

DOI: 10. 13288/j. 11-2166/r. 2018. 06. 007

# “调枢通胃”理论的探讨与构建

魏玮<sup>1 2\*</sup>, 荣培晶<sup>3</sup>, 陈建德<sup>4</sup>, 郭宇<sup>1 2</sup>, 王瑜<sup>3</sup>, 刘兵<sup>3</sup>, 苏晓兰<sup>1 2</sup>, 杨俭勤<sup>1 2</sup>,  
杨洋<sup>1 2</sup>, 从禹<sup>1 2</sup>, 韩博宇<sup>1 2 5</sup>, 段玉婷<sup>6</sup>, 魏茹涵<sup>7</sup>, 朱佳杰<sup>1 2</sup>, 尹璐<sup>1 2 5</sup>,

(1. 中国中医科学院望京医院, 北京市朝阳区望京中环南路 6 号, 100102; 2. 功能性胃肠病中医诊治北京市重点实验室;  
3. 中国中医科学院针灸研究所; 4. Department of Medicine, Johns Hopkins University, Baltimore, MD, USA; 5. 北京中医药大学;  
6. 广州中医药大学针灸临床康复医学院; 7. Cleveland State University, Cleveland, USA)

[摘要] 脾胃学说是中医理论中的重要组成部分, 自《黄帝内经》以来不断丰富发展。结合当代病证结合的临床诊疗特点, 根据脾胃学说及现代医学理论, 提出“调枢通胃”理论。阐释“调枢”“通胃”的内涵与外延, 认为“调枢”即调控疾病及其病理变化过程的关键环节, 可包括调节脏腑脾胃、神明之枢心脑、开合之枢少阳 “通胃”既是治疗目的也是治疗手段, 即通过调节脏腑之枢脾胃, 治疗脾胃功能失调引发的消化系统疾病以及其他脏腑失调引发的疾病。探讨“调枢通胃”理论的构建与意义, 为传统中医理论与现代医学的有机结合探索新模式。

[关键词] 调枢通胃; 脾胃学说; 脑-肠-微生物轴

随着时代的发展, 中医学需要与当代科学技术相适应才能体现持续发展的活力。发展中医学理论新概念, 需要在中医理论、治法、新药开发中遵循“古为今用、洋为中用、他为我用”的创新思维。我们总结提出“调枢通胃”的现代中医理论, 即通调脏腑之枢脾胃、神明之枢心脑、开阖之枢少阳以达到治疗疾病的目的。“调枢”可以看作是调控疾病及其病理变化过程的关键环节; 而“通胃”既是治疗目的也是治疗手段, 即通过调节脏腑之枢脾胃, 治疗脾胃功能失调引发的消化系统疾病以及其他脏腑失调引发的疾病。“调枢通胃”理论强调气机通畅、神志安和、纳化有常, 以达机体整体调控稳健的状态, 与现代医学“脑-肠-微生物轴”强调的精神心理因素、神经-内分泌免疫调控网络与肠道微生物三者之间的动态关联相一致。

## 1 “调枢通胃”的理论依据

### 1.1 中医理论——脾胃学说

脾胃学说肇始于《黄帝内经》, 继承于《伤寒论》, 发展于《脾胃论》, 完善于叶天士, 是中医理论的重要组成部分。《素问·灵兰秘典论》指出

脾胃为“仓廩之官, 五味出焉”。《伤寒论》继承了《黄帝内经》中阳明病需“治以辛温, 佐以苦甘, 以苦泄之, 以苦下之”的治疗原则, 发展出脾胃病“辛开苦降”的治疗大法并创立了以半夏泻心汤为代表的辛开苦降系列方。金元时期, 李东垣认为脾胃之气充盛是元气充盈的前提, 强调“脾主升”的重要意义, 认为脾气不升是多种疾病的主要病机, 并创立升阳十七方<sup>[1-2]</sup>。叶天士在“取法乎东垣”的基础上提出“脾胃分治”<sup>[3-4]</sup>的观点, 曰“纳食主胃, 运化主脾, 脾宜升则健, 胃宜降为和”, 明确了脾胃为“上下升降之枢纽”功能, 临床中采用多种通调胃腑的治法治疗脾胃疾病<sup>[5]</sup>。至此, 脾胃一升一降为中焦气机枢纽的理论逐渐明晰。

