



“五味”辨治溃疡性结肠炎

张智伟¹,周雨²,张琳³

(1.北京市丰台中西医结合医院,北京100072;2.北京中西医结合医院,北京100089;
3.首都医科大学附属北京中医医院,北京100010)

摘要:文章基于“五味”理论探讨溃疡性结肠炎的中医治疗,通过叙述溃疡性结肠炎的中医范畴、病因病机和“酸、苦、甘、辛、咸”等经典方剂、配伍特点,全方位展示“五味”理论治疗溃疡性结肠炎的独到之处。另外,通过总结发现,与溃疡性结肠炎有关的四合方剂主要具有清热化湿、调气和血、益气健脾、疏肝理气等功能。现代医学治疗溃疡性结肠炎的方法多样,但发时治标、缓时治本的治疗原则基本一致,而“五味”理论源于临床,并可指导溃疡性结肠炎各个阶段的用药,故基于“五味”理论辨治溃疡性结肠炎具有一定临床意义。

关键词:五味理论;溃疡性结肠炎;治法;四合;辨证论治

中图分类号:R256.34

文献标志码:A

文章编号:1671-7813(2024)07-0065-04

Treatment of Ulcerative Colitis with "Five Flavors"

ZHANG Zhiwei¹,ZHOU Yu²,ZHANG Lin³

(1. Beijing Fengtai Hospital of Integrated Traditional Chinese and Western Medicine, Beijing 100072, China;
2. Beijing Integrated Traditional Chinese and Western Medicine Hospital, Beijing 100089, China;
3. Beijing Traditional Chinese Medicine Hospital Affiliated to Capital Medical University, Beijing 100010, China)

Abstract:Based on the theory of "five tastes", this paper discusses the traditional Chinese medicine treatment of ulcerative colitis. By describing the category of traditional Chinese medicine, etiology and pathogenesis of ulcerative colitis, and the classic prescriptions of "acid, bitter, sweet, occinent, salty" and so on, the compatibility characteristics of the "five tastes" theory in the treatment of ulcerative colitis are fully demonstrated. In addition, through the summary found that the Sihe prescription related to ulcerative colitis mainly has the functions of clearing heat and dampness, regulating Qi and blood, invigorating qi and spleen, soothing liver and regulating qi and so on. Modern medicine has a variety of treatment methods for ulcerative colitis, but the treatment principle of treating symptoms at the onset and treating the root cause at the delay is basically the same. The "five flavors" theory originates from the clinic and can guide the medication at each stage of ulcerative colitis. Therefore, the differentiation and treatment of ulcerative colitis based on the "five flavors" theory has certain clinical significance.

Keywords:five tastes theory; ulcerative colitis; treatment method; four-fold; dialectical treatment

溃疡性结肠炎(ulcerative colitis, UC)是一种以连续性、弥漫性结肠黏膜炎症为特点,病因尚未清楚的炎性结肠疾病,常表现为腹痛、黏液脓血便等^[1]。UC可能会出现不同程度如皮肤、关节、眼部、肝脏和肺部病变的肠道外表现,也可合并多种疾病,严重影响患者生活质量^[2]。约20%慢性UC患者有发展成结直肠癌的风险,我国UC的病例数量目前不断增加^[3]。西医治疗主要采用保护及修复肠黏膜、降低炎症因子以及防治并发症为主,治疗以氨基水杨酸制剂为主,若治疗效果不显,可以

添加免疫抑制剂、糖皮质激素等^[4],然而临床疗效有限,部分患者不良反应明显,复发频次多。

五味理论源于《黄帝内经》,中药五味指酸、苦、甘、辛、咸,从广义上来说,辛味药可发散、行气、行血;甘味药可补益、和中、缓急;酸味药可收敛、固涩;苦味药可清泄、燥湿;咸味药可软坚散结、泻下^[5]。如《素问·脏气法时论篇》曰:“辛散,酸收,甘缓,苦坚,咸软”,且五味入于五脏^[6]。

UC是一种病因尚不明确的慢性非特异性肠道炎症,病变局限于大肠黏膜及黏膜下层。病程漫长,迁延难愈,且常反复发作。发病机制涉及微生物群改变、免疫应答失调、肠道上皮障碍缺陷、遗传易感性和环境因素等。且和现代人酗酒、嗜烟、嗜辛辣、饮食不节、过劳、熬夜等不良生活习惯密切相关。多以腹痛、腹泻、黏液脓血便为主要临床表现。根据该病的临床特点,可归属于中医“久痢”“休息痢”“肠澼”等范畴。中医认为本病同时可以涉及脾肾肝肺。该病活动期与缓解期多相互错

