本文引用: 丁睿, 霍介格. 霍介格基于“香药通贯三焦”论治化疗性黏膜炎经验[J]. 湖南中医药大学学报, 2026, 46(10): 2073-2079.

霍介格基于“香药通贯三焦”论治化疗性黏膜炎经验

丁睿[1],霍介格[1,2]*
1.南京中医药大学附属中西医结合医院,江苏 南京 210028;2.江苏省中医药研究院肿瘤科,江苏 南京 210028

〔摘要〕化疗性黏膜炎(CIM)是化疗常见且严重的剂量限制性不良反应,以口腔疼痛性溃疡、恶心呕吐、腹泻等为主要表现。霍介格教授认为,本病以药毒外袭为始动因素,以三焦气化失司、五端相因为核心病机,气化失司则湿、热、瘀相继内生,日久损耗正气,黏膜失于濡养而腐溃成疡。据此提出“通贯三焦,以通为用”的治疗总纲,分三焦论治:上焦口咽黏膜炎治以清香开玄、轻清透热,中焦恶心呕吐治以芳香运脾、升清降浊,下焦腹泻便血治以辛香通络、渗湿止利。组方强调以香药为主,配伍清热、化湿、益气、养阴之品,使其香而不燥、通而不峻、通中寓补,并重视含漱外治与内服方药内外合治。并附验案一则,以资佐证。

〔关键词〕化疗性黏膜炎;香药通贯三焦;三焦气化失司;名医经验;霍介格
〔中图分类号〕R273 〔文献标志码〕A 〔文章编号〕doi:10.3969/j.issn.1674-070X.2026.10.012

HUO Jiege´s experience in treating chemotherapy-induced mucositis based on the theory of "aromatic medicinals unblocking and penetrating the sanjiao"

DING Rui[1], *HUO Jiege*[1,2]*
1. Affiliated Hospital of Integrated Traditional Chinese and Western Medicine, Nanjing University of Chinese Medicine, Nanjing, Jiangsu 210028, China; 2. Oncology Department, Jiangsu Province Academy of Traditional Chinese Medicine, Nanjing, Jiangsu 210028, China

〔**Abstract**〕Chemotherapy-induced mucositis (CIM) is a common and serious dose-limiting adverse reaction to chemotherapy, mainly manifested as painful oral ulcers, nausea and vomiting, and diarrhea. Professor HUO Jiege holds that external invasion of medicinal toxin is the initiating factor of this disease, and that its core pathogenesis lies in the dysfunction of qi transformation in the sanjiao and the mutual causation of the five pathological factors. Failure of qi transformation successively generates dampness, heat, and blood stasis internally, so that over time healthy qi is depleted, and the mucosa loses its nourishment, becoming eroded and ulcerated. Accordingly, the general therapeutic principle of "unblocking and penetrating the sanjiao, with free flow as the guiding principle" is proposed, and treatment follows the three parts of the sanjiao: light aromatic medicinals open the mysterious mansion (a collective term for the microscopic portals where qi, blood, and body fluids circulate) and gently clear and vent heat for oropharyngeal mucositis of the upper jiao, aromatic medicinals activate the spleen to upbear the clear and downbear the turbid for nausea and vomiting of the middle jiao, and pungent-aromatic medicinals dredge the collaterals and drain dampness to stop the diarrhea and bloody stool of the lower jiao. In formulating prescriptions, he emphasizes taking aromatic medicinals as the mainstay, combined with agents that clear heat, resolve dampness, tonify qi, and nourish yin, so as to achieve the effects of being aromatic without drying, unblocking without drastic action, and combining unblocking with tonification. Attention is also given to gargling as

〔收稿日期〕2026-07-15
〔基金项目〕江苏省中医药领军人才培养项目(SLJ0329);江苏省中医消化肿瘤临床医学创新中心(苏中医科教[2021]6号)。
〔通信作者〕* 霍介格,男,博士,教授,主任中医师,E-mail:huojiege@jsatcm.com。

an external therapy alongside oral formulas, integrating internal and external treatment. A verified medical record is appended as supporting evidence.

〔**Keywords**〕 chemotherapy-induced mucositis; aromatic medicinals unblocking and penetrating the sanjiao; dysfunction of qi transformation in the sanjiao; famous physician's experience; HUO Jiege