脾胃为后天之本, 气血生化之源。胃为水谷之海。《灵枢·营卫生会》曰“中焦亦并胃中……此所受气者, 泌糟粕, 蒸津液, 化其精微, 上注于肺脉, 乃化而为血, 以奉生身。”可见水谷为气血精液化生之源, 唯有脾胃功能健运, 水谷化生有常, 人体气血精液方能充沛。

国医大师路志正继承《黄帝内经·太阴阳明论》中“脾者土也, 治中央, 常以四时长四肢”的观点, 总结出“持中央, 运四旁, 怡情志, 调

基金项目: 国家自然科学基金(81573806 81774066 81703923); 国家科技部中医药行业专项(201507001-09)

\* 通讯作者: sxstyy@sina.com (010) 84739719

升降，顾润燥，纳化常”的学术思想核心<sup>[6]</sup>。“调枢通胃”理论以传统脾胃学说为本，继承路志正之精髓，立于调理脾胃气机之枢、通调脾胃运化功能，重视“中央”即中焦调畅，恢复脾胃升降正常枢转，以达到“脾胃健运，纳化有常，水湿不生，百骸通调”的目的。

## 1.2 现代医学理论——“脑-肠-微生物生态轴”

大脑主宰人体各种生理、病理信息的输入、编码、储存、提取、输出，是机体的信息贮存和加工中枢；肠道菌群又称人体的腹脑<sup>[7]</sup>，参与维持机体的生理功能，与疾病的发生发展密切相关，是大脑和胃肠道功能相互调节的重要桥梁，是机体各种生理、病理产生和传递信息的枢纽。

脑肠互动（脑肠轴）紊乱是胃肠、精神心理等多系统疾病的主要发病机制，其通过影响胃肠黏膜免疫功能、神经信号传导（内脏高敏感）、中枢神经系统调控以及肠道微生物生态等因素导致临床症状的产生<sup>[8]</sup>。脑肠轴是指中枢神经系统（central nervous system, CNS）与胃肠道的肠神经系统（enteric nervous system, ENS）和自主神经系统（autonomic nervous system, ANS）之间形成的双向神经——内分泌网络。一方面胃肠道传入神经纤维通过脑肠轴投射到 CNS 的躯体、情感和认知中枢，对各种胃肠道刺激信号产生反应；另一方面，CNS 还能够抑制或者激动各种传入信号，调节机体的内脏活动功能<sup>[9]</sup>。

肠道微生物参与功能性胃肠病的发病过程，一方面，肠道菌群可通过激活肠黏膜固有免疫应答，进而影响肠黏膜屏障，引致黏膜通透性的改变，造成菌群位移，并进一步激活肥大细胞、巨噬细胞、嗜酸细胞等免疫细胞，释放如肿瘤坏死因子  $\alpha$  (TNF- $\alpha$ )、白细胞介素 1 $\beta$  (IL-1 $\beta$ )、白细胞介素 6 (IL-6) 等炎症因子，作用于迷走神经感受传入通路，引起 ENS 的异常调节，甚至进一步影响 CNS 功能，从而引致疾病发生；另一方面，CNS 亦可通过改变肠道内环境而间接影响肠道菌群，或通过免疫神经网络、神经信号分子而对肠道菌群产生直接的影响<sup>[10]</sup>。现研究证实，肠道菌群不仅仅在消化系统，其与神经系统如阿尔茨海默病、精神类疾病如抑郁症、代谢类疾病如 2 型糖尿病的发病具有一定关系<sup>[11-13]</sup>。

我们在继承传统脾胃学说基础上，采用辛开苦降、温肾健脾等中医内治、外治法，多层次、多维度对消化系统疾病，如胃食管反流病、功能性消化不良、慢性萎缩性胃炎、肠易激综合征、功能性便

