄而伴口干，腹部隐隐灼痛，患者可见舌质偏红、苔薄少津，脉细略数。甘凉治法“清养合一”，以甘药滋生津液，以凉药清泄虚浮之热，补中有清，清中有养，使阴复而热自消，热清而津自生，津充血行，热清瘀化。临床以沙参麦冬汤为代表方，重在甘凉濡润、养胃以布津。方中北沙参、麦冬甘凉滋养胃津；玉竹甘平濡润；干石斛益胃生津；炙甘草顾护中土，使胃腑津充，津液自可灌溉肠腑。《医学衷中参西录》有言“脾阴足，自能灌溉诸脏腑也”。现代药理显示麦冬皂苷能够提升黏蛋白 2（mucin 2，MUC2）分泌，修复肠上皮黏液屏障；北沙参多糖可增加结肠杯状细胞数量，修复隐窝结构、减轻肠上皮损伤，保护肠黏膜屏障Error: Reference source not found。临证加减：胃中虚热，口干、胃脘嘈杂，加芦根少量轻清泄热；便中尚有少量黏冻，加茯苓、凤尾草兼顾清化余湿；兼有虚火上扰，心烦、口舌微疮，加玄参清浮游虚火；纳食不旺，配炒麦芽助运，防甘凉碍胃。刘启泉治疗 UC 缓解期黏膜干燥糜烂，善用沙参、玉竹、石斛甘凉护膜，指出甘凉濡润重在恢复胃腑化津输布,本证阴伤由久痢渐成，不可求速效，宜缓缓图治。

4.4 酸甘敛疡，化阴护膜，养阴固膜以安久痢

久痢迁延，气阴两虚，症见大便基本成形或偶有溏薄，间见少量黏液，腹部隐痛绵绵不休，口干，神疲乏力；阴津耗伤者常伴舌淡红少津，脉细，此为肠膜失濡、余邪伏留之证。当运用酸甘化阴思路，重在敛护肠间脂膜、修复局部破损黏膜，固护肠腑屏障。甘味守中布津，酸味敛阴护膜，津生则肠络得濡，酸敛则破损得宁。临床以芍药甘草汤为基础方加味，酸甘合用，敛护肠膜、化阴生津。杨玲珑等研究发现芍药甘草汤活性成分能够抑制肠上皮细胞凋亡，改善局部微循环，为溃疡愈合创造条件，在芍药甘草汤的基础上佐乌梅增强敛护肠膜之功，炒山药、太子参顾护气阴，轻敛护膜。现代药理研究显示，白芍、乌梅所含活性成分可协同发挥抗炎、修复肠屏障作用，能够下调白细胞介素-1β（interleukin-1β，IL-1β）、肿瘤坏死因子-α（tumor necrosis factor-α，TNF-α）促炎因子水平，上调肠道紧密连接蛋白表达，调节肠道菌群结构，进而促进肠黏膜损伤修复。临证加减：余湿未尽，间断少量黏液，加茯苓、凤尾草，敛中兼渗化湿浊；气短神疲明显，加黄芪益气托护肠膜；虚热未尽，口干微烦，加玉竹、麦冬，酸甘与甘凉相合化阴；若余邪未尽，当佐清化渗利之品，减少病情反复。同时调畅情志，饮食忌辛辣刺激，减少病情复发诱因。

5 讨论

5.1 与既往 “甘守津还” 应用的异同

“甘守津还”源自温病体系，传统多用于温病后期胃阴耗伤、干燥综合征等全身性津液亏虚疾病，本文将该理论拓展至溃疡性结肠炎缓解期，二者均以甘味固本、生津护阴为核心，但病机病位有别：既往应用多着眼于津液耗损而致周身失润，而本病缓解期为久痢脾虚，津液输布失常、肠络局部津伤，病位聚焦肠腑粘膜损伤，本文将该理论从全身性津病范畴延伸至慢性肠病肠腑络损修复的辨治中。

5.2 本研究的创新点

现阶段中医辨治 UC 多从湿热、瘀血、脾虚角度入手，针对缓解期津液气化失调的专项探讨尚不多见。本文将 “甘守津还” 理论引入 UC 缓解期，提

10.12201/bmr.202611.00059V1

http://www.biomedrxiv.org.cn/article/doi/10.12201/bmr.202611.00059
此预印本（未经同行评审）的作者拥有该文稿的版权，biomedRxiv拥有永久保存权。任何人未经允许不得重复使用。

出 “中虚津不布、肠燥膜难修” 的核心病机，建立甘淡、甘温、甘凉、酸甘分证论治框架，从津液输布维度补充本病缓解期的中医病机认识，充实久痢缓解期辨证体系。

5.3 本文理论推演存在的局限

本文属于理论探析，依托文献梳理与病机推演完成，缺乏大样本临床观察、动物实验及客观指标支撑。文中辨治思路源于理论思辨，尚未开展严格疗效评价，不同病程、证型患者的适用边界仍不清晰。同时，各类甘味治法的适应证仅为定性描述，暂无量化辨证标准，方药剂量、疗程及远期疗效尚不明确，不能直接作为标准化诊疗方案。

