

《脾胃论》经典方剂治疗溃疡性结肠炎的思路分析

王澍青¹ 吉星宇² 邓鑫² 窦丹² 张声生² 赵鲁卿²

(1. 北京中医药大学, 北京 100029; 2. 首都医科大学附属北京中医医院消化中心, 北京 100010)

【摘要】《脾胃论》为金元四大家之一、补土派代表医家李东垣所作, 是其学术思想的集中体现。溃疡性结肠炎属中医学“下利”“肠澼”等病范畴, 《脾胃论》全书并无“溃疡性结肠炎”病名, 但书中描述的“久痢赤白”“肠鸣腹痛”等症状与溃疡性结肠炎的典型临床特征相符, 故以《脾胃论》中经典方剂补脾胃泻阴火升阳汤、升阳益胃汤、补中益气汤等作为切入点, 通过分析病因病机、药物组成等, 探究其应用于溃疡性结肠炎治疗时的治疗思路、分析其用药规律, 以挖掘到更多新的组方思路, 可为溃疡性结肠炎临床诊治提供参考。

【关键词】《脾胃论》; 溃疡性结肠炎; 治疗思路; 经典方剂

DOI: 10.16025/j.1674-1307.2024.04.014

溃疡性结肠炎 (ulcerative colitis, UC) 是一种以结直肠黏膜连续性、弥漫性炎症改变为主要特点, 以腹泻、腹痛、黏液脓血便为主要临床表现的慢性非特异性炎症性肠病 (inflammatory bowel disease, IBD), 迁延难愈^[1]。我国的 UC 发病率逐年上升, 2016 年中国城市 IBD 发病率为 10.04/10 万人年, 其中 UC 的发病率为 8.95/10 万人年^[2]。目前西医治疗药物主要包括 5-氨基水杨酸制剂、糖皮质激素、免疫抑制剂和生物制剂等, 长期使用会发生不良反应或严重并发症, 总体疗效不佳^[3]。中医药在改善 UC 临床症状、促进内镜下黏膜愈合及组织学缓解、改善患者生活质量、降低复发概率等方面有一定优势, 且有良好的治疗前景^[4]。

《脾胃论》为金元四大家之一李东垣所作, 是李东垣学术思想的集中体现。《脾胃论》书中“久痢赤白, 脓血相杂”“肠鸣腹痛, 泄泻无度”等论述符合 UC 的典型特征, 本文以《脾胃论》中的经典方剂作为研究重点, 探讨其治疗 UC 时的用药规律, 以丰富 UC 的临床治疗思路。

1 《脾胃论》中 UC 的病因病机

李东垣研习《黄帝内经》《难经》, 提出“内伤脾胃, 百病由生”的理论, 认为脾胃为后天、

元气之本, 脾胃之气充沛与否与疾病的发生密切相关。《脾胃论·肠澼下血论》中论述了“肠澼”的病因病机, “夫肠澼者, 为水谷与血另作一派, 如溉桶涌出也。今时值长夏, 湿热大盛, 正当客气胜而主气弱也, 故肠澼之病甚”。指出“肠澼”的特点为水谷与血另作一派, 飧泻脓血互见^[5], 而正值长夏湿热之气蒸腾之时, 脾气虚弱不能抵御湿邪侵袭, “客气胜而主气弱”, 脾胃之气愈虚, 气虚下陷而致肠澼下血。UC 活动期病机多为湿邪之邪蕴结肠道、气血失和, 缓解期病机多为脾虚湿邪留恋, 运化失健, 其中脾胃虚弱为发病的根本^[1]。李东垣临证以补益脾胃为重, 故《脾胃论》中多数方剂均针对脾胃虚弱的发病基础进行治疗。

2 治疗 UC 的经典方剂

2.1 凉血地黄汤

《脾胃论·肠澼下血论》曰: “今时值长夏, 湿热大盛, 正当客气胜而主气弱也, 故肠澼之病甚, 以凉血地黄汤主之。”寒温不适、饮食失调、五志七情过极均可伤及脾胃, 加之长夏行其令, 脾胃之气更弱, 暑湿之邪更盛, 脾胃既伤, 元气受损, 阴火内生, 煎熬心血, 心血不足则心火内生; 脾虚化源不足, 日久及肾, 肾水不足无以制心火, 心火独亢于上, 加之湿热灼伤, 则血虚愈

基金项目:国家自然科学基金面上项目(81973764);北京市科技新星计划(Z201100006820119);2022 年度东城区优秀人才培养资助项目(2022-dchrcpyzz-13)

作者简介:王澍青, 女, 24 岁, 硕士研究生。研究方向: 中医药治疗脾胃病。

通信作者:赵鲁卿, E-mail: zhaoluqing@bjzhongyi.com

引用格式:王澍青, 吉星宇, 邓鑫, 等. 《脾胃论》经典方剂治疗溃疡性结肠炎的思路分析[J]. 北京中医药, 2024, 43(4): 397-401.