化疗性黏膜炎(chemotherapy-induced mucositis, CIM)是化疗常见且严重的并发症,指自口腔至肛门整个消化道黏膜发生的炎症和溃疡,临床以口腔疼痛性溃疡、恶心呕吐、腹泻等为主要表现,也是细胞毒性化疗药物最常见的剂量限制性不良反应之一[1]。CIM 不仅严重损害患者的生活质量和营养状况,更可能导致化疗减量、周期推迟,甚至中断,直接影响抗肿瘤疗效和远期生存[2]。癌症支持治疗多国协会/国际口腔肿瘤学会临床实践指南将 5-氟尿嘧啶、伊立替康等列为 CIM 相关风险药物,并推荐对接受此类方案的患者进行风险评估、预防和规范化管理[3]。目前西医防治手段包括口腔冷冻疗法、低剂量激光治疗等物理疗法以及帕利夫明、奥曲肽等药物治疗,但存在适用人群局限、疗效不确切、费用高昂等缺点[4]。现代研究表明,CIM 的发病机制涉及氧化应激、炎症级联反应、细胞器功能障碍等多个环节[5]。各环节相互交织、互为因果。单靶点干预仅能作用于其中某一环节,难以全面阻断 CIM 的发生发展。中医学虽无 CIM 对应病名,但根据其临床表现可归属于“口疮”“泄泻”等范畴。中医药具有多靶点、整体调节的特点,可协同干预多个环节,弥补单靶点治疗的不足,在 CIM 治疗中显示出独特优势。

霍介格教授系江苏省名中医、第七批全国老中医药专家学术经验继承工作指导老师,从事肿瘤中西医结合临床与科研工作三十余年,擅长诊治各类肿瘤及其并发症。霍介格教授在长期临床实践中发现,“香药通贯三焦”的特性与 CIM 多部位、多环节的病理特点相契合,遂提出以“三焦气化失司”为该病核心病机,临证善用香药分焦论治 CIM,形成了理法方药一体的诊疗思路。本文系统总结霍介格教授基于“香药通贯三焦”治疗 CIM 的临证经验,以期为中医药防治化疗相关黏膜损伤提供新的辨治思路和临床方案。

1 “香药通贯三焦”的学术源流与药理基础

香药是指具有芳香气味的一类中药,核心功效为调和气血[6],其运用根植于深厚的中医理论。《素问·金匮真言论篇》首开其端,提出“中央黄色,入通于脾……其臭香”,将香气与脾土相应,奠定了香药归脾、调理中焦的理论基础。宋代陈自明在《外科精要·用香药调治论》中明确指出“气血得香则行,得臭则逆”,从气血运行的角度揭示了香药“以通为用”的核心作用。金元时期,李东垣在《脾胃论·饮食劳倦所伤始为热中论》中进一步阐发“内伤不足之病……惟当以辛甘温之剂,补其中而升其阳”,强调辛香温通之品在调理脾胃、升清降浊中的关键作用,为香药运转中焦枢纽提供了依据。明代贾所学在《药品化义·辨药八法》中系统总结香药之功用,称“香能通气,能主散,能醒脾阴,能透心气,能和合五脏”,明确将香的“通气”功能置于首位,揭示其贯行周身、无处不到的特性。至清代,吴鞠通在《温病条辨》中提出“治上焦如羽,非轻不举;治中焦如衡,非平不安;治下焦如权,非重不沉”,为后世据气味轻重以芳香药分焦论治提供了法则;其于《温病条辨》安宫牛黄丸方论中所谓“芳香化秽浊而利诸窍”,亦提示芳香药具有通窍辟秽、宣畅气机的作用。综上,香药可通气、通血、通络、通窍、通脏腑,既能上行头面清窍,也可下达胃肠浊道,故具通贯上、中、下三焦之独特药性。霍介格教授受此启发,结合 CIM 多部位、多环节的病理特点,认为香药之“通”随四气五味、升降浮沉及归经不同而分别作用于三焦:上焦取轻清以开玄透热,中焦取芳润以运脾化湿,下焦取辛温以通络渗湿。CIM 病位与三焦分部相应,故以“三焦气化失司、五端相因”为病机之纲,以“通贯三焦,以通为用”为治疗之要,临证分焦选药,佐以甘味益气养阴,使通中寓补、行而不伤。

现代药理学研究表明,芳香类中药多以挥发油类成分为主要药效物质基础,在抗炎、黏膜保护、镇痛以及调节肠道菌群等方面具有多靶点效应。如广藿香醇可抑制核因子 κB 信号通路,减轻肠黏膜炎症[7];薄荷醇可激活瞬时受体电位 M8 通道,发挥镇痛作用[8];砂仁挥发油可调节肠道菌群[9]。在复方机制层

面，针对上焦口腔黏膜炎，含金银花、薄荷等香药的复方可通过调节炎症相关代谢与白细胞介素-17、肿瘤坏死因子等信号通路发挥治疗作用[10]；针对中焦恶心呕吐，含丁香、陈皮、生姜等辛香药物的复方可通过调节胃肠激素与神经递质相关通路发挥治疗作用[11-13]。针对下焦腹泻，含木香、砂仁、苍术等辛香行气之品的复方则通过肠道屏障保护及抗炎通路发挥治疗作用[14]。在复方临床层面，银玄汤、香砂六君子汤、不换金正气散等含香药复方亦显示出改善CIM相关症状的作用[15-17]。上述研究从药效物质、作用机制及临床疗效等方面为“香药通贯三焦”治疗 CIM 提供了证据。

