

• 指南解读 •

《溃疡性结肠炎中医诊疗指南(2023)》解读^{*}

王木源¹ 韩啸² 毛堂友³ 石磊³ 史瑞³ 王志斌³ 李军祥³

[摘要] 《溃疡性结肠炎中医诊疗指南(2023)》由北京中医药大学东方医院提出,国家重点研发计划(No:2018YFC1705400)资助,于2021年12月在中华中医药学会立项,全国共有24家三级甲等医院及高校、科研院所参与起草,2023年3月正式由中华中医药学会发布。该指南通过德尔非法确定了10个待解决的临床问题并通过循证医学进行了解答。该指南的更新明确了溃疡性结肠炎的中医干预措施、分期分型、主要证候、主要症状、适用范围等问题。现为了更好地指导该指南的实施,本文从指南制定过程、更新关键内容等方面对其进行解读,以期该指南为临床医生使用中医药治疗溃疡性结肠炎,诱导并维持临床缓解、促进黏膜愈合、防止并发症、改善患者生命质量、提高临床疗效等方面提供建议和指导。

[关键词] 溃疡性结肠炎;中医;诊疗指南;指南解读

DOI:10.3969/j.issn.1671-038X.2024.12.11

[中图分类号] R574.62 **[文献标志码]** A

Interpretation of the Guidelines for Diagnosis and Treatment of Ulcerative Colitis in Traditional Chinese Medicine (2023)

WANG Muyuan¹ HAN Xiao² MAO Tangyou³ SHI Lei³ SHI Rui³
WANG Zhibin³ LI Junxiang³

(¹Beijing University of Chinese Medicine, Beijing, 100041, China; ²Exchange, Development & Service Center for Science & Technology Talents, the Ministry of Science and Technology; ³Department of Gastroenterology, Dongfang Hospital, Beijing University of Chinese Medicine) Corresponding author: LI Junxiang, E-mail: lijunxiang1226@163.com

Abstract The Guidelines for Diagnosis and Treatment of Ulcerative Colitis in Traditional Chinese Medicine (2023) was proposed by the Dongfang Hospital of Beijing University of Chinese Medicine, funded by the National Key Research and Development Program(No:2018YFC1705400), and approved in December 2021 by the China Association of Chinese Medicine. The Guidelines was drafted with the participation of 24 tertiary-level A hospitals and universities and research institutes, and officially released in March 2023 by the China Association of Chinese Medicine. The Guidelines has identified 10 clinical questions through the Delphi method and answered them via evidence-based medicine, and has clarified issues such as traditional Chinese medicine(TCM) interventions, staging and typing, main TCM Syndrome, major symptoms, and scope of application of ulcerative colitis. To better facilitate the implementation of the guideline, this article provides an interpretation focusing on the guideline development process and key updates. The aim is to ensure the guidelines offer practical advice and guidance for clinicians in using TCM to treat ulcerative colitis, including inducing and maintaining clinical remission, promoting mucosal healing, preventing complications, improving patients' quality of life, and enhancing clinical efficacy.

Key words ulcerative colitis; traditional Chinese medicine; diagnosis and treatment Guidelines; interpretation of the Guidelines

《溃疡性结肠炎中医诊疗指南(2023)》^[1](以下简称新版指南)由北京中医药大学东方医院李军祥

教授牵头,组织了国内24家医院、高校、科研院所的中医、西医消化领域专家,联合方法学、药学专家,在充分参考国际临床实践指南制订方法和流程,在现有最佳证据的基础上,充分结合专家经验,基于中医药自身特点及临床实际情况制定了该指南。新版指南明确了溃疡性结肠炎(ulcerative colitis, UC)的中医干预措施、分期分型、主要证候、主要症状、适用范围等问题。为了更好地指导该指南

^{*}基金项目:国家重点研发计划(No:2018YFC1705400);国家中医药管理局高水平中医药重点学科中西医结合临床(消化病学)(No:zyydxk-2023271)

¹北京中医药大学(北京,100041)

²科学技术部科技人才交流开发服务中心

³北京中医药大学东方医院脾胃肝胆科

通信作者:李军祥, E-mail: lijunxiang1226@163.com

引用本文:王木源,韩啸,毛堂友,等.《溃疡性结肠炎中医诊疗指南(2023)》解读[J].中国中西医结合消化杂志,2024,32(12):1087-1092. DOI:10.3969/j.issn.1671-038X.2024.12.11.

