

# 郁火理论在溃疡性结肠炎辨治的应用\*

张毅堃, 孙博云, 胡鸿毅<sup>△</sup>

(上海中医药大学附属龙华医院, 上海 200032)

**摘要:** 溃疡性结肠炎中医认为属于“肠癖”“滞下”等范畴, 是消化系统常见的疑难病之一。《黄帝内经》病机十九条指出:“诸呕吐酸, 暴注下迫, 皆属于热”。此理论历来对于指导中医治疗痢疾、泄泻类疾病有着重要的价值。刘完素通过完善, 将其病机概括为“郁火”, 立论基于“六气皆从火化”“五志过极皆为热甚”。因此开达玄府、宣散郁火为本病的重要治法。选药以风药开郁, 辛寒泻火, 时时不忘解郁, 为临床治疗溃疡性结肠炎提供了新的思路。

**关键词:** 溃疡性结肠炎; 郁火; 治则; 玄府气液; 芍药汤

**中图分类号:** R 574.62 **文献标志码:** A **文章编号:** 1000-3649 (2023) 12-0214-04

溃疡性结肠炎是一种临床表现为腹痛、腹泻、粘液脓血便及里急后重的慢性非特异性肠道炎症疾病<sup>[1]</sup>, 在中医理论中属于“泄泻”“肠风下血”“肠癖”“痢疾”等范畴。现代研究认为其病因与遗传、免疫、环境、肠道菌群有关<sup>[2]</sup>。因本病迁延, 难以痊愈, 患者往往深受其扰。随着时代的发展, 本病发病率也在逐年升高<sup>[3]</sup>。目前治疗仍以氨基水杨酸类、激素、免疫抑制剂、生物制剂为主要手段<sup>[4]</sup>, 但存在治疗周期长、病情易反复、生活质量差等问题。如何提高疗效并提升患者生活质量是目前亟待解决的问题。

中医认为, 本病以脾虚为本, 发病过程中会出现湿阻、气滞、血瘀、气虚、阴虚等不同变证, 但总以本虚标实、虚实夹杂为主<sup>[5]</sup>。因本病的证候复杂, 治疗棘手, 笔者本着“谨守病机, 无失气宜”的观点, 从病机角度, 结合刘完素《素问玄机原病式》中:“假如下痢赤白, 俗言寒热相兼, 其说犹误……大法下迫窘痛, 后重里急, 小便赤涩, 皆属燥热……为热明矣”, 认为郁火是溃疡性结肠炎发病乃至反复发作的重要病机, 火热蕴结肠道, 无从发越, 大肠气机失调, 日久变为泄痢, 迁延不愈。本文试从经典出发, 讨论郁火理论的产生及治法, 以及在溃疡性结肠炎的辨证论治当中的运用, 以期对溃疡性结肠炎的临床辨治提供新的思路。

## 1 郁火源流及临床意义

郁火理论起源于《黄帝内经》, 属“五郁”之一, “郁火”即火热之气壅滞于内, 无法透达于外, 火郁到极点时即可因势而发, 而表现出火气偏盛的病理变化<sup>[6]</sup>。这一理论在内经时期主要运用在五运六气的衍义当中, 直到金元时期才得以全面发挥。刘完素认为:“郁, 拂郁也, 结滞壅滞不通畅也”。疾病的主要转归在于“化火”, 在这一过程中阳气拂壅闭郁是主要的原因。刘完素通过重点发挥火热病机,

将病机十九条中的 17 种火热病证增至 50 多种<sup>[7]</sup>。生理状态下, 人体的各种生命活动依赖于气的运动, 非升降无以生长壮老已, 非出入无以生长化收藏, 气流行于脏腑, 经脉, 四肢百骸, 有着保护、温煦、营养、推动等作用, 这可以看做是气的“升降出入”的结果。当人体受到病理因素的影响, “升降出入”的功能受损, 就会出现气机不畅, 郁而化火。何梦瑶《医碥》曰:“六淫、七情皆足以致郁……气不足以郁而成火, 东垣所谓阳虚发热也”。朱丹溪《丹溪心法》亦讲:“郁者, 结聚而不得发越也, 当升者不得升, 当降者不得降, 当变化者不得变化也, 此为传化失常”。