重。凉血地黄汤为《脾胃论》中治肠澼之主方，临床多被用于患者见黏液血便或便后出血、里急后重、痞满不适、心烦失眠、口舌干燥、腰膝酸软、自汗盗汗、小便涩等。原方组成：黄柏（一钱），知母（一钱），青皮（五分），槐子（五分，炒），熟地黄（五分），当归（五分）。李东垣《兰室秘藏》言：“甘温益中气，佐以甘寒之品以泻阴火，用黄连黄柏知母之类。”方中黄柏“泻无根之肾火”，知母滋肾阴、润肾燥，二者同用可滋肾水以降心火；青皮行气导滞，除后重之感；槐角炒炭后寒性减弱，长于收敛止血，常用于便血、痔血，治下血之标；熟地黄-当归是中药方剂中的常用药对，共奏滋阴补虚养血之功。方后注“或大便则后重，调木香、槟榔细末”，木香、槟榔行气导滞，遵“调气则后重自除”之法。

2.2 补脾胃泻阴火升阳汤

《脾胃论·脾胃胜衰论》曰：“今饮食损胃，劳倦伤脾，脾胃虚则火邪乘之，而生大热，当先于心分补脾之源，盖土生于火，兼于脾胃中泻火之亢甚……假如时在长夏，于长夏之令中立方，谓正当主气衰而客气旺之时也，后之处方者，当从此法加时令药，名曰补脾胃泻阴火升阳汤。”补脾胃泻阴火升阳汤是《脾胃论》首方，主治饮食损胃、劳倦伤脾、火邪乘之而生大热之脾胃湿热证，证见黏液脓血便、腹泻腹痛、里急后重、乏力倦怠、痞满等。原方组成：柴胡（一两五钱），甘草（一两，炙），黄芪（一两），苍术（一两），羌活（一两），升麻（八钱），人参（七钱），黄芩（七钱），黄连（去须，酒制，五钱炒），石膏（少许，长夏微用，过时去之，从权）。李东垣在治疗脾胃虚弱时，常以甘温之品用量最大，方中黄芪、人参、炙甘草并用以培本滋养化源，充沛元气，以绝阴火，李东垣称此三者为“除湿热、烦热之圣药也”；同时配伍升麻、柴胡、羌活等辛温之品，以循“火郁发之”之理，起到升阳散火之效；黄芩、黄连、石膏相合清热燥湿，直折阴火；诸药配伍，共奏甘温益气、升阳除湿、清泻阴火之功。

吕立群^[6]将脾虚湿热型UC患者分为使用补脾胃泻阴火升阳汤联合热敏灸的治疗组和仅用美沙拉嗪肠溶片的对照组，治疗后，治疗组患者黏液脓血便、腹泻、腹痛、里急后重等症状及大肠黏膜改善情况明显优于对照组。赵莉等^[7]研究显示，

补脾胃泻阴火升阳汤联合美沙拉嗪治疗的脾虚湿热型UC患者血清高敏C反应蛋白（hs-CRP）、白细胞介素-6（IL-6）、肿瘤坏死因子- α （TNF- α ）水平均低于单纯给予美沙拉嗪肠溶片口服的患者。TNF- α 、IL-6是目前已知与UC发病密切相关的炎症细胞因子，TNF- α 可激活NF- κ B、MAPK等炎症通路^[8]，促进多种炎症细胞向肠黏膜浸润，同时也参与损害肠黏膜上皮^[9]。表明补脾胃泻阴火升阳汤联合美沙拉嗪能够显著降低患者血清炎症细胞因子水平，从而起到抑制炎症、减轻肠上皮黏膜损害的作用。此外，结肠黏膜中的水通道蛋白（AQP）是调控粪便性状的重要因子，王师英等^[10]发现，黄连可改善UC大鼠结肠黏膜的炎症状态，通过上调AQP3、AQP4的表达，增加结肠对水的重吸收，调节肠道水液代谢，发挥改善UC大鼠腹泻的作用。

