



溃疡性结肠炎的中医药治疗研究进展

王建成¹, 齐洪军², 郭洁洁¹

(1. 青海大学, 青海 西宁 810000; 2 青海省中医院, 青海 西宁 810000)

摘要: 溃疡性结肠炎(ulcerative colitis, UC)是一种病因尚不十分明确、以结肠黏膜连续性、弥漫性炎症改变为特点的慢性非特异性肠道炎症性疾病,其病变主要限于大肠黏膜和黏膜下层。西医尚无可治愈该病的特效药物,氨基水杨酸类、糖皮质激素或免疫抑制剂虽对本病均有一定疗效,但服药时间长,不良反应大;中医药治疗慢性溃疡性结肠炎具有自身特点和独特优势,疗效稳定,不易复发,避免了西药治疗带来的不良反应,且治疗费用低廉,符合国情,深受患者欢迎,具有广阔的应用前景。该文就中医治疗溃疡性结肠炎的研究进展进行分析探讨,综述如下。

关键词: 溃疡性结肠炎; 病因病机; 中医治疗; 研究进展

中图分类号: R259

文献标志码: A

文章编号: 1671-7813(2024)02-0106-04

Research Progress in Treatment of Ulcerative Colitis with Traditional Chinese Medicine

WANG Jiancheng¹, QI Hongjun², GUO Jiejie¹

(1. Qinghai University, Xining 810000, Qinghai, China;

2. Qinghai Provincial Hospital of traditional Chinese medicine, Xining 810000, Qinghai, China)

Abstract: Ulcerative colitis (UC) is a chronic non-specific intestinal inflammatory disease characterized by continuous and diffuse inflammatory changes of colorectal mucosa, the etiology of which is not very clear. Its lesions are mainly limited to the mucosa and submucosa of the large intestine. There is no specific drug that can treat the disease in western medicine. Although

基金项目: 青海省中藏医药科研创新项目(Z2022001)

作者简介: 王建成(1990-),男,河南南阳人,硕士在读,研究方向:中医药预防与治疗脾胃病。

通讯作者: 齐洪军(1966-),男,河北石家庄人,主任医师,博士,研究方向:中医药预防与治疗脾胃病。E-mail: docqhj@sina.com。

- 赵炳南,张志礼. 简明中医皮肤病学[M]. 北京:中国展望出版社,1983;131-133.
- 徐宜厚,黄宁. 辨证治疗带状疱疹44例临床观察[J]. 中医杂志,1984,25(4):48-49.
- 刘志勇,马一兵,王莒生,等. 赵炳南治疗带状疱疹经验[J]. 中国中西医结合皮肤性病杂志,2017,16(4):365-367.
- 罗光勇. 中医治疗带状疱疹浅析[J]. 中国医药指南,2017,15(4):174-175.
- 李维义. 赵炳南先生治疗带状疱疹经验介绍[J]. 广西中医学院学报,2007,10(4):35-36.
- 中医研究院广安门医院. 朱仁康临床经验集[M]. 北京:人民卫生出版社,1979;70-75.
- 杨秀珍,安家丰. 张志礼教授治疗带状疱疹经验撷拾[J]. 广西中医药,1995,18(3):23-27.
- 付蓉,姜颖娟. 李元文教授辨证治疗带状疱疹临床经验浅析[J]. 中医药信息,2016,33(2):61-63.
- 王丽鸽,张珂,杨娜,等. 崔应珉教授治疗老年带状疱疹经验[J]. 中医药通报,2012,11(6):33-34.
- 陈经宝,陈银结. 黄振民老中医治疗带状疱疹经验介绍[J]. 新中医,2003,35(11):14-15.
- 胡克强,刘复兴. 刘复兴治疗带状疱疹经验举要[J]. 云南中医中药杂志,2001,22(1):23-23.
- 朱坤明,李涛,方磊. 单味雄黄粉外敷治疗带状疱疹[J]. 中国民间疗法,2016,24(7):77.
- 诸华健. 如意金黄散联合伐昔洛韦治疗带状疱疹的临床研究[J]. 现代药物与临床,2018,33(6):1502-1505.
- 李福,张晓琳. 单方外敷联合中药内服治疗带状疱疹验案举隅[J]. 中医临床研究,2020,12(7):100-102.
- 李海燕,郑玉琴. 火针、药罐配合毫针治疗带状疱疹临床观察[J]. 中国中医急症,2013,22(7):1237-1238.
- 寇吉友,陈艳,卫彦,等. 毛刺法配合中药治疗带状疱疹60例[J]. 广西中医药,2016,39(4):33-34.
- 周仲瑜. 三棱针点刺加拔罐治疗带状疱疹23例[J]. 针灸临床杂志,1999,15(5):18.
- 李志权. 梅花针叩刺放血拔罐治疗急性期带状疱疹随机平行对照研究[J]. 实用中医内科杂志,2018,31(1):69-70.
- 高艳红. 火针治疗带状疱疹25例[J]. 云南中医中药杂志,2016,37(1):53-54.
- 毛青青,李萍,曹桂娟. 火针联合阿昔洛韦治疗带状疱疹疗效观察[J]. 陕西中医,2021,42(7):958-960.
- 王蓉娣,彭鹏鸣. 温针灸治疗带状疱疹后遗神经痛疗效观察[J]. 中医临床研究,2013,5(3):38-39.
- 梅雪峰,罗昭兰. 艾灸治疗带状疱疹疗效观察[J]. 中医临床研究,2016,8(6):105-106.
- 张曼. 穴位注射治疗带状疱疹临床研究[J]. 中医学报,2014,29(3):448-449.
- 李浪平,沈亮,周进,等. 穴位注射联合药物治疗急性带状疱疹临床观察[J]. 上海针灸杂志,2020,39(9):1166-1171.



