

溃疡性结肠炎中医诊疗指南（修订）

编制说明

提出单位：北京中医药大学东方医院

归口单位：中华中医药学会

主要起草单位：北京中医药大学东方医院

主要起草人：李军祥、唐旭东、王化虹、董筠、张北平、刘兆兰

二〇二二年九月

目 次

一、工作简况	3
二、指南的编制原则和关键技术内容	4
三、主要工作过程	11
四、与国内外同类指南的对比和最新指南采用情况	117
五、与现行强制性国家标准或政策法规的关系	117
六、代表性分歧意见的处理经过和依据	118
七、宣传、贯彻指南和后效评价指南的要求和措施	118
八、废止现行有关指南的建议	119
九、相关附录	119
附件 1 立项审查会议纪要	120
附件 2 专家访谈报告	121
附件 3 第一轮问卷及调查报告	123
附件 4 指南临床问题确定会会议纪要	137
附件 5 指南专家推荐意见投票纪要	142

一、工作简况

1.1 任务背景

溃疡性结肠炎（Ulcerative colitis, UC）是世界卫生组织认定的世界难治性疾病之一。目前其发病率正呈现逐年增加的趋势。现代医学认为，UC 的治疗目标是诱导并维持临床缓解，促进黏膜愈合，防治并发症，改善患者生命质量。在治疗上应根据 UC 病情的严重程度、活动期和缓解期、病变部位分段的不同而采取不同的治疗手段。对于活动期 UC 现在普遍认同不能仅仅局限于控制症状，而应着力于诱导疾病缓解，同时促进肠道黏膜愈合，缓解期应继续维持缓解，预防复发。分段治疗指根据病变范围选择不同给药方法，远端结肠炎可采用单独局部用药或口服和局部联合用药，广泛型结肠炎以全身用药联合局部用药相结合，以提高疗效。

目前西医对于 UC 的治疗尚缺乏特效药物，临床常用的药物以氨基水杨酸制剂、糖皮质激素、免疫抑制剂、生物制剂等类型为主。同时手术治疗、干细胞移植、粪菌移植等也是 UC 的系列辅助治疗手段。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。但目前对于中医药干预 UC 尚缺乏规范性的指导和建议。

本指南在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，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形成了中医药治疗溃疡性结肠炎的推荐意见。本指南旨在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，防治并发症，改善患者生命质量、提高临床疗效等方面提供建议和指导。

1.2 任务来源

本任务为指南修订计划，原《溃疡性结肠炎诊疗指南》（标准编号：ZYYXH/T81-2008）起草于 2008 年，因编写年代较早，许多内容已不能满足当今诊疗活动的需要，同时原指南缺乏规范的循证医学证据和专家推荐意见，因此对指南进行修订更新。本任务立项时间为 2021 年 12 月 31 日，由北京中医药大学东方医院提出，国家重点研发计划（2018YFC1705400）资助。

1.3指南起草单位

北京中医药大学东方医院、江苏省中医院、重庆市中医院、陕西省中医医院、北京协和医院、福建中医药大学附属第二人民医院、广东省中医院、上海中医药大学附属岳阳中西医结合医院、天津中医药大学第一附属医院、河南中医药大学第一附属医院、成都中医药大学附属医院、山西省中医院、北京大学第一医院、北京大学第三医院、解放军总医院第七医学中心、同济大学附属第十人民医院、山东中医药大学第二附属医院、中国中医科学院、山西中医药大学附属医院、山西省人民医院、天津市人民医院、河北医科大学第二医院、郑州大学第二附属医院、北京中医药大学循证医学中心。

二、指南的编制原则和关键技术内容

2.1指南的编制依据和原则

本指南编制流程和方法依据《中华中医药学会中医指南制定的技术方案》执行。指南文本撰写参照 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。

2.2指南的关键技术内容

2.2.1临床问题

表1 指南形成十项待解决临床问题

序号	临床问题
1	口服中药/中成药治疗轻中度活动期溃疡性结肠炎是否可以改善临床症状
2	不同的诊疗方案，随访病情复发率，缓解时间的长度统计分析
3	口服中药/中成药与口服 5-ASA 制剂联合诱导轻中度活动期溃疡性结肠炎缓解是否较单独使用 5-ASA 制剂疗效更好
4	口服中药/中成药是否可以诱导轻中度活动期溃疡性结肠炎缓解
5	中药/中成药灌肠治疗轻中度活动期溃疡性结肠炎是否可以改善临床症状
6	单独服用中药/中成药能否能维持溃疡性结肠炎缓解
7	中药/中成药栓剂治疗轻中度活动期溃疡性结肠炎是否可以改善临床症状
8	使用中药/中成药灌肠是否可以诱导轻中度活动期直肠型溃疡性结肠炎缓解
9	口服中药/中成药与口服西药联合缓解轻中度活动期溃疡性结肠炎临床症状是否比单独口服西药更具优势
10	中医适宜技术（针刺、艾灸、穴位贴敷等）治疗溃疡性结肠炎的疗效如何？

2.2.2 推荐意见

本文件达成28条推荐意见，见表2。

表2 指南推荐意见表

序号	推荐条目	证据等级	推荐强度
1	针对轻中度活动期溃疡性结肠炎大肠湿热证，推荐服用虎地肠溶胶囊改善临床症状，可改善里急后重、黏液脓血便症状。	B 级	弱推荐
2	针对轻中度活动期溃疡性结肠炎大肠湿热证，推荐服用虎地肠溶胶囊联合美沙拉嗪诱导缓解，可提高里急后重与粘液脓血便消失率。	B 级	强推荐
3	针对轻中度活动期溃疡性结肠炎大肠湿热证，推荐服用五味苦参肠溶胶囊改善临床症状，可降低中医症状总积分。	B 级	弱推荐
4	针对轻中度活动期溃疡性结肠炎大肠湿热证，推荐服用五味苦参肠溶胶囊联合美沙拉嗪缓解症状，可提高 IBDQ 评分。	D 级	强推荐
5	针对轻中度活动期溃疡性结肠炎，推荐使用锡类散灌肠诱导缓解，可改善腹泻、腹痛、黏液脓血便症状	D 级	弱推荐
6	针对轻中度活动期溃疡性结肠炎大肠湿热证，推荐服用芍药汤改善临床症状，可降低中医证候总积分。	D 级	弱推荐
7	针对轻中度活动期溃疡性结肠炎大肠湿热证，推荐服用清肠化瘀汤联合美沙拉嗪改善临床症状，可改善腹泻、腹痛症状。	D 级	弱推荐
8	针对轻中度活动期溃疡性结肠炎大肠湿热证，推荐服用芪仙苡酱改善临床症状，可改善黏液脓血便、腹泻症状。	D 级	弱推荐
9	针对轻中度活动期溃疡性结肠炎大肠湿热证，推荐服用红藤肠安汤诱导缓解，相较于单独服用美沙拉嗪，可降低 Baron 评分。	D 级	弱推荐
10	针对轻中度活动期溃疡性结肠炎热毒炽盛证，推荐单独服用白头翁汤诱导缓解，相较于单独服用美沙拉嗪，可提高临床缓解率。	D 级	弱推荐
11	针对轻中度活动期溃疡性结肠炎热毒炽盛证，推荐服用白头翁汤改善临床症状，可改善黏液脓血便、里急后重、腹泻、腹痛症状。	D 级	弱推荐
12	针对轻中度活动期溃疡性结肠炎热毒炽盛证，推荐服用白头翁汤联合美沙拉嗪改善临床症状，可改善腹泻、腹痛症状。	D 级	强推荐
13	针对轻中度活动期溃疡性结肠炎热毒炽盛证，推荐服用清热利湿方改善临床症状，可改善黏液脓血便、腹泻、腹痛、里急后重症状。	D 级	弱推荐
14	针对轻中度活动期溃疡性结肠炎寒热错杂证，推荐服用清肠温中方诱导缓解，具有较好的临床有效率与肠镜疗效。	C 级	弱推荐
15	针对轻中度活动期溃疡性结肠炎寒热错杂证，推荐服用溃结宁方改善临床症状，可降低腹泻、里急后重中医证候积分。	D 级	弱推荐
16	针对轻中度溃疡性结肠炎寒热错杂证，推荐服用乌梅丸诱导与维持缓解，可降低远期疗效复发率。	D 级	弱推荐
17	针对轻中度活动期溃疡性结肠炎脾虚湿阻证，推荐服用结肠止泻汤改善临床症状，可改善黏液脓血便、腹泻、腹痛症状。	D 级	弱推荐
18	针对轻中度活动期溃疡性结肠炎脾虚湿阻证，推荐服用溃结2号方改善临床症状，可提高 IBDQ 评分。	D 级	弱推荐
19	针对轻中度溃疡性结肠炎脾肾阳虚证，推荐服用溃结汤诱导缓解，可降低远期疗效复发率。	D 级	弱推荐