在刘河间看来, “郁火”产生的生理基础是玄府闭郁, 玄府在《内经》被认为是汗孔, 但刘河间认为:玄府无物不有, 脏腑、皮毛、肌肉、筋膜皆有玄府。玄府是联系各个器官传递物质和信息的通路, 即气机的路径, 一旦玄府闭郁, 气机升降出入受阻, 便会产生疾病。《素问玄机原病式》曰:“悉由热气拂郁, 玄府闭密而致气液血脉, 荣卫精神, 不能升降出入故也, 各随郁结微甚, 而为病之重轻。”有学者认为, 玄府和经络、三焦系统一样, 同属于人体精微物质如气血津液的循行通道, 其病理特征为“易郁易闭、郁久生毒”, 所以造成郁火的原因是玄府开阖失调<sup>[8]</sup>。李东垣在气机闭郁的基础上, 特别强调了“因虚致郁”的概念, 将此种因虚导致气郁的火命名为了“阴火”<sup>[9]</sup>。《脾胃论》中有“心火者, 阴火也”, “脾胃气虚, 则下流于肾, 阴火得以乘其土位”之说, 认为饮食劳倦, 七情所伤, 皆可致脾胃虚弱, 气火失调。仝小林教授根据李东垣“内伤脾胃, 百病由生”的学术思想, 将郁火证的病机要点总结为脾胃气机升降失调<sup>[10]</sup>。至此, 郁火理论趋于完善。

## 2 溃疡性结肠炎与肠道郁火

2.1 溃疡性结肠炎郁火病机 溃疡性结肠炎病位在

\*基金项目: 国家自然科学基金面上项目 (编号: 8207151302)。△通讯作者: 胡鸿毅, 主任医师, 教授, 博士生导师, 研究方向: 中医药防治胃肠病, E-mail: hongyihu2003@shutcm.edu.cn; 第一作者: 张毅堃, 硕士, E-mail: a1319644295@gmail.com。

于大肠，大肠与胃同属于阳明燥金，并与脾有着密切的联系，脾胃之气不行，阳明燥金所胜，皆可导致“腹中鸣，注泄鹜溏，名木敛……痲疮痲痛”。因此，溃疡性结肠炎的病机正是由于肠腑的气机失调、玄府郁闭而产生了肠道郁火，热盛肉腐，肠络受损，血败为脓。本病在电子结肠镜下的可见肠黏膜充血、水肿、糜烂、溃疡，病理则多为隐窝脓肿<sup>[11]</sup>，结合症状可见腹痛，符合中医疮疡病红、肿、热、痛的表现。《医略》有云：“论痢之证治之理，正与痲疮机宜暗合”。故刘完素云：“人之疮肿，因内热外虚所生也。”素体虚弱，同时感受外邪，内外相合，从而导致阳气拂郁，玄府闭塞，气液失运，郁滞肌表，发为疮痲<sup>[12]</sup>。从脏腑层面，溃疡性结肠炎病位在肠，但同时涉及脾胃、肝、肺，久则及肾，而且脏腑气血失和也会影响到大肠气机正常运行，最终五脏气郁引起肠道郁火。黄元御《四圣心源》曰：盖肾司二便，而传送之职，则在庚金，疏泄之权，则在乙木。阴盛土湿，乙木郁陷，传送之窍既塞，疏泄之令不行……可见肠道之病往往是全身脏腑功能的失调的结果。如肺失肃降，脾失运化、胃失通降、肝失疏泄、肾失固摄，皆可导致下痢，故《内经》曰：“五脏皆能令人泄，非独脾也”。有学者将其病机归纳为气失宣通、津液不布、血行瘀阻、神无所用四类<sup>[13]</sup>，正与郁火致泻的病机相同。郁火分虚实，溃疡性结肠炎往往发作期与缓解期交替出现，虚实变化，显而易见。如《金匱翼》云：“久泻不止，百药不效，或暂复来，此必有陈积在肠胃间，积一日不去则泻一日不愈，必先通其陈积而复补之，庶几获效”。再如《脾胃论》曰：“饮食损胃，劳倦伤脾，脾胃虚则火邪乘之，而生大热”。虽然郁火可分为虚火和实火，但其造成的病理表现往往体现在实的一面，正如古人所讲“无积不做痢”，平素肠道阳气拂郁，积滞内停，痰浊内生，久而伤及肠道血络，阴络伤则血内溢，血内溢则后血，进而产生里急后重，便下脓血等症状。任继学教授认为：“所谓肠胃积滞，有湿滞，有瘀滞，有食滞。脾胃虚损不能运化，水谷精微，水反为湿，谷反为滞，湿滞胃腑，下注肠间，混杂而下，发为大瘕泄”<sup>[14]</sup>。