aminosalicylic acid, glucocorticoids or immunosuppressants have certain effects on the disease, they take a long time and have large toxic and side effects. Traditional Chinese medicine has its own characteristics and unique advantages in treating chronic ulcerative colitis. It has stable curative effect and is not easy to relapse. It can avoid the toxic and side effects of western medicine treatment, and the treatment cost is low. It is in line with the national conditions and is welcomed by patients. It has broad application prospects. In this paper, the research progress of traditional Chinese medicine treating ulcerative colitis was analyzed and discussed. The review was as follows.

Keywords: ulcerative colitis; etiology and pathogenesis; TCM treatment; research progress

溃疡性结肠炎(UC)是消化系统常见病、多发病,病程长,反复发作,缠绵难愈,主要并发症为中毒性巨结肠、结肠出血、穿孔、癌变等,治疗颇为棘手,严重威胁着人类健康,其所致的高复发率更是困扰医药工作者的难题。欧洲、亚洲、北美洲最高发病率分别为24.3/10万、6.3/10万、19.2/10万^[1]。亚洲国家的发病率呈逐年增高趋势,发病率为7.6/10万~14.3/10万,患病率为2.3/10万~63.6/10万^[2]。我国溃疡性结肠炎发病率虽较欧美国家低,但随着我国生活方式日渐欧化以及膳食结构的改变,近年来我国溃疡性结肠炎的发病率有逐年增高的趋势,正日益成为危害我国人民健康的疑难疾病。近年来虽然现代医学针对溃疡性结肠炎的治疗方案进一步完善,但迄今尚无治愈该病的特效药物,氨基水杨酸类、糖皮质激素或免疫抑制剂虽对本病均有一定疗效,但服药时间长,不良反应大;中医药治疗溃疡性结肠炎具有自身特点和独特优势,疗效稳定,不易复发,避免了西药治疗带来的不良反应,且治疗费用低廉,符合国情,深受患者欢迎,具有广阔的应用前景。本研究就中医药治疗溃疡性结肠炎的研究进展进行分析探讨,综述如下。