20	针对轻中度活动期溃疡性结肠炎肝郁脾虚证，推荐服用健脾调肝化滞方联合美沙拉嗪改善临床症状，可降低中医证候总积分。	D 级	强推荐
21	针对轻中度活动期溃疡性结肠炎，推荐使用黄葵敛肠方灌肠改善临床症状，可降低改良 Mayo 评分。	C 级	弱推荐
22	针对轻中度活动期溃疡性结肠炎，推荐使用清肠栓改善临床症状，可降低中医证候积分，改善黏液脓血便、里急后重、腹痛症状。	C 级	弱推荐
23	针对轻中度活动期溃疡性结肠炎，推荐榆白缓释栓与美沙拉嗪联用改善临床症状，可改善腹泻、黏液脓血便、腹痛里急后重症状。	D 级	弱推荐
24	针对轻中度溃疡性结肠炎，推荐采用电针联合美沙拉嗪诱导缓解，可提升临床有效率、提升 IBDQ 评分，改善腹泻、腹痛症状。	C 级	弱推荐
25	针对轻中度溃疡性结肠炎，推荐采用灸法结合美沙拉嗪诱导缓解，可降低复发率，改善腹泻、腹痛、黏液脓血便、里急后重症状。	B 级	弱推荐
26	针对轻中度溃疡性结肠炎，推荐采用灸法联合柳氮磺吡啶诱导缓解，可降低改良 Mayo 评分，降低复发率。	C 级	弱推荐
27	针对轻中度溃疡性结肠炎，推荐采用针刺+灸法联合美沙拉嗪诱导缓解，可降低中医证候积分，提高临床缓解率。	C 级	弱推荐
28	针对轻中度溃疡性结肠炎，推荐采用溃结宁膏穴位贴敷改善临床症状，可改善腹泻症状。	D 级	弱推荐

2.2.3 共识建议

(1) 在临床实践中可以尝试单独口服中药维持溃疡性结肠炎缓解，如虎地肠溶胶囊、五味苦参肠溶胶囊逐步减量的基础上加服参苓白术制剂等健脾化湿或健脾补肾中药，建议应坚持至少 1 年以上。

2.2.4 辨证分型

(1) 大肠湿热证

主症：①泻下黏液脓血便；②腹痛；

次症：①里急后重；②肛门灼热；③口干口苦；④小便短赤。

舌脉：舌质红苔黄腻；脉滑数。

(2) 热毒炽盛证

主症：①暴下脓血或血便；②腹痛拒按；

次症：①发热；②口渴；③小便短赤。

舌脉：舌质红绛苔黄燥；脉滑数。

(3) 寒热错杂证

主症：①腹部冷痛，喜温喜按；②泻下黏液脓血；

次症：①四肢不温；②肛门灼热；③口腔溃疡。

舌脉：舌质红苔薄黄，脉沉细。

（4）脾虚湿阻证

主症：①大便稀溏，有少量黏液或脓血；②腹部隐痛；

次症：①腹部胀满；②饮食减少；③少气懒言；④面色萎黄。

舌脉：舌质淡胖苔白腻，或有齿痕；脉细弱。

（5）脾肾阳虚证

主症：①大便反复出现黏液脓血；②腹痛绵绵，喜温喜按；

次症：①黎明前泻；②腰膝酸软；③形寒肢冷；④少气懒言。

舌脉：舌质淡胖苔白润，或有齿痕；脉细弱。

（6）肝郁脾虚证

主症：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。

次症：①胸闷喜叹息；②嗳气频频；③胸胁胀痛。

舌脉：舌质淡红苔薄白；脉弦细。

证型确定：具备主症 2 项和次症 1 项及以上，参考舌脉，即可诊断。

2.2.5 治疗原则

（1）轻中度 UC 可单用中医方法辨证治疗或联合口服西药（5-ASA 制剂等）诱导病情缓解。

（2）重度 UC 则应在使用美沙拉嗪制剂、激素或免疫抑制剂或生物制剂的基础上，联合中医药的治疗，能缩短诱导临床缓解的时间，减少激素或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，甚至停用上述药物。

（3）缓解期 UC 中药的服药频次可以逐步减少，增加患者的依从性，以便达到长期缓解，减少复发率；中药服用可从 1d/剂，减至 2~3d/剂，甚至 1 周/剂维持缓解，减少药物的服用量。

（4）直肠型 UC 可单独使用中药口服治疗或灌肠/栓剂治疗；左半结肠型和全结肠型 UC 建议中药口服联合灌肠或联合美沙拉嗪栓剂或灌肠液治疗。

2.2.6 治疗方法

2.2.6.1 中医辨证治疗

(1) 大肠湿热证

治则：清热化湿，调气行血。

经典方：芍药汤《素问病机气宜保命集》(D 级证据，弱推荐)

经验方：

①红藤肠安汤 (C 级证据，弱推荐) ②芪仙苡酱煎 (D 级证据，弱推荐) ③清肠化瘀汤 (D 级证据，弱推荐)

(2) 热毒炽盛证

治则：清热解毒，凉血止痢。

经典方：白头翁汤《伤寒论》(D 级证据，强推荐)

经验方：清热利湿方 (D 级证据，弱推荐)

(3) 寒热错杂证

治则：温中补虚，清热化湿。

经典方：乌梅丸《伤寒论》(D 级证据，弱推荐)。

经验方：

①清肠温中方 (C 级证据，弱推荐)；②溃结宁方 (D 级证据，弱推荐)

(4) 脾虚湿阻证

治则：健脾益气，化湿止泻。

经典方：参苓白术散《太平惠民和剂局方》

经验方：

①溃结 2 号方 (C 级证据，弱推荐)；②结肠止泻汤 (D 级证据，弱推荐)

(5) 脾肾阳虚证

治则：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》）

经验方：溃结汤（D 级证据，弱推荐）

（6）肝郁脾虚证

治则：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》）

经验方：健脾调肝化滞方（D 级证据，强推荐）

2.2.6.2 局部治疗

（1）中药灌肠

清热解毒类：青黛、黄连、黄柏、白头翁、败酱草等；敛疮生肌类：珍珠、牛黄、冰片、琥珀、儿茶等；活血化瘀类：蒲黄、丹参、三七。

推荐处方：黄葵敛肠方（C 级证据，弱推荐）

（2）中药栓剂

推荐栓剂：①清肠栓（C 级证据，弱推荐）；②榆白缓释栓（D 级证据，弱推荐）。

2.2.6.3 中成药

（1）虎地肠溶胶囊（B 级证据，强推荐）

（2）五味苦参肠溶胶囊（B 级证据，弱推荐）

（3）八味锡类散（D 级证据，弱推荐）

2.2.6.4 中医适宜技术

（1）针刺（C 级证据，弱推荐）

主穴：脾俞、中脘、足三里、天枢、大横。湿热内蕴者加曲池、血海、内庭；肾阳不足者加气海、肾俞、百会、命门；肝气郁滞者加太冲、肝俞、阳陵泉。

或针刺八髎穴。

（2）隔附子饼灸（B 级证据，弱推荐）

药饼配方：附子 10g、肉桂 2g、丹参 3g、红花 3g、木香 2g，以上研末加黄酒调

成厚糊状的药饼，每只含药粉 2.5g。

取穴：中脘、天枢、关元、上巨虚穴。

辨证：推荐用于轻中度 UC 活动期大肠湿热证

（3）穴位贴敷（D 级证据，弱推荐）

药物组成：附子、细辛、丁香、芥子、赤芍、延胡索、生姜

取穴：上巨虚、天枢、足三里、命门、关元。

辨证：推荐用于轻中度 UC 活动期脾肾阳虚证

2.2.7 预防与调摄

UC 的健康管理策略应根据患者疾病的状态进行确定，需要临床医师与患者的共同参与。除药物治疗外，患者的饮食、情绪、季节、劳累等非药物因素也与 UC 密切相关，可将其作为有效的管理手段进行补充。

（1）患者教育

应加强科普宣传、开展患者健康教育，帮助其树立正确的疾病认识，按医嘱服药及定期医疗随访，不要擅自停药。反复病情活动者，应教育其做好长期服药的心理准备。

（2）合理饮食

应避免摄入生冷、寒凉、辛辣油腻刺激性食物，宜进食适量新鲜的低纤维、低脂肪、高维生素、高蛋白饮食。重视饮食卫生，避免肠道感染性疾病。

（3）调整生活方式

宜戒烟戒酒。调养身心，保持心情愉快，避免过大的心理压力；劳逸适度，充分休息，避免过度疲劳等。

2.3 新旧指南对比

本指南代替 ZYYXH/T81-2008《中医内科常见疾病诊疗指南 溃疡性结肠炎》，与 ZYYXH/T81-2008 相比，除结构调整和编辑性改动外，主要技术变化如下：

（1）增加了“范围”一章（见第2章）；

- (2) 增加了“规范性引用文件”一章（见第3章）；
- (3) 增加了“术语和定义”一章（见第4章）；
- (4) 增加了“流行病学”一章（见第5章）；
- (5) 更新了“辅助检查”（见7.2，2008年版的1.2）；
- (6) 更新了西医诊断（见7.1，2008年版的1.3）；
- (7) 将中医证型进行优化更新，具体包括：去除阴虚肠燥证、血瘀肠络证，增加寒热错杂证、热毒炽盛证，将脾胃气虚证更改为脾虚湿阻证（见8.2.2，2008年版的第2章）；
- (8) 基于循证证据和专家意见更新了中医辨证治疗的推荐药物，分为经典方和经验方（见9.3，2008年版的第2章）；
- (9) 基于循证证据和专家意见补充完善了中医局部治疗，包括中药灌肠和中药栓剂（见9.4，2008年版的3.4）；
- (10) 基于循证证据推荐了中医适宜技术，包括针刺、隔附子饼灸、穴位贴敷（见9.6，2008年版的3.2、3.3）；
- (11) 增加了健康管理、预后与癌变监测的内容（见第10章、第11章）。