2.2 肠道郁火的现代阐释 中医认为肠道郁火是六气皆从火化的结果。现代研究认为，肠与五脏具有交互作用，如脾通过影响肠道菌群的定植及发育，激活和调节肠道免疫系统的功能<sup>[15]</sup>；心与小肠来源于同一胚层，早期发育产生的神经脊，分化为中枢神经系统和肠神经系统，故通过神经影响肠道功能<sup>[16]</sup>；肝与结肠在胚胎阶段均起源于前肠，通过门静脉相连，同时在代谢、免疫和神经内分泌中起到相互作用<sup>[17]</sup>；肾精和肠道菌群均源于先天胎元，肾病亦可通过肠道菌群影响到肠道功能<sup>[18]</sup>；肺亦可以通过肺肠轴以及微生物菌群与肠道互相作用。若五脏功能异常，通过玄府三焦信号系统作用于大肠，

可表现为大肠炎症。此外玄府郁闭不通则会引起气血津液运行不畅，表现为肠道火郁，痰湿瘀血内生。刘完素认为：“肠不能渗泄者，悉由热气拂郁，玄府闭塞而致气液、血脉、荣卫、精神不能升降出入故也”。郁火和肠道病理产物如痰湿、瘀血等产生互为因果。研究表明，本病与非特异性免疫、体液免疫、细胞免疫、分子免疫等各方面都有联系。此外，生理性缺氧也是导致溃疡性结肠炎发作的重要原因之一。这种过程往往伴随着肠道微生物失调、黏液分泌异常、肠上皮损伤或肠黏膜炎症免疫。肠上皮氧气的运输减少，会触发一种由缺氧诱导因子控制的适应性转录反应，影响到肠道上皮屏障功能，进而造成肠道微环境的破坏<sup>[19]</sup>。肠道微环境的失衡会反过来造成肠道微生物失调、黏液分泌异常、肠上皮损伤和肠黏膜炎症反应<sup>[20]</sup>，此时肠道会释放 TF、PAF 等血小板活化物质，激活炎症细胞，使血液处于高凝状态，导致血栓的形成，对微循环造成影响，即瘀血的产生，反过来加重肠黏膜炎症，加速溃疡性结肠炎的发生发展<sup>[21]</sup>。这种肠道微环境与肠道屏障、肠道有益菌与有害菌、炎症因子与抗炎细胞等的平衡失调，可以看作是肠道气机平衡失调，郁火内生，形成局部炎症病理表现。

### 3 基于郁火理论的治法方药

3.1 火郁发之 火郁发之是郁火的基本治疗原则，其本意是使郁遏的阳气得以疏散，正常敷布全身，起到温分肉、充皮肤、肥腠理、司开阖的作用。具体治法当随其实而攻之，因势利导，运用汗、吐、下、和、温、清、消、补，使因脏腑经络气血在受外感、七情、劳倦、外伤等原因而失调后产生的痰、饮、湿、积、瘀等病理产物得以排除。六淫导致的郁火当以透邪外出为发，邪实火郁当以祛邪畅气为发，虚证引起的郁火当温健血气，流通气液，燮理阴阳，火气自发。通过三因制宜，因势利导，针对病邪性质的寒热温凉和发病阶段的初中末的不同，祛除病因，条达气机，解散郁火<sup>[22]</sup>。用药上，刘完素提出：“行血则便脓自愈，调气则后重自除”。《素问玄机原病式》曰：“夫治诸痢者，莫若以辛苦寒药治之，或微加辛热佐之则可。盖辛热能发散开通郁结；苦能燥湿，寒能胜热，使气宣平而已”。其创制芍药汤为千古治痢名方。方中木香、槟榔味辛以调气，当归、肉桂以调血，可谓“辛以散之”，方中芍药独多，为一两，裘沛然先生曾指出：芍药是一味破药，《神农本草经》载：“芍药主邪气腹痛，除血痹，破坚积”。说明芍药可以通过攻逐血郁达到清郁火的作用。上海市名中医马贵同教授从调和肠道气机入手，以补中升阳、辛开苦降、清泻阴火法为大法，起到发越肠道郁火的作用。临床上喜用黄芪、人参等甘温药助阳，佐以辛温、辛平药，如柴胡、升麻、羌活、防风等生发阳气，使“阳气上出于阴分”。实验证明，此类药可加强肠上皮细胞的再生，