的实施,本文拟从指南制定背景、指南制定方法及过程、新版指南中医内容等更新内容进行解读。

1 指南制定背景

目前,全球已颁布多项 UC 诊断、治疗方案、疾病管理的临床指南或专家共识,中医药治疗 UC 存在特有优势,其诊疗方案逐渐被认可并完善,在临床使用中具有积极的指导意义。原《溃疡性结肠炎诊疗指南》(标准编号:ZYXXH/T81-2008)^[2](以下简称原指南)起草于 2008 年,于 2011 年正式发布。由于编写年代较早,原指南中部分内容已不能满足当今诊疗活动的需要,并缺乏规范的循证医学证据和专家推荐意见。因此,中华中医药学会针对临床实际的需求进行立项,对原指南进行更新,于 2023 年 3 月 23 日发布,现对该新版指南进行解读。

2 指南制定方法及过程

新版指南由北京中医药大学东方医院提出,于 2021 年 12 月由中华中医药学会立项。全国共有 24 家医院、高校、科研院所参与起草,依据《中华中医药学会中医指南制定的技术方案》执行,参照 GB/T1.1—2020《标准化工作导则第 1 部分:标准化文件的结构和起草规则》规定起草。

新版指南编制组于 2021 年 12 月正式成立,其成员由牵头专家李军祥教授召集的在业界具有相当学术地位的中医、西医专家组成。为了使新版指南的制定更加规范合理,编制组特别邀请了方法学专家及药学专家。编制组总人数达 23 人,中医临床专家 10 人,西医临床专家 11 人,方法学及药学专家各 1 人。编制组于 2021 年 12 月—2022 年 1 月访谈中/西医专家 14 名,调研临床医生 55 名。访谈和调研对象来自北京、上海、广东、福建、天津、重庆、四川、河南、陕西、山西等 23 个省(直辖市、自治区)的 45 家医院,性质包括中医院、综合性医院、中西医结合医院,级别涉及三甲、三乙、二甲。

根据访谈调研的结果,针对 UC 中医诊疗临床实践的核心问题进行总结提炼,2022 年 1 月经专家组投票后形成指南问题。2022 年 6 月专家组对“10 项待回答 PICO 化临床问题”制定循证证据评价,对“中医适宜技术治疗 UC”展开循证证据评价;针对现有临床证据,编制组进行检索筛选后采用 GRADE 证据质量分级系统对证据体进行评价,分为高级证据、中级证据、低级证据、极低证据 4 个等级。为对指南的推荐意见达成共识,专家组共进行 2 轮投票,对证据充分的临床问题,投票形成“推荐意见”;对证据不充分的临床问题,投票形成“共识意见”。新版指南初稿撰写完成后于 2022 年 7 月—8 月进行了广泛的征求意见和修改,形成最终稿件,2022 年 9 月提交送审,2023 年 2 月进行公示,2023 年 3 月 23 日正式发布,指南标准编号为 T/CACM 1478-2023。

3 新版指南中医内容解读

编制组在制定新版指南过程中,充分参考国际临床实践指南制订方法和流程,并在相关法律法规和技术文件指导下,严格遵循科学性的原则;并本着“循证为举、共识为主、经验为鉴”的原则,在现有最佳证据的基础上,充分结合专家经验,基于中医药自身特点及临床实际情况制定了该指南。新版指南强调诊治 UC 需明确分期、分程度、分部位进行辨证论治;在 UC 的中医证型分布中,新版指南重视正邪的动态演变,结合现有的较高级别的循证医学证据,尊古而崇今,在主要证型诊断的基础上,推荐经典方与现代经验方,并推荐了中成药及针灸等临床治疗方案。