三、主要工作过程

3.1提案、申请、立项

本指南于2021年提出提案，于2021年10月28日正式向中华中医药学会标准化办公室提交立项申请材料。2021年11月22日参加21年第三批中医类立项沟通会，由标准化办公室进行形式审查。2021年12月9日召开线上立项审查会，报告见附件1 立项审查会议纪要。2021年12月31日由中华中医药学会标准化办公室正式发布立项公告。

3.2成立指南起草组

3.2.1指南起草组成立方式

本指南于2021年12月正式成立了“溃疡性结肠炎中医诊疗指南（修订）编制小组”（以下简称“编制组”），因受新冠疫情影响，以微信交流的形式进行线上沟通。编制组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，覆盖了北京、上海、广东、福建、天津、重庆、四川、河南、陕西、山西等省份的 22 家三级甲等医院及高校、科研院所。为了使本指南制定更加规范合理，编制组特别邀请了从事循证中医药临床研究，拥有丰富指南编写经验的刘兆兰教授担任方法学专家；邀请了从事中药学研究，拥有丰富指南编写经验的吴嘉瑞教授担任药学专家。以上成员总人数达 23 人，全部具有正高级职称，包括消化病研究领域的中医临床专家 10 人，西医临床专家 11 人。同时本文件由韩啸担任临床秘书，负责编制组成员之间的沟通协调，组织联络。

3.2.2 指南起草组组成情况

（1）指南起草组组成情况

发起单位

北京中医药大学东方医院（三级甲等医院）

起草单位

江苏省中医院（三级甲等医院）

重庆市中医院（三级甲等医院）

陕西省中医医院（三级甲等医院）

北京协和医院（三级甲等医院）

福建中医药大学附属第二人民医院（三级甲等医院）

广东省中医院（三级甲等医院）

上海中医药大学附属岳阳中西医结合医院（三级甲等医院）

天津中医药大学第一附属医院（三级甲等医院）

河南中医药大学第一附属医院（三级甲等医院）

成都中医药大学附属医院（三级甲等医院）

山西省中医院（三级甲等医院）

北京大学第一医院（三级甲等医院）

北京大学第三医院（三级甲等医院）

解放军总医院第七医学中心（三级甲等医院）

同济大学附属第十人民医院（三级甲等医院）

山东中医药大学第二附属医院（三级甲等医院）

中国中医科学院（科研院所）

山西中医药大学附属医院（三级甲等医院）

山西省人民医院（三级甲等医院）

天津市人民医院（三级甲等医院）

河北医科大学第二医院（三级甲等医院）

郑州大学第二附属医院（三级甲等医院）

北京中医药大学中药学院（高等院校）

北京中医药大学循证医学中心（高等院校）

（2）指南起草组成员名单及分工

见表 1。

表 1 指南起草组成员及其工作内容

序号	姓名	单位	职务/职称	专业	学位	工作内容
1.	李军祥	北京中医药大学东方医院	北京中医药大学消化病研究院院长/主任医师	中医消化	博士	指南负责人、主要起草人、临床专家
2.	唐旭东	中国中医科学院	副院长/主任医师	中医消化	博士	主要起草人、临床专家
3.	王化虹	北京大学第一医院	消化科主任/主任医师	西医消化	学士	主要起草人、临床专家
4.	董筠	江苏省中医院	科研处副处/主任医师	中医消化	博士	主要起草人、临床专家
5.	张北平	广东省中医院	消化科主任/主任医师	中医消化	博士	主要起草人、临床专家
6.	柯晓	福建中医药大学附属第二人民医院	消化科主任/主任医师	西医消化	博士	临床专家
7.	李景南	北京协和医院	消化科副主任/主任医师	西医消化	博士	临床专家
8.	杨小军	重庆市中医院	消化科主任/主任医师	中医消化	博士	临床专家
9.	郝微微	上海中医药大学附属曙光医院	消化科主任/主任医师	中医消化	博士	临床专家
10.	周正华	天津中医药大学第一附属医院	消化科主任/主任医师	中医消化	博士	临床专家
11.	冯培民	成都中医药大学附属医院	消化科主任/主任医师	中医消化	博士	临床专家
12.	韩捷	河南中医药大学第一附属医院	主任医师	中医消化	博士	临床专家
13.	顾芳	北京大学第三医院	主任医师	西医消化	博士	临床专家
14.	贾燕	解放军总医院第七医学中心	主任医师	西医消化	博士	临床专家
15.	刘占举	同济大学附属第十人民医院	消化科主任/主任医师	西医消化	博士	临床专家
16.	江学良	山东中医药大学第二附属医院	消化科主任/主任医师	西医消化	博士	临床专家
17.	任顺平	山西中医药大学附属	消化科主任/主任医师	中医消化	博士	临床专家

		医院				
18.	刘艳迪	天津市人民医院	消化科主任/主任医师	西医消化	博士	临床专家
19.	郭晓峰	山西省人民医院	消化科主任/主任医师	西医消化	博士	临床专家
20.	张晓岚	河北医科大学第二医院	消化科副主任/主任医师	西医消化	博士	临床专家
21.	冯百岁	郑州大学第二附属医院	消化科主任/主任医师	西医消化	博士	临床专家
22.	刘兆兰	北京中医药大学循证中心	教授	中医循证医学	博士	主要起草人、方法学专家
23.	吴嘉瑞	北京中医药大学中药学院	教授	中药学	博士	药学专家

(3) 参加征求意见人员名单

序号	姓名	单位
1.	薛武更	北京市丰台区方庄社区卫生服务中心
2.	赵新颖	北京市丰台区方庄社区卫生服务中心
3.	葛来安	江西中医药大学附属医院
4.	谢明君	江西中医药大学附属医院
5.	李攀	北京市密云区中医医院
6.	尹东伟	北京市密云区中医医院
7.	王立夫	上海交通大学医学院附属瑞金医院
8.	陈胜良	上海交通大学医学院附属仁济医院
9.	张勤生	河南中医药大学第二附属医院
10.	冯五金	山西省中医院
11.	钦丹萍	浙江中医药大学附属第一医院
12.	唐艳萍	天津市南开医院
13.	赵宁宁	山东省千佛山医院
14.	刘礼剑	广西中医药大学第一附属医院
15.	郑超伟	广西中医药大学第一附属医院
16.	赵唯含	陕西中医药大学附属医院
17.	胡玲	广东省中医院
18.	杨胜兰	华中科技大学同济医学院附属协和医院
19.	曹婷婷	江苏省中医院
20.	陆珣琳	江苏省中医院
21.	敖俪元	福建中医药大学附属第二人民医院
22.	骆云丰	福建中医药大学附属第二人民医院
23.	杨春荣	成都中医药大学附属医院
24.	李水芹	成都中医药大学附属医院
25.	郭玉婷	山东中医药大学第二附属医院
26.	冀建斌	天津中医药大学第一附属医院
27.	袁媛	河南中医药大学第一附属医院
28.	曾健	重庆市中医院
29.	袁玲	重庆市中医院
30.	寇媛	陕西省中医院

(4) 利益冲突声明

本指南起草组成员不存在潜在利益冲突。

3.3 确定指南的题目和范围

(1) 指南题目确定

指南题目考虑以下三个要素：①干预措施（中医药物疗法与中医适宜技术）；②考虑溃疡性结肠炎的分期分型、主要症候、主要症状等要素；③指南类别为溃疡性结肠炎中医诊疗指南。

(2) 指南范围确定

本指南适用于轻中重度活动期溃疡性结肠炎患者；

本指南适用于各等级医院消化内科专业的中医（中西医结合）及西医临床执业医师、全科医师，相关的护理人员和药师也可参考本指南；

本指南普遍适用于各级中医、中西医、综合性医院。

3.4 构建指南问题

3.4.1 专家访谈

(1) 访谈方案确定过程及方法

编制组于 2021 年 12 月由项目负责人牵头开展线上集中专家交流与访谈，共访谈专家 14 名：王化虹、董筠、张北平、柯晓、杨小军、周正华、冯培民、韩捷、顾芳、贾燕、刘占举、江学良、任顺平、李慕然。其中中医专家 7 名，西医专家 7 名。因受疫情影响，访谈形式全部采用线上视频会议访谈。

访谈提纲由临床秘书起草，由负责人李军祥教授与方法学专家刘兆兰教授共同审核后进行确定。详见附件 2 专家访谈报告。

(2) 受访专家名单

见表 2。

表 2 专家访谈受访专家名单

姓名	单位	职务/职称	专业
王化虹	北京大学第一医院	消化科主任/主任医师	西医消化
董筠	江苏省中医院	科研处副处/主任医师	中医消化
张北平	广东省中医院	消化科主任/主任医师	中医消化
柯晓	福建中医药大学附属第二人民医院	消化科主任/主任医师	西医消化
杨小军	重庆市中医院	消化科主任/主任医师	中医消化

周正华	天津中医药大学第一附属医院	消化科主任/主任医师	中医消化
冯培民	成都中医药大学附属医院	消化科主任/主任医师	中医消化
韩捷	河南中医药大学第一附属医院	主任医师	中医消化
顾芳	北京大学第三医院	主任医师	西医消化
贾燕	解放军总医院第七医学中心	主任医师	西医消化
刘占举	同济大学附属第十人民医院	消化科主任/主任医师	西医消化
江学良	山东中医药大学第二附属医院	消化科主任/主任医师	西医消化
任顺平	山西中医药大学附属医院	消化科主任/主任医师	中医消化
李慕然	天津市人民医院	主任医师	西医消化

(3) 访谈提纲:

临床专家使用中医药治疗 UC 的情况，包括使用不同剂型（口服/栓剂/灌肠）治疗临床症状，实现临床缓解，黏膜/组织学缓解，治疗并发症等作用。中医药治疗 UC 的不良反应，以及中医药和西药联合使用的情况；不同中医药治疗溃疡性结肠炎对应的证型。

(4) 访谈结论

1.多数中医临床专家曾使用过中药口服、灌肠治疗溃疡性结肠炎

2.多数临床专家认为，口服中药可用于治疗各期各型溃疡性结肠炎。单独或联合西药使用可以实现改善临床症状、诱导及维持临床缓解，促进黏膜愈合，减少并发症。临床不良反应少见，安全可靠。

3.多数临床专家认为，中药灌肠单独及联合西药治疗溃疡性结肠炎均可以实现改善临床症状、诱导及维持临床缓解，促进黏膜愈合，减少并发症，临床不良反应少见，安全可靠。

4.多数临床专家认为，中药栓剂治疗溃疡性结肠炎可以实现改善临床症状、诱导及维持临床缓解，促进黏膜愈合，可以实现减少并发症，增加西药疗效，减轻副作用，临床不良反应少见，安全可靠。

3.4.2 临床调研

(1) 调研方案确定的过程及方法

调查问卷由项目负责人，方法学专家，秘书共同制定，主要内容包括调研对象执业信息的统计、临床医生使用中医药治疗溃疡性结肠炎的使用体会，最常应

用或最关注的问题进行调查。包括中药口服/栓剂/灌肠治疗溃疡性结肠炎改善临床症状，诱导临床缓解、黏膜/组织学缓解，治疗并发症的治疗作用，以及用药的不良反应和西药联合使用的情况；不同中药治疗溃疡性结肠炎对应的证型等。详见附件 3 第一轮问卷及调查报告。

（2）调研对象分布情况

本次调查对象共 55 人，来自于 23 个省（直辖市、自治区），涉及三甲、三乙、二甲各级别医院 45 家，其中中医院占比 58.18%，综合性医院占比 23.64%，中西医结合医院占比 16.36%。调查对象中男性占比 54.55%，女性占比 54.45%；7.27%的人学历为本科，23.64%是硕士，69.09%是博士；从事专业年限大于 10 年的占比 90.91%，其次为 6-10 年占比为 5.45%；主任医师占比 63.64%，副主任医师占比 29.09%，主治医师占比 7.27%；脾胃科医生占比 78.18%，中医科占比 5.45%，内科占比 12.73%。

（3）调研结论

1.多数中医临床专家曾使用过中药口服、灌肠治疗溃疡性结肠炎

2.临床专家认为，中药治疗溃疡性结肠炎除治疗疾病本身以外，还可以起到减轻焦虑抑郁、提高生存质量等作用。

3.多数临床专家认为，口服中药广泛适用于治疗各期各型溃疡性结肠炎。单独使用可以实现改善临床症状、诱导及维持临床缓解，促进黏膜愈合，减少并发症；如联合西药在此基础上更可以实现促进临床缓解，减少并发症，增加西药疗效，减轻副作用，减少西药用量，缩短疗程，较单独使用西药更具优势。临床不良反应少见，安全可靠。

4.多数临床专家认为，中药灌肠广泛适用于活动期轻中度直肠及左半结肠型溃疡性结肠炎。单独使用及联合西药均可以实现改善临床症状、诱导及维持临床缓解，促进黏膜愈合，减少并发症；中药灌肠联合西药可增加西药疗效，减轻副作用，减少西药用量，缩短疗程，较单独使用西药更具优势，临床不良反应少见，安全可靠。

5.多数临床专家认为，中药栓剂适用于活动期/缓解期轻中度直肠及左半结肠型溃疡性结肠炎。单独使用栓剂可以实现改善临床症状、诱导及维持临床缓解，促进黏膜愈合；中药栓剂联合西药在此基础上更可以实现减少并发症，增加西药

疗效，减轻副作用，减少西药用量，缩短疗程，较单独使用西药更具优势，临床不良反应少见，安全可靠。

3.4.3指南问题原始清单

指南工作组基于两轮专家访谈调研的结果，结合临床实践汇总分析形成了本指南的原始问题清单，包含原始问题40项（其中7项基础问题，33项临床问题），见表3。

表 3 指南原始问题清单

基础问题	
序号	问题
1	口服中药/中成药诱导轻中度活动期溃疡性结肠炎缓解的疗程需要多久？
2	如何发掘在溃疡性结肠炎治疗中使用的古代名方起到古为今用的作用？
3	溃疡性结肠炎如何维持缓解？
4	不同的中医药/中成药在治疗溃疡性结肠炎中，是否存在不同的疗效和安全性？
5	在治疗溃疡性结肠炎中，不同的诊疗方案，随访病情复发率，缓解时间的长度统计分析。
6	中医药/中成药治疗溃疡性结肠炎的有效剂量和疗程及安全性问题。
7	治疗溃疡性结肠炎的疗程，剂量，用法，不良反应及价格的差异。
临床问题	
序号	问题
1	口服中药/中成药治疗轻中度活动期溃疡性结肠炎是否可以改善临床症状
2	中药/中成药灌肠治疗轻中度活动期溃疡性结肠炎是否可以改善临床症状
3	使用中药/中成药灌肠是否可以诱导轻中度活动期直肠型溃疡性结肠炎缓解
4	口服中药/中成药与西医常规维持治疗合用在维持溃疡性结肠炎缓解上是否比单独使用西医常规维持治疗更具优势
5	口服中药/中成药与口服西药联合缓解轻中度活动期溃疡性结肠炎临床症状是否比单独口服西药更具优势
6	口服中药/中成药与口服 5-ASA 制剂联合诱导轻中度活动期溃疡性结肠炎缓解是否较单独使用 5-ASA 制剂疗效更好
7	口服中药/中成药与口服激素联合诱导重度活动期溃疡性结肠炎缓解是否较单独口服激素疗效更好
8	口服中药/中成药加中药/中成药灌肠剂治疗轻中度活动期溃疡性结肠炎是否比单纯口服中药/中成药改善临床症状效果好
9	在溃疡性结肠炎患者合并焦虑抑郁状态，加用中药/中成药的是否比单独使用西药更具优势
10	中药/中成药栓剂治疗轻中度活动期溃疡性结肠炎是否可以改善临床症状
11	口服中药/中成药加中药/中成药栓剂治疗轻中度活动期溃疡性结肠炎是否比单纯口服中药/中成药改善临床症状效果好
12	口服中药/中成药是否可以诱导轻中度活动期溃疡性结肠炎缓解
13	口服中药/中成药加中药/中成药栓剂诱导轻中度活动期溃疡性结肠炎缓解是否比单纯口服中药/中成药效果好
14	单独服用中药/中成药能否维持溃疡性结肠炎缓解
15	口服中药/中成药加中药/中成药灌肠诱导轻中度活动期溃疡性结肠炎缓解是否比单纯口服中药/中成药效果好
16	中药/中成药灌肠与口服 5-ASA 制剂联合诱导轻中度活动期溃疡性结肠炎缓解是否

	较单独使用 5-ASA 制剂疗效更好
17	中药栓剂/中成药栓剂是否可以诱导轻中度活动期直肠型溃疡性结肠炎缓解
18	口服中药/中成药与口服免疫抑制剂联合治疗激素无效型溃疡性结肠炎是否较单独口服免疫抑制剂/静脉注射生物制剂疗效更好
19	5-ASA 栓剂或 5-ASA/激素灌肠联合口服中药/中成药诱导轻中度活动期溃疡性结肠炎缓解是否较单独使用口服中药/中成药疗效更好
20	口服西药加中药/中成药栓剂治疗轻中度活动期溃疡性结肠炎是否比单纯口服中药/中成药改善临床症状效果好
21	中药栓剂/中成药栓剂与口服 5-ASA 制剂联合诱导轻中度活动期溃疡性结肠炎缓解是否较单独使用 5-ASA 制剂疗效更好
22	口服中药/中成药与口服免疫抑制剂联合诱导重度活动期溃疡性结肠炎缓解是否较单独口服免疫抑制剂疗效更好
23	溃疡性结肠炎患者合并有病毒感染时，加用中药/中成药是否比单独进行西医治疗更具优势
24	溃疡性结肠炎长期使用（超过一年）中药/中成药治疗是否比使用西药更安全
25	口服中药/中成药与静脉注射生物制剂联合治疗激素无效型溃疡性结肠炎是否较单独口服免疫抑制剂/静脉注射生物制剂疗效更好
26	口服中药/中成药与非中药中医治疗手段（针刺、艾灸、穴位贴敷、耳穴压豆等）联合诱导活动期溃疡性结肠炎缓解是否较单独口服中药/中成药效果更好
27	口服中药/中成药与口服激素联合治疗激素依赖型溃疡性结肠炎是否能达到无激素缓解
28	溃疡性结肠炎患者合并有艰难梭菌感染时，加用中药/中成药治疗是否比单独进行西医治疗更具优势
29	口服中药/中成药与静脉注射生物制剂联合诱导重度活动期溃疡性结肠炎缓解是否较单独静脉注射生物制剂疗效更好
30	中药栓剂/中成药栓剂与 5-ASA 栓剂/灌肠剂联合诱导轻中度活动期溃疡性结肠炎缓解是否较单独使用 5-ASA 栓剂/灌肠剂疗效更好
31	溃疡性结肠炎长期使用（超过一年）中药/中成药联合西药治疗是否比单独使用西药更安全
32	非中药中医治疗手段（针刺、艾灸、穴位贴敷、耳穴压豆等）治疗轻中度活动期溃疡性结肠炎是否可以改善临床症状
33	非中药中医治疗手段（针刺、艾灸、穴位贴敷、耳穴压豆等）与西医常规治疗联合诱导活动期溃疡性结肠炎缓解是否较单独使用西药疗效更好