调节黏膜的血液循环。次用辛开温化药，如半夏、陈皮、木香、乌药等通下焦之气滞，调大肠传导功能之乱。继用芳香、苦温、淡渗，如豆蔻、菖蒲、茯苓、薏苡仁等加强宣散郁火的作用<sup>[23]</sup>。马师根据肠道气血瘀滞的病机研制临床药物清肠栓，临床治疗已有显效，此方由三七、青黛、五倍子、马齿苋、冰片等五味药组成<sup>[24]</sup>，其中冰片、三七具有辛散之意，亦可发越郁火，调达气血，临床使用有辛凉之感，具有缓急迫、修复黏膜的作用。

3.2 宣通气液 玄府郁闭是造成六气化火的原因之一。根据刘完素对玄府的认识，五脏六腑发挥和维持功能皆是通过玄府的气液运行完成的。如脾主运化，脾之玄府开阖有度，中焦受气取汁于玄府，水谷精微源源不断地通过玄府进行传送，进入三焦系统，上布于肺；肺为水之上源，玄府开阖有度，肺之玄府行通调水道、布津化气之职<sup>[25]</sup>。若玄府开阖失司，则水聚为湿，湿郁化热，则湿热胶结于肠胃，肠胃拂热郁结，致气液不得宣通。刘完素论诸痢，皆肠胃郁结所致，主张以辛开发郁结，宣通气液。在辛苦寒药的基础上，稍加辛热药以佐之，取法于钱氏香连丸。其用药多清温并用，寒热并举，以辛凉除热，配伍以辛热宣通，使局部玄府尽快恢复流通渗透，可谓方从法出，法随证据。对疾病的治疗恢复不无裨益<sup>[26]</sup>。辛味药味薄、气轻，具有发散、走窜、宣通之效，能够开腠理、通玄府。金元医家在继承刘完素思想的基础上都对辛味药运用有所发挥，如李东垣喜用辛味风药升阳：“今客邪寒湿之淫，从外而入里，以暴加之，若从以上法度，用淡渗之剂以除之，病虽即已，是降之又降，是复益其阴，而重竭其阳气矣，是阳气愈削，而精神愈短矣，是阴重强而阳重衰矣，反助其邪之谓也。故必用升阳风药即瘥，以羌活、独活、柴胡、升麻各一钱，防风根截半钱，炙甘草根截半钱，同咀，水四中盏，煎至一盏，去渣，稍热服”。朱丹溪以辛味疏风开玄府：“治法大要，先当解散肠胃风邪，热则用败毒散，热者加茯苓、槐花，冷者加茯苓、木香，此则自根自本之论也”。吾师胡鸿毅先生临床治疗溃疡性结肠炎喜用辛药，或柴胡升麻，或羌活防风，意通中寓补，守中寓散，标本兼治，提高疗效。现代药理研究表明，多数风药可以抑制炎症、改善血管循环、提高免疫功能，进而改善肠道微循环的状况<sup>[21]</sup>。

#### 4 讨论

郁火理论起源于《黄帝内经》，经过刘完素的创新得到了发展。其提倡的火热病机为后世治疗疑难杂病提供了更开阔的思路。现代治疗溃疡性结肠炎多用寒凉之品，往往湿遏热伏，久病不愈。若在苦寒直折的基础上，抑者散之，佐以辛开，则可使火热之邪顺势而散，起到轻可去实的效果。相信郁火理论的阐发，为溃疡性结肠炎今后的科学研究及临床治疗提供了更多的理论支持。

