基于肺与大肠相表里理论论治溃疡性结肠炎

张楚楚，蒋廷，华鑫，钱素婷，曹泽鹏，刘庆生

浙江中医药大学附属广兴医院，浙江 杭州 310061

［摘要］溃疡性结肠炎是一种慢性炎症性肠病，属于中医学泄泻、痢疾、肠澼等范畴。中医认为肺与大肠在经络、生理以及病理方面关系密切，提出从肺论治肠道疾病。本文从肺与大肠经络相关、气机宣降、津液代谢及现代肺肠轴理论等方面，论述从肺论治的可行性，为治疗溃疡性结肠炎提出新的诊疗思路。

［关键词］溃疡性结肠炎；肺与大肠相表里；肺肠合治；临证思路

［中图分类号］R249 ［文献标志码］A ［文章编号］0256-7415（2023）15-0180-04

DOI：10.13457/j.cnki.jncm.2023.15.033

Discussion on Treatment of Ulcerative Colitis Based on Theory of Interior-Exterior Relationship Between Liver and Large Intestine

ZHANG Chuchu，*JIANG Ting*，*HUA Xin*，*QIAN Suting*，*CAO Zepeng*，*LIU Qingsheng*

Guangxing Hospital Affiliated to Zhejiang Chinese Medical University，Hangzhou Zhejiang 310061，China

Abstract：Ulcerative colitis is a chronic inflammatory intestinal disease that belongs to the categories of diarrhea，dysentery，and hemafecia in Chinese medicine. Chinese medicine holds that the lung and the large intestine are closely related in terms of meridian and collateral，physiology，and pathology，and proposes to treat intestinal diseases from the perspective of the lung. This article discusses the feasibility of the lung-based treatment of ulcerative colitis from the perspectives of the correlation between the lung and large intestine meridians，the diffusion and descent of qi movement，body fluid metabolism，and modern gut-lung axis theory，and proposes new diagnostic and treatment ideas for ulcerative colitis.

Keywords：Ulcerative colitis；Interior-exterior relationship between the liver and the large intestine；Combined treatment of the lung and the intestine；Clinical thoughts

溃疡性结肠炎（UC）临床表现以腹痛、腹泻、伴黏液脓血便、里急后重感为主，其病变部位主要局限于黏膜层或黏膜下层，多位于直肠和乙状结肠，亦可累及整个结肠[1]。在世界范围内，UC发病率不断上升，与遗传、环境、饮食习惯相关[2]，其发病机制尚未完全明确，治疗难度高，极易复发。中医以整体观念、辨证论治为原则，在本病治疗中具有独特的优势。UC病位虽在大肠，但人体是一个有机整体，UC的发生离不开五脏六腑。《素问·调经论篇》提到“五藏者，故得六府与为表里”。大肠为腑主表，肺为脏主里，肺与大肠相对而言构成了表里关系，这为从肺论治UC提供了理论依据。二者在生理、病理上相互影响，相互联系，基于肺与大肠的生理特性，笔者以肺与大肠相表里为切入点，浅析其源流、生理功能，探讨其在UC中的具体应用，以期为UC的中医治疗提供参考。

1 肺与大肠相表里的理论基础

1.1 肺与大肠经络相通 “肺与大肠相表里”首见

［收稿日期］2023-01-23
［修回日期］2023-05-12
［作者简介］张楚楚（1998-），女，在读硕士研究生，E-mail：1981956692@qq.com。
［通信作者］刘庆生（1979-），男，主任医师，E-mail：7394822@qq.com。

于《黄帝内经·灵枢》，“肺合大肠，大肠者，传道之府”。《灵枢·经脉》中记载“肺手太阴之脉，起于中焦，下络大肠……上膈，属肺”“大肠手阳明之脉，起于大指次指之端……下络缺盆，络肺，下膈，属大肠”。肺与大肠通过经脉相互联系，相互络属，一脏一腑，一阴一阳，一表一里，从而构成肺与大肠在生理上、病理上相互影响。