3.1 强调分期、分程度、分部位论治

中医药辨证治疗 UC,是其疗效优势的基石。新版指南强调中医药诊治 UC 需明确其分期是活动期还是缓解期,对于活动期 UC 的疾病严重程度需明确轻度、中度、重度、急性重度,从而进行辨证论治,根据 UC 发病的病变范围进行评估,再结合评估结果辨证使用药物诱导并长期维持 UC 的临床缓解。

活动期轻、中度 UC 可单用中药辨证治疗或联合口服西药(5-氨基水杨酸制剂、糖皮质激素等)改善临床症状及诱导病情缓解;针对活动期重度 UC,新版指南建议应在基础治疗(5-氨基水杨酸制剂、糖皮质激素、免疫抑制剂或生物制剂)上联合中医药治疗,可以缩短诱导 UC 临床缓解的时间,减少激素、免疫抑制剂或生物制剂的不良反应,在诱导临床缓解后能逐步减少上述药物的用量,甚至能够达到停用上述药物的临床结局。缓解期 UC 长期服用药物的治疗需求是导致患者依从性较差的原因之一,结合患者当前的病机变化使用中医药治疗,可以逐步减少用药频率,可由原来的每日 1 剂服用中药,减至 2 或 3 日 1 剂,甚至每周 1 剂,能够提高该类患者的依从性,有效维持其长期缓解。而针对 UC 的病变范围,新版指南建议全结肠型或左半结肠型 UC 患者使用中药口服联合中药灌肠或联合 5-氨基水杨酸栓剂/灌肠液治疗;直肠型 UC 患者可单独使用中药口服治疗或保留灌肠/栓剂治疗。

3.2 中医证型重视正邪虚实的动态演变

在中医的证候诊断方面,新版指南综合考虑 UC 的临床症状和舌脉表现以及循证证据的评价^[3],将中医证型进行优化更新,去除阴虚肠燥证、血瘀肠络证,增加热毒炽盛证、寒热错杂证,将脾胃气虚证更改为脾虚湿阻证,具体见表 1。

新版指南重视 UC 的病机演变,认为该病的不同证型、不同时期,其正、邪、虚、实呈动态变化。UC 形成的病机以饮食不节、感受外邪、情志不遂或久劳正虚为诱因,致湿热之邪客于肠道,湿热邪气与大肠气血相搏而致传导功能失司,故而气滞血

瘀、湿热蕴肠,损及肠络,血伤肉败溃发成疡、黏液脓成,大肠湿热而见,其证以邪实为主;当湿热邪盛,热毒蕴肠,则邪热迫血妄行,暴下脓血、腹痛拒按;而当 UC 患者素体本虚感邪,或以久病伤正,正虚与邪实交杂,刻下证候则以虚寒、实热夹杂的寒热错杂证为主;当客肠湿邪热退或湿热之邪较轻,

但以脾气虚弱体质为特征的 UC 患者,其病机主要表现为脾虚湿阻证;当患者素体本虚或久病伤正严重,损及脾肾阳气,则以脾肾阳虚证为主要证候表现;肝郁脾虚证患者往往多见于缓解期或复发初起不重患者,以其情志不遂,又兼正虚脾弱。

表 1 中医辨证分型表

证型	主症	次症	舌脉
大肠湿热证	①泻下黏液脓血便;②腹痛	①里急后重;②肛门灼热;③口干口苦;④小便短赤	舌质红苔黄腻;脉滑数
热毒炽盛证	①暴下脓血或血便;②腹痛拒按	①发热;②口渴;③小便短赤	舌质红绛苔黄燥;脉滑数
寒热错杂证	①腹部冷痛,喜温喜按;②泻下黏液脓血	①四肢不温;②肛门灼热;③口腔溃疡	舌质红苔薄黄;脉沉细
脾虚湿阻证	①大便稀溏,有少量黏液或脓血;②腹部隐痛	①腹部胀满;②饮食减少;③少气懒言;④面色萎黄	舌质淡胖苔白腻,或有齿痕;脉细弱
脾肾阳虚证	①大便反复出现黏液脓血;②腹痛绵绵,喜温喜按	①黎明前泻;②腰膝酸软;③形寒肢冷;④少气懒言	舌质淡胖苔白润,或有齿痕;脉细弱
肝郁脾虚证	①腹痛则泻,泻后痛减;②大便稀溏,或有少许黏液;③情绪紧张或抑郁恼怒等诱因可致上述症状加重	①胸闷喜叹息;②嗝气频频;③胸胁胀痛	舌质淡红苔薄白;脉弦细