1 病因病机

根据溃疡性结肠炎腹痛、腹泻、黏液脓血便、里急后重等主要症状,中医学将其归于“久痢”“肠涕”“便血”“滞下”“泄泻”“肠癖”“腹痛”“肠风”“下血”等范畴,《素问·气交变大论篇》中有“飧泄”“注下”等病名的记载。《素问·太阴阳明论篇》云:“饮食不节,起居不时者,则阴受之,阴受之则入五脏,入五脏则瞋满闭塞,下为飧泄,久为肠癖”。《溃疡性结肠炎中医诊疗专家共识意见》^[3]提出素体脾气虚弱是发病基础,感受外邪、饮食不节(洁)、情志失调等是主要的发病诱因,病位在大肠,与脾、肝、肾、肺诸脏的功能失调有关;病理性质为本虚标实,病理因素主要有:①湿邪(热);②瘀热;③热毒;④痰浊;⑤气滞;⑥血瘀等。多数医家对溃疡性结肠炎的病因病机有着不同的认识和看法,王新月等^[4]认为溃疡性结肠炎的病因主要是外感湿热、饮食不节、禀赋虚弱、情致不畅而致,正虚邪留、气血壅滞、大肠失司是本病的病机。牛少娟等^[5]认为UC病因病机是素体脾胃虚弱,加之外感和内伤,导致湿热壅滞肠道,气机阻滞,损伤肠络。王希利等^[6]从肺脾痰瘀理论认为脾虚、肺气不利为发病的内在依据,当致病因素侵袭人体,脾气虚、肺气不利,气机运动失常致瘀血内生;同时肺气不利,肺失宣发肃降,及脾气亏虚,脾失运化,可造成津液代谢障碍、聚湿成痰,痰流大肠,终致痰瘀互结、阻于肠络,血败肉腐、内溃成疡而致溃疡性结肠炎的发生。

针对UC的病因病机,各个医家都有自己不同的见解,但总的来看基本都是虚为主,兼以实邪,脾虚是本病发生的主要病因,而外感、饮食不节等多种病因导致湿热、热毒、血瘀等实邪诱发病本。

2 辨证论治

2017年中华中医药学会脾胃病分会在《溃疡性结肠炎中医诊疗专家共识意见》^[3]中将溃疡性结肠炎分为大肠湿热、热毒炽盛、脾虚湿蕴、寒热错杂、肝郁脾虚、脾肾阳虚、阴血亏虚7

个证型。宋晓红^[7]将慢性UC分为4型论治。湿热型患者以清热燥湿、健脾和胃为治疗原则,肝郁气滞型患者以舒肝和胃、化淤导滞为治疗原则,脾阳不振型患者以升阳益气、温脾止泄为治疗原则,脾肾阳虚型患者则以温补脾肾、收涩固脱为治疗原则。赵克华^[8]根据中医辨证将溃疡性结肠炎分为脾虚湿热治以清化湿热、行气导滞,方用四君子汤合白头翁汤加减。脾肾阳虚、治以温补脾肾,方用真人养脏汤加减,阴血亏虚治以健脾补血,养阴清肠,方以驻车丸合归脾汤,及肝脾不和采用痛泻要方合获泻肝补脾、调节气机而止痛泻之效。王爱华根据多年临床经验^[9]认为UC的病因病机是本虚标实,将UC辨证分为脾胃虚弱、湿热蕴结、毒瘀互结、脾肾气虚4型,在治疗上应标本兼治,固本祛邪,内治法与外治法并行;健脾固本是治病之本,清热解毒、燥湿止泻是治病之标。总体上看,由于各个医家对UC的病因病机认识的不同,目前分型仍不统一,而多数医家根据临床经验辨证施治也取得比较好的疗效。

3 中医药治疗

目前针对溃疡性结肠炎的临床治疗,根据患者轻重程度采用不同的治法,如重度患者应采取中西医结合治疗,中医治疗以清热解毒、凉血化瘀为主;轻中度可用中医方法辨证治疗诱导病情缓解;缓解期可用中药维持治疗。根据UC病变累及结肠部位的不同,采用对应的给药方法。如直肠型或左半结肠型可采用中药灌肠或栓剂治疗,广泛结肠型采用中药口服加灌肠联合给药。整体观念和辨证论治是中医的两大特点,辨证论治是中医的基本原则。除辨证论治之外,也有一些医家根据自己的临床经验总结出一些方药,如自拟方、经方等,都有比较好的疗效,在临床上广泛应用。