3.4.4 指南问题

（1）指南问题形成方法

指南工作组组织临床、方法学、药理学专家组成的专家组，于 2022 年 1 月召开指南临床问题确定会。将指南原始问题清单递交专家组，由专家组采用名义组共识法投票决定最终指南待解决 PICOS 化临床问题。在名义组法会议流程上，首先指南主要起草人介绍指南问题的形成过程、前期专家访谈及调研结果，并解读指南问题清单；其后，方法学专家主持会议投票环节，最终形成待解决 PICOS 化临床问题 10 项。后经临床专家讨论，依照专家建议，补充中医适宜技术治疗溃疡性结肠炎的疗效。见表 4。详见附件 4 指南临床问题确定会会议纪

要。

(2) 指南问题清单

表 4 指南问题清单

临床问题					
No.	问题	P(研究对象)	I(干预措施)	C(对照措施)	O(结局指标)
1	口服中药治疗轻中度活动期溃疡性结肠炎是否可以改善临床症状	轻中度活动期溃疡性结肠炎患者	中药、中成药，允许与西药联合使用	西药、安慰剂、空白对照	关键：腹泻、腹痛、黏液脓血便、里急后重症状的缓解率与消失率； 重要：内镜应答率（依据Baron评分）、单项症状评分、临床有效率、改良mayo评分、中医证候积分； 一般：临床缓解率、黏膜愈合率（依据Baron评分）、肠镜疗效（Baron评分）、组织病理学疗效（Geboes指数）、IBDQ评分、不良反应发生率、远期疗效、随访疗效
2	中药治疗溃疡性结肠炎的远期疗效如何？	溃疡性结肠炎患者	中药、中成药，允许与西药联合使用	西药、安慰剂、空白对照	关键：缓解天数、复发率、临床缓解率（改良mayo评分）、随访疗效； 重要：黏膜愈合率（Baron评分）、远期疗效、不良反应发生率； 一般：改良Mayo评分、中医证候积分、单项症状评分、IBDQ评分、肠镜疗效（Baron评分）、组织病理学疗效（Geboes评分）
3	口服中药与口服5-ASA制剂联合诱导轻中度活动期溃疡性结肠炎缓解是否较单独使用5-ASA制剂疗效更好	轻中度活动期溃疡性结肠炎	中药联用5-ASA制剂或中成药联用5-ASA制剂	5-ASA制剂单独使用	关键：临床缓解率、临床有效率； 重要：黏膜愈合率（Baron评分）、内镜应答率（Baron评分）、改良mayo评分、中医证候积分、单项症状评分、IBDQ评分 一般：肠镜疗效（Baron评分）、组织病理学疗效（Geboes指数）、不良反应发生率、远期疗效、随访疗效
4	口服中药是否可以诱导轻中度活动期溃疡性结肠炎缓解	轻中度活动期溃疡性结肠炎	中药、中成药	西药、安慰剂、空白对照	关键：临床缓解率、临床有效率； 重要：黏膜愈合率（Baron评分）、内镜应答率（Baron评分）；改良mayo评分、中医证候积分、单项症状评分、IBDQ评分 一般：不良反应发生率、远期疗效、随访疗效、肠镜疗效（Baron评分）、组织病理学疗效（Geboes指数）
5	中药灌肠治疗轻中度活动期溃疡性结肠炎是否可以改善临床症状	轻中度活动期溃疡性结肠炎	给药途径为灌肠的中药、中成药，允许与西药联合使用	西药、安慰剂、空白对照	关键：腹泻、腹痛、黏液脓血便、里急后重症状的缓解率与消失率； 重要：内镜应答率（Baron评分）、单项症状评分、临床有效率、改良mayo评分，中医证候积分； 一般：临床缓解率、黏膜愈合率（Baron评分）、肠镜疗效（Baron评分）、组织病理学疗效（Geboes指数）、IBDQ评分、不良反应发生率、远期疗效、随访疗效
6	单独服用中药能否能维持溃疡性结肠炎缓解	溃疡性结肠炎患者	中药、中成药，允许与西药联合使用	西药、安慰剂、空白对照	关键：临床缓解率、黏膜愈合率（Baron评分）、复发率； 重要：改良mayo评分、中医证候积分、单项症状评分、IBDQ评分、不良反应发生率、随访疗效

					一般： Baron 评分、肠镜疗效（ Baron ）缓解/治愈、肠镜疗效（ Baron ）显效、肠镜疗效（ Baron ）有效、肠镜疗效（ Baron ）无效， Geboes 指数、不良反应发生率、远期疗效
7	中药栓剂治疗轻中度活动期溃疡性结肠炎是否可以改善临床症状	轻中度活动期溃疡性结肠炎	剂型为栓剂的中药、中成药，允许与西药联合使用	西药、安慰剂、空白对照	关键：腹泻、腹痛、黏液脓血便、里急后重症状的缓解率与消失率； 重要：内镜应答率（依据 Baron 评分）、单项症状评分、临床有效率、改良 mayo 评分、中医证候积分 一般：临床缓解率、黏膜愈合率（依据 Baron 评分）、肠镜疗效（ Baron 评分）、组织病理学疗效（ Geboes 指数、 IBDQ 评分、不良反应发生率、远期疗效、随访疗效
8	中药灌肠是否可以诱导轻中度活动期溃疡性结肠炎缓解	轻中度活动期直肠型溃疡性结肠炎	给药途径为灌肠的中药、中成药，允许与西药联合使用	西药、安慰剂、空白对照	关键：临床缓解率、临床有效率 重要：黏膜愈合率（ Baron 评分）、内镜应答率（ Baron 评分）、改良 mayo 评分、中医证候积分、单项症状评分、 IBDQ 评分 一般：肠镜疗效（ Baron 评分）、组织病理学疗效（ Geboes 指数）、不良反应发生率、远期疗效、随访疗效
9	口服中与口服西药联合缓解轻中度活动期溃疡性结肠炎临床症状是否比单独口服西药更具优势	轻中度活动期溃疡性结肠炎	中药联用西药，中成药联用西药	西药单独使用	关键：腹泻、腹痛、黏液脓血便、里急后重症状的缓解率与消失率； 重要：内镜应答率（ Baron 评分）、单项症状评分、临床有效率、改良 mayo 评分、中医证候积分； 一般：临床缓解率、黏膜愈合率（ Baron 评分）、肠镜疗效（ Baron 评分）、 Geboes 指数、 IBDQ 评分、不良反应发生率、远期疗效、随访疗效
10	中医适宜技术（针刺、艾灸、穴位贴敷等）治疗溃疡性结肠炎的疗效如何？	活动期溃疡性结肠炎	单独使用中医外治法（针刺、艾灸、穴位贴敷、）或联合西药	西药单独使用	关键：腹泻、腹痛、黏液脓血便、里急后重症状的缓解率与消失率； 重要：内镜应答率（依据 Baron 评分）、单项症状评分、临床有效率、改良 mayo 评分、中医证候积分； 一般：临床缓解率、黏膜愈合率（依据 Baron 评分）、肠镜疗效（ Baron 评分）、组织病理学疗效（ Geboes 指数）、 IBDQ 评分、不良反应发生率、远期疗效、随访疗效

3.5 证据的检索、筛选、提取与综合

为保证本指南修订工作的完整全面，指南证据评价分为两部分，一是针对“十项待回答 PICO 化临床问题”制定循证证据评价，二是针对“中医适宜技术治疗溃疡性结肠炎”展开循证证据评价，现对于证据评价方法展开如下说明：

第一部分 针对“十项待回答 PICO 化临床问题”展开循证评价

3.5.1 证据检索

(1) 检索方法

计算机系统检索中国知网 (CNKI)、维普网 (VIP)、万方数据知识服务平台 (WangFang)、中国生物医学文献服务系统(SinoMed)、PubMed、Cochrane Library，搜集中医药治疗溃疡性结肠炎的随机对照试验，主题词与自由词结合，检索词包括:溃疡性结肠炎、慢性非特异性溃疡性结肠炎、中药、中医药、中草药、草药、中成药、补充医学、替代医学、传统医学、随机等。根据不同数据库特点，制定相应检索策略，检索时限为各数据库建库至 2021 年 12 月 31 日。发表语言包括中文与英文。

①中文数据库检索式，以知网为例：

(SU = '溃疡性结肠炎' OR SU = '慢性非特异性溃疡性结肠炎' OR SU = 'UC' or SU='肠癖' or SU='肠风' or SU='痢' or SU='肠癖' or SU='滞下') AND (SU='中医药' or SU='中医' or SU='中药' or SU='中成药' or SU='中草药' or SU='草药' or SU='植物') AND FT='随机'