2 基于三焦理论的 CIM 病因病机探析

2.1 药毒始动，癌毒内蕴为 CIM 的标本病因

CIM 的发病与化疗药物直接相关，霍介格教授将其起因归于药毒。三焦是人体气、血、津液运行的通道，《素问·六微旨大论篇》言：“故非出入，则无以生长壮老已；非升降，则无以生长化收藏。是以升降出入，无器不有。”此论述强调三焦气机升降出入的通畅是生命活动的基本保障。化疗药物药性峻烈，其性剽悍，是一种直接损伤脏腑、不循常道的外来之毒。《素问·五常政大论篇》云：“大毒治病，十去其六；常毒治病，十去其七。”化疗药毒亦当属此类“大毒”。药毒侵入人体后，多先犯中焦脾胃。中焦脾胃为三焦气化之枢，主受纳运化、升清降浊。中焦受戕，则胃气壅滞、脾气被困，故化疗后恶心呕吐、纳呆痞满为最早出现的症状。然药毒性善走窜，并非胶着于中焦，而具弥漫三焦之势，其损伤可随病程迅速波及上下二焦，乃至三焦同病。因此，霍介格教授指出，虽中焦受扰最为显著，但不可拘泥于“先中焦后他脏”的固定传变次序，而应视药毒性质、剂量及患者禀赋之不同，辨识其三焦同病而各有侧重的态势。

然而，就标本层次而言，药毒仅为 CIM 发病之标，其本则在于肿瘤患者体内癌毒内伏。CIM 虽由化疗药毒直接诱发，然癌毒内蕴已久，暗耗三焦气化，致气化功能低下、黏膜失于濡养。两者致病特点有别：癌毒为内生之邪，深伏难解，贯穿肿瘤病程始终；药毒为外来之毒，随化疗而起，亦可于停药后渐退。因此，在 CIM 的发病中，癌毒内蕴为本，药毒外袭为标，二者相合，形成本虚标实之证。CIM 急性期当以祛药毒、复气化为先，不可妄投攻癌之品，以免重伤已损之正气，待黏膜炎症缓解、三焦气化渐复，再兼顾癌毒与正虚调治。若不分主次，急性期妄攻癌毒，则药毒未去而正气更伤；若缓解期不扶正顾本，则癌毒内蕴未除，后续化疗时黏膜损伤势必更甚。

2.2 三焦气化失司、五端相因为 CIM 的核心病机

霍介格教授指出，三焦气化失司，气滞、湿、热、瘀、虚相因为患是 CIM 病机演变的核心环节。三焦主持诸气，总司气化，是水谷精微输布与水液代谢的通路。霍介格教授认为，药毒弥漫三焦后，首遏气机，致升降出入不利、气机壅滞；若清阳不升、浊阴不降，则湿、热、瘀相继而生，由此衍生出一系列复杂的病理变化。霍介格教授将其概括为以气滞为先、诸邪交叠、正虚渐显的病机演进过程。气滞为始动之因，药毒碍胃，胃气壅滞，腑气不通，故见纳呆、痞满、恶心等症。气滞则水湿不化，脾失健运，湿浊弥漫，浸淫黏膜，可见水肿、渗出及腹泻便溏。湿邪久蕴不化，或与药毒火热之性相合，湿热交蒸，循三焦上炎或下注，腐灼黏膜，发为溃疡糜烂。热灼血络则迫血妄行，气滞日久则血瘀络阻，故黏膜溃疡经久不愈、疼痛剧烈、创面色暗。病程迁延，正气耗伤，气虚无力行血、养络，黏膜修复迟缓。此五者常相兼为患、互为因果，而其共同的病理基础皆在三焦气化失司、气机壅滞。CIM 的临床特征与三焦病位高度对应。上焦气化不利，药毒挟火热循经上灼口咽，发为口腔黏膜红肿、糜烂、溃疡、疼痛；中焦气化失司，脾胃升降逆乱，胃气上逆则恶心呕吐，脾不运化则纳呆腹胀；下焦气化不畅，湿热毒瘀下注大肠，肠道络损血溢，发为腹泻、便溏、腹痛，甚则便血。

3 从“通贯三焦，以通为用”辨治 CIM

3.1 治则总纲：通贯三焦，以通为用

基于上述病因病机认识，霍介格教授提出了“通贯三焦，以通为用”的治疗总纲。所谓“通”即恢复气机通畅，“贯”强调三焦整体联动，“以通为用”意在使上焦宣发、中焦运化、下焦传导各复其职。霍介格教授强调，临证需先辨三焦病位之主次，该主次分布与化疗方案及癌种特点密切相关。不同化疗方案的药物组成与作用机制各异，所致黏膜损伤的部位与程度亦随之不同。含氟尿嘧啶类及铂类的方案（如奥沙利铂+亚叶酸钙+氟尿嘧啶方案、卡培他滨+奥