注:中医证型的确定为具备主症 2 项和次症 1 项及以上,参考舌脉,即可诊断。

3.3 强调辨证使用经典方与现代经验方的应用

新版指南基于循证证据的质量评价和专家意见综合形成了推荐意见,更新了中医辨证治疗的内服推荐方剂。结合上述证型主要临床表现进行辨证,针对大肠湿热证、热毒炽盛证、寒热错杂证、脾虚湿阻证、脾肾阳虚证、肝郁脾虚证以施治方剂,分为经典方、现代经验方,见表 2。

3.4 强调中医药的局部治疗

由于 UC 的疾病特点,其病变范围影响药物治疗的效果,中医局部治疗在 UC 治疗中有着重要的地位,其主要手段包括中药栓剂和中药灌肠。新版指南基于循证证据和专家意见补充完善了中医局部治疗,包括中药保留灌肠和中药栓剂,认为病变局限在远端结肠者适用局部用药;对病变在直肠-乙状结肠宜用灌肠剂,病变在直肠宜用栓剂,见表 3。中药保留灌肠一般将清热解毒、活血化瘀与敛疮生肌类药物配合应用,推荐处方有黄葵敛肠方;中药栓剂推荐清肠栓和榆白缓释栓。

3.5 推荐中成药的应用及注意事项

UC 是中医药治疗的优势病种,中成药是中医药的重要组成部分,合理、规范的用药可以起到较好的疗效^[24]。新版指南基于循证证据的质量评价和专家意见综合形成了推荐意见,更新了中医辨证治疗的口服推荐中成药,可以为临床医师合理使用中成药治疗 UC 提供一定的指导及建议,能够提高处方质量并降低不合理用药带来的风险。针对 UC 的病变范围及临床表现,依据适用条件临床应

用中成药,新版指南推荐内服、外用中成药物治疗,见表 4。

3.6 重视针、灸、穴位贴敷治疗

新版指南基于循证证据推荐了中医适宜技术治疗 UC,包括毫针针刺(C 级证据,弱推荐)、隔附子饼灸(B 级证据,弱推荐)、穴位贴敷(D 级证据,弱推荐)。针刺推荐辨证配穴:针对轻、中度 UC 活动期大肠湿热证推荐隔附子饼灸;轻、中度 UC 活动期脾肾阳虚证患者推荐穴位贴敷治疗,见表 5。

3.7 重视 UC 的健康管理、预后与癌变监测

新版指南增加了对于 UC 患者的健康管理、预后与癌变监测的内容。UC 患者的饮食^[33]、情绪^[34]、季节、劳累等非药物因素也与 UC 的发生、发展密切相关,故 UC 的健康管理策略需得到重视^[35];因此新版指南从患者教育、合理饮食、调整生活方式 3 个方面进行健康管理建议。

UC 多呈慢性过程,大部分患者反复发作,慢性持续活动或反复发作频繁者预后较差,且存在着癌变的风险。新版指南建议慢性持续活动或反复发作频繁的 UC 患者尽早合理选择药物治疗;癌变监测推荐对起病 8~10 年的所有 UC 患者均应行 1 次肠镜检查,以确定当前病变的范围,并根据病变部位的不同定期进行复查检测,E1 型无需肠镜检查,E2 型从起病 15 年开始隔年复查肠镜,E3 型建议隔年复查肠镜,达 20 年后每年复查肠镜。如合并原发性硬化性胆管炎者发生结肠癌风险较高,建议从该诊断确立开始每年复查肠镜。