1.2 肺与大肠表里同气 《素问·五藏生成篇》曰：“诸气臌郁，皆属于肺。”肺位居上焦，主一身之气，吸入自然界的清气，呼出五脏六腑的浊气，一呼一吸间，体内气体不断交换，维持人体气机升降代谢。肺为华盖，位居上焦，上通天气，《医学真传·部位》云“大肠名回肠，盘旋于腹之左右”，大肠下接魄门，与外界相通。《素灵微蕴》中曾记载：“肺与大肠表里同气。”肺与大肠同气相求，共同维持人体气机平衡。肺气宣发、肃降，有利于大肠传导，促进糟粕的排泄。六腑以通为用，以降为顺，若肺气宣发肃降失常，则大肠气机传导不畅而引发疾病。

1.3 肺与大肠津液相关 《血证论》言：“肺为华盖，位虽居上，而通调水道，下输膀胱，又主治节而下达大肠。”肺为水上之源，主行水，水精输布周身，下至大肠，则肠道可通。大肠主津，传导之官，肺通调水道功能正常，滋润大肠，大便通畅。肺失清肃，津液输布失常，下及大肠，传导失司，湿浊内停，损伤肠络，则成痢疾。如《明医指掌·卷四》云：“大肠为肺之腑，……而肺失清化之令，脏不受病而病其腑，故大肠受之。”因此，肺为邪气所伤，大肠受之则传导失常，产生便秘、泄泻及痢疾等肠道疾病。

2 从肺论治UC的依据

UC的发生与各个脏腑相关，其病位在大肠，病机为大肠气虚，不能固涩魄门失于开合，而肺与大肠表里同气，肺主一身之气，因此，肺气虚为之根本。肺为娇脏，外感六淫之邪可致气机升降失常，气血津液失调，则出现肺气不足、肺气阻滞、肺燥津亏等，影响大肠传导功能。同样，大肠气机不畅，反过来也会影响肺的宣降。如《灵枢·四时气》言：“腹中常鸣，气上冲胸，喘不能久立，邪在大肠。”

2.1 肺气受损，大肠失于传导 《医精经义·脏腑之官》言：“大肠所以能传道者，以其为肺之府，肺气下达，故能传道。”肺主一身之气，调节全身气机升降，肺气受损，常累及相应之腑，而六腑以通为用，以降为和，肺气虚则大肠传导失司，肠中气血阻滞，肠络失养，气血失和则成痢。王新月等[3]发现，50%～60%的UC患者均存在不同程度的肺功能下降及肺结构的损伤，且证候多为肺气不足、肺失宣降、肺气郁滞等。相关研究也发现，UC患者多伴有咳嗽、咳痰、胸闷等肠外表现[4]。

2.2 肺热移肠，湿热壅滞成痢 肺主通调水道，肺升降功能异常，津液输布失调，则生痰饮、湿浊。湿性重浊，易阻滞气机，清阳不升，气机郁滞，郁而生内热。《证治汇补·痢疾》又言：“肠澼者，谓湿热积于肠中，即今之痢疾也。”湿热下注大肠，则大肠失于传导，气血失和，血败肉腐，壅结成脓。临床上可表现为里急后重、黏液脓血便等症状，湿邪黏滞，与热相合，更加难祛，因此UC的患者常反复发作难愈。

2.3 肺虚瘀阻，瘀血壅滞肠间 肺朝百脉，肺气充足可助心行血，推动血液运行，若肺气虚弱，无力助心推动血液运行，则气血运行不畅，瘀血内停，血瘀流注于肠间，临床可表现下痢赤黑脓血，瘀血阻滞肠络，不通则痛，可见腹部疼痛，拒按。UC患者常久治不愈，而久病多瘀，王清任曾在《医林改错》中记载：“泻肚日久，百方不效，是总提瘀血过多。”现代研究也发现，UC患者普遍存在血液高凝状态，而肠道黏膜微血栓的形成也是其重要发病机制之一，且UC患者的凝血因子水平同UC的病情程度呈正相关[5-6]。因此，瘀血既是UC的病因，也是UC预后发展的关键，虚实夹杂的复杂病机，决定了UC的难治性。

