

引用:王洪坤,袁媛,韩捷.韩捷基于气机圆运动论治溃疡性结肠炎经验[J].中医药导报,2025,31(6):189-192.

韩捷基于气机圆运动论治溃疡性结肠炎经验*

王洪坤^{1,2},袁媛²,韩捷²

(1.河南中医药大学第一临床医学院,河南 郑州 450000;

2.河南中医药大学第一附属医院,河南 郑州 450000)

[摘要] 溃疡性结肠炎(UC)是一种难治性炎症性肠病,其病因目前尚未完全明确,临床治疗也难以达到预期效果。圆运动理论注重脏腑升降及阳气运动,韩捷认为UC发病与圆运动多个环节相关,尤与厥阴风木、太阴湿土、相火运行关系密切,主要病机为“肝木郁陷,寒热错杂;脾土湿盛,中轴失转;相火失位,四维共病”。治疗上韩捷主张以恢复四维升降、中轴运转为治疗原则,重视调木理土,兼顾相火运行,以“升阳疏肝,寒热并用”、“利湿补脾,调气复运”、“补肾引火,调木实土”为治法,临床疗效满意。恢复人体气机之圆运动疗法,可为UC临床诊治提供理论参考。

[关键字] 溃疡性结肠炎;圆运动;升降运动;相火;韩捷;名医经验

[中图分类号] R249 **[文献标识码]** B **[文章编号]** 1672-951X(2025)06-0189-04

DOI:10.13862/j.cn43-1446/r.2025.06.036

溃疡性结肠炎(ulcerative colitis,UC)是一种慢性非特异性炎症性肠病,目前病因尚不明确,核心症状为腹痛,腹泻,黏液脓血便。随着现代生活节奏的加快和饮食习惯的改变,UC的发病率呈逐年升高的趋势。我国UC的患病率推算约为11.6/10万^[1]。除核心症状外,该病还可引发中毒性巨结肠、肠穿孔、癌变等并发症,严重影响患者生活质量。目前西医治疗UC以5-氨基水杨酸制剂、糖皮质激素、生物制剂等药物治疗为主,长期服用存在疗效不佳,毒副作用多,停药易复发等问题,部分病情严重者须手术治疗。中医将UC归属为“肠澼”“泄泻”“久痢”等疾病范畴^[2]。中医辨证论治的治疗体系对UC的治疗优势独特,不良反应小,可有效改善临床症状,降低疾病复发率。

韩捷教授,硕士研究生导师,从事中医临床工作二十余年,擅长消化系统疾病的中医诊治,尤其在圆运动理论方面见解独到,在临床中积累了丰富的UC治疗经验。韩捷教授认为UC病机关键在于轴轮运行失和,核心病机包括肝木郁陷、中土湿盛、相火失位,以升阳疏肝、补脾利湿、补肾引火为主要治法,临床疗效明显。笔者跟随导师学习期间颇有心得,现将韩捷教授运用圆运动理论治疗UC的经验梳理和总结如下。

1 圆运动理论浅析

圆运动是宇宙万物生命运动的主要模式。清代名医黄元御认为一气而生阴阳,阴阳为人身之基础,阳升阴降,以木火金水为四象,并形成中土脾胃的升降出入为核心的“一气周流”理论^[3]。清末医家彭子益,以“生命与宇宙整体观”及“天人

合一”思想提出圆运动理论,人身之圆运动以金降为起点,相火经金气由右降入肾水之中,沉降之相火与肾水相合互感而生木气。木者,水中之火气,为升散疏泄之气,亦是阳根及升之起点,称初之气。厥阴生发之气旺,条达上升则使阳气上浮而生心火,如此四维升降交合如轮,则生中气,居中属土,如同车轴。四维运动带动中土之运,曰“由轴而轮”;中土内脾土之气为升,胃土之气为降,两气升降旋转于内,亦成圆运动。脾升则下部之水木之气能升,胃降则上部之金火能降。中土升降带动四维,是为故中土运动“由轴而轮”^[4]。阳气在上则为君火,在下则成相火。《素问·天元纪大论篇》云:“君火以明,相火以位。”^[5]相火动而不守,周游于五脏六腑而以温煦全身。胆与三焦同属少阳,相火受胆气推动游行于三焦以温煦肠腑,运行的关键在于下降^[6],在中焦则助脾胃运化,在下焦与精微相合化生元气^[7]。人体阳气运行及盛衰从根本上影响人体生理和病理变化,阳气左升右降,环周不休。中气如轴,四维如轮,轴运轮行,轮运轴灵,故阳气周流而生五行。五行运动通达圆则能成造化,反之若运动否塞不通则造化将息^[8]。