基金项目:中央级公益性科研院所基本科研业务费专项资金资助项目(YZ-202132);北京中医药薪火传承3+3工程——王京奇基层老中医传承工作室项目(京中科学[2008]2号)

作者简介:张智伟(1987-),男,北京人,主治医师,硕士,研究方向:消化内分泌。

通讯作者:周雨(1987-),女,北京人,主治医师,硕士,研究方向:肾病内分泌。E-mail:zhouyu870324@126.com。



杂存在,表现为“寒热”“虚实”的错杂,应给予个性化用药,难以以一法以概之,宜用“五味”理论指导用药。

UC 中医病因不外外感六淫,内伤七情及饮食内伤。本病初期大多是湿热毒邪内蕴肠腑,迁延失治或误治致中气下陷、脾肾两虚,故以脾肾虚为本,湿热为标,久病寒热虚实错杂。《景岳全书》有云:“气血不虚则不滞,虚则无有不滞”,UC 以脾气虚为本,气虚则滞,气滞血瘀,最终导致肠络失和,血败肉腐成疡^[7]。病理产物“内疡”使肠络血运乏源,气血愈虚,瘀血愈聚,致缠绵难愈。饮食方面,随着生活节奏及压力的变大,过食肥甘厚腻、辛辣刺激食物,损伤脾胃,产生湿热,为 UC 提供“温床”。

古人通过“取象比类”认识中药,而五味在帮助我们把握药性方面有重要作用,尤其对治疗多为寒热错杂、虚实夹杂的溃疡性结肠炎患者。具体泄痢过度加酸味药,起到酸收作用,代表方:芍药汤、乌梅丸。湿热偏重加苦味药、辛味药,起到苦泄、辛散作用,代表方:大黄汤、白头翁汤、桂蜜汤。脾虚偏重加甘味药,起到补虚作用,代表方:补中益气汤、参苓白术散、四君子汤、升阳益胃汤。且各味药物在临床中常相互搭配,多用“苦泄与酸敛并用,酸甘化阴,淡渗与辛温并用”等配伍。

1 五味的临床应用

1.1 酸涩防泻痢无度

溃疡性结肠炎患者多有久泻或间断泻痢症状,酸味药具有防峻泻或涩肠止泻之效。酸味入肝以乌梅、山萸肉为代表,另有芍药、五味子、马齿苋等药,具有“酸收防峻泻”之用。而代赭石、地榆、槐花、藕节等药,多有涩味,具有“收敛护膜”之功。此类药物,外用和内服有别,外用之品非均可内服,亦非有同功。如乌梅外用有收敛疮口、腐蚀败肉之功,内服则不热。

芍药汤以苦寒黄芩、黄连清热燥湿解毒,配伍酸敛芍药,起到“酸收防峻泻”的作用。《本经疏证》中论芍药:“酸则能破能收,不欲其大泄降者宜之”,现代研究显示:芍药汤可能是通过修复肠上皮组织紧密连接,减轻炎症反应,保护肠黏膜机械屏障而发挥治疗 UC 的作用^[8]。体现“行血则便脓自愈,调气则后重自除”之意。其变方:柴胡芍药汤治疗 UC 亦取得较好的疗效^[9]。

乌梅丸,以味酸之乌梅涩肠止泻,配苦寒之黄连、黄柏清解胃热,取“苦泄与酸敛同用”之义。方中配伍辛热之川椒、细辛、附子、桂枝、干姜温脏祛寒,治疗久泻寒热错杂,虚实兼夹之症。该方加味联合美沙拉嗪治疗寒热错杂型溃疡性结肠炎疗效显著,能够改善临床症状,控制炎症^[10]。热痢经久不愈,吞服整个乌梅,可以止之。岂乌梅之毒能制痢毒欤。近世研究乌梅成分与盐酸相同,盐酸能杀杆菌故也。夏日制成酸梅汤,不但生津止渴,且可防病治病,诸如肠炎、痢疾、食不消化等均可得愈。临床研究^[11]提示,UC 相关性结直肠癌寒热错杂患者在接受化疗过程中辅以乌梅丸治疗,可以提高临床疗效,减轻炎症反应,降低化疗不良反应,改善患者生活质量。