表 2 新版指南推荐中药内服方剂(经典方和现代经验方)

证型	治则	推荐方剂	药物组成	推荐级别
大肠湿热证	清热化湿 调气行血	经典方	芍药汤(《素问病机气宜保命集》)加减 ^[4-5]	D 级证据 弱推荐
			红藤肠安汤 ^[6]	C 级证据 弱推荐
		现代经验方	芪仙苡酱煎 ^[7]	D 级证据 弱推荐
			清肠化瘀汤 ^[8]	D 级证据 弱推荐
热毒炽盛证	清热解毒 凉血止痢	经典方	白头翁汤(《伤寒论》)加减 ^[9-11]	D 级证据 强推荐
		现代经验方	清热利湿方 ^[12]	D 级证据 弱推荐
寒热错杂证	温中补虚 清热化湿	经典方	乌梅丸(《伤寒论》)加减 ^[13]	D 级证据 弱推荐
		现代经验方	清肠温中方 ^[14]	C 级证据 弱推荐
			溃结宁方 ^[15]	D 级证据 弱推荐
脾虚湿阻证	健脾益气 化湿止泻	经典方	参苓白术散(《太平惠民和剂局方》)加减	共识建议*
		现代经验方	结肠止泻汤 ^[16]	C 级证据 弱推荐
			溃结 2 号方 ^[17]	D 级证据 弱推荐
脾肾阳虚证	健脾温肾 温阳化湿	经典方	理中汤(《伤寒论》)合四神丸(《内科摘要》)加减	共识建议*
		现代经验方	溃结汤 ^[18-19]	D 级证据 弱推荐
肝郁脾虚证	疏肝理气 健脾和中	经典方	痛泻要方(《景岳全书》)合四逆散(《伤寒论》)加减	共识建议*
		现代经验方	健脾调肝化滞方 ^[20]	D 级证据 强推荐

注:推荐级别分为强推荐、弱推荐、暂不明确、反对、不建议,证据等级中 A 为高质量、B 为中等质量、C 为低质量、D 为极低质量,* 针对缺乏文献证据支持的临床问题,采用德尔菲法形成推荐意见共识,采用“弱推荐,仅依据专家共识”方法表达推荐强度。

表 3 新版指南推荐中医局部治疗(中药保留灌肠、中药栓剂)

局部治疗方式	方剂/药物名称	组成	推荐级别
中药保留灌肠	黄葵敛肠方 ^[21]	黄蜀葵花、地锦草、凤尾草、紫草、茜草、五倍子	C 级证据弱推荐
中药栓剂	清肠栓 ^[22]	青黛、三七、马齿苋、五倍子	C 级证据弱推荐
	榆白缓释栓 ^[23]	苦参、白及、败酱草、地榆、三七、珍珠粉、青黛、血竭	D 级证据弱推荐

表 4 新版指南推荐中成药治疗

中成药名称	适用条件	给药方式	药物组成	用法用量	功效主治	推荐级别
虎地肠溶胶囊 ^[25]	活动期轻、中度 UC;大肠湿热证	口服	朱砂七、虎杖、白花蛇舌草、败酱草、二色补血草、地榆炭、白及、甘草	4 粒/次(0.4 g/粒), 3 次/d;4~6 周为 1 个疗程	清热、利湿、凉血	B 级证据 强推荐
五味苦参肠溶胶囊 ^[26-28]	活动期轻、中度 UC;大肠湿热证	口服	苦参、地榆、青黛、白及、甘草	4 粒/次(0.4 g/粒), 3 次/d;疗程 8 周	清热燥湿、解毒敛疮、凉血止血	B 级证据 弱推荐
八味锡类散 ^[29]	活动期轻、中度 UC	保留灌肠	西瓜霜、寒水石、牛黄、珍珠(豆腐炙)、青黛、硼砂、硃砂(炙)、冰片	1 g/次,加入温开水 60 mL 保留灌肠, 1 次/d;疗程 4 周	清热解毒、消肿止痛	D 级证据 弱推荐
裸花紫珠颗粒	活动期 UC;有明显黏液脓血便症状	口服	裸花紫珠	1 袋/次(3 g/袋),3 或 4 次/d;疗程 2 周	清热解毒、收敛止血	共识建议