3.1 自拟方

金元时期著名医学家刘河间根据《黄帝内经》中“溲而便血,气行血止”理论,提出“血腥则便脓自愈,调气则后重自除”的治疗原则,诸多医家在此基础上,结合多年临床经验,运用清热化湿、理气活血之法治疗溃疡性结肠炎,不仅在临床上取得了比较好的疗效,而且在现代药理学的研究中也有一定的疗效。如白贺霞等^[10]运用自拟扶正平溃汤治疗溃疡性结肠炎患者,可以有效降低患者IL-6、TNF- α 水平,且能提高IL-10、IL-4水平,有效改善肠道菌群失调,抑制炎症因子的作用。研究发现自拟清凉止血灌肠方联合常规西药对溃疡性结肠炎(UC)大肠湿热证,治疗后患者FCP水平、血清hs-CRP、ESR水平较治疗前明显下降($P<0.05$),表明自拟方可明显改善患者临床症状,降低肠道和全身炎症反应水平,且不增加用药安全风险^[11]。有研究表明,自拟方柔肝醒脾汤加味治疗溃疡性结肠炎,可以有效缓解患者各类不适症状,维护肠道菌群平衡,同时降低氧化应激水平和炎症反应^[12]。翦闽涛等^[13]运用自拟芍药汤联合西药治疗溃疡性结肠炎,治疗后患者CD₄⁺、IL-22、IFN- γ 、NF- κ B水平降低,差异有统计学意义($P<0.05$),表明自拟芍药汤可调节患者免疫功能及炎症因子水平。

综上所述,可以看出自拟方对治疗UC有确切的效果,可以通过调节机体免疫功能、降低炎症因子水平发挥作用。



3.2 经方

伤寒论中亦可见不少治疗“下利”“久利”的经方,如葛根芩连汤、白头翁汤、乌梅丸、半夏泻心汤、桃花汤、薏苡附子败酱汤等;《伤寒论》338条:“蛔厥者,乌梅丸主之。又主久利。”乌梅丸由乌梅、细辛、干姜、黄连、当归、附子、蜀椒、桂枝、人参、黄柏组成,具有清上温下,安蛔止痛之功,有研究表明此方对患者的腹泻、腹痛、黏液脓血便症状的改变明显^[14],可以使结肠MPO、IL-6、TNF- α 和COX-2明显降低^[15],能够改善患者的临床症状,增强疗效,并可有效调节肠道菌群,改善肠道微生态^[16],显著降低血清炎症因子水平、不良反应及复发率,安全可靠,具有临床应用前景^[17]。

《伤寒论》第34条:“太阳病,桂枝证,医反下之,利遂不止。脉促者,表未解也;喘而汗出者,葛根黄芩黄连汤主之”。葛根黄芩黄连汤由葛根、黄芩、黄连、甘草组成,有解表清里之功。研究表明葛根芩连汤可能通过调节IL-6/JAK/STAT信号途径改善代谢,抑制炎症反应,减轻UC结肠黏膜损伤^[18],明显改善患者营养状况、T淋巴细胞亚群、CRP及ESR水平^[19],对UC大鼠病理损伤具有恢复作用,可激活Nrf2信号通路,抑制氧化应激反应^[20]。发挥保护肠黏膜屏障、调节机体免疫反应^[21]。

《伤寒论》第371条:“热利下重者,白头翁汤主之”。白头翁汤由白头翁、黄连、黄柏、青皮组成,有清热解毒,凉血止利之功。研究表明此方可以明显保护胃黏膜,抑制溃疡发生,促进肉芽组织生长,从而促进溃疡面愈合^[22],调节肠道免疫环境、抑制肿瘤生长、调节肠道微生态及保护黏膜屏障功能^[23]。综上所述,经方治疗溃疡性结肠炎疗效确切,还可根据证候特点及兼夹症灵活加减用药。