②英文数据库检索式，以 Pubmed 为例：

表 5 PubMed 检索式

No.	Strategy
#1	Search: (ulcerative colitis[MeSH Terms]) OR (ulcerative colitis[Title/Abstract])
#2	Search: (((((((((((Traditional Chinese Medicine[MeSH Terms]) OR (Traditional Medicine, Chinese[MeSH Terms])) OR (Chinese Traditional Medicine[MeSH Terms])) OR (Chinese Medicine, Traditional[MeSH Terms])) OR (Phytotherapy[MeSH Terms])) OR (Medicine, traditional[MeSH Terms])) OR (Medicine, Chinese Traditional[MeSH Terms])) OR (Plants, Medicinal[MeSH Terms])) OR (herbal medicine[MeSH Terms])) OR (Plant Preparations[MeSH Terms])) OR (Drugs, chinese herbal[MeSH Terms])) OR (Chinese patent drug[MeSH Terms])
#3	Search: (((((((((((Traditional Chinese Medicine[Title/Abstract]) OR (Traditional Medicine, Chinese[Title/Abstract])) OR (Chinese Traditional Medicine[Title/Abstract])) OR (Chinese Medicine, Traditional[Title/Abstract])) OR (Phytotherapy[[Title/Abstract]]) OR (Medicine, traditional[Title/Abstract])) OR (Medicine, Chinese Traditional[Title/Abstract])) OR (Plants, Medicinal[Title/Abstract])) OR (Herbal Medicine[Title/Abstract])) OR (Plant Preparations[Title/Abstract])) OR (Drugs, chinese herbal[Title/Abstract])) OR (Chinese patent drug[Title/Abstract])
#4	Search: random

#5 Search: (clinical trial[Publication Type]) OR (clinical trial[MeSH Terms])
#6 Search: #2 or #3
#7 Search: #1 and #6 and #4 and #5

(2) 检索结果

共检索到中英文文献 11531 篇，其中知网命中题录 2579 篇，SinoMed 2023 篇，维普 1260 篇，万方 5460 篇，Cochrane 图书馆 150 篇，PubMed 59 篇。

3.5.2 证据筛选和资料提取

(1) 证据筛选和资料提取方法

采用 NoteExpress 3.0 软件对文献题录进行管理，根据题目和摘要对题录进行初筛，排除不相关文献，对剩余题录下载全文进行仔细阅读，最终确定纳入文献。使用 Microsoft Excel 2010 软件进行资料提取与分析，包括研究的编号（ID）、样本量、受试者信息、详细的干预措施与对照措施、剂型、给药途径、结局指标等临床特征，以及试验开展的中心数量、样本量、盲法、随机隐匿、随机序列生成、结果数据完整性、选择性报告结果等方法学设计信息。由两名研究者分别独立完成文献筛选及资料提取，若出现意见不一致则进行讨论或与第三人协商决定。

(2) 纳入排除标准

纳入标准：1) 研究对象明确诊断为溃疡性结肠炎患者，年龄、性别、病情、病程不限；2) 在传统中医理论指导下的中医药疗法干预措施，允许中西医结合用药，剂型不限，给药途径不限；3) 研究类型为 RCT。

排除标准：1) 研究对象涉及特殊人群：孕妇、儿童；2) 溃疡性结肠炎合并其他肠道疾病者：排除细菌性痢疾、阿米巴性结肠炎、血吸虫病、肠结核、克罗恩病、放射性肠炎等原因明确的结肠炎症。3) 干预措施为无名称的自拟方，干预措施两种及以上复杂中医干预方案；4) 对照措施中含有中药而难以判断干预组疗效的研究；5) 报告版面为单页纸的研究或作者为单人的研究（学位论文除外）；6) 重复发表的研究，无法获取全文的会议论文。

(3) 证据筛选流程及结果

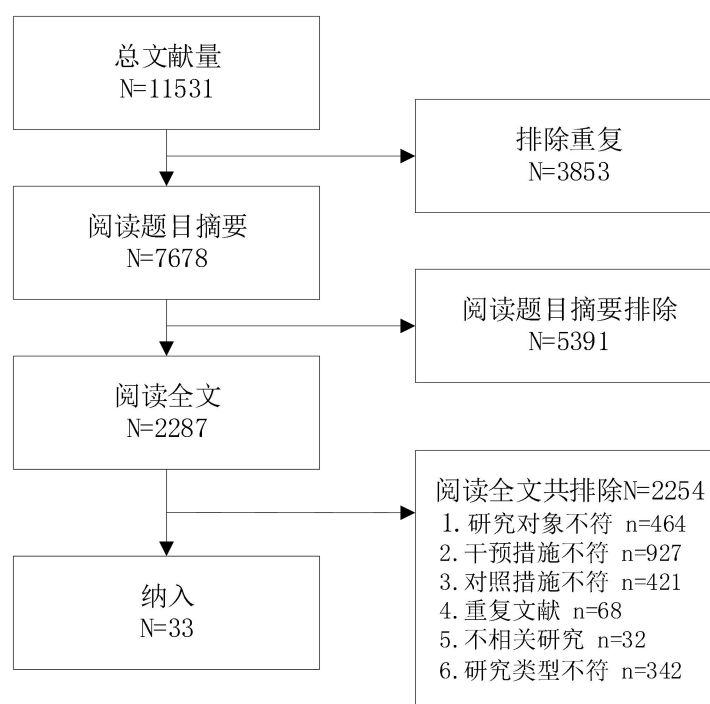


图 1 证据筛选流程图

3.5.3 证据综合

二分类与连续型变量参考 Cochrane 手册（Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions）采用 Review manager 5.4 进行汇总合并。计算 I^2 值来评估纳入研究之间的统计异质性。当研究之间不存在异质性或异质性较低($I^2 < 25\%$)时，将采用固定效应模型进行荟萃分析。存在显著的研究间异质性($25\% < I^2 < 95\%$)，临床异质性不明显，采用随机效应模型。当统计异质性特别大($I^2 > 95\%$)或临床异质性特别显著时，不合并数据。二分类变量的效应值使用相对危险度（Risk Ratio, RR），连续型变量的效应值使用均差（Mean Difference, MD）或标准化均差（Standardised Mean Difference, SMD），并计算 95%置信区间。当某类干预对照类型下的某一结局指标的纳入研究大于 10 篇时，使用倒漏斗图评估发表偏倚。

3.6 证据分级

3.6.1 证据分级方法

采用 GRADE 工具进行证据等级评价，将证据分为高级证据、中级证据、低级证据、极低证据四个等级，推荐强度为强、弱两方向，影响证据质量的因素遵循 GRADE 三升五降原则，详细见表 6，形成证据概要表，结果见 3.6.2。

表 6 影响 GRADE 证据质量的因素

因素	解释	标准
可能降低随机对照试验证据质量的因素及其解释		降级标准
偏倚风险	未正确随机分组；未进行分配方案的隐藏；未实施盲法：研究对象失访过多，未进行意向性分析；选择性报告结果；发现有疗效后研究提前终止。	五个因素中任意一个因素，可根据其存在问题的严重程度，将证据质量降 1 级(严重)或 2 级(非常严重)。证据质量最多可被降级为极低，但注意不应该重复降级，譬如，如果发现不一致性是由于存在偏倚风险(如缺乏盲法或分配隐藏)所导致时，则在不一致性这一因素上不再因此而降低。
不一致性	如不同研究间存在大相径庭的结果，又没有合理的解释。差异可能源于人群、干预措施或结局指标的不同。	
间接性	一是比较两种干预措施的疗效时，没有“头对头”直接比较的随机对照试验，通过每种干预与安慰剂比较的多个随机对照试验的间接比较；二是研究中的人群、干预措施、对照措施、预期结局（PICO）与实际应用时的 PICO 特征存在重要差异。	
不精确性	研究纳入的患者和观察到的事件相对较少而导致可信区间较宽。	
发表偏倚	如果很多研究（通常是小的、阴性结果的研究）未能公开发表，未纳入这些研究时，证据质量也会减弱。极端的情况是当公开的证据仅局限于少数试验，而这些试验全部是企业赞助的，此时发表偏倚存在的可能性很大。	
可能提高观察性研究证据质量的因素及其解释		升级标准
效应值很大	当方法学严谨的观察性研究显示疗效显著或非常显著且结果高度一致时，可提高其证据级别。	三个因素中任何一个因素，可根据其大小或强度，将证据升 1 级（如相对危险度大于 2）或者 2 级（如相对危险度大于 5）。证据质量最高可升级到高证据质量（A 级）
有剂量-效应关系	当干预的剂量和产生的效应大小之间有明显关联时，即存在剂量-效应关系时，可提高其证据级别。	
负偏倚	当影响观察性研究的偏倚不是夸大，而可能是低估效果时，可提高其证据级别。	

3.6.2 证据概要表

(1) 药物疗法部分（临床问题部分）

问题 1.口服中药治疗轻中度活动期溃疡性结肠炎是否可以改善临床症状

Certainty assessment							No of patients		Effect		Certainty	Importance
No of studies	Study design	Risk of bias	Inconsistency	Indirectness	Imprecision	Other considerations	Q1	[comparison]	Relative (95% CI)	Absolute (95% CI)		

1 虎地肠溶胶囊+PLA vs 美沙拉嗪+PLA 1.1 黏液脓血便消失率

1	randomised trials	not serious	not serious	not serious	serious ^a	none	61/83 (73.5%)	49/85 (57.6%)	RR 1.27 (1.02 to 1.59)	156 more per 1,000 (from 12 more to 340 more)	⊕⊕⊕○ Moderate	
---	-------------------	-------------	-------------	-------------	----------------------	------	---------------	---------------	------------------------	-----------------------------------------------	------------------	--