2 从圆运动理论分析UC病机

2.1 肝木郁陷,寒热错杂 彭子益提出病者责之于木陷土虚,阳明受迫也。木气不旺,土虚湿盛,金降之力不减,使木陷于土下,木不疏泄而病。大气之圆运动以春木主生,夏火主长,秋金主收,冬水主藏,中土主化,人秉大气五行而生脏腑,五行各有作用偏见之气,火易分有君火、相火二气,相火与肾中寒水相合而生木气,其气始升,为六气之初气。《重广补注·黄

*基金项目:2019年河南省中医管理局国家中医临床研究基地课题(2019JDZX2114)

通信作者:韩捷,男,主任医师,教授,研究方向为中医药防治消化系统疾病

帝内经素问》曰：“厥，尽也，阴气至此而尽，故名曰阴之绝阴。”¹⁹木气属厥阴风木，厥者意为极尽，阴寒已极，微阳始生，故为稚阳之气^[10]；厥阴风木者，处阴极阳生之位，居寒水、君火之间，风性不定，水火之偏能引风木之寒热，故厥阴易寒易热也。韩捷教授认为UC症状复杂，或寒或热，或急或缓，与厥阴风木之气的运动密切相关。厥阴之气由肾中相火所化，相火之圆运动无力，上积于心而难降于肾，水火不和，则厥阴之阳气不足而生寒风。《金匮要略》云：“风气虽能生万物，亦能害万物。”^[11]肝主藏血，体阴而用阳，风动则夹厥阴之血下陷入大肠之中，见大便下血，其色暗沉；肝者易陷易逆，肝气下陷则成郁^[12-13]，郁则不通，故见腹部隐痛喜温。肝木下陷，从中化热而成热风，风性善动，携热下冲大肠，损伤肠中血络，则见泻下急迫，便下黏液及鲜血，风气冲逆肝经则致胁肋疼痛，横结胃土则见呕吐、口苦、口渴；中土不转，木气郁结，厥阴不能复则水火不济，木气郁而不通则生风，风随水火偏离，见水则病寒，见火则病热，风气携寒则伤阳，阳气下陷则大便稀溏，携热则肠中脂膜血络动荡，见下痢赤白黏冻。肝与大肠在五行、经络、功能上亦存在“脏腑别通”的关系^[14]：(1)从五行上看，大肠与肺相表里，同属燥金，故有吐故纳新、收纳之金性；大肠与胃同属阳明，转输津液与脾相应，故秉承载收纳土性；金之收纳肃降与木之疏泄升发相互配合，则气机升降有序，藏泄有度；土者为木所制，大肠的承载传导之功赖于肝木的推动，亦受其调控制约，如此则使大肠能通降有常而不至于壅滞或下利无度。(2)从经络上看，手阳明大肠经与足厥阴肝经以络脉及分支同连于肺经而建立间接的气血联系^[15]。《董氏奇穴》亦载，肝属厥阴经为阖机，大肠属阳明经亦为阖，两经以开阖枢相对应而共主精血气化，又曰气化相通^[16]。(3)从功能上看，肝疏泄调控气血津液运行。《中西汇通医经精义·脏腑通治》曰“大肠传导全赖肝疏泄之力”^[17]，肝气调能助肺气肃降有权^[18]，大肠气机必能通顺。风气下陷于大肠，大肠之升气弱，肺气肃降之气盛，与风气下冲大肠，故可下痢数次；木气疏泄，金气收敛，时疏时敛，故觉里急后重。《类证治裁》曰：“肝木性升散，不受遏郁，郁则经气逆，为嗳，为胀……为飧泄，为痛，皆肝气横决也。”^[19]肝疏泄失职尤易乘土，克于脾则土虚湿盛、清阳下陷，克于大肠则腑气过降，故见腹痛、泄泻等。故《血证论》有言“设肝之清阳不升，则不能疏泄水谷，渗泄中满之症，在所不免”^[20]。大肠与肺皆引体内浊气下行，大肠传导失常，泻水谷而不泻秽浊，影响肝气疏泄而致胁痛、少腹痛等。