从《伤寒论》中的经方我们可以发现与补脾益气兼活血化瘀不同的治疗思路,即多用甘温辛热之品,反复发时再加酸涩收敛之品。为以后运用经方治疗溃疡性结肠炎提供新的治疗策略,拓展新的科研视野,获得新的治疗思路,充分发挥经方的治疗作用,继承与发扬中医学。

3.3 外治法

中药灌肠具有见效快,操作简便,患者易接受等优点,在临床上广泛应用,中药灌肠可以直达病所,药物直接作用于病所,且充分吸收,使疗效持久,适用于直肠型和左半结肠型溃疡性结肠炎。齐雪阳等^[24]探讨运用中药芍药汤加减保留灌肠联合西药美沙拉嗪治疗UC,结果发现中药灌肠联合美沙拉嗪能改善临床症状,提高肠黏膜愈合,调节患者的免疫功能和炎症反应。有研究表明中药灌肠可以降低炎症因子CRP、TNF- α 、IL-1 β 水平,提高IL-10水平,降低炎症反应^[25]。

针刺作为一种辅助疗法,在治疗溃疡性结肠炎中广泛应用,通过对特定穴位的刺激,激发穴位功能,疏通经络,扶正祛邪,调节机体阴阳平衡,促进疾病的愈合,适用于溃疡性结肠炎活动期的治疗。栾炳玉^[26]运用针刺治疗溃疡性结肠炎,结果针刺组治疗后充血水肿、糜烂出血、溃疡改善率分别为100.0%、80.0%、90.0%明显高于对照组50.0%、37.5%、54.5%,表明针刺治疗可以有效改善溃疡性结肠炎患者的症状。研究发现针刺联合参苓白术散可以纠正Th17/Treg免疫失衡、减轻肠道黏膜的炎症状况,促进肠黏膜的修复^[27]。

艾灸以针灸学为理论依据,具有温中补虚、温阳散寒、温经止痛功效,通过利用其温通和温热之性,作用于特定穴位,利用其“温”的特性来达到治疗效果,适用于脾胃虚弱型和脾肾阳虚型溃疡性结肠炎。有研究表明艾灸可以调节肠道免疫功能,且结肠黏膜中BTNL2表达明显上调,HLA-DQA1/HLA-DRA

均明显下调^[28],改善患者黏液脓血便、里急后重、肛门灼痛、小便短赤等症,降低WBC、CRP、ESR等炎症指标^[29]。

穴位贴敷以中医经络学为依据,将药物作用于某些特定穴位的治疗方法,药物通过与皮肤直接接触,刺激脏腑、经络以及气血汇聚于体表的腧穴,药物中的有效成分通过经络系统作用于全身,调节脏腑功能,适用于各种慢性病治疗。陈俊余等^[30]运用穴位贴敷配合口服美沙拉嗪肠溶片治疗溃疡性结肠炎,结果表明患者排便次数及便血项目的缓解时间及血清IL-17、IL-23含量明显降低,说明穴位贴敷可以有效改善患者症状,将药材的药效与经络穴位的刺激作用合而起效,使疗效倍增,并能加快修复受到炎症损伤的肠黏膜,提高机体免疫力。有研究显示穴位贴敷配合药物治疗可以抑制CXCL12/CXCR4信号轴,降低VEGF水平,改善患者症状和体征^[31]。

穴位埋线根据针灸学理论,将羊蛋白线或胶原蛋白线埋于特定穴位,随后药物慢慢溶解,持续时间长,利于促进局部微循环,提高机体免疫和应激能力^[32],达到治疗效果,且避免较长时间、每日针刺之麻烦和痛苦,减少就诊次数,疗效持久巩固,省时方便,适用于各种慢性病治疗。韦艳碧等^[33]观察穴位埋线配合白头翁汤加味保留灌肠治疗溃疡性结肠炎的临床疗效,结果治疗后1个、3个月、6个月临床总有效率分别为90.76%、86.15%、84.61%,表明穴位埋线配合中药灌肠治疗溃疡性结肠炎有较好的疗效。研究发现穴位埋线可使患者炎症物质吸收,促使破溃肠黏膜愈合^[34]。