沙利铂方案）常同时累及口腔与肠道黏膜，临床表现为口腔疼痛性溃疡与腹泻并见，呈现三焦同病的典型格局[18]；含伊立替康的方案（如伊立替康+亚叶酸钙+氟尿嘧啶方案）则以下焦腹泻更为突出[19]；含蒽环类或大剂量铂类的方案则以中焦恶心呕吐及上焦口腔黏膜炎为主要表现[20-21]。除化疗方案本身的差异外，不同癌种亦影响 CIM 的发生。研究显示，乳腺癌患者化疗后口腔黏膜炎发生率最高，结直肠癌及食管癌患者次之，而淋巴瘤患者相对较低[22]。因此，临证当根据化疗方案与癌种特点，明确黏膜损伤的好发部位与演变趋势。

基于此，霍介格教授提出“辨位定法，辨证选药”的临证原则，以四气五味、升降浮沉及归经为依据，形成“上焦取清轻、中焦取芳化、下焦取辛烈”的分焦用药法度。上焦口咽黏膜炎，邪在口咽，多取薄荷、连翘、金银花等辛凉轻扬之品，主入肺与心经，善于开玄府而透郁热；中焦恶心呕吐，邪在脾胃，贵在转运枢机，选用砂仁、白豆蔻、藿香、木香、陈皮等辛温芳香之品，主入脾胃经，重在芳化，以醒脾运脾、化湿行气见长，契合中焦“如衡”之需；下焦腹泻便血，邪在大肠，络脉幽深，多以苍术、厚朴、桂枝等辛苦温烈之品，主入大肠、膀胱或肝经，性沉而降，走而不守，可深入肠络化湿行气、通络散结。

在明确三焦分治的基础上，再根据不同化疗方案所致损伤部位及癌种特点调整用药主次，如含氟尿嘧啶类及铂类的方案，治当三焦并调，即清上、运中、渗下同施，不可偏废；含伊立替康的方案，在通调三焦基础上，当以下焦辛香通络、渗湿止利为侧重，中、上二焦为辅；含蒽环类或大剂量铂类的方案，当以中焦芳化升清、上焦清香开玄为要。此外，不同癌种患者体质亦有差异，乳腺癌患者多气郁化火，黏膜炎以火热上炎为著，清上透热之中当酌加疏肝解郁之品；结直肠癌患者多湿热下注，腹泻为甚，当侧重下焦通络渗湿；肺癌患者气阴两虚者多，清上开玄之中当兼顾益气养阴。如此，在“通贯三焦，以通为用”总纲之下，辨病位、辨方案、辨癌种三者层层递进，使香药之用更为精准。

3.2 上焦口咽黏膜炎证治：清香开玄，轻清透热

霍介格教授认为，化疗后出现口咽黏膜炎者，其病位在上焦口咽，核心病机为药毒挟火热循经上扰，玄府闭郁，气液不得流通，黏膜失于濡养而腐溃成疡。上焦之治遵“治上焦如羽，非轻不举”之旨，贵在“轻”与“透”。霍介格教授辨治此类口咽黏膜炎，常从心火亢盛、脾胃郁热、虚火上炎、阴火浮越 4 个证型入手，其中心火亢盛者最为多见。他强调上焦之治贵在“轻”与“透”，非轻不举，非透不达，用药当以气味清香、轻扬上浮之品为首选，借其开玄透达之性引药力直达口咽病所。心火亢盛者，霍介格教授以导赤散为基础，加黄连、栀子清心泻火，再加薄荷、连翘、金银花三味香药以开玄透热，使方中有清有透、升降相因。脾胃郁热者，以泻黄散加减，方中藿香芳香化湿、醒脾开胃，防风辛温升散、疏风透热，与石膏、栀子等苦寒药相配，升散与清降并行，使脾胃郁热从表而解而不致凉遏冰伏。虚火上炎者，以知柏地黄丸为基础，加石菖蒲芳香开窍，引诸药上行至口咽病所。阴火浮越者，以补中益气汤为基础，加升麻、柴胡升举清阳、透散郁火，再佐薄荷、藿香等辛香轻扬之品，借其升散之性助清阳上达、阴火自敛，使阴火得散而不上灼口咽。