秘等疾病进行干预，临床疗效满意<sup>[14-18]</sup>。随着现代社会的飞速发展，医学模式已经从单一的生物学模式演变为生物-心理-社会医学模式，疾病的病因、机理和临床表现呈多样性和复杂性，我们提出“调枢通胃”理论，对现代疾病的病理生理机制进行更加全面的诠释，并且拓展了疾病的治疗思路及手段，以期更好地指导临床工作。

## 2 “调枢通胃”理论的内涵与外延

### 2.1 调枢

“调枢”可以看作是调控疾病及其病理变化过程的关键环节，具有“位置”和“功能”的内涵，可包括调节脏腑之枢、开阖之枢、神明之枢。

2.1.1 脾胃——脏腑之枢 从生理角度上看，《素问》中“脾气散精，上归于肺”的描述，是最早对脾“升散”功能的描述。《素问·逆调论篇》对胃降也有论述，曰“胃者六腑之海，其气亦下行”。后世张仲景注重脾气升清的作用，清代张聿青提出“六腑以通为用”的观点，叶天士又总结为“脾宜升则健，胃宜降为和”。因此，脾胃生理上互为表里，气机一升一降，水谷精微之轻清者随脾气上升，布散五经，其重浊者随胃气下行，合一身代谢后从二阴排除体外，完成人体内的生理循环。

从病理角度上看，《素问·阴阳应象大论》记述了“清气在下，则生飧泄；浊气在上，则生腹胀”，将气机升降的否泰与脾胃症状关联，从侧面反映了脾升胃降的生理特点<sup>[19]</sup>。脾与胃同居中焦，共同发挥受纳腐熟水谷、运化水谷精微的作用，被称为“后天之本”。由此可见，脾升胃降功能是维持一身气机升降正常运转的枢纽，是水谷精微化生的重要保障，也是精微物质布散全身、濡润心肺肝肾等的重要基础，是维持人体内能量动态平衡的核心<sup>[20]</sup>。因此脾胃作为脏腑之枢，其功能失常除了可导致如胃痞、胃痛等脾胃系疾病外，还可导致如“脾咳”“胃咳”“卧不安”等其他疾病，临床中多有通过调节脾胃升降功能治疗各系统疾病的应用实例<sup>[21-25]</sup>。

2.1.2 少阳——开阖之枢 “开阖枢”理论首见于《黄帝内经》。《灵枢·根结》曰“太阳为开，阳明为阖，少阳为枢。”少阳枢机，从经络而言，少阳经脉介于表里之间，司主阳气出入，连接表里经气，是以为枢；从脏腑而言，少阳统属胆与三焦，胆主阳气生发，胆主枢以启动气机运转，三焦主持诸气、通调水道，三焦主枢以络通脏腑、气布水行，胆为气枢、三焦为水道，相火熏蒸，并统气

火水，共为少阳枢机<sup>[26]</sup>。居中的少阳胆和少阳三焦通过转输气液发挥枢转太阳、阳明之阳气的功用<sup>[27]</sup>。枢机不利会导致人体气机出入失调，调节少阳之枢能够畅达经气，治疗如抑郁症、胆汁反流性胃炎、不寐等疾病，临床疗效显著<sup>[28-31]</sup>。

2.1.3 脑——神明之枢 《灵枢·海论》云：“脑为髓之海”，脑为“元神之府”，是生命的枢机，主宰人体的生命活动。陈无择《三因极·病证方论》认为“头者诸阳之会，上丹产于泥丸宫，百神所集”，阐明了脑与神的密切关系。神是人体生命活动的主宰及其外在的总体统称，故而脑的正常生理功能对于人体生命活动具有至关重要的作用。张介宾《类经》云“诸髓者皆属于脑，乃至高之气所聚，此头之气街也”，且头为“诸阳之会”，因此脑是人体阳气汇聚、枢转的重要部位之一。脑的功能异常，轻则导致精神、记忆等功能紊乱，如《医林改错·脑髓说》所言“所以小儿无记性者，脑髓未满。高年无记性者，脑髓渐空”；重则立能致命，如《素问·刺禁论》所载“刺头，中脑户，入脑立死”。通过调神健脾、通督调神等途径改善脑的功能，能够治疗如功能性消化不良、痴呆、眼病的多系统疾病<sup>[32-34]</sup>。