2.3 升阳除湿防风汤

《脾胃论·肠澼下血论》曰：“如大便闭塞，或里急后重，数至圊而不能便，或少有白脓，或少有血，慎勿利之，利之则必致病重，反郁结而不通也，以升阳除湿防风汤举其阳，则阴气自降矣。”临床主要用于中焦湿郁，肝胆之火下迫，症见里急后重、排便困难伴不尽感、便中稍带有黏液脓血者。原方组成：苍术（四两），防风（二钱），白术（一钱），白茯苓（一钱），白芍药（一钱）。《医方集解》言：“苍术辛温燥烈，升清阳而开诸郁。”李东垣类比五行生克关系，认为“风能胜湿”，故升阳除湿法多使用防风之类具有“风升生”特性的药物。“胆气不升，则飧泄肠澼”，原方用白芍药，李东垣认为其能于中焦脾中升阳，“使肝胆之邪不敢犯也”；“痢后重者，皆因肝胆之火下迫”，白芍药性凉，善泻肝胆之热，以除痢疾后重。白术甘温，茯苓甘淡，二者合用健脾利湿。

2.4 升阳益胃汤

《脾胃论·肺之脾胃虚论》曰：“脾胃之虚，怠惰嗜卧，四肢不收，时值秋燥令行，湿热少退，体重节痛，口苦舌干，食无味，大便不调，小便频数，不嗜食，食不消。兼见肺病，沥淅恶寒，惨惨不乐，面色恶而不和，乃阳气不伸故也。当升阳益胃，名之曰升阳益胃汤。”方中可见补中益气汤、四君子汤、玉屏风散、痛泻要方、芍药甘草汤等经典方剂，临床用于脾虚湿热症见大便溏泄、或有脓血、肛门灼热、腹痛便急、倦怠嗜卧，

口苦咽干，纳谷不馨等。原方组成：黄芪（二两），半夏（一两），人参（一两），甘草（炙，一两），防风（五钱），白芍药（五钱），羌活（五钱），独活（五钱），橘皮（四钱），茯苓（三钱，小便利、不渴者勿用），泽泻（三钱，不淋勿用），柴胡（三钱），白术（三钱），黄连（二钱）。方中重用黄芪补脾益气，配合柴胡、防风、羌活、独活等风药使清阳之气上升；白术、茯苓健脾祛湿兼有益气之用；半夏、陈皮燥湿健脾，泽泻淡渗利湿；黄连清热燥湿，与诸风药相合，有“辛开苦降”之意；生姜和胃、大枣补脾益气，与甘草相配调和诸药。芍药不仅有养血之功，其与白术组成的药对为泻肝补脾的经典配伍，《医方解集·和解之剂》言之：“白术苦燥湿，甘补脾，温和中；芍药寒泻肝火，酸敛逆气，缓中止痛。”全方升降相合，补泻兼施，共奏健脾益气、升阳祛湿之法。孔祥镜^[11]研究发现，对于脾虚湿盛型 UC 患者，使用升阳益胃汤联合隔药灸治疗后 Baron 内镜评分下降程度及腹痛、腹泻、脓血便等症状改善情况明显优于口服地塞米松的患者。

2.5 升阳除湿汤

《脾胃论·湿热成痿肺金受邪论》曰：“升阳除湿汤，治脾胃虚弱，不思饮食，肠鸣腹痛，泄泻无度，小便黄，四肢困弱。”升阳除湿汤是在升阳除湿防风汤基础上加减化裁而成，临床常用于症见肠鸣泄泻、腹痛畏寒、不思饮食、四肢沉重、腰膝酸软、小便黄者。原方组成：甘草（三分），大麦面（三分，如胃寒腹鸣者加），陈皮（三分），猪苓（三分），泽泻（五分），益智仁（五分），半夏（五分），防风（五分），神曲（五分），升麻（五分），柴胡（五分），羌活（五分），苍术（一钱）。李东垣云：“清气在阴者，乃人之脾胃气衰，不能升发阳气，故用升麻、柴胡助辛甘之味，以引元气之升，不令飧泄也。”故本方以升麻、柴胡升举阳气；原文证见“小便黄”，故以泽泻、猪苓利水渗湿，使湿邪随小便而去，“利小便而实大便”以止泻；与苍术、防风、羌活三味风药配伍，祛湿之力更胜；陈皮、半夏行气燥湿；《本草拾遗》言：大麦面“调中止泄，令人肥健”与神曲相合健脾和胃、调中止泻；久泄久病伤及肾气，予益智仁温脾止泻，兼有暖肾之功；加之大枣、生姜温中，甘草调和诸药。全方与升阳除湿防风汤相比，加入了淡渗利湿药物，还增加了风药，