在上焦证治中，霍介格教授尤为重视内外合治。他认为口腔黏膜炎病灶表浅，外用含漱可使药力直达创面。正如《理瀹骈文·略言》所言：“外治之理，即内治之理；外治之药，即内治之药，所异者法耳。”内服方侧重整体调节，通过清心泻火、开玄透热以澄本清源；外用含漱则直取局部，借辛香之气透达玄府，起到清热解毒、消肿止痛的直接效应。常用薄荷、紫苏叶、白芷、金银花、连翘五味煎汤放凉后含漱。其中薄荷、紫苏叶、白芷气味辛香，金银花、连翘气味清香，五味皆为香药，共奏清香开玄、轻清透热、清热解毒、消肿止痛之效。香药虽为开玄要药，然辛香而偏温燥者久用有耗气伤阴之虞，须与益气养阴、补虚固本之品相配，中病即止，防耗散太过而反伤正气。如心火证中，香药配伍导赤散，遵《小儿药证直诀·诸方》导赤散之旨，取“清气与养阴并行”之意；阴火证中，香药仅作佐使，用量宜轻，取其流动之性助升阳散火，非主攻之品，取《脾胃论·饮食劳倦所伤始为热中论》中“补其中而升其阳，甘寒以泻其火”之理。

3.3 中焦恶心呕吐证治：芳香运脾，升清降浊

霍介格教授认为，化疗后恶心呕吐、脘腹胀满者，其病位在中焦脾胃，核心病机为药毒壅滞、气机逆乱、湿浊困脾。中焦为气机升降之枢纽，叶天士在《临证指南医案·脾胃》有言“脾宜升则健，胃宜降则

和”。药毒伤中后，升降失序，湿浊中阻。中焦之治遵《温病条辨·治病法论》“治中焦如衡，非平不安”之旨，尤当重视“芳化”与“辛开苦降”两法并用。霍介格教授指出，香药入中焦，其核心功效在于“化”，即化湿浊、化食积、化痰滞，湿化则脾运自复，浊降则胃和自安。中焦香药当以气味芳润、辛温不烈为特点，强调“芳”与“润”的平衡，既要芳香以醒脾化湿，又不可过于燥烈而耗气伤阴。临证若见脾虚湿困、纳呆便溏者，霍介格教授常以参苓白术散为基础，加砂仁、白豆蔻、藿香三味香药。砂仁辛香温通、化湿行气，白豆蔻芳香化湿、温中止呕，藿香芳香化浊、醒脾开胃。三味药合用，芳化中焦湿浊之力颇著，湿浊化则脾运渐复，升降自调。若气滞痞满较甚者，则以香砂六君子汤加减，取木香行气宽中、砂仁化湿和胃，此二味药香而不峻，行气而不破气，尤宜于肿瘤患者正气已虚之体。若呕恶属胃热气逆、口干口苦者，仍以辛香之品为主，取陈皮、生姜辛香降逆，佐竹茹、枇杷叶清胃止呕，辛开苦降，香行则逆自平。若胃气上逆、呕恶频作、舌淡脉缓者，则属中虚气逆，常以旋覆代赭汤加减，方中丁香辛香温通、降逆止呕，少佐柿蒂苦降，辛以散结，香以顺气，升降复则呕逆自止。胃热气逆者佐以清降，中虚气逆者主以温通降逆，总以辛香调其升降，使清升浊降，中焦如衡。霍介格教授还强调，芳香类药物的挥发油类成分为其主要有效成分之一，砂仁、白豆蔻、藿香等均宜后下，即在煎煮结束前 5~10 min 加入同煎，不可久煎，否则香气尽失、药效大减。此外，呕吐患者宜少量频服，每次 30~50 mL，每隔 1~2 h 一次，以“少少与饮之”的方法，使药力持续而不致格拒。

3.4　下焦腹泻便血证治：辛香通络，渗湿止利

霍介格教授认为，化疗后出现腹泻便血者，其病位在下焦大肠，核心病机为湿热毒瘀下注、肠络受损、清浊不分，以伊立替康、氟尿嘧啶等药物化疗后最为多见。霍介格教授指出，下焦之病，湿、热、毒、瘀胶结于肠络，病位深伏，非寻常淡渗苦寒之品所能及。辛香之品性走窜，善开结透络、行气活血，可引领药力直达肠络深处，使湿热毒瘀有外出之机。此为香药“通”性在下焦的具体体现，通肠络、通气滞、通瘀闭，使肠腑传导复常。下焦腹泻不可见泻止泻，当以香药行气活血、疏通肠络为先，佐以清热化湿、渗湿止利之品。临证若见湿盛泄泻、便溏黏腻者，则以胃苓汤加减。方中苍术、厚朴、陈皮、桂枝四味皆为辛香之品，苍术辛温燥烈，走而不守，可直入肠络化湿浊而强脾气；厚朴苦辛温燥，以辛香泄结之力下达肠腑、行气消胀；桂枝辛香通阳以助膀胱气化，使水湿从小便而去，此即通阳化气以助渗湿之意；陈皮理气和胃，使诸药各行其道。四味相合，共奏燥湿运脾、行气化水之功，使湿邪得除、清浊自分。便血者，多因肠络瘀阻、血不归经，辛香通络则瘀去络和，血自归经，不必见血止血。若便血鲜红、量多，属热迫血行，仍以辛香通络为君，佐地榆、槐花凉血止血，香以行气，气行则血行，血行则热有所泄，无须专事寒凉；若便血色暗、夹有黏液，属湿毒蕴结，仍以辛香通络为先，佐白头翁、秦皮清肠解毒，香以化湿，湿去则毒无所附，毒去则血自归经。总以香药贯穿始终，不可早投炭类收涩之品，免致闭门留寇。然若出血量多、势急，或血红蛋白进行性下降，仍需中西医结合止血支持，不可固执辛香通络之法。