3.4 联合疗法

对于溃疡性结肠炎的治疗大多医家都选择单一疗法,但是由于各个医家学术思想不同,最终选择的方法也不同,比如有的医家选择中西医结合,有的选择中药和中药联合应用,有的选择中医内治与外治相结合,还有选择两种外治法结合等,具体如下。

沈丽娜等^[35]将运用中西医结合的方法治疗寒热错杂型UC患者,研究结果表明中药甘草泻心汤合美沙拉嗪可以有效降低大肠杆菌数量、TNF- α 和IL-6水平。

刘芳等^[36]通过观察当归芍药散合槐花散加减治疗溃疡性结肠炎(UC)结果发现当归芍药散合槐花散加减可促进结肠黏膜修复,降低复发率,并可调节脑肠肽神经递质和促炎/抑炎细胞因子水平。

有研究表明运用中药联合西药治疗溃疡性结肠炎,结果治疗后患者TNF- α 、IL-8水平较治疗前明显下降,CD4⁺、CD4⁺/CD8⁺较治疗前显著升高,表明联合用药可以提高免疫和控制炎症因子表达,促进疾病的恢复^[37-39]。

有学者发现,葛根芩连汤配合针刺治疗溃疡性结肠炎,能够明显改善患者腹痛、腹泻、脓血便及里急后重症状,提高生活质量、改善肠黏膜及降低血清炎症因子表达水平^[40]。

有研究显示,中药保留灌肠联合穴位贴敷干预溃疡性结肠炎,可以有效改善溃疡性结肠炎患者的腹泻、腹痛及黏液脓血便,且能够降低ESR和CRP,控制炎症反应^[41]。

从上我们可以得出,联合用药疗效明显比单一用药疗效高,因此需要我们去加大探索力度,提高溃疡性结肠炎的疗效。

4 小结

目前针对溃疡性结肠炎的治疗,有诸多方法,但是相比西药治疗,中医有比较好的优势,首先其不良反应小,其次,起药效比较长久,可以有效降低复发率,再者,中医治疗溃疡性结肠炎的方法众多,根据临床辨证的不同,可以选择最为有效的方法,而且根据现代药理学研究我们可以发现中药有明显的抗



炎、保护黏膜、提高免疫、促进肠道运动等作用。

综上,溃疡性结肠炎的治疗还有许多问题,因为本病病因及发病机制,诸多医家有不同的看法,仍不能明确,并且本病治疗也比较复杂,并发症也多,容易复发,是困扰世界的难题,在治疗方面,西药种类繁多,具有不良反应、价格昂贵,使患者的依从性较差。现阶段对于 UC 的治疗大多是单一方法治疗,相比较联合疗法应用比较少,而且选择的化验指标比较单一,不能够提供准确的结果去验证。因此,今后应加大中医对溃疡性结肠炎病因病机的研究,不断完善其病因病机和证型分布,同时完善跟踪随访记录,运用中医和现代医学相结合的方法,在治疗溃疡性结肠炎上更好的发挥中医药的优势,以其在治疗溃疡性结肠炎的进程上取得重大的突破。

参考文献

[1] MOLODECKY N A, SOON I S, RABI D M, et al. Increasing incidence and prevalence of the inflammatory bowel diseases with time, based on systematic review[J]. Gastroenterology, 2012, 142(1): 46-54.

[2] PRIDEAUX L, KAMM M A, DE CRUZ P P, et al. Inflammatory bowel disease in Asia: A systematic review [J]. Gastroenterol Hepatol, 2012, 27(8): 1266-1280.

[3] 张声生, 沈洪, 郑凯, 等. 溃疡性结肠炎中医诊疗专家共识意见 (2017) [J]. 中华中医药杂志, 2017, 32(8): 3585-3589.

[4] 王新月, 刘果, 盛益华. 溃疡性结肠炎流行病学特点与中医病因病机探讨[J]. 中国中医基础医学杂志, 2011, 17(5): 481-482.