### 2.2 通胃

胃的本意指胃腑，《灵枢·本输》曰“大肠小肠皆属于胃，是足阳明也”，《伤寒论·辨阳明病脉证并治》则认为“阳明之为病，胃家实是也”。胃与小肠、大肠在解剖结构上上下联通，在生理上都具有“实而不能满”的特点，在功能上都是饮食水谷贮存、转化的通道，在病理上相互影响，腑气不通则变生痞满、腹痛、便秘等疾病。脾胃脏腑阴阳对应，若脾胃健旺，吸收运化功能健全，则正气充足，人体不易受到邪气的侵袭，即“四季脾旺不受邪”。若脾胃虚弱，纳运不佳，则人体易受疾病侵袭，即“百病皆由脾胃衰而生也”。可见“胃”涵盖了现代医学消化系统的概念。胃此处不但指病位，更是涵盖脾胃之功能。在临床中，“通胃”的内涵极其广阔，并不仅指“腑以通为用”，凡是围绕脾胃的特性和生理功能，及脾胃与其他脏腑、经络、五官、九窍、气血、津液的生理病理关系，治疗相关疾病的治则治法皆可归为“通胃”法范畴。

### 2.3 “调枢通胃”的临床指导意义

“调枢通胃”临床具体应用包括辛开苦降法<sup>[35-36]</sup>、温肾健脾法<sup>[37]</sup>、调肝理脾法<sup>[38]</sup>以及针灸等非药物途径<sup>[39]</sup>升脾气、降胃气，疏通少阳经

气，刺激中枢神经调控，以达到枢机运转流畅、调控稳健的状态。其目的是采用不同的干预手段，通过整体调节，平衡机体枢机，使其运转流畅，脏腑功能和合。

由此可见，脱胎于传统中医理论的“调枢通胃”理论与现代医学“脑-肠-微生物生态轴”有异曲同工之处。生理上，承载“心（脑）-胃（肠）”轴的足阳明胃经联通脑、肠；病理上，调节脾胃、少阳之枢，刺激神经中枢；治疗手段上，为中医、中药、外治法治疗功能性胃肠病、慢性萎缩性胃炎等消化系统疾病，及精神心理疾患提供共同的理论基础<sup>[40]</sup>。

### 3 结语与展望

《病理生理学》<sup>[41]</sup>认为，是在一定病因作用下，机体内稳态调节紊乱而导致的异常生命活动过程。在疾病过程中，躯体、精神及社会适应上的完好状态被破坏，机体进入内环境稳态失衡，与环境或社会不相适应的状态。<sup>[42]</sup>《中医诊断学》<sup>[42]</sup>则认为疾病“是在致病因素作用下，阴阳失调，脏腑功能失衡，与自然、社会的协调统一遭到破坏的异常状态。”可见，二者都认为疾病是在致病因素（病因）作用下导致了机体内阴阳（稳态）失衡而产生的状态。这表明，中医西医虽然具体理论思想及表述方式不同，但都是对人体生命健康的认知本质是一致的。

“调枢通胃”理论继承发展于以《黄帝内经》为代表的传统中医基础理论和当代临床经验，结合当代科学技术，丰富传统脾胃学说内涵，尤其适用于现代疾病的中西医防治工作。“调枢通胃”理论仍需继续丰富，开展更多利用“调枢通胃”治疗疾病中的作用机制的研究，及立足于本理论的新治疗手段的创新。相信在“调枢通胃”理论的指导下，整合中医药和针灸干预的多途径、多靶点治疗，将促进当代科学技术和传统中医理论的更好有机融合，推动中医学向前发展。

### 参考文献

- [1]王东军,俞屹婷,顾超,等.东垣“风药”钩玄[J].中华中医药杂志 2016 31(8):3106-3108.
- [2]周育平.路志正升阳除湿法运用特点[J].中医杂志, 2016 57(9):731-733.
- [3]刘子号.叶天士脾胃分治理论临床运用浅析[J].中医药临床杂志 2015 27(8):1103-1105.
- [4]张志威,管佳畅,沈正先,等.脾胃分治思想的源流与临床应用[J].环球中医药 2014 7(8):622-624.
- [5]葛惠男.叶天士治胃四法探析[J].中医杂志 2015 56(15):1344-1345,1348.