4　验案举隅

丁某，男，25 岁。初诊：2026 年 5 月 21 日。主诉：乙状结肠癌化疗后口腔疼痛伴腹泻 1 个月。现病史：患者 2025 年 6 月因便血于无锡江南大学附属医院行结肠镜检查，病理诊断：低分化腺癌（距肛门 35 cm 处黏膜），部分呈印戒细胞样。2025 年 7 月 3 日于徐州市中心医院行腹腔镜下乙状结肠部分切除术，术后病理：（乙状结肠）印戒细胞癌，溃疡型，肿块大小约 5 cm×4.2 cm×1.5 cm，癌侵犯至浆膜下层，见小神经侵犯，上、下切缘未见癌累及，淋巴结内见癌转移（自检肠周 3/12，分装送检 253 组为纤维脂肪脉管组织）。免疫组化：人表皮生长因子受体 2（0，弱表达），MutL 同源物 1（+），MutS 同源物 2（+），MutS 同源物 6（+），PMS1 同源物 2（+），肿瘤增殖指数（70%），神经细胞黏附分子（+，小神经侵犯），血小板内皮细胞黏附分子 1（+，脉管侵犯），足突蛋白（+，脉管侵犯）。基因检测：Kirsten 大鼠肉瘤病毒癌基因同源物、神经母细胞瘤 RAS 病毒癌基因同源物、B-Raf原癌基因丝氨酸/苏氨酸蛋白激酶均为野生型，微卫星稳定/错配修复蛋白完整，肿瘤蛋白 p53 c.817C>T（p.R273C，错义突变），同源重组修复基因无突变。术后行奥沙利铂+卡培他滨方案化疗 7 周期，因第 8 周期出现奥沙利铂过敏反应，改为单药口服卡培他滨。近期

口服卡培他滨过程中，出现典型的从口腔至肛门的黏膜炎症状。遂于 2026 年 5 月 21 日至江苏省中医药研究院就诊，刻下症见：身倦乏力，胸闷气短，口腔疼痛、伴口干口苦、进食后加重，恶心、纳呆，胃脘部胀满不适、偶有隐痛，大便溏稀，日行 4~5次，尿频尿急，夜尿多，夜寐一般。舌质红、苔薄黄，脉濡细。辅助检查：肠镜及术后病理同前。西医诊断：乙状结肠癌术后；CIM。中医诊断：口疮(心火亢盛证)；泄泻(湿热下注证)。治法：辛香通络，渗湿止利，佐以清热养阴。方剂：猪苓汤合平胃散、导赤散加减。药物组成：生地黄 15 g，猪苓 15 g，茯苓 15 g，麸炒泽泻 15 g，通草 6 g，盐车前子 15 g，车前草 15 g，瞿麦10 g，苍术 10 g，厚朴 6 g，桂枝 6 g，木香(后下)6 g，太子参 15 g，麦冬 15 g，天花粉 10 g，生甘草 6 g，白及 10 g，地榆炭 10 g，滑石(包煎)15 g，砂仁(后下)3 g，藿香 6 g。14 剂，每日 1 剂，水煎服，早晚分服。外治：予金银花 15 g、连翘 15 g、薄荷 6 g、紫苏叶 6 g、白芷 6 g。14 剂，每日 1 剂，煎汤放凉，多次含漱。

二诊：2026 年 6 月 4 日。患者诉恶心好转，胃脘部胀满减轻，胃脘隐痛未作，仍有口腔疼痛、口干口苦，身倦乏力、胸闷气短较前减轻，纳呆改善，大便转实，日行 1~2 次，尿频尿急、夜尿多减轻，夜寐一般。舌边尖红，苔薄黄，脉弦细。在初诊方基础上加薄荷(后下)6 g、连翘 10 g、白芷 6 g。14 剂，煎服法同前。外治方剂停用。

三诊：2026 年 6 月 18 日。患者诉口腔疼痛加重，并出现溃疡，于本院口腔科行专科检查发现 36 牙对应舌缘可见一溃疡面，约 0.2 cm×0.3 cm，表面覆假膜，触痛明显，周围红肿。口干口苦、身倦乏力、胸闷气短均减轻，恶心未作，纳呆改善，胃脘部胀满减轻，大便成形，小便调，夜寐一般。舌边尖红、苔薄黄，脉弦细。在二诊方基础上去苍术、厚朴、桂枝，加黄连 3 g、栀子 10 g。14 剂，煎服法同前。外治方剂同初诊，14 剂，用法同前。