5.4 后续研究验证方向

后续可开展回顾性或前瞻性临床观察，评估基于 “甘守津还” 思路干预 UC 缓解期对黏膜愈合、复发率的作用；借助动物实验探究该治法调控肠道屏障与局部炎症的内在机制，细化各类甘味治法的辨证指征，逐步构建规范化辨证方案。

综上，依托 “甘守津还” 理论从脾胃气化、津液输布角度阐释 UC 缓解期病机，采用甘味治法固本生津、濡养肠膜，可为久痢缓解期中医临床辨治提供一定参考。

【参考文献】

[1]刘芸,刘玉兰.炎症性肠病合并胆系疾病的诊治策略[J].临床肝胆病杂志,2020,36(07):1450-1453.
[2]张浩,万健,周家茗,等.《中国溃疡性结肠炎诊治指南(2023 年·西安)》解读——治疗目标 [J].医学研究与战创伤救治,2024,37(7):673-677.
[3]贾志春,李伟,徐伟,等.溃疡性结肠炎中医治疗研究进展[J].光明中医,2026,41(11):133-136.
[4]王玉婷,刘建平,焦红,等.中医药治疗溃疡性结肠炎缓解期研究进展[J].西部中医药,2023,36(7):158-161.
[5]Caruso R,Lo B C,Nunez G.Host–microbiota interactions in inflammatory bowel disease[J].Nat Rev Immunol,2020,20(8):411-426.
[6]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.
[7]沈洪.构建溃疡性结肠炎中医药全链条干预策略的思考[J].南京中医药大学学报,2021,37(6):812-816.
[8]叶桂,张志斌,薛雪.温热论 湿热论[M].北京：人民卫生出版社:2023.
[9]马顾全,朱文,张晶,等.从“甘守津还”理论探讨干燥综合征的辨治思路 [J].江苏中医药,2023,55(3):36-39.
[10]郭霭春.黄帝内经灵枢白话解[M].北京：中国中医药出版社:2021.
[11]李东垣,文魁,丁国华.脾胃论[M].北京：人民卫生出版社:2023.
[12]吴鞠通,谢玲玲,赵炎.温病条辨[M].广州：广东科技出版社:2022.
[13]叶天士,苏礼. 临证指南医案[M].北京：人民卫生出版社:2018.
[14]张思源,李明,唐昆,唐冉,张月月,赵悦,王建民.王建民从“甘守津还”论治泻药性结肠经验[J].中医杂志,2025,66(11):1104-1108.
[15]张介宾,李继明.景岳全书[M].北京：人民卫生出版社:2023.
[16]陈孜旋,佟苗苗,吴庆林,孙佳婷,尹小溪,吕添熠,张睦清,李丽.薏苡仁对葡聚糖硫酸钠诱导的溃疡性结肠炎小鼠肠道菌群的影响[J].食品工业科技,2025,46(06):369-376.
[17]王峰,何佳,王林园,等.羧甲基茯苓多糖对溃疡性结肠炎大鼠的研究[J].中国临床药理学杂志,2022,38(12):1368-1372.
[18]李芳,陈正君,葛俊李,王春霞,梁建庆,冯翠娟,杨扶德.党参经 PI3K/Akt 干预溃疡性结肠炎黏膜细胞铁死亡-线粒体动力学失衡的机制研究[J].中草药,2023,54(12):3865-3877.

10.12201/bmr.202611.00059V1

http://www.biomedrxiv.org.cn/article/doi/10.12201/bmr.202611.00059
此预印本（未经同行评审）的作者拥有该文稿的版权，biomedRxiv拥有永久保存权。任何人未经允许不得重复使用。

[19]周杰,任旭霞,苏岩,董右青,龙飞扬,牟易,余畅,袁在静.基于 AhR/IL-22 通路探讨黄芪甲苷对结肠炎小鼠肠道屏障功能的影响及机制[J].食品工业科技,2026,47(04):425-434.
[20]张锡纯,柳西河.重订医学衷中参西录[M].人民卫生出版社:2023.
[21]席啸虎,高建平,王世伟,倪艳.麦冬-黄连药对“异病同治”溃疡性结肠炎和糖尿病的网络药理学分析及活性验证[J].中国医院药学杂志,2026,46(06):655-663.
[22]Liu J,Geng X,Yang Y,et al.Evaluation of the therapeutic significance of glehniae radix polysaccharides on the ulcerative colitis through DSS-induced rat model[J].Food Sci Hum Wellness,2026,15(1).
[23]顾丹丹,王婧娴,周晓娴,吴春晓,宋易华,刘启泉.刘启泉运用“化浊解毒理肠法”治疗溃疡性结肠炎经验探析[J].江苏中医药,2022,54(12):16-19.
[24]杨玲珑,由智夫,张杨.芍药甘草汤及其活性成分干预溃疡性结肠炎作用机制研究进展[J].中成药,2026,48(08):2637-2643.
[25]顾亚茹,李丹彤,顾颖,等.基于改善肠黏膜微循环障碍探讨白芍治疗溃疡性结肠炎的作用机制[J].天然产物研究与开发,2025,37(10):1822-1831.
[26]李逸飞,马婉婷,曹园,等.乌梅对抗生素所致小鼠肠道菌群失调的改善作用[J].天然产物研究与开发,2021,33(5):717-726.

10.12201/bmr.202611.00059V1