表 5 新版指南推荐中医适宜技术(毫针针刺、隔附子饼灸、穴位贴敷)

中医适宜技术	针灸处方/药物组成	适用条件	操作	注意事项	禁忌证
毫针针刺 ^[30]	主穴:脾俞、中脘、足三里、天枢、大横	辨证施治;配穴:湿热内蕴加曲池、血海、内庭;肾阳不足加气海、肾俞、百会、命门;肝气郁滞加太冲、肝俞、阳陵泉	进针深度 5~30 mm,得气后背部穴位留针 10 min,胸腹部穴位留针 20 min;每周 2 次	体质虚弱者,宜采取卧位,刺激不宜过强;注意避开血管针刺,防止出血;注意防止刺伤重要器官	皮肤有感染、溃疡、瘢痕或肿瘤的部位不宜针刺;孕妇、过于饥饿、疲劳、精神高度紧张者、常有自发性出血或损伤后出血不止者不宜针刺
隔附子饼灸 ^[31]	附子 10 g、肉桂 2 g、丹参 3 g、红花 3 g、木香 2 g;以上研末加黄酒调成厚糊状的药饼,每个含药粉 2.5 g	推荐用于轻、中度 UC 活动期大肠湿热证;取穴:中脘、天枢、关元、上巨虚	1 次/d,每次每穴各灸 2 壮,12 次为 1 个疗程;建议连续 6 个疗程,疗程间休息 3 d	施灸时,应注意安全,防止艾绒脱落,烧损皮肤或衣物;施灸后,局部皮肤出现微红灼热属正常现象,无需处理	孕妇禁用,过饱、过劳、过饥、醉酒、大渴、大惊、大恐、大怒者慎用
穴位贴敷 ^[32]	附子、细辛、丁香、芥子、赤芍、延胡索、生姜;药物各取等量打粉,与生姜汁混合,加入适量麻油调成糊状,搅拌均匀	推荐用于轻、中度 UC 活动期脾肾阳虚证;取穴:上巨虚、天枢、足三里、命门、关元	取适量药品敷于 2 cm×2 cm 的医用胶布上贴于患者穴位;贴敷 4 h/次,每次间隔 5 d;疗程 60 d	贴敷药物后注意局部防水,小儿贴敷时间应酌情减少,对胶布过敏者可选用低过敏胶带或用绷带固定,禁食生冷、海鲜、辛辣刺激食物,对于残留在皮肤的药膏等不宜用汽油或肥皂等有刺激性物品擦洗	孕妇、局部皮肤有创伤、溃疡、感染或有较严重的皮肤病者禁用;糖尿病、血液病、发热、严重心肝肾功能障碍者以及艾滋病、结核病或其他传染病患者慎用

4 结语

中医药治疗 UC 在稳定病情、改善症状、预防复发、提高患者生存质量等方面均具有独特的优势。新版指南优化更新了 UC 的中医辨证分型,重视中医的传承与创新,明确了中医药治疗 UC 的优势环节,为中医辨证分型、中医局部和中成药治疗以及中医适宜技术提供了循证依据和推荐意见。

目前许多临床研究存在样本量小、随机隐藏、盲法等实施不明确的局限性,而致结果存在偏倚风险,导致证据质量降级,当前中医药治疗 UC 的高质量临床证据尚存在一定的研究空白,亟需开展与之匹配的规范化临床研究。新版指南编制组拟定通过文献研究和专家讨论会的形式每 3~5 年进行一次更新,更新取决于指南发布后是否有新的、足

够充分的相关证据出现,证据变化对指南推荐意见和推荐强度是否有影响等。步骤包括识别新的证据、评估更新的必要性、更新指南推荐意见和发布更新的指南。

《溃疡性结肠炎中医诊疗指南(2023)》的发布能够提高临床医生对中医药治疗 UC 的认识,为临床医生使用中医药治疗 UC 提供建议和指导,将为 UC 患者带来更高质量的医疗服务,并有利于提高 UC 患者的生命质量;也为中医药治疗 UC 规范临床研究的未来发展提供指导,对促进 UC 临床与科研的结合、提高其临床疗效起到积极作用。