1 虎地肠溶胶囊+PLA vs 美沙拉嗪+PLA 1.2 里急后重消失率

1	randomised trials	not serious	not serious	not serious	serious ^a	none	46/72 (63.9%)	38/78 (48.7%)	RR 1.31 (0.98 to 1.75)	151 more per 1,000 (from 10 fewer to 365 more)	⊕⊕⊕○ Moderate	
---	-------------------	-------------	-------------	-------------	----------------------	------	---------------	---------------	------------------------	------------------------------------------------	------------------	--

2 五味苦参肠溶胶囊+PLA vs 美沙拉嗪+PLA 2.1 中医证候总积分

Certainty assessment							N _o of patients		Effect		Certainty	Importance
N _o of studies	Study design	Risk of bias	Inconsistency	Indirectness	Imprecision	Other considerations	Q1	[comparison]	Relative (95% CI)	Absolute (95% CI)		
1	randomised trials	not serious	not serious	not serious	serious ^b	none	100	36	-	MD 1.46 lower (2.92 lower to 0)	⊕⊕⊕○ Moderate	

3 清肠温中方+PLA vs 美沙拉嗪+PLA 3.1 临床有效率（改良 mayo）

1	randomised trials	serious ^c	not serious	not serious	serious ^a	none	26/29 (89.7%)	28/32 (87.5%)	RR 1.02 (0.86 to 1.23)	18 more per 1,000 (from 123 fewer to 201 more)	⊕⊕○○ Low	
---	-------------------	----------------------	-------------	-------------	----------------------	------	---------------	---------------	------------------------	------------------------------------------------	----------	--

3 清肠温中方+PLA vs 美沙拉嗪+PLA 3.2 腹痛消失率

1	randomised trials	serious ^c	not serious	not serious	serious ^a	none	20/29 (69.0%)	18/32 (56.3%)	RR 1.23 (0.83 to 1.81)	129 more per 1,000 (from 96 fewer to 456 more)	⊕⊕○○ Low	
---	-------------------	----------------------	-------------	-------------	----------------------	------	---------------	---------------	------------------------	------------------------------------------------	----------	--

3 清肠温中方+PLA vs 美沙拉嗪+PLA 3.3 腹泻消失率

Certainty assessment							N _o of patients		Effect		Certainty	Importance
N _o of studies	Study design	Risk of bias	Inconsistency	Indirectness	Imprecision	Other considerations	Q1	[comparison]	Relative (95% CI)	Absolute (95% CI)		
1	randomised trials	serious ^c	not serious	not serious	serious ^a	none	18/29 (62.1%)	26/32 (81.3%)	RR 0.76 (0.55 to 1.06)	195 fewer per 1,000 (from 366 fewer to 49 more)	⊕⊕○○ Low	

3 清肠温中方+PLA vs 美沙拉嗪+PLA 3.4 黏液脓血便消失率

1	randomised trials	serious ^c	not serious	not serious	serious ^a	none	19/29 (65.5%)	19/32 (59.4%)	RR 1.10 (0.75 to 1.63)	59 more per 1,000 (from 148 fewer to 374 more)	⊕⊕○○ Low	
---	-------------------	----------------------	-------------	-------------	----------------------	------	---------------	---------------	-------------------------------	-------------------------------------------------------	-------------	--

4 溃结宁 vsSASP 4.1 中医症状积分-腹泻

1	randomised trials	very serious ^d	not serious	not serious	serious ^b	none	30	30	-	MD 0.34 lower (0.64 lower to 0.04 lower)	⊕○○○ Very low	
---	-------------------	---------------------------	-------------	-------------	----------------------	------	----	----	---	-------------------------------------------------	------------------	--

Certainty assessment							№ of patients		Effect		Certainty	Importance
№ of studies	Study design	Risk of bias	Inconsistency	Indirectness	Imprecision	Other considerations	Q1	[comparison]	Relative (95% CI)	Absolute (95% CI)		

4 溃结宁 vsSASP 4.2 中医症状积分-黏液脓血便

1	randomised trials	very serious ^d	not serious	not serious	serious ^b	none	30	30	-	MD 0.2 lower (0.51 lower to 0.11 higher)	⊕○○○ Very low	
---	-------------------	---------------------------	-------------	-------------	----------------------	------	----	----	---	-------------------------------------------------	------------------	--

4 溃结宁 vsSASP 4.3 中医症状积分-里急后重

1	randomised trials	very serious ^d	not serious	not serious	serious ^b	none	30	30	-	MD 0.37 lower (0.69 lower to 0.05 lower)	⊕○○○ Very low	
---	-------------------	---------------------------	-------------	-------------	----------------------	------	----	----	---	-------------------------------------------------	------------------	--

4 溃结宁 vsSASP 4.4 中医症状积分-腹痛

1	randomised trials	very serious ^d	not serious	not serious	serious ^b	none	30	30	-	MD 0.17 lower (0.49 lower to 0.15 higher)	⊕○○○ Very low	
---	-------------------	---------------------------	-------------	-------------	----------------------	------	----	----	---	--------------------------------------------------	------------------	--

5 芍药汤 vs 美沙拉嗪 5.1 中医证候积分

Certainty assessment							N _o of patients		Effect		Certainty	Importance
N _o of studies	Study design	Risk of bias	Inconsistency	Indirectness	Imprecision	Other considerations	Q1	[comparison]	Relative (95% CI)	Absolute (95% CI)		
1	randomised trials	very serious ^a	not serious	not serious	very serious ^b	none	27	29	-	MD 2.74 lower (3.94 lower to 1.54 lower)	⊕○○○ Very low	
6 白头翁汤 vsSASP 中医症状积分-腹泻												
1	randomised trials	very serious ^c	not serious	not serious	serious ^a	none	17	17	-	MD 1.41 lower (2.33 lower to 0.49 lower)	⊕○○○ Very low	
6 白头翁汤 vsSASP 中医症状积分-粘液脓血便												
1	randomised trials	very serious ^c	not serious	not serious	serious ^a	none	17	17	-	MD 1.24 lower (2.53 lower to 0.05 higher)	⊕○○○ Very low	
6 白头翁汤 vsSASP 中医症状积分-里急后重												
1	randomised trials	very serious ^c	not serious	not serious	serious ^a	none	17	17	-	MD 0.47 higher	⊕○○○ Very low	

Certainty assessment							Nº of patients		Effect		Certainty	Importance
Nº of studies	Study design	Risk of bias	Inconsistency	Indirectness	Imprecision	Other considerations	Q1	[comparison]	Relative (95% CI)	Absolute (95% CI)		
										(0.27 lower to 1.21 higher)		
6 白头翁汤 vs SASP 中医症状积分-腹痛												
1	randomised trials	very serious ^c	not serious	not serious	serious ^a	none	17	17	-	MD 1.06 lower (2.03 lower to 0.09 lower)	⊕○○○ Very low	
7 结肠止泻汤 vs SASP 中医症状积分-腹泻												
1	randomised trials	very serious ^a	not serious	not serious	serious ^b	none	32	30	-	MD 1.22 lower (1.38 lower to 1.06 lower)	⊕○○○ Very low	
7 结肠止泻汤 vs SASP 中医症状积分-黏液脓血便												
1	randomised trials	very serious ^a	not serious	not serious	serious ^b	none	32	30	-	MD 0.39 lower (0.64 lower to	⊕○○○ Very low	

Certainty assessment							Nº of patients		Effect		Certainty	Importance
Nº of studies	Study design	Risk of bias	Inconsistency	Indirectness	Imprecision	Other considerations	Q1	[comparison]	Relative (95% CI)	Absolute (95% CI)		
										0.14 lower)		
7 结肠止泻汤 vs SASP 中医症状积分-腹痛												
1	randomised trials	very serious ^a	not serious	not serious	serious ^b	none	32	30	-	MD 1.1 lower (1.23 lower to 0.97 lower)	⊕○○○ Very low	
7 结肠止泻汤 vs SASP 中医证候总积分												
1	randomised trials	very serious ^a	not serious	not serious	serious ^b	none	32	30	-	MD 4.92 lower (5.23 lower to 4.61 lower)	⊕○○○ Very low	
8 溃结 2 号方 vs 美沙拉嗪 IBDQ 总分												
1	randomised trials	very serious ^a	not serious	not serious	serious ^b	none	49	49	-	MD 33.14 higher (19.79 higher to 46.49)	⊕○○○ Very low	

Certainty assessment							N _o of patients		Effect		Certainty	Importance
N _o of studies	Study design	Risk of bias	Inconsistency	Indirectness	Imprecision	Other considerations	Q1	[comparison]	Relative (95% CI)	Absolute (95% CI)		
										higher)		
9 清热利湿方 vsSASP 中医症状积分-腹泻												
1	randomised trials	very serious ^a	not serious	not serious	serious ^b	none	30	30	-	MD 0.4 lower (0.63 lower to 0.17 lower)	⊕○○○ Very low	
9 清热利湿方 vsSASP 中医症状积分-黏液脓血便												
1	randomised trials	very serious ^a	not serious	not serious	serious ^b	none	30	30	-	MD 0.28 lower (0.46 lower to 0.1 lower)	⊕○○○ Very low	
9 清热利湿方 vsSASP 中医症状积分-里急后重												
1	randomised trials	very serious ^a	not serious	not serious	serious ^b	none	30	30	-	MD 0.27 lower (0.49 lower to 0.05 lower)	⊕○○○ Very low	