#### 参考文献

- [1] 吴开春, 梁洁, 冉志华, 等. 炎症性肠病诊断与治疗的共识意见(2018年·北京) [J]. 中国实用内科杂志, 2018, 38(09): 796-813.
- [2] 刘琼, 成哲, 陈广. 溃疡性结肠炎中医治疗进展 [J]. 中国中医基础医学杂志, 2021, 27(07): 1191-1194.
- [3] Porter RJ, Kalla R, Ho GT. Ulcerative colitis: Recent advances in the understanding of disease pathogenesis [J]. F1000Res. 2020, 9F1000 Faculty Rev-294-F10000 Faculty Rev, 294.
- [4] 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.
- [5] 张华东, 路洁, 边永君, 等. 路志正教授治疗炎性肠病性关节炎的辨证体会 [J]. 中华中医药杂志, 2006, 21(007): 412-414.
- [6] 周扬, 徐列明, 平键. 因势利导, 郁火当发——浅谈“火郁发之”对慢性病毒性肝病证治的启示 [J]. 上海中医药杂志, 2011, 45(11): 42-43, 47.
- [7] 沈翊康, 姜婧, 张钰欣, 等. 燕赵医家刘完素, 张元素, 李东垣火热论学术思想传承演变规律探究 [J]. 河北中医药学报, 2021, 36(6): 9-12.
- [8] 卓兴卫, 朱建伟, 富晓旭, 等. 基于“玄府郁闭胰岛微循环障碍”探讨糖尿病患者血糖波动的调控 [J]. 中医杂志, 2020, 61(11): 1010-1012.
- [9] 殷鸣, 金钊, 张琦. 金元医家郁火理论汇通 [J]. 中国中医基础医学杂志, 2020, 26(11): 1598-1600, 1742.
- [10] 张金超, 吕景晶, 何秀娟, 等. 中医疮疡内治法的理论沿革 [J]. 中医学报, 2019, 34(07): 1390-1393.
- [11] 李素素, 王少墨, 王秀薇, 等. 王庆其从“半从痢治, 半从瘡疗”论治溃疡性结肠炎经验 [J]. 中医杂志, 2023, 64(06): 555-559.
- [12] 郑玉娇, 逢冰, 杨帆, 等. 诸火郁阻, 肤灼窍热, 皆属于脾: 仝小林教授从脾论治郁火 [J]. 吉林中医药, 2018, 38(1): 20-23.
- [13] 陆鹏, 由凤鸣, 胡幼平, 等. 玄府—络脉体系概论 [J]. 中国中医基础医学杂志, 2017, 23(1): 29-30, 92.
- [14] 刘艳华, 任宝崑, 初洪波, 等. 任继学教授辨治大痲泄(溃疡性结肠炎)的四维病机理论 [J]. 中国中医药现代远程教育, 2016, 14(12): 70-72.
- [15] Xun P, Xiao Z, Liu L, et al. Effects of dietary zinc oxide nanoparticles supplementation on growth performance, zinc status, intestinal morphology, microflora population, and immune response in weaned pigs [J]. Journal of the science of food and agriculture, 2019, 99: 1366-1374.
- [16] 郭宗耀, 刘芸, 高玉萍, 等. “心与小肠相表里”理论的源流与发展 [J]. 中医杂志, 2017, 58(2): 96-99.
- [17] Zhi Y K, Lal S K. The Human Gut Microbiome - A Potential Controller of Wellness and Disease [J]. Frontiers in Microbiology, 2018, 9: 1835.
- [18] 李娟娟, 王风云, 唐旭东, 等. 肠道菌群失调与功能性消化不良的相关性研究 [J]. 中国中西医结合消化杂志, 2019, 27(1): 77-81.
- [19] 罗端娟, 柳越冬, 陶弘武, 等. “肺-肠轴”理论探讨溃疡性结肠炎的发病机制 [J]. 辽宁中医药大学学报, 2022, 24(08): 32-36.

## 脾虚湿阻证生物标志物的组学技术研究进展\*

汪晴<sup>1</sup>, 周攀宇<sup>1</sup>, 张雅婷<sup>1</sup>, 张骏鸿<sup>1,2</sup>, 黎莉<sup>2,3</sup>, 韩凌<sup>2,3,Δ</sup>

(1. 广州中医药大学第二临床医学院, 广东 广州 510120; 2. 广州中医药大学第二附属医院省部共建中医湿证国家重点实验室, 广东 广州 510120; 3. 广州中医药大学粤港澳中医药与免疫疾病研究联合实验室, 广东 广州 510120)

**摘要:**“诸湿肿满, 皆属于脾”。脾虚导致湿邪中阻, 进而引起代谢综合征、溃疡性结肠炎、癌症等多种疾病, 病情多反复缠绵难愈。目前组学技术广泛运用于中医药证候相关生物标志物的研究, 本文系统综述了采用代谢组学、蛋白质组学、基因组学、转录组学、以及肠道微生物组学等技术手段研究脾虚湿阻证标志物研究进展, 以期为脾虚湿阻证的证候实质提供线索。