大幅提升了该方的祛湿之力；同时加入温中健脾之品，故更适用于脾肾皆虚、湿邪偏重的 UC 患者。

2.6 补中益气汤

《脾胃论》中补中益气汤方原文虽未提及“久痢”“泄泻”等症状，但其作为李东垣益气升阳的代表方，以方测证，亦可用于脾虚气陷型 UC 的治疗，临床症见久泻久利、纳差便溏、便中带有黏液脓、肛门下坠或脱肛，兼见腹部隐痛、少气懒言、肢软体倦等。原方组成：黄芪（五分，病甚，劳役热者一钱），甘草（以上各五分，炙），人参（三分），当归身（三分），橘皮（二分或三分），升麻（二分或三），柴胡（二分或三分），白术（三分）。

方中重用黄芪为君补益中气、升举阳气，白术、人参为臣，健脾除湿，增强黄芪升阳益气之力。“诸阳气根于阴血中”，《脾胃论》言：“夫脾胃不足，皆为血病。”故补中益气汤中加入当归补血活血、养血和营。配合陈皮理气行滞，佐以柴胡、升麻行少阳春升之气、升提阳气，《内外伤辨惑论》称其二者“引黄芪、人参、甘草甘温之气上升”，合炙甘草调和诸药、健脾益气，为治疗脾虚气陷、清阳不升之要方。《素问·阴阳应象大论篇》曰：“清气在下，则生飧泄。”脾主升清，脾气虚弱，清阳不升，气虚下陷，故易出现肛门下坠感、久泻久利的症状；脾气虚运化无能，水谷与水湿蕴结肠道，故大便溏泄、质黏且时有黏液。《脾胃论》原文中虽未直言补中益气汤可治疗下利，但古今医家结合其病因病机，多将其运用于下利的治疗。贾梦迪等^[12]发现，补中益气颗粒可通过增加 UC 大鼠紧密连接蛋白（TJ proteins）的表达以恢复肠道上皮的屏障功能，同时通过减少促炎细胞因子 TNF- α 和白细胞介素-1 β （IL-1 β ）的产生，增加抗炎细胞因子白细胞介素-10（IL-10）的产生来缓解大鼠结肠的炎症反应。

2.7 黄芪人参汤

《脾胃论·分经随病制方》曰：“如大便后有白脓，或只便白脓者，因劳役气虚，伤大肠也，以黄芪人参汤补之；如里急频见者，血虚也，更加当归。”黄芪人参汤为补中益气汤去柴胡加麦冬、苍术、黄柏、炒曲、五味子而成，黄芪人参汤证较之补中益气汤证湿邪更重，湿邪蕴结，阻滞肠道，故见“便后有白脓”“只便白脓”，患者

应伴有腹泻便溏、便下白脓、食积不化、食不知味、时时腹痛、神疲懒言等症状。原方组成：黄芪（一钱），升麻（六分），人参（五分），橘皮（五分），麦门冬（五分），苍术（五分，无汗更加五分），白术（五分），黄柏（三分，酒洗），炒曲（三分），当归身（二分，酒洗），炙甘草（二分），五味子（九个）。方中苍术、黄柏一温一寒，合为二妙散，并走于下焦，清下焦之湿；方中人参、麦冬、五味子合为生脉饮，益气补肺、养阴生津，为“滋肺气以补水之上源，又使庚大肠不受邪热”之意。二方合用，既可清大肠之湿热，又能补益肺气以绝大肠受邪。《脾胃论·长夏湿热胃困尤甚用清暑益气汤论》言：“湿气大胜，主食不消化，故食减，不知谷味，加炒曲以消之。”加炒曲健脾和胃、消食化积。“里急者，腹中不宽快是也”，血虚不荣则见腹痛窘迫、时时欲泻，故以当归养血活血。