2.4 现代理论依据 现代医学研究发现，胃肠黏膜和呼吸道黏膜同起源于内胚层[7]，这证实了肺肠组织之间的同源性。“肺-肠轴”理论的提出也为理解肺与大肠关系提供一定的现代科学理论基础。研究发现，部分肠道菌群与呼吸道菌群变化具有同步性[8]，UC是大肠黏膜的非特异性慢性炎症，与肺组织具有共同的炎症通路，这也是UC相关肺损伤的物质基础[9]。肺-肠之间生理病理密切相关，随着对肠道菌群、黏膜免疫以及淋巴细胞归巢特性研究不断深入，肺-肠轴理论不断丰富发展，这也为我们从肺论

治UC提供新思路。

3 从肺论治UC的治则

《黄帝内经·素问》曰："入五脏则瞋满闭塞……久为肠澼。"UC属于中医学泄泻、痢疾、肠澼等范畴。本病多由感受外邪或饮食不节，致湿邪蕴结肠道，与气血相博，损伤肠络，而气血凝滞易生湿、痰、瘀、毒等病理产物。肺主一身之气，正如《素灵微蕴》曰："肺与大肠表里同气，肺气化精，滋灌大肠，则肠滑便易。"通过调节肺的气机升降，气血津液运行通畅，则湿邪可化，痰浊、瘀毒可消，治法上可补肺、宣肺、清肺以润肠。

3.1 补肺温阳益气润肠 《症因脉治》曰："若元气不足，肺气不能下达，则大肠不得传道之令。"肺为相傅之官，治节出焉，调节全身气机，肺气不足，可导致全身气血、津液运行不畅，可诱发或加重UC。《类经·卷六》曰："肺脉小甚则阳气虚而不固，病当为泻。"正所谓"正气存内，邪不可干"，正气充足，则邪气不能入脏，也不能达腑。UC是一种慢性炎症性肠病，症状常反复，日久不愈，久病多虚，因此临床中，可用四君子汤、补中益气汤等加减以补益肺气。《本草经解》记载，黄芪气微温，味甘，入足太阴脾经。肠者手阳明经也，太阴脾为阳明行津液者也；甘温益脾，脾健运，则肠澼行而痔愈也。又有茯苓一药，补肺金调脾土，《雷公炮制药性解》记载，茯苓入肺、脾、小肠三经。因此茯苓入肺，补肺金以通水道，水道通调，津液气化，下输膀胱，则泄泻、痢疾等皆可愈。郝民琦等[10]发现，黄芪中含有槲皮素、山柰酚、芒柄花黄素异、鼠李素等活性成分，可抑制炎性细胞因子及炎症诱导酶等，阻断炎症通路而发挥抗炎、保护肠黏膜的作用。

3.2 宣肺散瘀行气润肠 《赤水玄珠·郁证门》曰："夫郁者，结滞而不通畅之谓，当升而不得升，当降而不得降，当变化而不得变化，所以为郁。"大肠为传导之官，以通为用，当气机郁滞，则可出现里急后重，泄泻不止，及黏液脓血便等症状，正如《仁斋直指方》云："痢出于积滞。积，物积也；滞，气滞也。"因此，治疗上应宣降肺气以通大肠。临床上UC患者常有咳嗽、咳痰等症状，清肠止痢加以宣肺药，而肺的肃降有助于大肠的传导，可谓一举双得。《本草经解》记载，陈皮，气温，味苦辛，归心肝肺三经。辛能散，则行肺中之气，气行则血行，苦能泄，肺金下降，浊气从下焦而去。另有麻黄，入心、肺、大肠、膀胱四经，可宣肺开郁，张从正《儒门事亲·卷二》曰："设若飧泄不止，日夜无度，完谷下出，发汗可也。"麻黄宣肺发汗，邪从汗而解，清代喻嘉言指出"下痢必从汗先解其外，后调其内"，方用人参败毒散逆流挽舟以治痢。另肺朝百脉，肺气郁滞，不能助心行血，易生瘀滞，因此，UC治疗中，宣肺气的同时应加入行血活血的药物，如当归、白芍、川芎、三七等。