利益冲突 所有作者均声明不存在利益冲突
参考文献

[1] 中华中医药学会《溃疡性结肠炎中医诊疗指南》项目

- 组. 溃疡性结肠炎中医诊疗指南(2023)[J]. 中医杂志, 2024, 65(7): 763-768.
- [2] 中华中医药学会. 溃疡性结肠炎诊疗指南[J]. 中国中医药现代远程教育, 2011, 9(10): 126-128.
- [3] 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.
- [4] 雷晓梅, 许洪明, 温瑶明, 等. 芍药汤加减加美沙拉嗪灌肠联合美沙拉嗪口服治疗溃疡性结肠炎临床观察[J]. 中国肛肠病杂志, 2016, 36(9): 35-37.
- [5] 徐建军, 季峰, 陈建永, 等. 芍药汤加减治疗慢性溃疡性结肠炎疗效观察[J]. 浙江中医杂志, 2007, 42(6): 323-324.
- [6] 周赟, 孙吉, 巫亚颖, 等. 红藤肠安汤治疗溃疡性结肠炎疗效观察[J]. 中国中医药信息杂志, 2015, 22(9): 22-25.
- [7] 薛晔, 曹志群, 周晓凤, 等. 中药芪仙苡薏煎口服治疗脾虚湿蕴型溃疡性结肠炎疗效及患者的血清炎症和氧化应激指标变化观察[J]. 山东医药, 2019, 59(33): 65-68.
- [8] 王慧丽, 赵高明, 贾淑亚. 清肠化瘀汤治疗轻中度活动期溃疡性结肠炎疗效评价[J]. 中医药临床杂志, 2019, 31(4): 730-732.
- [9] 马月香, 侯凤霞, 李洪海. 白头翁汤加减联合西药治疗大肠湿热型溃疡性结肠炎疗效观察[J]. 辽宁中医杂志, 2020, 47(1): 114-116.
- [10] 史萍慧, 温翔. 白头翁汤加减对急性期溃疡性结肠炎患者促炎因子及 NF- κ B mRNA 表达的影响[J]. 中国中医急症, 2017, 26(11): 2059-2061.
- [11] 孙晓艳, 王锐, 吉强, 等. 白头翁汤加味联合保留灌肠治疗溃疡性结肠炎的临床疗效观察[J]. 世界中西医结合杂志, 2018, 13(3): 366-369.
- [12] 刘思邈, 唐艳萍. 清热利湿法治疗大肠湿热证溃疡性结肠炎 30 例[J]. 中国中西医结合外科杂志, 2012, 18(5): 441-444.
- [13] 郭洪波, 罗玉梅, 王静波. 乌梅汤加减治疗溃疡性结肠炎 44 例[J]. 新中医, 2007, 39(1): 44.
- [14] 王志斌, 陈晨, 郭一, 等. 清肠温中方治疗轻中度溃疡性结肠炎的临床研究[J]. 中国中西医结合杂志, 2018, 38(1): 15-19.
- [15] 李莉, 张雯. 溃结宁方治疗溃疡性结肠炎临床研究[J]. 湖北中医杂志, 2009, 31(6): 12-13.
- [16] 史英, 张铁, 张鹏, 等. 结肠止泻汤治疗溃疡性结肠炎脾虚湿阻证的临床研究[J]. 现代中医药, 2019, 39(4): 76-80, 91.
- [17] 邵启蕙, 郭颂铭, 董秋安. 自拟“溃结 2 号方”治疗溃疡性结肠炎的临床观察[J]. 同济大学学报(医学版), 2020, 41(1): 112-116.
- [18] 马友全, 白锋. 溃结汤治疗慢性溃疡性结肠炎 46 例[J]. 新疆中医药, 2005, 23(2): 28-29.
- [19] 马友全, 白锋. 溃结汤抗溃疡性结肠炎复发的临床研究[J]. 中国实用医药, 2011, 6(16): 75-76.
- [20] 王峰, 景珊, 曹红艳. “健脾调肝化滞方”联合美沙拉嗪治疗溃疡性结肠炎合并抑郁 30 例临床研究[J]. 江苏中医药, 2019, 51(12): 40-43.
- [21] 何宗琦, 吴本升, 文科, 等. 黄葵敛肠方灌肠治疗远端溃疡性结肠炎临床观察[J]. 河北中医, 2019, 41(6): 833-837, 843.