2.8 调中益气汤

《脾胃论·脾胃虚弱随时为病随病制方》曰：“四肢满闷，肢节烦疼，难以屈伸，身体沉重，烦心不安……腹难舒伸，大小便清利而数……夏月飧泄，米谷不化，或便后见血，见白脓……嗜卧无力，不思饮食，调中益气汤主之。”该方为补中益气汤去当归、白术，加苍术、木香而成，临床治疗 UC 症见大便次数增多、腹泻下利、便脓便血、时夹杂饮食物、腹痛难以舒解、肢节烦疼、身体沉闷重困、不思饮食、乏力嗜卧等。原方组成：黄芪（一钱），人参（五分），甘草（五分），苍术（五分），柴胡（二分），橘皮（二分），升麻（二分），木香（一分或二分）。《脾胃论·脾胃胜衰论》曰：“怠惰嗜卧，有湿，胃虚不能食，或沉困，或泄泻，加苍术。”苍术、白术二者均有燥湿健脾之效，但苍术以燥湿为重，兼有祛风散寒之效，对痹症湿重肢体困重疼痛尤效。木香辛行苦降，芳香气烈而味厚，能通行三焦气分，尤善行中焦脾胃及下焦大肠之气滞，行气止痛，为治疗脾胃和大肠气滞证的要药。

2.9 白术安胃散

《脾胃论·论饮酒过伤》曰：“白术安胃散，治一切泻痢，无问脓血相杂，里急窘痛，日夜无度。”用于临床症见泄泻无度、便脓便血、里急后重、腹中急痛，加之脾虚之象。原方组成：五味子（五钱），乌梅（取肉炒干，五钱），车前子

（一两），茯苓（一两），白术（一两），米壳（三两，醋煮一宿，炒干）。方中罂粟壳酸涩收敛，加之醋制一宿、炒干，涩肠止泻止痛之力更强；五味子收敛固涩，乌梅涩肠敛肺，三药合用可防止因过度泄痢而津液丢失，亦可防止久痢耗伤阳气；白术、茯苓健脾益气、燥湿止泻，车前子淡渗利湿。全方标本兼治，罂粟壳、五味子、乌梅三味药涩肠止泻以治其标，白术、茯苓健脾祛湿以治其本。车前子既有“利小便以实大便”之效，又可使湿邪有出路，奏涩肠止泻、健脾祛湿之功，故言其能“治一切泄痢”。研究发现，罂粟壳所含的可待因和吗啡等成分能有效提高胃肠道括约肌的张力、有效延迟便意^[13]；而以乌梅为君药的乌梅丸具有抗炎、调节免疫、调剂胃肠道功能、改善肠道菌群、修复黏膜屏障等作用^[14]。

2.10 胃风汤

胃风汤源于宋代《太平惠民和剂局方》，胃风者，胃虚而风邪乘之也。《脾胃论·脾胃损在调饮食适寒温》曰：“胃风汤，治大人小儿，风冷乘虚，入客肠胃，水谷不化，泄泻注下，腹胁虚满，肠鸣疝痛；及肠胃湿毒，下如豆汁，或下瘀血，日夜无度，并宜服之。”主治脾胃虚弱、风邪侵袭，症见泄泻不止，肠鸣腹痛，水谷不化等，或湿毒下注肠道而症见大量脓血便或暗红色血便夹有血块，日夜无度者。原方组成：人参、茯苓、芎藭、肉桂、当归、白芍药、白术，以上各等分。风属肝木，能克脾土，故用人参、白术、茯苓以补脾气而益卫，壮脾运而除湿；当归、川芎养血而调荣；芍药泻肝而能和脾；肉桂散风而能平木，同时肉桂之热，可以祛湿毒，血药得之可以调营，气药得之可以益卫。《玉机微义》曰：“此方名治风，而实非治风。乃补血和血益胃之药。血痢而挟湿者，实可倚仗。”

3 小结

脾气虚弱是 UC 的发病基础，综观《脾胃论》中各方发现，李东垣注重固护脾胃正气，正所谓“正气存内，邪不可干”。然李东垣补益脾气时最忌呆补，强调脾气的升发，治以益气升阳之法，加入升麻、柴胡之味以升提阳气，而助元气上升。脾虚易生湿，湿邪易困脾。研究表明，UC 活动期以湿热为主，缓解期脾虚湿蕴者多见，可见“湿”作为 UC 活动期、缓解期的主要证素贯穿 UC 疾病的发生发展全程，既可诱导疾病的发生，亦是发