1.2 苦味清泄、燥湿肠阳

UC 患者多有黏液血便,中医病属痢疾,有湿热毒邪影响肠腑,需苦味药清泄,燥湿肠阳。苦味入心。峻下可用大黄、黄连、黄芩等药。缓下可用炒莱菔子、焦槟榔等药物。伴有饮食积滞配合生麦芽、连翘、焦神曲等药物。UC 患者多久泻,致寒热错杂加多苦辛同用,加用干姜、炮姜、肉桂、附片等药物以通

阳化湿。药物用量方面,苦味药健胃宜轻量,用于消炎宜中量,用于解毒收敛宜大量。

大黄汤具有清血分热毒之功。《素问病机气宜保命集·泄痢论篇》记载:“大黄汤治泄痢久不愈,脓血稠黏,里急后重,日夜无度,久不愈者……如或后重脓血稠黏,虽在盛冬,于温药内亦加大黄”“如见血,加黄连为主,桂、当归佐之。如燥烦或先便白脓后血,或发热,或恶寒,非黄芩不止”。三黄能清热燥湿,固肠止泻。而与桂枝、当归配伍,则体现“调气则后重自除,行血则便脓自愈”的思想。苦味药亦有健胃气的作用,如黄连与乌梅同用,谓之酸苦泄热,或黄连与干姜同用,或与吴茱萸同用,谓之苦辛泄热,其效尤捷,此即苦味健胃的作用。高飞等^[12]研究显示,大黄酸和大黄素联合用药治疗 UC 具有协同作用,其机制主要与抑制 PI3K/AKT 通路及下调炎症因子有关,可为治疗 UC 提供新的组分中药。

白头翁汤具有清热燥湿、凉血止血及健脾和肠之功。临床研究显示,白头翁汤加减联合美沙拉嗪肠溶片治疗湿热内蕴型 UC 患者效果显著,该方君药白头翁苦寒降泄,能入阳明血分,尤善于清胃肠湿热及血分热毒,为治热毒血痢之良药^[13-14]。《本草蒙荃》对白头翁有这样的描述:“经云:肾欲坚,急食苦以坚之。痢则下焦虚,故必用此纯苦之剂以坚之也”“苦能泻热而坚肾,泻中有补也”的一种体现。谭朝晖等^[15]以白头翁汤及 5-ASA 为基础,进行中药治疗组和西药对照组的实验,研究结果显示各组治疗后,患者外周血中 Th17、Th17/Treg 均降低, Treg 比例提高,且各项指标改善情况白头翁汤组明显优于西药对照组。

仙鹤汤以味苦之仙鹤草、桔梗为君药,仙鹤草既能收敛止血,解毒止痢,又有补虚之功,非黄连、黄柏之品所能比。《百草镜》记载:仙鹤草“下气活血,善治痢,肠风下血”。桔梗功专排脓,仲景仅以桔梗、甘草两味相伍治疗肺痈,足证其消痈排脓功效之强,用其治疗肠痈滞下,为此药之活用变用。该方可用于治疗 UC,每获良效。研究^[16]显示,仙鹤草有效成分能降低炎症水平,调节巨噬细胞极化,其机制可能是通过调控 MMP3、MMP2、BCL2L1、CD40、FOS 等基因从而调控 NF- κ B、PI3K-Akt、MAPK、HIF-1、TGF- β 等信号通路达到治疗 UC 的作用。刘扬等^[17]研究显示,桔梗多糖对溃疡性结肠炎小鼠具有一定药效,可能与调节炎症反应和氧化应激水平有关。

久病患者易精神紧张,有时可伴有腹痛,即用苦味剂,如黄连、胆草之类,每收良效。苦味药解毒消炎镇静为取其清热泻火解毒之功;收敛为其燥湿之效和清热解暑之共同作用。

1.3 甘味补气健脾

UC 多迁延不愈,脾胃运化之力不足,气血生化乏源,卫阳不固,甘味药“能补、能和、能缓”,甘温益气以补脾气,固护卫阳,取《素问·阴阳应象大论篇》记载:“形不足者,温之以气”之意。甘味入脾以黄芪、白术、葛根、升麻、白芍、参三七、血竭、炉甘石为代表,起到“补脾燥湿”“生肌敛疡”之功。另有甘寒养阴之品,如生地、麦冬、芦根、石斛、西瓜、花粉之类,此类药物实直接有清凉解热之功,间接有补益之用。