2.2 脾土湿盛，中轴失转 脾胃坐于中土，为升降之枢，亦是圆运动之核心，名曰太阴湿土。黄元御曰“脾为己土，以太阴而主升，胃为戊土，以阳明而主降，升降之权，则在阴阳之交，是谓中气”，以脾胃为轴，脾土之气左旋而升，胃土之气右旋而降，形成中气之运动，交合阴阳，斡旋全身气机，带动阳气之周流，气之升降浮沉而能生万物，故《类经》有云：“土含万物，无所不备；土生万物，无所不化。”^[21]韩捷教授认为，中气愈盛，升降愈可循环相济，故脾胃多为运化不及之病也。太阴本气为湿，阳明燥气为其中见之气，脾喜燥恶湿，燥湿相济则不至于湿乘太阴。若感受湿邪或饮食失节致中轴失和，湿邪内生，脾土不升则清浊倒置^[22]，木郁而生下热，湿与热胶结于肠

中，以湿邪为主，可见下利脓血、便下不爽；木气下冲肠间则泻下急迫，腹部攻窜疼痛。湿困日久伤中则甚，水谷皆不能化，中气下陷，轴滞土败，运化无力，可见倦怠乏力、纳差、肛门坠胀；痢久精血不得充养于肝^[23]，肝血不足则不能濡荣大肠，又有湿、热、瘀结于肠间，久成宿根。大肠血枯络阻，大肠血络无力修复则见便血不止，血虚则面色淡、乏力消瘦。

2.3 相火失位，四维共病 肝与胆同属木，胆木为右降，肝木为左升。相火降于肾水而化木气，木气升而生君火，君火经胆木下降再成相火。胆木降以助肝木升，肝木升以促胆木降，如此循环而成肝胆升降之圆运动。相火又寄存于胆经，经三焦布散全身，五脏六腑皆赖相火温煦推动之能^[24]。肾中相火生养木气，又借木气周流而生中气，故又为中气之根，肾中相火偏离则成邪火^[24]。胆气不降，则相火失位，出现相火亢逆及相火不足，亢逆为胆腑郁热，相火不降则妄行三焦，水道不通，热蒸而发为湿热。在中则困于脾胃，可见脘痞腹满；在下则迫于肠腑而见下利脓血。肝与胆相表里，肝之浊气须依托胆气通肠腑而降之，胆火郁扰，枢机不利则肝气郁逆，可见口苦胁痛，呃逆吞酸；相火不能降，水中无火，不能升水以交心，心火独亢于上，则出现烦热，多汗，失眠等症状。水谷精气化源不足，无以温化三焦，肾阳虚衰，火不暖土，如釜底无火，脾弱肠寒，故有食少乏力、滑脱不禁、完谷不化、五更作泄；肾中无火则木气不足，木寒化风，攻窜肠间，大肠传导失常则见肠鸣腹胀；厥阴主收阖精血，肝寒易致血收太过，大肠失荣，阳明寒则不敛阳气，气机凝滞，故见腹部冷痛，排便不畅。相火失位，三焦燔灼而肾阳温煦不及，心火亢盛，肝虚胆郁，中土湿盛，肠寒夹热，可见三焦火热证候并见阳虚之象，四维皆病也。