- [22] 龚雨萍, 柳文, 马贵同, 等. 清肠栓治疗溃疡性结肠炎的随机对照研究[J]. 上海中医药大学学报, 2007, 21(6): 33-36.
- [23] 王珍, 靳桂春, 刘媛, 等. 榆白缓释栓配合治疗溃疡性结肠炎疗效观察[J]. 山西中医, 2017, 33(1): 47-48.
- [24] 《中成药治疗优势病种临床应用指南》标准化项目组. 中成药治疗溃疡性结肠炎临床应用指南(精简版, 2022 年)[J]. 胃肠病学, 2023, 28(1): 17-26.
- [25] 沈洪, 朱磊, 胡乃中, 等. 虎地肠溶胶囊联合美沙拉嗪肠溶片治疗活动期溃疡性结肠炎多中心、随机对照、双盲双模拟的临床研究[J]. 中国中西医结合杂志, 2019, 39(11): 1326-1331.
- [26] 全战旗, 杨波, 童新元, 等. 复方苦参结肠溶胶囊治疗湿热内蕴型溃疡性结肠炎多中心、随机、双盲、对照研究[J]. 中国中西医结合杂志, 2011, 31(2): 172-176.
- [27] 焦英伟, 刘强, 余兆惠. 复方苦参结肠溶胶囊联合美沙拉嗪对改善溃疡性结肠炎患者生活质量的临床研究[J]. 山西医药杂志, 2019, 48(23): 2932-2934.
- [28] Gong Y, Zha Q, Li L, et al. Efficacy and safety of Fufangkushen colon-coated capsule in the treatment of ulcerative colitis compared with mesalazine: a double-blinded and randomized study[J]. J Ethnopharmacol, 2012, 141(2): 592-598.
- [29] 潘燕, 欧阳钦. 八味锡类散灌肠对溃疡性结肠炎的治疗作用及其机制研究[J]. 中国中西医结合杂志, 2014, 34(1): 27-30.
- [30] Joos S, Wildau N, Kohnen R, et al. Acupuncture and moxibustion in the treatment of ulcerative colitis: A randomized controlled study[J]. Scand J Gastroenterol, 2006, 41(9): 1056-1063.
- [31] 沈群, 郑云碑, 陆菁. 隔附子饼灸联合美沙拉嗪治疗湿热型溃疡性结肠炎疗效观察[J]. 上海针灸杂志, 2019, 38(4): 374-377.
- [32] 蔡辰蕾. 溃结宁膏穴位敷贴治疗溃疡性结肠炎脾肾阳虚证的临床疗效观察及对血清 IL-10 含量的影响[D]. 长沙: 湖南中医药大学, 2015.
- [33] Levine A, Rhodes JM, Lindsay JO, et al. Dietary Guidance From the International Organization for the Study of Inflammatory Bowel Diseases[J]. Clin Gastroenterol Hepatol, 2020, 18(6): 1381-1392.
- [34] 苗新普, 欧阳钦, 李慧艳, 等. 溃疡性结肠炎患者的心理治疗策略[J]. 医学与哲学(临床决策论坛版), 2007, 28(9): 29-30, 33.
- [35] Van Assche G, Dignass A, Bokemeyer B, et al. Second European evidence-based consensus on the diagnosis and management of ulcerative colitis part 3: special situations[J]. J Crohns Colitis, 2013, 7(1): 1-33.

(收稿日期: 2024-05-18)