《脾胃论》曰:“内伤脾胃,乃伤其气……惟当以辛甘温之剂,补其中而升其阳”。故临床上治疗 UC 常以补中益气汤^[18]、参苓白术散^[19]、四君子汤^[20]、升阳益胃汤^[21]加减为主,故常用黄芪、白术、葛根、升麻等药升阳助脾,黄芪、白术为补益



脾气之要药,不仅有补气健脾、升举阳气之功,更有敛疮生肌之效,有助于修复黏膜溃疡、糜烂;葛根、升麻之类则可增强补脾升清阳之功。

UC患者常见的腹痛、腹泻、暖气多由肝气不疏、失其调达、横逆侮脾犯胃所致,治以补脾胜湿、柔肝理气,方用痛泻要方,《医方考》记载:“泻责之脾,痛责之肝……脾虚肝实,故令痛泻”,方中白术补脾燥湿为君药,白芍酸寒,柔肝缓急止痛,与白术相配,体现“酸甘化阴”之理;防风辛散,可协助白芍、白术以舒肝脾,且由于“风药能胜湿”,防风味辛、甘为脾经之引经药,还有健脾化湿止泻之效。研究显示,该方可下调大鼠血清TNF- α 表达、结肠黏膜Chop、Casepase3基因和蛋白^[22]。

芍药甘草汤为酸甘化阴之代表方剂,《本经》谓:“芍药味苦平,主邪气腹痛,除血痹,破坚积寒热、疝瘕,止痛,利小便,益气”“甘草味甘平,主五脏六腑寒热邪气,坚筋骨,长肌肉”,芍药为凉性补血药,可治里热血虚之证,甘草可补中益气,味甘养阴液。二者相合培补中土,益气补血。“腑病以通为用,腑疾以通为补”,而所谓“通腑”并非单指使用泄下之品。《神农本草经疏》云:“芍药气平下降,味苦下泄而走血,为攻下之品,非补养之物也”。《本经疏证》认为芍药甘草汤能“破肠胃之结”,起到通腑之功。另外,现代药理学研究发现,芍药甘草汤对胃肠道平滑肌有双向调节作用,低浓度时能兴奋胃壁及肠管,促进排泄,这也与临床中使用芍药甘草汤治疗便秘相符合。由此可见,降逆通腑为芍药甘草汤治疗UC的重要作用原理之一。实验研究^[23]显示,芍药甘草汤能显著改善UC腹泻、疼痛症状,以3:1比例配伍芍药甘草较1:1比例配伍疗效更为显著,这可能与控制炎症浸润,刺激免疫器官分泌免疫细胞,抑制NF- κ Bp65激活有关。

1.4 辛味开郁结,畅气机

肺与大肠相表里,辛味药具有能散、能行的基本功效,入肺助大肠宣泄湿热,给邪以出路,则痢疾得愈。以附子、肉桂、干姜、吴茱萸为代表。《医学心悟》云:“夫久痢必伤肾,不为温暖元阳”。辛味药中,以附子、肉桂为代表温补元阳。UC病变过程中,脾虚不能运化水湿,导致水饮内停,《金匱要略》云:“病痰饮者,当以温药和之”,再者,UC病变是以虚证为主,寒凉药多易伤脾胃之气,需配伍辛温之品。《千金翼方》中桂蜜汤:“治产后除寒,下痢便脓血赤白,日数十行,腹痛时时下血。”方中以肉桂、干姜、吴茱萸为代表温补中焦,扶助正气。马德孚^[24]、王庆国^[25]教授均运用薏苡附子败酱散加味治疗邪热蕴结型UC,方中重用薏苡仁利湿排脓,轻用附子扶助阳气,以散寒湿,佐以败酱破瘀排脓。属于辛淡和用,在痢疾的治疗中可发挥温化水饮,渗利水湿之功效。