随访：2026 年 7 月 2 日。患者诉服用三诊方后一般情况良好，已经停药 14 d，其间患者口腔溃疡收敛，未再复发，其余诸症亦均未复发。

按：患者初诊即呈现三焦同病态势。口腔疼痛、口干口苦、进食后加重，为上焦心火亢盛，药毒化热上攻，灼伤口咽黏膜；恶心、纳呆、胃脘部胀满不适、偶有隐痛，为中焦药毒壅滞，气机逆乱，湿浊困脾；大便溏稀、日行 4~5 次、尿频尿急、夜尿多，为下焦湿热下注，肠络受损，清浊不分，膀胱气化不利；身倦乏力、胸闷气短、夜寐一般，为正气耗伤、气阴两虚；舌质红、苔薄黄、脉濡细，为湿热内蕴，气阴两伤之象。依据术后病理及免疫组化，西医诊断为乙状结肠癌术后、CIM。中医诊断为口疮(心火亢盛证)、泄泻(湿热下注证)。治以辛香通络、渗湿止利，佐以清热养阴。方选猪苓汤合平胃散、导赤散加减。方中生地黄清热凉血、养阴生津；通草、生甘草取导赤散之意，引心火从小便而出；猪苓、茯苓、麸炒泽泻、滑石、盐车前子、车前草、瞿麦利水渗湿、清热止利，使下焦湿热从小便而去；苍术、厚朴、木香、砂仁、藿香芳香化湿、行气宽中，取平胃散之意，运脾化湿；桂枝通阳化气，助水湿从小便而去；太子参、麦冬、天花粉益气养阴、生津止渴；白及收敛护膜；地榆炭凉血止血、解毒敛疮。全方以香药为主，通贯三焦、渗湿止利，兼以清热养阴。外治以金银花、连翘、薄荷、紫苏叶、白芷煎汤含漱，辛香轻清、开玄透热、消肿止痛。二诊时，患者恶心好转，胃脘部胀满减轻、胃脘隐痛未作，仍有口腔疼痛、口干口苦，身倦乏力、胸闷气短较前减轻，纳呆改善，大便转实，日行 1~2 次，尿频尿急、夜尿多减轻，夜寐一般。舌边尖红、苔薄黄，脉弦细。此为上焦余邪未尽，下焦湿热渐去。于初诊方中加薄荷、连翘、白芷，辛香开玄、轻清透热，清解上焦余邪。内服方中已含外治方主要药物，故停用含漱。三诊时，患者口腔疼痛加重，并出现溃疡，口干口苦、身倦乏力、胸闷气短均减轻，恶心未作，纳呆改善，胃脘部胀满减轻，大便成形，小便调，夜寐一般。舌边尖红、苔薄黄，脉弦细。此为下焦湿热渐去，上焦心火未清之象。故在二诊方基础上去苍术、厚朴、桂枝等辛燥之品，以防耗气伤阴；加黄连、栀子清心泻火；因口腔局部溃疡明显，重新加用外治含漱方，内外合治。随访时患者口腔溃疡收敛，未再复发，其余诸症亦均未复发，提示三焦分治、内外合治切中病机。全案用药随证进退，初诊重在辛香通络、渗湿止利，二诊兼顾轻清透热，三诊清心泻火、内外合治，体现了霍介格教授从“香药通贯三焦”理论辨治 CIM、随三焦湿热与心火偏盛灵活化裁的临证特点。

5 结语

CIM 发病部位涉及口咽、胃脘与肠道，与中医三焦分布高度相应。霍介格教授从“药毒”病因切入，紧扣“三焦气化失司、五端相因”核心病机，创造性地运

用“香药通贯三焦”之法，形成分焦论治、内外合治的诊疗体系，并以“通贯三焦，以通为用”为治疗总纲。该疗法借香药辛散走窜之性，畅三焦壅滞之气，开玄府闭郁之门，使气机升降有序、湿浊分化、热毒外散、瘀滞因通而消。同时强调“香而不燥、通而不峻”，配伍要旨在于“通中寓补”，以辛香之品行气开郁，以甘味之药益气养阴，使香药走窜开郁而不耗气伤阴。目前，相关研究仍以个案报道与小样本临床观察为主，今后尚需开展更为规范的前瞻性临床研究，以进一步验证疗效并深入阐明作用机制，促进该诊疗体系的传承与推广。

参考文献

[1] Peterson D E, Boers-Doets C B, Bensadoun R J, et al. Management of oral and gastrointestinal mucosal injury: ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment, and follow-up[J]. Annals of Oncology, 2015, 26: v139-v151.