3 论治UC，重在木土复运，相火归位

3.1 升阳疏肝，寒热并用 《四圣心源》曰：“痢疾者，庚金乙木之郁陷也。”^[25]肝气郁滞，复而下陷，其无论寒热，皆能冲击大肠而致下痢。因此，韩捷教授认为，木气为相火所化，属阳喜升，故从肝治疗UC首应升提肝之阳气，以“肝欲散，急食辛以散之”为原则，顺肝木疏泄之性，常选用吴茱萸、川芎、当归、防风、木香以温升木气。吴茱萸、川芎、当归补肝木之阳；防风、木香、香附、九香虫疏泄、温升肝气。木气充足，通而复升，则肝肠能和，痛减痢止；木气盛则相火升降可生中气，故为运轮复轴之法。厥阴为病，易寒易热，应以证选寒热之法，偏寒者为寒风携肝之阴血迫肠所致，寒气伤阳，肝血亦有不足。临证时，韩捷教授常选用暖肝煎合桃花汤加减，主以肉桂、小茴香、乌药、川芎、艾叶暖肝散寒，厥阴阳复则风自归。辅以当归、熟地黄、芍药养血调肝，肝与大肠主阖也，气化相通，血能敛则气能蓄；赤石脂、诃子涩肠止泻。佐干姜、炙甘草以温运中焦，粳米养中补虚，三药同用以复中轴。偏热者责之风火燔灼肠络，其势必急，以白头翁汤加减。白头翁凉血分，与秦皮、黄柏、龙胆草以苦寒坚下止痢，同泄木气郁热。木气横结于胃而见不欲食者，以黄芩、黄连、木香、芍药疏肝兼清胃热。寒热错杂者，在于厥阴本气不足，风随寒热而动，故选乌梅丸寒热并调^[26]。以乌梅补敛肝气，木气足则风静，酸收之性亦助涩肠；佐细辛、桂枝、花椒等温热通阳之品，以解郁行气；配人参、甘草辛甘化阳，以补厥阴阳气；补阴当与清热合

之,以黄连、黄柏清热,以当归、芍药益厥阴之体。

3.2 利湿补脾,调气复运 人体气机运动之根本在于中气之动力,轴运轮行,人之阳气,动则生,静则郁。太阴湿土之升降赖于本气之盛衰及湿气之轻重,土气滞则成湿气,湿必犯土,故中土虚衰者实土不忘利湿,多选用健脾利湿之药,再兼调气理脾,轴运则轮行。UC初发多为湿热壅盛之证,以湿阻中土,木陷生火为主,脾虚尚不甚,当主以清热燥湿。韩捷教授以四黄四白汤加减,方中黄芩、黄连、黄柏清三焦之湿热;白头翁专清木热,为热痢之要药;白芍补敛肝血以防血热下迫;白及苦涩微寒,为收敛止血要药;黄芪补养中气,配白术补脾祛湿。气滞偏重者,重用枳实,加陈皮、木香以行气通滞;寒湿重者,佐干姜、半夏、吴茱萸以温化寒湿。《临证指南医案》曰:“太阴湿土,得阳始运。”^[27]日久脾土虚损者,则以补脾为要,脾运化之功赖于脾之阳气,故当以甘温补脾。韩捷教授选用山前汤合参苓白术散加减,山前汤以生熟山药、山楂、车前子为基础。方中山楂以酸咸之味消导宿食,食化则痰消湿化,以助运化而健脾;佐车前子利小便而实大便;配温燥之砂仁使中土无滞。山药补脾胃兼能止泻;茯苓、白术、薏苡仁利湿而健脾胃,白扁豆能化湿毒而和中,四药合用健脾而不滋腻,燥湿而不伤正;粳米为水谷之类,五谷之长,性味平和,最益脾胃;柴胡升肝脾之陷,降胆胃之逆^[28];枳实为破气消积,两药相佐,升肝气而降胆火,促肝胆升降之圆运动,以复中气枢机运转。