UC患者常伴胃肠功能紊乱^[26-27],且多合并焦虑、抑郁^[28],临床常表现为腹痛、泄泻,且其严重程度与情绪关系密切。证属肝脾失调,情绪抑郁或忧思过度,致肝失疏泄,气机不畅,或焦虑易怒,肝气横逆,以致肝气乘脾;临证常用味辛苦之柴胡、郁金、石菖蒲等疏肝解郁,并辅以健脾之剂。脾虚日久,肝气侮脾也可导致脾运失职而发为痛泻,此时则以健脾升清为先,宜用四君子汤加山药、薏苡仁、防风等,并辅以调肝之品。同时,临证时对于此类患者需辅以心理疏导,正如叶桂在《临证指南医案》中所云:“草木之药不能令其欢悦,必得开爽,冀有向安”。Meta分析^[29]显示,四君子汤为基本方的方药治疗

溃疡性结肠炎可显著提高临床疗效,改善血清炎症介质、超氧化物歧化酶表达,且安全性高。

《周慎斋遗书·卷八·痢》曰:“久痢必用制过乳香、没药,行气行血。盖气行则后重自除,血行则便脓自止”。UC患者患病日久,除脾肾亏虚之本外,多兼气滞血瘀之症。此期患者病情缠绵难愈,症状持续难以缓解,多数患者有腹胀、腹痛等气血瘀滞的表现,在治疗上不可拘泥于“久病必虚”之说,因久病入络,有气血瘀滞的病机所在,单用补益药疗效不佳,需行气活血,通调经络,常用辛苦味之乳香、没药、丹参、当归,可用抵当汤、赤小豆当归散等经方使经脉流通,气血调畅,利于疾病向愈。研究^[30]证实,乳香醋炙后,可能通过加剧UC大鼠结肠中结合型胆汁酸水平的下降,进一步增强FXR-FGF15/19-FGFR4“肠-肝”对话因子表达量的上调,从而增强对UC的治疗作用。

1.5 咸味入肾增效

《医方集解》曰:“久泻皆由命门火衰,不能专责脾胃”,UC病程日久,脾胃运化之力不足,气血生化伐源,致肾中原阳不足。咸味归肾,在此时多以盐制方法出现,如盐附子、盐黄柏、盐骨脂,具有“温补肾阳,益火补土”之效,盐制法起到引药下行、滋阴降火、缓和辛燥之性的作用,亦应重视。

2 应用“四合”探讨方药应用

UC在临床表现上往往多元而复杂,夹杂多种证候,此时若单独使用对药、角药有一定的局限性。笔者总结与UC有关的“四合”主要包括以下10类:①清热化湿:黄连、黄芩、槟榔、大黄。此类“四合”苦味清泄、燥湿坚肠,脓血便明显,加白头翁、地锦草、马齿苋等;血便明显,加地榆、槐花、茜草等^[31]。②调气和血:白芍、木香、炒当归、肉桂。此类“四合”顾名思义,白芍、木香,行血行气止痛,《本草经集注》:“疗毒肿,消恶气”^[32]。③清热祛湿,凉血解毒:白头翁、黄连、黄柏、秦皮,该“四合”即白头翁汤,白头翁苦寒入血分,清热解毒凉血止痢,黄连、黄柏泻火解毒,燥湿厚肠。秦皮苦涩而寒,清热解毒而兼以收涩止痢。血便频多,加仙鹤草、紫草、槐花、地榆、牡丹皮等。④益气健脾:党参、白术、山药、薏苡仁。党参健脾益肺,养血生津。白术、山药、薏苡仁健脾益气,燥湿利水。腹痛较甚,加徐长卿、白芍、甘草等;发热者,加金银花、葛根等。大便稀溏,加山药、炒白术等^[33]。⑤温中补虚:桂枝、干姜、淫羊藿、制附子。久泻不止者,加石榴皮、诃子等。⑥健脾化湿:陈皮、白术、白芍、防风。腹痛、肠鸣者,加木香、木瓜、乌梅等。⑦疏肝理气:炒柴胡、白芍、炒枳实、炙甘草。腹泻明显者加党参、茯苓、山药、芡实等;腰酸膝软,加菟丝子、益智仁等^[34]。⑧补肾温阳:补骨脂、肉豆蔻、吴茱萸、五味子。即四神丸畏寒怕冷,加肉桂等;大便滑脱不禁,加赤石脂、禹余粮等。⑨滋阴清肠:黄连、干姜、当归、阿胶。该“四合”为驻车丸组成。大便干结,加麦冬、玄参、火麻仁等。⑩益气养血:当归、地黄、白芍、川芎。为四物汤组成,补血养血调经。面色少华,加黄芪、党参等。