[5] 牛少娟, 张晓艳, 丁晓坤, 等. 溃疡性结肠炎病因病机述评[J]. 河南中医, 2019, 39(5): 799-801.

[6] 王希利, 彭艳红, 孙明伟, 等. 溃疡性结肠炎以肺脾痰瘀论治研究[J]. 辽宁中医杂志, 2007(6): 747-748.

[7] 宋晓红. 中药辨证治疗慢性溃疡性结肠炎 120 例临床观察[J]. 当代医学, 2017, 23(2): 71-72.

[8] 赵克华. 辨证分型治疗溃疡性结肠炎[J]. 中医学报, 2010, 25(2): 329-330.

[9] 朱卫, 高亚, 王爱华, 等. 王爱华教授辨治溃疡性结肠炎经验[J]. 湖南中医药大学学报, 2017, 37(1): 48-51.

[10] 白贺霞, 边文贵, 胡琼文. 自拟扶正平溃汤对溃疡性结肠炎患者肠道菌群与致炎细胞因子的影响[J]. 时珍国医国药, 2016, 27(2): 398-400.

[11] 王文龙, 张薇. 自拟清凉止血灌肠方联合常规西药治疗溃疡性结肠炎大肠湿热证临床研究[J]. 中国中医药信息杂志, 2022, 29(7): 118-122.

[12] 曾武森, 文娟娟. 自拟柔肝醒脾汤加味治疗溃疡性结肠炎的疗效及对肠道菌群、血清 IL-4/IL-17 水平的影响[J]. 四川中医, 2022, 40(5): 117-120.

[13] 翦闽涛, 杨赛, 高亚. 自拟芍药汤加减联合西药治疗溃疡性结肠炎的疗效及对患者免疫功能、血清 IL-22/NF-kB 水平的影响[J]. 四川中医, 2022, 40(3): 95-97.

[14] 王家平, 周文涛, 顾仁艳, 等. 乌梅丸加减方治疗溃疡性结肠炎的疗效观察[J]. 时珍国医国药, 2016, 27(4): 902-903.

[15] 马清林, 任远, 吴国泰, 等. 乌梅丸对 2,4,6-三硝基苯磺酸诱导的溃疡性结肠炎大鼠的作用机制研究[J]. 中国临床药理学杂志, 2021, 37(13): 1688-1691, 1704.

[16] 李克亚, 王真权, 彭美瑶. 乌梅丸治疗溃疡性结肠炎(脾肾虚寒, 寒中蕴热证)的疗效及对肠道微生态的影响[J]. 中医药导报, 2020, 26(16): 85-89.

[17] 杨静, 刘超, 朱凤池, 等. 乌梅丸加减辨证治疗成人溃疡性结肠炎疗效及预后观察[J]. 四川中医, 2022, 40(4): 80-82.

[18] 安明伟, 王艳茹, 汤卢伟, 等. 葛根芩连汤对溃疡性结肠炎大鼠 IL-6/JAK/STAT 信号通路的影响[J]. 时珍国医国药, 2021, 32(9): 2081-2084.

[19] 张予青, 宋蕾, 徐慧玲. 葛根芩连汤加味对溃疡性结肠炎患者营养状况、T 淋巴细胞亚群、CRP 及 ESR 的影响[J]. 中医药信息, 2022, 39(3): 64-68.

[20] 林川, 王菲, 王鸿卿, 等. 葛根芩连汤及配伍调控 Nr2/NQO1 信号通路抑制溃疡性结肠炎大鼠氧化应激损伤[J]. 中国实验方剂学杂志, 2022, 28(13): 19-27.

[21] 马靖, 王凤云, 张佳琪, 等. 基于细胞信号通路探讨葛根芩连汤治疗溃疡性结肠炎的研究进展[J]. 中国实验方剂学杂志, 2021, 27(17): 186-192.

[22] 陈艾丽, 普文静. 白头翁汤治疗溃疡性结肠炎大肠湿热型的临床观察[J]. 云南中医中药杂志, 2020, 41(12): 44-46.

[23] 李云从, 刘星星. 白头翁汤治疗溃疡性结肠炎的作用机制研究进展[J]. 华中科技大学学报(医学版), 2022, 51(2): 267-271.