**关键词:** 生物标志物; 组学技术; 脾虚湿阻

**中图分类号:** R 2-03 **文献标志码:** A **文章编号:** 1000-3649 (2023) 12-0217-06

**Research progress of omics technology on biomarkers of Spleen deficiency and dampness stagnation syndrome/**  
WANG Qing, ZHOU Panyu, ZHANG Yating, et al// (The Second Clinical College of Guangzhou University of Chinese Medicine, Guangzhou Guangdong 510120, China)

**Abstract:** “All dampness and swelling belong to the spleen”. Spleen deficiency leads to dampness evil blocking and then causes many diseases, including metabolic syndrome, ulcerative colitis, cancer and so on. At present, multi-omics technology is widely used in the research of biomarkers related to TCM syndromes. This paper systematically reviewed the research progress of biomarkers related to spleen deficiency and dampness stagnation syndrome using metabonomics, proteomics, genomics, transcriptomics, intestinal microbiome and other technical means, with a view to providing clues for the essence of spleen deficiency and dampness stagnation syndrome

**Keywords:** biomarkers, omics technology, deficiency and dampness hinder syndrome

脾主运化水液, 脾虚健运失职, 水液运化失司, 津液输布障碍, 聚而成湿, 即脾能将水液吸收、输布至全身, 以濡养周身, 脾将水谷精微中多余的水分及时地转输至肺、肾, 通过其气化功能, 化为汗液及尿液排出体外。因此, 脾的运化功能正常, 则可避免水液在体内的停滞, 亦避免了湿、痰、饮等病理产物的产生而引发的水肿。正如《素问·至真要大论》所云:“诸湿肿满, 皆属于脾”。

湿邪有内外之分, 外湿多与气候或长期在潮湿的工作生活环境相关, 外湿侵袭易伤脾阳; 内湿则

多见脾失健运, 水湿停滞体内。脾喜燥而恶湿, 湿为阴邪, 易损伤阳气, 阻遏气机, 致脾失健运; 脾虚为本, 湿阻为标, 二者互为因果, 互相影响。湿性粘滞, 多缠绵难愈, 脾虚湿阻证型可见于包括溃疡性结肠炎、银屑病、慢性肝炎、多种肿瘤等多种慢性疾病中后期。因此明确脾虚湿阻证特有证候标志物, 可能对阐明脾虚湿阻证科学内涵, 进一步发现中医药治疗脾虚湿阻证的作用机制, 发现新的药物作用靶点具有一定意义。

生物标志物是一种可理想地预测并替代临床难

\* 基金项目: 广东省重点领域研发计划项目 (编号: 2020B1111100006); 广州市科技计划项目 (编号: 202201020332); 广东省中医院拔尖人才科研专项 (编号: BJ2022KY05)。作者简介: 汪晴, 在读博士研究生, 研究方向: 中医药分子生物学与系统生物学, E-mail: dr1wang@163.com; Δ 通讯作者: 韩凌, 博士, 研究员, 研究方向: 中医药分子生物学与系统生物学, E-mail: linghan99@gzucm.edu.cn。

- [20] 周琼阁, 王凯, 席作武, 等. 基于肠道微环境探讨中医药防治溃疡性结肠炎的机制 [J]. 中国实验方剂学杂志, 2023, 29 (07): 222-229.
- [21] 谢子妍, 张怡, 韦鹏飞, 等. 基于玄府理论探讨风药在溃疡性结肠炎中的运用 [J]. 中药药理与临床, 2022, 38 (4): 201-206.
- [22] 胡一莉. 《内经》“火郁发之”内涵和实践价值 [J]. 中华中医药学刊, 2008, 26 (6): 1150-1152.
- [23] 钱佳南, 鲍超群, 胡鸿毅. 马贵同教授从阴火探析溃疡性结肠炎的病因病机与诊治 [J]. 河北中医药学报, 2022, 37 (05): 43-45.
- [24] 王奇瑞, 邵菁. 中药方剂通过维持肠道菌群稳态治疗炎症性肠病的最新进展 [J]. 中国中药杂志, 2022, 47 (22): 5997-6004.
- [25] 刘宗瑜, 李其忠. “气液宣通”理论及其研究进展 [J]. 辽宁中医药大学学报, 2010, 12 (4): 97-99.
- [26] 姚晓岚, 陈森, 梁伟云, 等. 刘完素“玄府气液说”初探 [J]. 上海中医药大学学报, 2009, 23 (1): 17-19.

(收稿日期 2023-04-24)