3 总结

对于UC活动期治宜“清肠化湿、调气活血、生肌敛疡”,临床多苦、酸涩药物。对于UC缓解期治宜“健脾助运、清肠化湿”,配以“补肾调肺、敛疡生肌”,临床多用甘、辛、咸药物。

中药“五味”不必拘泥于药物本身的性味及归经。中药的药理作用复杂已经超越了“性味”“归经”范畴,随着UC相关



临床、药理学的逐步深入研究,会逐渐形成新的“性味理论”,但这种理论仍是我们临床用药重要指导原则,并需要我们逐渐完善。

中医各家治疗 UC 的治疗方药虽不尽相同,但多认为本病以脾虚为本,湿热为标,久病寒热虚实错杂^[35]。UC 活动期治以“清肠化湿、调气活血、生肌敛疡”为纲,并注重内外合治,调理情志,理气消胀,多用酸苦。UC 缓解期治以“健脾助运、清肠化湿”为纲,虚实相兼,补虚兼以祛邪,配合“补肾调肺、敛疡生肌”,多用甘辛咸,在清除肠道炎症的同时,强调维护胃肠道正常的消化、吸收、分泌、运动、排泄和感觉功能。盖脾胃乃五脏之本,实则气血生化不断,元气充盈有源,四体安康,百病易除;反之,则气血生化乏源,元气渐离,正不胜邪,病损难复。而“五味”理论给临床医师提供更多思路,故基于“五味”理论辨治溃疡性结肠炎具有一定临床意义。饮食结构的调整对于治疗 UC 亦相当重要,患者需减少动物脂肪、糖类、食物添加剂的摄入,逐渐恢复“五谷为养,五果为助,五畜为益,五菜为充”的饮食结构,故五味不止指导 UC 的用药,同样有饮食指导意义。

参考文献

[1] 叶雪珂,单国顺,付郁,等. 溃疡性结肠炎发病机制及中西医结合治疗的研究进展[J]. 中华中医药学刊,2022,40(9):158-162,281.

[2] CHEN Y L,ZHANG Y L,DAI Y C,et al. Systems pharmacology approach reveals the antiinflammatory effects of Ampelopsis grossedentata on dextran sodium sulfate-induced colitis[J]. World J Gastroenterol,2018,24(13):1398-1409.

[3] 梁笑楠,尹凤荣,张晓岚. 炎症性肠病诊断与治疗的共识意见(2018年,北京)溃疡性结肠炎部分解读[J]. 临床荟萃,2018,33(11):987-990.

[4] ADAMS S M,BORNEMANN P H. Ulcerative colitis[J]. American Family Physician,2013,87(10):699-705

[5] 何健,胡方林.《黄帝内经》五味理论探析[J]. 国医论坛,2022,37(1):12-14.

[6] 舒秀明,林殷,廖艳,等.《素问·脏气法时论》四时五味观及其养生意义辨析——从《中医养生学》的观点谈起[J]. 北京中医药,2014,33(5):358-361.

[7] 张威,周天羽,张文星.《景岳全书》论治痢疾[J]. 长春中医药大学学报,2021,37(4):733-736.

[8] 陈大光,曹晖,李令,等. 芍药汤对溃疡性结肠炎大鼠结肠组织机械屏障及细胞因子的影响[J]. 安徽中医药大学学报,2019,38(4):67-71.

[9] 陈立文. 柴胡芍药汤加减治疗溃疡性结肠炎临床效果及有效率影响探讨[J]. 世界复合医学,2019,5(6):108-110.

[10] 张炜娟. 乌梅丸加味联合美沙拉嗪治疗寒热错杂型溃疡性结肠炎临床观察[J]. 光明中医,2019,34(12):1896-1898.

[11] 柳沛林,张迪,周军,等. 乌梅丸联合化疗治疗溃疡性结肠炎相关性结肠癌寒热错杂证患者的疗效观察[J]. 中医药学报,2024,52(4):60-65.

[12] 高飞,钟辉云,陈可禧,等. 大黄有效组分“大黄酸-大黄素”联合治疗溃疡性结肠炎作用机制研究[J]. 中国中药杂志,2022,47(15):4148-4155.

[13] 王小星,姚杰,姚华,等. 白头翁汤加减治疗溃疡性结肠炎 68 例疗效观察[J]. 四川中医,2019,37(7):122-124.

[14] 郭孟凡,李瑞艳,尹小伟. 白头翁加味联合温针灸治疗溃疡性结肠炎的价值[J]. 哈尔滨医药,2023,43(1):119-121.