3.3 清肺化痰滋阴润肠 肺为水上之源，大肠主津，二者参与津液的生成、输布与排泄。若邪犯肺金，失于通调水道，则水湿、痰饮内生，湿滞气阻，郁而化热，如清代医家陈念祖认为"肺中之热无处可宣，急奔大肠作热泻"，此时应清肺热，化痰邪，方用蒌贝汤加减。《雷公炮制药性解》中描述黄芩，枯飘者有上升之象，故入肺，坚实者有下行之理，故入大肠诸经。因此，黄芩清肺，肺清则水道通调，大肠得通，湿热下行而出，则泄痢可愈。国医大师徐景藩常用黄芩、枇杷叶、瓜蒌、桑白皮等辛宣肺气、苦寒泄肺的药物治疗便秘[11]，谓之"开上窍通下窍"。肖戈等[12]对黄连和黄芩的活性成分分析发现，黄芩中的黄芩素、汉黄芩素、千层纸素等可以改善肠上皮屏障，调控丝裂原活化蛋白激酶通路(MAPK)抑制肠道炎症，并通过磷脂酰肌醇3激酶/蛋白激酶B(PI3K/AKT)信号通路抑制UC的癌变。中医治病，讲究"既病防变，未病先防"，肺热肺燥易伤及肺阴，因此，治疗中应用养阴润燥的药物以防热邪未清，伤及肺阴，可选用南北沙参、麦冬等。

4 病案举例

张某某，女，26岁，2021年11月19日初诊。主诉：反复腹胀腹泻伴黏液脓血便1年余，加重1周。患者1年前无明显诱因出现腹胀腹泻、黏液脓血便，每天4~6次，伴发热乏力，当地医院肠镜检查，诊断为UC，服用美沙拉嗪栓剂及中药灌肠期间症状稍缓解。1周前感受风寒后出现发热咳嗽，后感腹胀腹泻，出现黏液脓血便，每天2~3次。现症见面色苍白，腹胀，腹泻，脓血便每天2~3次，偶有里急后重感，白多赤少，伴乏力，感身体困重，纳一般，夜寐可，舌淡红，舌间苔白厚腻夹黄苔，边有齿痕，寸脉稍浮，尺脉沉弦。肠镜提示"距肛

20 cm以下黏膜散在充血”，血红蛋白90 g/L。西医诊断：溃疡性结肠炎，中医诊断：痢疾。患者平素体虚，此次因感受风寒之邪后，体内伏邪为外邪所发，伏邪阻滞郁而化热，此为本虚标实之证，治以解表邪，同时顾护肺脾，方选葛根芩连汤加减，处方：党参、山药、仙鹤草、马齿苋各30 g，生黄芪、葛根、当归、茯苓各15 g，炒白术12 g，黄芩、柴胡、姜半夏各10 g，木香、黄连、陈皮各6 g，砂仁3 g，肉豆蔻5 g。共14剂，每天1剂，水煎早晚温服。同时予美沙拉嗪缓释颗粒剂口服，每次1 g，每天4次。

12月3日复诊：患者腹胀较前减轻，大便每天1～2次，无黏液脓液，无里急后重，乏力较前缓解，自觉口中黏，平素畏风，活动后汗出明显，夜间偶有咳嗽，舌淡胖，边有齿痕，苔薄白，脉沉细。患者平素体虚易感冒，治以补肺益气，健脾固肠，方药选用香砂六君子汤合玉屏风散加减，处方：党参、山药、仙鹤草、马齿苋各30 g，黄芪20 g，当归、葛根、炒白芍各15 g，炒白术、蜜枇杷叶各12 g，防风、苦杏仁、姜半夏各10 g，木香、砂仁、陈皮各6 g，肉豆蔻5 g，每天1剂，水煎早晚温服。同时予美沙拉嗪缓释颗粒剂口服，每次1 g，每天2次。以上述方药加减，间断服用2月余。2022年4月8日电话随访，患者诉已停用西药，大便每天1～2次，基本成形，余症皆明显改善。