[2] Sonis S T, Elting L S, Keefe D, et al. Perspectives on cancer therapy-induced mucosal injury: pathogenesis, measurement, epidemiology, and consequences for patients[J]. Cancer, 2004, 100(9 Suppl): 1995-2025.

[3] Elad S, Cheng K K F, Lalla R V, et al. MASCC/ISOO clinical practice guidelines for the management of mucositis secondary to cancer therapy[J]. Cancer, 2020, 126(19): 4423-4431.

[4] 舒馨瑶, 郝雅汀, 周裕文, 等. 肿瘤化学治疗相关性黏膜炎的防治进展[J]. 华西医学, 2023, 38(5): 765-769.

[5] Pulito C, Cristaudo A, La Porta C, et al. Oral mucositis: the hidden side of cancer therapy[J]. Journal of Experimental & Clinical Cancer Research, 2020, 39(1): 210.

[6] 黄薰莹, 刘珍珠, 王维广, 等. 基于古代常见芳香药的药物特性探析《黄帝内经》香入脾理论[J]. 北京中医药大学学报, 2021, 44(6): 485-490.

[7] Zhang G H, Liu M J, Song M, et al. Patchouli alcohol activates PXR and suppresses the NF-κB-mediated intestinal inflammatory[J]. Journal of Ethnopharmacology, 2020, 248: 112302.

[8] Li Z P, Zhang H Y, Wang Y G, et al. The distinctive role of menthol in pain and analgesia: mechanisms, practices, and advances[J]. Frontiers in Molecular Neuroscience, 2022, 15: 1006908.

[9] Lu S H, Zhang T, Gu W, et al. Volatile oil of Amomum villosum inhibits nonalcoholic fatty liver disease via the gut-liver axis[J]. BioMed Research International, 2018, 2018: 3589874.

[10] 耿其顺. 基于多组学探讨双花百合片治疗化疗所致口腔黏膜炎的作用机制[D]. 郑州: 郑州大学, 2022.

[11] 米金霞, 艾纯颖, 叶泰玮, 等. 经典复方防治化疗性恶心呕吐大鼠的作用及机制研究[J]. 时珍国医国药, 2023, 34(6): 1281-1284.

[12] 陈权, 徐颖扉, 陈培丰. 温胆汤治疗化疗所致迟发性呕吐的作用机制研究[J]. 中华中医药学刊, 2021, 39(5): 255-258.

[13] 楚玉. 橘皮汤对抗化疗呕吐的效应机制研究[D]. 南京: 南京中医药大学, 2017.

[14] 李诺, 侯丽, 卫博文, 等. 中药治疗化疗相关性腹泻核心组方及作用机制研究[J]. 现代中西医结合杂志, 2024, 33(21): 3021-3030.

[15] 许鹏, 刘莉君. 银玄汤防治 DCF、FOLFOX 方案化疗引起的口腔炎 36 例[J]. 吉林中医药, 2013, 33(6): 598-599.

[16] 吴发胜, 谢家童, 李洲强, 等. 加味香砂六君子汤联合吴茱萸穴位贴敷防治铂类化疗药物引起的急性消化道反应[J]. 中医学报, 2022, 37(9): 1999-2004.

[17] 李心芸, 熊振飞, 顾丹琳. 不换金正气散防治化疗相关性腹泻的临床观察[J]. 中国中医药科技, 2018, 25(3): 426-428.

[18] Chang C W, Lee H C, Li L H, et al. Fecal microbiota transplantation prevents intestinal injury, upregulation of toll-like receptors, and 5-fluorouracil/oxaliplatin-induced toxicity in colorectal cancer[J]. International Journal of Molecular Sciences, 2020, 21(2): 386.

[19] Zhan Y R, Cheng X W, Mei P P, et al. Safety of first-line systemic therapy in patients with metastatic colorectal cancer: a network meta-analysis of randomized controlled trials[J]. BMC Cancer, 2024, 24(1): 893.

[20] Saito Y, Takekuma Y, Takahashi M, et al. Association of oral mucositis induced by anthracycline-cyclophosphamide and subsequent docetaxel treatment for perioperative breast cancer[J]. Supportive Care in Cancer, 2024, 32(8): 513.

[21] Zhao Y Y, Zhao B, Chen G, et al. Validation of different personalized risk models of chemotherapy-induced nausea and vomiting: results of a randomized, double-blind, phase Ⅲ trial of fosaprepitant for cancer patients treated with high-dose cisplatin[J]. Cancer Communications, 2023, 43(2): 246-256.

[22] Nishimura N, Nakano K, Ueda K, et al. Prospective evaluation of incidence and severity of oral mucositis induced by conventional chemotherapy in solid tumors and malignant lymphomas[J]. Supportive Care in Cancer, 2012, 20(9): 2053-2059.

（本文编辑　陈　晨）