3.3 补肾引火,调木实土 彭子益提出“燔灼不及者,相火的本气少也。相火无燔灼太过之病,有相火不降之病”^[29]。肾者为阳之根,相火生于命门,相火失位虽有少阴心火不降的阳亢之象,究其根本为胆气不降。肾中相火亏虚致肝木虚寒,脾土湿盛,最终导致大肠传导失常。下利日久耗伤气血必将引发相火虚衰,其根本在于肾中相火不足,相火归元则木升土运。治法上韩捷教授主张补肾引火,调木实土,意在釜底加薪,轮轴并运,自拟类四神丸合小建中汤加减。方中肉豆蔻为君药,温补脾胃,固涩止泻。臣以丁香、炮姜辛温之性可率诸药入中焦,温中以复脾胃升降;诃子酸涩入于阳明,能固脾胃、实大肠,降上焦火;木香助肝行气,木瓜化湿生津,助中焦气行湿除;白芍酸收以降胆气,胆降则相火归根,桂枝温升肝气,肝升胆降,相火能运则中气能升。佐黄芩、黄连以制相火之亢逆,苦寒之性以清利湿热,湿热下注,脓血俱下,但其本为相火失位而非实热,以甘凉之葛根缓其虚火,升阳止泻。诸药合用,温阳固肾,降胆以引相火,使肾水不寒;肝升胆降,恢复周身之圆运动以复中气,肠腑气机畅通;中气健运,湿去血止,大肠复能降气排浊。胆火上逆见头眩呃逆、胆怯易惊者,加龙骨、牡蛎安神潜阳;中焦寒湿甚者,配苍术、砂仁温燥化湿;肝血不足者,加川芎、当归、酸枣仁养肝调血;肾阳衰败,相火虚浮者,加附子、干姜、肉桂、人参急补肾中阳气,引火归元而敛浮阳^[30]。

4 验案举隅

患者,男,35岁,2022年9月29日初诊。主诉:间断排脓血便13年,加重伴腹痛1 d。现病史:13年前患者无明显诱因出现脓血便,大便次数增多,10次/d,伴腹痛,于外院查肠镜提示:溃疡性结肠炎,予灌肠及口服药物治疗后症状缓解,此后

症状反复发作,3个月前复查肠镜提示:溃疡性结肠炎(重度);结肠息肉切除术。持续口服美沙拉嗪肠溶片,偶有脓血便。1 d前无明显诱因症状复发加重,刻下症见:大便一日五行,便质稀溏,附带少量脓血,伴腹痛、腹胀,里急后重感,口苦,腰膝酸软,纳差食少,乏力,畏寒,时有低热,眠可,小便可。舌质淡红,苔白滑,舌边苔微黄腻,脉细弱。西医诊断:溃疡性结肠炎。中医诊断:肠澼;辨证:阳虚湿阻,脾肾亏虚证。治法:补肾引火,调木实土。方选四神丸合小建中汤加减,处方:煨肉豆蔻20 g,煨木香10 g,丁香5 g,木瓜10 g,炮姜8 g,党参12 g,麸炒白术12 g,茯苓20 g,山药20 g,麸炒薏苡仁30 g,醋延胡索15 g,葛根10 g,白芍12 g,黄芩12 g,黄连8 g,新疆紫草8 g,桂枝6 g,肉桂3 g,甘草5 g。7剂,1剂/d,水煎服,分早晚温服。灌肠方:七炭方(药物组成:荆芥炭30 g,地榆炭30 g,槐花炭30 g,侧柏叶30 g,藕节炭30 g,棕榈炭30 g,茜草炭30 g,水煎取汁浓缩至150 mL),每晚睡前保留灌肠1次。嘱患者防寒保暖,少油少渣饮食,忌食辛辣寒凉食物。

2诊:2022年10月8日,患者诉大便次数较前减少,日行三四次,脓血便明显减少,大便不成形,腹痛、腹胀、畏寒、腰膝酸软减轻,仍有乏力,纳差,口苦。舌质淡红,苔白腻,脉沉细。予上方加砂仁8 g,葛根增至20 g,麸炒白术增至20 g。7剂,煎服法同前。灌肠方药物同前,改为隔日睡前灌肠1次。

3诊:2022年10月17日,患者诉大便次数正常,日行两三次,大便成形,偶有带血丝,无腹痛腹胀,乏力、畏寒、腰膝酸软明显减轻,体温正常,口苦改善,纳尚可。舌质红,苔薄白腻,脉细。予2诊方去炮姜、醋延胡索、肉桂,煨肉豆蔻减至15 g。14剂,煎服法同前。灌肠方停用。

4诊:2022年11月5日,患者诉症状明显好转,大便次数正常,现大便成形,一日两行,未见脓血,偶有乏力、畏寒,纳眠可。舌质微红,苔白,脉细。予3诊方黄芩减至10 g,黄连减至3 g。续服2个月,煎服法同前。并嘱患者2个月后来门诊复查肠镜。