按：患者因外感寒邪诱发UC，表邪内陷，入里化热，湿热蕴结肠间，大肠传导失司，损伤脉络，故可见腹胀，腹泻，黏液脓血便；患者平素脾胃虚弱，湿邪停滞，此次外感寒邪后入里化热，故可见乏力、身困重，舌苔白而厚腻，边有齿痕，脉稍浮，本证为本虚标实，表里同病。故治疗上当先解其表，兼补益肺脾，以葛芩连汤加减治疗。方中葛根外可祛表邪，内可清里热，又可升脾胃之清阳而止泻痢，柴胡解表邪，又助葛根升阳止泻，黄连、黄芩、马齿苋、仙鹤草清热解毒，燥湿止痢，合香砂六君子汤益气健脾兼行气，使其补而不滞，配伍半夏、白术、茯苓健脾和胃，渗湿而止泻，肉豆蔻辛温，温肠胃而消胀满，陈皮调理肺脾之气机，党参、黄芪补益肺脾之气以固摄肠腑。服药后患者症状改善，无发热之表证，仅夜间偶有咳嗽，故二诊去柴胡，加枇杷叶、苦杏仁宣降肺气止咳，又可助大肠之传导，将浊气除于外，再予防风配白术、黄芪固表益卫。

［参考文献］

[1] 中国中西医结合学会消化系统疾病专业委员会. 溃疡性结肠炎中西医结合诊疗共识意见(2017年)[J]. 中国中西医结合消化杂志，2018，26(2)：105-111，120.
[2] DU L，HA C. Epidemiology and pathogenesis of ulcerative colitis[J]. Gastroenterol Clin North Am，2020，49(4)：643-654.
[3] 王新月，孙慧怡. 基于肺与大肠相表里理论探讨从肺论治溃疡性结肠炎[J]. 北京中医药大学学报，2011，34(3)：153-155.
[4] 张雯，王新月，孙慧怡，等. 溃疡性结肠炎肺功能损伤特点[J]. 北京中医药大学学报，2012，35(3)：213-216.
[5] 胡妍妍，沈永华，于成功，等. 凝血功能检测对评估溃疡性结肠炎患者血液高凝状态的价值[J]. 江苏医药，2017，43(11)：765-769.
[6] SCALDAFERRI F，LANCELLOTTI S，PIZZOFERRATO M，et al. Haemostatic system in inflammatory bowel diseases：new players in gut inflammation[J]. World J Gastroenterol，2011，17(5)：594-608.
[7] 宋媛，解基良. “肺与大肠相表里”机制的现代研究进展[J]. 中国中西医结合外科杂志，2013，19(5)：605-608.
[8] 胥靖域，顾三元，王菊，等. 从肺肠微生态角度探讨“肺与大肠相表里”[J]. 中医药临床杂志，2014，26(9)：881-885.
[9] 胡越，叶柏. 从肺论治溃疡性结肠炎的中西医机制研究进展[J]. 实用中医内科杂志，2020，34(1)：1-4.
[10] 郝民琦，王佳慧，李晓玲，等. 基于网络药理学与分子对接探讨黄芪治疗溃疡性结肠炎的作用机制[J]. 中国药房，2021，32(10)：1215-1223.
[11] 卢海霞，陆为民. 从“肺肠合治”探讨国医大师徐景藩治疗肺气郁闭型便秘经验[J]. 中华中医药杂志，2022，37(1)：190-193.
[12] 肖戈，陆文洪. 基于整合药理学平台预测黄芩-黄连对溃疡性结肠炎的作用靶点[J]. 实用中西医结合临床，2022，22(2)：1-6.

（责任编辑：郑锋玲）