[15] 谭朝晖,张斯汉,刘荣火,等. 白头翁汤对溃疡性结肠炎患者

Th17/Treg 细胞失衡调节作用[J]. 辽宁中医药大学学报,2017,19(7):191-194.

[16] 王月,王斯,胡雨,等. 仙鹤草干预溃疡性结肠炎的有效活性成分分析及体外作用靶点研究[J]. 云南中医药大学学报,2024,47(2):63-71.

[17] 刘扬,芮雪琳,李嘉诚,等. 桔梗多糖对溃疡性结肠炎小鼠的影响[J]. 中成药,2022,44(4):1093-1099.

[18] 王威,王静. 探讨补中益气汤治疗复发型溃疡性结肠炎[J]. 中华针灸电子杂志,2021,10(2):86-88.

[19] 王福忠. 参苓白术散加减辅助治疗溃疡性结肠炎临床观察[J]. 实用中医药杂志,2022,38(9):1561-1563.

[20] 殷桃花. 四君子汤加减治疗溃疡性结肠炎的效果[J]. 内蒙古中医药,2022,41(6):37-38.

[21] 孔祥镜. 升阳益胃汤联合隔药灸治疗脾虚湿盛型溃疡性结肠炎 48 例[J]. 中医外治杂志,2021,30(1):26-27.

[22] 刘苗,申睿,朱向东,等. 痛泻要方对肝郁脾虚型溃疡性结肠炎模型大鼠 TNF- α 、Casepase3、Chop 的影响[J]. 中医学报,2019,34(7):1436-1441.

[23] 陈晓峰,谢君. 不同芍药甘草配伍用于溃疡性结肠炎的治疗作用及机制研究[J]. 湖南中医药大学学报,2017,37(10):1074-1077.

[24] 邓德强. 马德孚治疗慢性溃疡性结肠炎经验[J]. 河北中医,2001,23(5):334.

[25] 雷超芳,翟昌明,马重阳,等. 王庆国治疗溃疡性结肠炎活动期经验总结[J]. 山东中医杂志,2019,38(9):861-865.

[26] HENRIKSEN M,HIVIK ML,JELSNES JRGENSEN LP,et al. Irritable bowel-like symptoms in ulcerative colitis are as common in patients in deep remission as in inflammation: results from a population-based study[J]. J Crohns Colitis,2018,12(4):389-393.

[27] MAVROUDIS G,SIMREN M,JONEFJALL B,et al. Symptoms compatible with functional bowel disorders are common in patients with quiescent ulcerative colitis and influence the quality of life but not the course of the disease[J]. Therap Adv Gastroenterol,2019(12):1756284819827689.

[28] BARBERIO B,ZAMANI M,BLACK CJ,et al. Prevalence of symptoms of anxiety and depression in patients with inflammatory bowel disease: a systematic review and meta-analysis[J]. Lancet Gastroenterol Hepatol,2021,6(5):359-370.

[29] 邹孟龙,黄晓燕,陈雅璐,等. 四君子汤为基本方治疗溃疡性结肠炎的 Meta 分析[J]. 世界中医药,2021,16(24):3624-3628,3632.

[30] 彭诗涛,刘振丽,宋志前,等. 基于胆汁酸调控“肠-肝”对话探讨乳香醋炙对治疗溃疡性结肠炎的增效作用机制[J]. 中国实验方剂学杂志,2023,29(21):59-68.

[31] 王琳. 中医健脾清热化湿法联合西药治疗溃疡性结肠炎的 Meta 分析[D]. 北京:中国中医科学院,2020.

[32] 朱嘉诚. 调气和血法治疗轻中度活动期溃疡性结肠炎气血失调证的临床研究[D]. 济南:山东中医药大学,2021.

[33] 艾宗雄. 益气健脾化湿法治疗溃疡性结肠炎缓解期(脾虚湿蕴型)的临床观察[D]. 哈尔滨:黑龙江中医药大学,2019.

[34] 房子铭. 疏肝理气健脾方治疗肝郁脾虚型缓解期溃疡性结肠炎的临床观察[D]. 哈尔滨:黑龙江中医药大学,2020.

[35] 李军祥,唐旭东,王化虹,等. 溃疡性结肠炎中医诊疗指南(2023)[J]. 中医杂志,2024,65(7):763-768.