后电话随访,患者间断口服4诊方药2个月余。2023年9月复查肠镜提示:考虑溃疡性结肠炎。直肠病理诊断:少许黏膜慢性炎伴活动炎及糜烂,局灶可见肉芽组织形成,病变考虑溃疡。

按语:本案患者久病相火失位,热迫三焦,加之中气不足,湿浊乘虚弥漫肠腑,湿热相合则见下利脓血;中轴失运,脾不升清则大便次数增多、便质稀溏;相火不足,水寒土湿,则乏力畏寒、腰膝酸软;肝木不升,下陷则迫于肠而见腹痛、腹胀、里急后重,肝胆升降失和,胆火郁逆则口苦;舌质淡红,苔白滑,舌边苔微黄腻,脉细弱,为相火失位,水寒土湿,胆火郁扰之征,虽以相火不足,脾肾虚衰为本,然此时疾病处于发作期,有湿热蕴肠之标,湿热不除,疾病仍缠绵难愈,故引火补肾、补土调木之余须清利湿热,利湿多用兼顾补脾之药以复中焦气机;肝木郁陷易致络脉不通,亦须行气活血,故韩捷教授选用四神丸合小建中汤加减,方中煨肉豆蔻为君药,温中涩肠之力强,能补脾胃,并能固及大肠之滑脱。党参、麸炒白术、茯苓、山药、麸炒薏苡仁、丁香、木香、炮姜、木瓜、葛根为臣药,党参、麸炒白术、茯苓、山药、木瓜增强健脾燥湿之

功；丁香、木香、炮姜温中止泻之力强，兼以补肾，三药合用，既温补脾肾，又可涩肠止泻；葛根升脾胃之清阳，引津液上行以止泻。佐药为黄芩、黄连、新疆紫草、醋延胡索、白芍、桂枝、肉桂，黄芩、黄连清利肠中之湿热；白芍降胆以制相火之亢逆；桂枝升肝以助相火之运转；新疆紫草、醋延胡索合用以凉血活血，行气止痛；少佐肉桂意在引火归元，相火归于下则肾水不寒；甘草为使，调和诸药。辅以自拟灌肠方保留灌肠，方中地榆、槐花、茜草、侧柏叶、藕节配伍可清热化瘀凉血，制炭后止血作用增强，与荆芥炭、棕榈炭相配可收涩敛疮，使用此方灌肠可达清热解毒，止血止泻之效。对于出血严重或大便次数较多者，以此方灌肠急治其标，达到清热凉血，止血止泻^[3]。2诊时患者大便次数减少，大便仍不成形，乏力、不减，舌质淡红，苔白腻，脉沉细，湿邪未尽而中气不足，故增葛根以升清止泻，加麸炒白术、砂仁以健脾除湿。3诊时患者大便次数较前减少，大便成形，无腹痛腹胀，舌质红，苔薄白腻，脉细，相火归位，肾阳得温，故煨肉豆蔻减量，去醋延胡索、肉桂、炮姜。4诊时患者大部分症状已基本缓解，恐久病阳气不足，故减黄芩、黄连用量，续服以补养脾肾为主。

5 结语

UC属于难治性疾病，易反复发作，目前单纯的西医治疗具有一定局限性。韩捷教授基于气机圆运动理论出发，以恢复人体气机之圆运动为治疗思想，重视脏腑升降运动及阳气周流，指出UC核心病机在于肝木郁陷、中土湿盛、相火失位，在治疗上宜审证求因，把握运动失圆之因，以肝陷者则以升阳疏肝，寒热并用为法；脾湿为主则治以补脾利湿，调气复运；相火失位除温肾引火，亦不忘调木实土，人体气机运动成圆，诸症自除。

参考文献

[1] 中国中西医结合学会.溃疡性结肠炎中西医结合诊疗专家共识[J].中国中西医结合杂志,2023,43(1):5-11.

[2] 黄水兰,张磊昌,高强强,等.中医药防治溃疡性结肠炎机制研究进展[J].辽宁中医杂志,2024,51(7):206-212.

[3] 张金泽,仪凡,张广中.黄元御《四圣心源》诊疗体系及内涵探析[J].中医杂志,2023,64(20):2153-2156.