- [6] 顾珈裔, 魏玮. 路志正调理脾胃学术思想 [J]. 辽宁中医杂志, 2013, 40(7): 1323-1324.
- [7] MAYER EA. Gut feelings: the emerging biology of gut-brain communication [J]. Nat Rev Neurosci. 2011; 12(8): 453-66.
- [8] DROSSMAN DA, HASLER WL. Rome IV—Functional GI Disorders: Disorders of Gut-Brain Interaction [J]. Gastroenterology, 2016, 150(6): 1257-1261.
- [9] GRUNDY D, AL-CHAHER ED, AZIZ Q, et al. Fundamentals of Neurogastroenterology: Basic Science [J]. Gastroenterology, 2006, 130(5): 1391-1411.
- [10] BARBARA G, FEINLE-BISSET C, GHOSHAL UC, et al. The intestinal microenvironment and functional gastrointestinal disorders [J]. Gastroenterology, 2016, 150(6): 1305-1318. e8.
- [11] NASEER MI, BIBI F, ALQAHTANI MH, et al. Role of gut microbiota in obesity, type 2 diabetes and Alzheimer's disease. [J]. CNS Neurol Disord Drug Targets, 2014, 13(2): 305-11.
- [12] WANG D, HO L, FAITH J, et al. Role of intestinal microbiota in the generation of polyphenol-derived phenolic acid mediated attenuation of Alzheimer's disease  $\beta$ -amyloid oligomerization [J]. Mol Nutr Food Res, 2015, 59(6): 1025-1040.
- [13] KLEIMAN SC, WATSON HJ, BULIKSULLIVAN EC, et al. The intestinal microbiota in acute anorexia nervosa and during renourishment: relationship to depression, anxiety, and eating disorder psychopathology [J]. Psychosom Med, 2015, 77(9): 969-981.
- [14] 王蓓, 苏晓兰, 张晓红, 等. 辛开苦降法治疗功能性消化不良的效果与安全性评价 [J]. 中国医药导报, 2016, 13(25): 112-117.
- [15] 张旖晴, 郭宇, 刘涛, 等. 辛开苦降法治疗寒热错杂型胆汁反流性胃炎疗效观察 [J]. 陕西中医, 2017, 38(07): 901-902.
- [16] 张建非, 魏玮, 苏晓兰. 魏玮教授辛开苦降法治疗功能性便秘经验总结 [J]. 中国社区医师, 2017, 33(24): 87-89.
- [17] 顾珈裔. 辛开苦降法治疗慢性萎缩性胃炎机制探讨 [C]. // 中华中医药学会脾胃病分会. 中华中医药学会脾胃病分会第二十四次全国脾胃病学术交流会论文汇编. 中华中医药学会脾胃病分会: 2012: 1.
- [18] 苏晓兰, 魏茹涵, 魏玮, 等. 温肾健脾法对腹泻型肠易激综合征大鼠血清 T 细胞亚群表达的影响 [J]. 中国中西医结合杂志, 2015, 35(4): 457-460.