病过程中的病理产物^[15],故祛湿在UC治疗过程中至关重要。而李东垣常补脾、祛湿并行,李东垣认为脾阳在水谷的正常运化中至关重要”,脾阳不升、温化无能,水湿无法正常代谢因而成湿邪;其次湿为阴邪,易伤阳气;过度使用淡渗利湿之品亦可复伤阳气,故创立升阳除湿法,取风药升发之性,引脾之阳气行阳道,同时善用风药发越郁热、祛除湿气。

综上所述,《脾胃论》中多首方剂均可用于UC尤其是难治性UC的治疗,从《脾胃论》中可以挖掘到更多新的组方思路,精进临床诊治策略。

参考文献

- [1] 张声生,沈洪,郑凯,等.溃疡性结肠炎中医诊疗专家共识意见(2017)[J].中华中医药杂志,2017,32(8):3585-3589.
- [2] XU L, HE B, SUN Y, et al. Incidence of inflammatory bowel disease in urban China: A nationwide population-based study[J]. Clin Gastroenterol Hepatol, 2023,21(13): 3379-3386,e29.
- [3] 黄彪,谢璐霜,吴巧凤.溃疡性结肠炎的中西医治疗进展及思考[J].实用医学杂志,2018,34(13):2267-2269, 2274.
- [4] 张声生,赵鲁卿.中医药治疗溃疡性结肠炎的研究进展述评[J].北京中医药,2022,41(9):944-950.
- [5] 郑红斌.李东垣对《内经》“肠澼下血”的理论阐发及其临床应用[J].中医药导报,2017,23(24):24-25.
- [6] 吕立群.补脾胃泻阴火升阳汤配合热敏灸法治疗溃疡性结肠炎临床观察[J].四川中医,2017,35(6):95-97.
- [7] 赵莉,石志敏,李雪青.补脾胃泻阴火升阳汤联合美沙拉嗪治疗溃疡性结肠炎患者临床疗效观察[J].中国实验方剂学杂志,2017,23(14):188-192.
- [8] LIN S, WANG Y, CHANG C, et al. TNF- α receptor inhibitor alleviates metabolic and inflammatory changes in a rat model of ischemic stroke[J]. Antioxidants, 2021, 10(6):851.
- [9] VAVRICKA SR, GALVÁN JA, DAWSON H, et al. Expression patterns of TNF α , MAdCAM1, and STAT3 in intestinal and skin manifestations of inflammatory bowel disease[J]. J Crohns Colitis, 2018,12(3):347-354.
- [10] 王师英,赵文樱子,钟彩铃,等.黄连通过调控肠黏膜上皮细胞AQP5蛋白表达改善溃疡性结肠炎腹泻的机制研究[J].北京中医药,2022,41(9):954-958.
- [11] 孔祥镜.升阳益胃汤联合隔药灸治疗脾虚湿盛型溃疡性结肠炎48例[J].中医外治杂志,2021,30(1):26-27.
- [12] KANG X, JIA M, ZHAO L, et al. Bu-Zhong-Yi-Qi Granule enhances colonic tight junction integrity via TLR4/NF- κ B/MLCK signaling pathway in ulcerative colitis rats[J]. Evid Based Complement Alternat Med, 2021:6657141.
- [13] 祝丽超,毕夏,陈晓杨.真人养脏汤合参苓白术散加减对虚寒型泄泻患者免疫功能及肠道微生态的影响[J].现代中西医结合杂志,2018,27(31):3451-3454.
- [14] 丁晓洁,孙喜灵,于晓飞,等.乌梅丸对腹泻型肠易激综合征模型大鼠肠道菌群和炎症因子的影响[J].辽宁中医杂志,2019,46(6):1296-1299,后插5.
- [15] 秦书敏,张海燕,吴皓萌,等.基于现代文献的溃疡性结肠炎证候及证素分布特点研究[J].环球中医药,2021, 14(3):389-394.

Discussion on the treatment of ulcerative colitis based on classic prescriptions in Treatise on the Spleen and Stomach(《脾胃论》)

WANG Shuqing, JI Xingyu, DENG Xin, DOU Dan, ZHANG Shengsheng, ZHAO Luqing

(收稿日期:2023-10-30)