[4] 汪剑.彭子益医学圆运动学说中气思想内涵探讨[J].西部中医药,2021,34(2):67-69.

[5] 黄帝内经·素问[M].太原:山西科学技术出版社,2017.

[6] 于泳,孙欣,王法帅,等.圆运动视阈下气机运行观探析[J].江苏中医药,2024,56(9):45-47.

[7] 屈钰珂,唐旭东,俞贊丰,等.基于“相火在位”理论探讨藏肾疏肝法治疗溃疡性结肠炎[J].陕西中医,2024,45(2):226-229.

[8] 黄栊榕,陈向东,郭心仪,等.基于“圆运动”理论从肝脾论治单纯性近视[J].中国中医眼科杂志,2023,33(9):845-848,853.

[9] 王冰.重广补注黄帝内经素问[M].林亿,校正.范登脉,校注.北京:科学技术文献出版社,2011.

[10] 孔欣,袁媛,韩捷.韩捷教授从“太阴、少阴、厥阴”辨证治疗溃疡性结肠炎的经验[J].世界中西医结合杂志,2023,18(6):1137-1140.

[11] 陈纪藩.金匮要略[M].2版.北京:人民卫生出版社,2011.

[12] 董润之,宋立峰,赵艾民,等.圆运动思想在溃疡性结肠炎治疗中的启示[J].环球中医药,2012,5(11):833-834.

[13] 程永.肝木之气下陷论[J].辽宁中医药大学学报,2014,16(1):143-146.

[14] 陈旭,赵远红,鞠赫.基于“肝与大肠相通”刍议“见肝之病,知肝传脾”的新内涵[J].天津中医药,2022,39(11):1379-1382.

[15] 毛艾琪,赵瑞成.“肠病治肝”的理论探析与临床拾萃[J].中医药临床杂志,2021,33(3):414-418.

[16] 杨维杰.董氏奇穴针灸学[M].2版.北京:中医古籍出版社,2017.

[17] 唐容川.中西汇通医经精义[M].周劲草,整理.太原:山西科学技术出版社,2024.

[18] 朱建平,杨欣,字丽丽,等.五行圆运动视角下的张震疏调气机论[J].中华中医药杂志,2024,39(6):2924-2927.

[19] 林珮琴.类证治裁[M].太原:山西科学技术出版社,2010.

[20] 唐宗海.血证论:校注版[M].翟文敏,校注.北京:中国医药科技出版社,2024.

[21] 张介宾.类经[M].郭洪耀,吴少祯,校注.北京:中国中医药出版社,1997.

[22] 颜嘉丽,易玮.基于“一气周流,土枢四象”理论探析后循环缺血性眩晕的诊治[J].新中医,2023,55(12):190-194.

[23] 陈姣姣,朱莹.朱莹基于“土得木而达”理论治疗溃疡性结肠炎经验[J].河南中医,2024,44(4):529-535.

[24] 秦雨筱,王若冲,刘琳炎,等.从相火“体”“用”探讨内伤热病的病机与辨治[J].中医学报,2024,39(11):2299-2305.

[25] 黄元御.四圣心源[M].周羚,胥荣东,校.北京:中国科学技术出版社,2019.

[26] 皇玲玲,赵晓峰,郭海,等.从肝论治溃疡性结肠炎典籍文献溯源[J].环球中医药,2018,11(11):1733-1734.

[27] 叶天士.临证指南医案[M].苏礼,焦振廉,张琳叶,等,整理.北京:人民卫生出版社,2006.

[28] 黄元御.长沙药解[M].伍悦,点校.北京:学苑出版社,2011.

[29] 彭子益.圆运动的古中医学:续[M].李洪渊,主编.2版.北京:中国中医药出版社,2024.

[30] 顾翀颖,吴梦蝶,王文佳,等.试论“引火归元”[J].中国中医基础医学杂志,2022,28(6):837-839,871.

[31] 代春燕,郑雪冰,孔欣,等.韩捷教授运用中医四联疗法分期治疗溃疡性结肠炎经验探析[J].四川中医,2023,41(4):4-9.

(收稿日期:2024-09-02 编辑:时格格)