- [19] 郭宇, 苏晓兰, 宋熠林, 等. 脾胃升降理论与经典方剂的临床应用 [J]. 辽宁中医杂志, 2016, 43(4): 731-733.
- [20] 王欣, 魏玮. 魏玮教授调理脾胃论治疾病核心要素 [J]. 世界中西医结合杂志, 2015, 10(10): 1352-1354.
- [21] 李可, 姚涛, 张海霞, 等. 王国斌辨治心痹经验 [J]. 时珍国医国药, 2017, 28(5): 1281-1282.
- [22] 许勇, 陶颖, 苟小军. 非酒精性脂肪肝中医病因病机探析 [J]. 中华中医药学刊, 2016, 34(11): 2586-2589.
- [23] 沈莉丽, 罗舒茜, 张晓甦. 傅青主治疗不孕之脏腑经络观浅析 [J]. 环球中医药, 2016, 9(10): 1221-1222.
- [24] 马丽佳, 徐洪洁, 曲妮妮. 从脾胃论治肺胀 [J]. 中华中医药学刊, 2013, 31(9): 2033-2035.
- [25] 章波, 卢建新, 高荣林. 调理脾胃法治疗失眠的源流探讨 [J]. 中华中医药杂志, 2011, 26(6): 1282-1285.
- [26] 丰广魁. “枢机”探微 [J]. 中国中医药信息杂志, 2006, 13(7): 6-7.
- [27] 梁永林, 李金田, 王凯莉, 等. 基于“少阳为枢”图解大阳胆阳汤 [J]. 中华中医药杂志, 2016, 31(11): 4442-4445.
- [28] 芦文娟, 韩庆林, 李书迪. 疏利少阳法治疗抑郁症理论探讨 [J]. 山东中医药大学学报, 2017, 41(4): 307-309, 316.
- [29] 魏丹霞, 谭艳云, 李青, 等. 国医大师郭子光“厥阴少阳为枢”四逆散方证释义及临床应用 [J]. 中华中医药杂志, 2017, 32(7): 2986-2988.
- [30] 王献献. 基于少阳为枢对胆汁反流性胃炎的临床干预研究 [D]. 山东中医药大学, 2017.
- [31] 叶新翠, 李宏. 顾植山运用“开阖枢”理论治疗不寐验案举隅 [J]. 光明中医, 2016, 31(19): 2873-2875.
- [32] 桑海滨, 张宏. 从“形神合一”探讨针刺调神治疗眼病 [J]. 中华中医药杂志, 2016, 31(7): 2736-2738.
- [33] 张玲, 张国庆, 韩为, 等. 通督调神针刺治疗血管性痴呆的临床疗效观察 [J]. 中医药临床杂志, 2015, 27(6): 780-783.
- [34] 刘文志, 李军艳. 调神健胃汤治疗功能性消化不良的作用机制研究 [J]. 世界中西医结合杂志, 2015, 10(4): 479-482.
- [35] 侯理伟, 史海霞, 苏晓兰, 等. 辛开苦降法治疗慢性萎缩性胃炎的疗效的 Meta 分析 [J]. 中国中西医结合消化杂志, 2016, 24(11): 832-838.
- [36] 李依洁, 王燕丽, 魏玮. 辛开苦降法治疗胃食管反流病随机对照试验系统评价与 Meta 分析 [J]. 世界中西医结合杂志, 2015, 10(11): 1490-1495.
- [37] 郭宇, 苏晓兰, 李依洁, 等. 温脾健肾方对腹泻型肠易激综合征大鼠结肠黏膜 5-羟色胺及其受体的影响 [J]. 上海中医药杂志, 2016, 50(10): 86-91.
- [38] 张立宏. 调肝理脾法治疗非酒精性脂肪肝临床观察 [J]. 中国医药导报, 2017, 14(13): 84-87.
- [39] 李亮, 荣培晶, 罗曼, 等. 内脏伤害性受体穴区功能的中枢机制 [J]. 中国针灸, 2015, 35(11): 1187-1191.
- [40] 孙双喜, 白小欣. 从中医生理病理角度谈对脑肠轴的认识 [J]. 陕西中医, 2017, 38(6): 787-788.
- [41] 王建枝, 殷莲华. 病理生理学 [M]. 北京: 人民卫生出版社, 2013: 5.
- [42] 李灿东, 吴承玉. 中医诊断学 [M]. 北京: 中国中医药出版社, 2012: 7.