[24] 齐雪阳, 张勤生, 张春燕. 芍药汤加减保留灌肠联合美沙拉嗪肠溶片治疗大肠湿热证溃疡性结肠炎[J]. 中国实验方剂学杂志, 2016, 22(19): 149-153.

[25] 王倩倩, 张俊美. 中药灌肠联合美沙拉嗪治疗溃疡性结肠炎急性发作的临床观察[J]. 中国中医急症, 2022, 31(8): 1273-1275.

[26] 栾炳玉. 针灸治疗溃疡性结肠炎疗效观察[J]. 亚太传统医药, 2016, 12(20): 90-91.

[27] 华海燕. 针刺联合参苓白术散加减治疗脾虚湿型溃疡性结肠炎的临床观察[J]. 广州中医药大学学报, 2022, 39(3): 586-593.

[28] 钟蕊, 翁志军, 赵继梦, 等. 艾灸治疗溃疡性结肠炎效应机制研究进展[J]. 世界中医药, 2020, 15(15): 2354-2358.

[29] 陈植, 包慧妍, 徐雪. 自拟止痢汤联合艾灸对溃疡性结肠炎患者的疗效及相关生化指标的影响[J]. 中国中西医结合消化杂志, 2021, 29(2): 144-146.

[30] 陈俊余, 王剑, 程丽敏. 穴位贴敷配合药物治疗湿热内蕴型溃疡性结肠炎疗效观察[J]. 上海针灸杂志, 2018, 37(10): 1144-1147.

[31] 张艳, 廖南生, 黄慧峰, 等. 百令胶囊联合穴位贴敷治疗溃疡性结肠炎对 CXCL12/CXCR4 信号轴的影响[J]. 海峡药学, 2020, 32(2): 94-97.

[32] 高艺格, 姚玉璞. 溃疡性结肠炎中医外治法治疗进展[J]. 中医药信息, 2019, 36(5): 121-124.

[33] 韦艳碧, 霍芸. 中药灌肠配合穴位埋线治疗溃疡性结肠炎 65 例疗效观察[J]. 四川中医, 2013, 31(11): 85-86.

[34] 龚鸿. 穴位埋线治疗溃疡性结肠炎对患者肠黏膜的影响[J]. 现代中西医结合杂志, 2020, 29(3): 288-290.

[35] 沈灵娜, 刘军, 钱赟达, 等. 甘草泻心汤联合美沙拉嗪对溃疡性结肠炎患者疗效及肠道菌群和血清炎症因子水平的影响[J]. 中国中西医结合消化杂志, 2021, 29(7): 474-478.

[36] 刘芳, 雷娜, 唐学贵. 当归芍药散合槐花散加减治疗溃疡性结肠炎活动期大肠湿热证的临床观察[J]. 中国实验方剂学杂志, 2019, 25(20): 82-87.

[37] 雷娜, 孔鹏飞, 陈思敏, 等. 槐花散合桃花汤加减对溃疡性结肠炎活动期寒热错杂证免疫炎症的调节作用[J]. 中国实验方剂学杂志, 2020, 26(7): 86-91.

[38] 李克亚, 陆文洪, 王真权, 等. 乌梅丸联合美沙拉嗪对寒热错杂型溃疡性结肠炎患者的临床疗效[J]. 中成药, 2022, 44(11): 3493-3497.

[39] 雷洪峰, 程金荣, 龚光辉, 等. 地榆汤加减联合美沙拉嗪对湿热困阻型溃疡性结肠炎患者的临床疗效[J]. 中成药, 2022, 44(11): 3498-3502.

[40] 乔峰, 强文娟, 高东, 等. 葛根芩连汤配合针刺治疗溃疡性结肠炎活动期大肠湿热证临床研究[J]. 陕西中医, 2019, 40(11): 1516-1519.

[41] 胡杨倩. 中药保留灌肠联合穴位敷贴干预大肠湿热型溃疡性结肠炎的效果研究[D]. 杭州: 浙江中医药大学, 2018.