(下转第 502 页)

purulent stool) score was observed in two groups before treatment and after 1 month ,2 months and 3 months of treatment. Before treatment and after 45 days and 90 days of treatment , the rectal mucosa was observed under endoscopy , the levels of interleukin 6 ( IL-6) and interleukin 23 ( IL-23) in rectal mucosa were detected ,and the clinical efficacy and safety were evaluated. **Results** The total clinical effective rate was 91. 43% ( 64/70) in the treatment group , which was significantly higher than that in the control group ( 84. 29% ,59/70) (  $P < 0. 05$  ) . The scores of diarrhea and bloody purulent stool after 1 month ,2 months and 3 months of treatment were lower than those before treatment in both two groups (  $P < 0. 05$  or  $P < 0. 01$  ) ,and the reduction was more significant with the duration of the treatment (  $P < 0. 05$  or  $P < 0. 01$  ) . The scores in the treatment group were lower than those in the control group after 1 month ,2 months and 3 months of treatment (  $P < 0. 05$  ) . The scores of endoscopic rectal mucosa and the levels of IL-6 and IL-23 in the two groups after 45 days and 90 days of treatment were lower than those before treatment (  $P < 0. 05$  or  $P < 0. 01$  ) , and it improved more significantly after 90 days of treatment compared with those after 45 days of treatment in both groups (  $P < 0. 05$  or  $P < 0. 01$  ) . The score of rectal mucosa and the level of IL-6 and IL-23 in treatment group were all lower compared with control group after 45 days and 90 days of treatment (  $P < 0. 05$  ) . **Conclusion** *Sanqi Ejiao Suppository* could significantly improve the clinical symptoms and endoscopic rectal mucosa , and decrease the levels of IL-6 and IL-23 in the rectal mucosa in the long-term decremental treatment of ulcerative proctitis. *Sanqi Ejiao Suppository* seems to have no significant adverse reactions in the long-term decremental treatment of ulcerative proctitis.

**Keywords** ulcerative proctitis; *Sanqi Ejiao Suppository*; long-term decremental treatment; rectal mucosa; interleukin 6; interleukin 23

( 收稿日期: 2017 -08 -07; 修回日期: 2017 -11 -13)

[编辑: 叶 晨]

( 上接第 477 页)

### Discussion and the Structure of the Theory of “Balancing Digestive Functions by Regulating ‘Pivot’ ”

WEI Wei<sup>1 2</sup> , RONG Peijing<sup>3</sup> , CHEN Jiande<sup>4</sup> , GUO Yu<sup>1 2</sup> , WANG Yu<sup>3</sup> , LIU Bing<sup>3</sup> , SU Xiaolan<sup>1 2</sup> , YANG Jianqin<sup>1 2</sup> , YANG Yang<sup>1 2</sup> , CONG Yu<sup>1 2</sup> , HAN Boyu<sup>1 2 5</sup> , DUAN Yuting<sup>6</sup> , WEI Ruhan<sup>7</sup> , ZHU Jiajie<sup>1 2</sup> , YIN Lu<sup>1 2 5</sup>

( 1. Wangjing Hospital , China Academy of Chinese Medical Sciences , Beijing , 100102; 2. Beijing Key Laboratory of Functional Gastrointestinal Disorders Diagnosis and Treatment of Traditional Chinese Medicine; 3. Institute of Acupuncture and Moxibustion , China Academy of Chinese Medical Sciences; 4. Department of Medicine , Johns Hopkins University , Baltimore , MD , USA; 5. Beijing University of Chinese Medicine; 6. Clinical Medical College of Acupuncture Moxibustion and Rehabilitation , Guangzhou University of Chinese Medicine; 7. Cleveland State University , Cleveland , USA)

**ABSTRACT** The theory of spleen and stomach is an important part of Chinese medicine. It has been developing continuously since the The Yellow Emperor’s Inner Classic. With the rapid development of modern medicine , considering the clinical diagnosis and treatment characteristics of combination of disease identification and syndrome typing , according to the theory of spleen and stomach and the modern medicine theory , we have developed the “balancing digestive functions by regulating ‘pivot’ ” theory. This article will interpret its connotation and extension , and discuss about its structure and significance , so as to guide the clinic and meet the needs of the times. discuss the construction and the connotation of the theory of “ balancing digestive functions by regulating ‘pivot’ ” . It’ll explore a new model for the organic combination of traditional Chinese medicine theory and the modern medicine.

**Keywords** balancing digestive functions by regulating “pivot”; the theory of spleen and stomach; brain-gut-microbiota axis

( 收稿日期: 2018 -01 -28; 修回日期: 2018 -03 -02)

[编辑: 柴倩云]