Certainty assessment							№ of patients		Effect		Certaint y	Importanc e
№ of studie s	Study design	Risk of bias	Inconsistenc y	Indirectnes s	Imprecisio n	Other consideration s	Q1	[comparison]	Relativ e (95% CI)	Absolut e (95% CI)		
9 清热利湿方 vsSASP 中医症状积分-腹痛												
1	randomise d trials	very serious a	not serious	not serious	seriousb	none	30	30	-	MD 0.33 lower (0.63 lower to 0.03 lower)	⊕○○○ Very low	

CI: confidence interval; MD: mean difference; RR: risk ratio

Explanations

- 事件发生数不足
- 样本量不足
- 随机隐藏、方案注册的实施不明确
- 随机序列、随机隐藏、方案注册实施不明确

问题 2. 中药治疗溃疡性结肠炎的远期疗效如何？

Certainty assessment							Nº of patients		Effect		Certainty	Importance
Nº of studies	Study design	Risk of bias	Inconsistency	Indirectness	Imprecision	Other considerations	Q2	[comparison]	Relative (95% CI)	Absolute (95% CI)		

乌梅丸 vsSASP 远期疗效复发率

Certainty assessment							№ of patients		Effect		Certainty	Importance
№ of studies	Study design	Risk of bias	Inconsistency	Indirectness	Imprecision	Other considerations	Q2	[comparison]	Relative (95% CI)	Absolute (95% CI)		
1	randomised trials	very serious ^a	not serious	not serious	serious ^b	none	4/44 (9.1%)	14/44 (31.8%)	RR 0.29 (0.10 to 0.80)	226 fewer per 1,000 (from 286 fewer to 64 fewer)	⊕○○○ Very low	

溃结汤 vsSASP 远期疗效复发率

1	randomised trials	very serious ^a	not serious	not serious	serious ^b	none	10/35 (28.6%)	14/22 (63.6%)	RR 0.45 (0.24 to 0.83)	350 fewer per 1,000 (from 484 fewer to 108 fewer)	⊕○○○ Very low	
---	-------------------	---------------------------	-------------	-------------	----------------------	------	---------------	---------------	----------------------------------	-------------------------------------------------------------	------------------	--

CI: confidence interval; RR: risk ratio

Explanations

- a. 随机序列、随机隐藏、盲法实施不明确
- b. 事件发生数不足

问题 3.口服中药与口服 5-ASA 制剂联合诱导轻中度活动期溃疡性结肠炎缓解是否较单独使用 5-ASA 制剂疗效更好

Certainty assessment							№ of patients		Effect		Certainty	Importance
№ of studies	Study design	Risk of bias	Inconsistency	Indirectness	Imprecision	Other considerations	Q3	[comparison]	Relative (95% CI)	Absolute (95% CI)		

五味苦参结肠溶胶囊+美沙拉嗪 vs 美沙拉嗪 IBDQ-肠道症状

1	randomised trials	very serious ^a	not serious	not serious	serious ^b	none	43	43	-	MD 9 higher (5.82 higher to 12.18 higher)	⊕○○○ Very low	
---	-------------------	---------------------------	-------------	-------------	----------------------	------	----	----	---	-------------------------------------------	------------------	--

IBDQ-全身症状

1	randomised trials	very serious ^a	not serious	not serious	serious ^b	none	43	43	-	MD 7 higher (5.09 higher to 8.91 higher)	⊕○○○ Very low	
---	-------------------	---------------------------	-------------	-------------	----------------------	------	----	----	---	------------------------------------------	------------------	--

IBDQ-情感能力

1	randomised trials	very serious ^a	not serious	not serious	serious ^b	none	43	43	-	MD 3 higher (3.13 lower to 9.13 higher)	⊕○○○ Very low	
---	-------------------	---------------------------	-------------	-------------	----------------------	------	----	----	---	-----------------------------------------	------------------	--

IBDQ-社会能力

Certainty assessment							N ₂ of patients		Effect		Certainty	Importance
N ₂ of studies	Study design	Risk of bias	Inconsistency	Indirectness	Imprecision	Other considerations	Q3	[comparison]	Relative (95% CI)	Absolute (95% CI)		
1	randomised trials	very serious ^a	very serious ^a	not serious	serious ^b	none	43	43	-	MD 1 higher (3.02 lower to 5.02 higher)	⊕○○○ Very low	

清肠化瘀胶囊+美沙拉嗪 vs 美沙拉嗪 中医症状积分-腹泻

1	randomised trials	very serious ^a	not serious	not serious	serious ^b	none	35	35	-	MD 1.21 lower (1.74 lower to 0.68 lower)	⊕○○○ Very low	
---	-------------------	---------------------------	-------------	-------------	----------------------	------	----	----	---	-------------------------------------------------	------------------	--

中医症状积分-粘液脓血便

1	randomised trials	very serious ^a	not serious	not serious	serious ^b	none	35	35	-	MD 0.58 lower (1.18 lower to 0.02 higher)	⊕○○○ Very low	
---	-------------------	---------------------------	-------------	-------------	----------------------	------	----	----	---	--------------------------------------------------	------------------	--

中医症状积分-里急后重

1	randomised trials	very serious ^a	not serious	not serious	serious ^b	none	35	35	-	MD 0.82 lower (1.45	⊕○○○ Very low	
---	-------------------	---------------------------	-------------	-------------	----------------------	------	----	----	---	----------------------------	------------------	--

Certainty assessment							№ of patients		Effect		Certainty	Importance
№ of studies	Study design	Risk of bias	Inconsistency	Indirectness	Imprecision	Other considerations	Q3	[comparison]	Relative (95% CI)	Absolute (95% CI)		
										lower to 0.19 lower)		
中医症状积分-腹痛												
1	randomised trials	very serious ^a	not serious	not serious	serious ^b	none	35	35	-	MD 1.02 lower (1.74 lower to 0.3 lower)	⊕○○○ Very low	
中医证候总积分												
1	randomised trials	very serious ^a	not serious	not serious	serious ^b	none	35	35	-	MD 4.81 lower (6.95 lower to 2.67 lower)	⊕○○○ Very low	
虎地肠溶胶囊+美沙拉嗪 vs 美沙拉嗪+安慰剂 黏液脓血便消失率												
1	randomised trials	not serious	not serious	not serious	serious ^c	none	71/94 (75.5%)	49/85 (57.6%)	RR 1.31 (1.06 to 1.63)	179 more per 1,000 (from 35 more to 363)	⊕⊕⊕○ Moderate	

Certainty assessment							№ of patients		Effect		Certainty	Importance
№ of studies	Study design	Risk of bias	Inconsistency	Indirectness	Imprecision	Other considerations	Q3	[comparison]	Relative (95% CI)	Absolute (95% CI)		
										more)		
虎地肠溶胶囊+美沙拉嗪 vs 美沙拉嗪+安慰剂 里急后重消失率												
1	randomised trials	not serious	not serious	not serious	serious ^c	none	61/91 (67.0%)	38/78 (48.7%)	RR 1.38 (1.05 to 1.80)	185 more per 1,000 (from 24 more to 390 more)	⊕⊕⊕○ Moderate	

CI: confidence interval; MD: mean difference

Explanations

- a. 随机序列、随机隐藏、盲法实施均不明确
- b. 样本量不足
- c. 样本量不足

问题 4.口服中药是否可以诱导轻中度活动期溃疡性结肠炎缓解

Certainty assessment							№ of patients		Effect		Certainty	Importance
№ of studies	Study design	Risk of bias	Inconsistency	Indirectness	Imprecision	Other considerations	Q4	[comparison]	Relative (95% CI)	Absolute (95% CI)		

Certainty assessment							N ₂ of patients		Effect		Certainty	Importance
N ₂ of studies	Study design	Risk of bias	Inconsistency	Indirectness	Imprecision	Other considerations	Q4	[comparison]	Relative (95% CI)	Absolute (95% CI)		

五味苦参肠溶胶囊+PLA vs 美沙拉嗪+PLA 中医证候总积分

1	randomised trials	not serious	not serious	not serious	serious ^a	none	100	36	-	MD 1.46 lower (2.92 lower to 0)	⊕⊕⊕○ Moderate	
---	-------------------	-------------	-------------	-------------	----------------------	------	-----	----	---	----------------------------------------	------------------	--

溃结宁 vsSASP 中医症状积分-腹泻

1	randomised trials	very serious ^b	not serious	not serious	serious ^a	none	30	30	-	MD 0.34 lower (0.64 lower to 0.04 lower)	⊕○○○ Very low	
---	-------------------	---------------------------	-------------	-------------	----------------------	------	----	----	---	-------------------------------------------------	------------------	--

中医症状积分-粘液脓血便

1	randomised trials	very serious ^b	not serious	not serious	serious ^a	none	30	30	-	MD 0.2 lower (0.51 lower to 0.11 higher)	⊕○○○ Very low	
---	-------------------	---------------------------	-------------	-------------	----------------------	------	----	----	---	-------------------------------------------------	------------------	--

中医症状积分-里急后重

1	randomised trials	very serious	not serious	not serious	serious ^a	none	30	30	-	MD 0.37 lower	⊕○○○ Very low	
---	-------------------	--------------	-------------	-------------	----------------------	------	----	----	---	----------------------	------------------	--

Certainty assessment							N _o of patients		Effect		Certainty	Importance
N _o of studies	Study design	Risk of bias	Inconsistency	Indirectness	Imprecision	Other considerations	Q4	[comparison]	Relative (95% CI)	Absolute (95% CI)		
		b								(0.69 lower to 0.05 lower)		

中医症状积分-腹痛

1	randomised trials	very serious ^b	not serious	not serious	serious ^a	none	30	30	-	MD 0.17 lower (0.49 lower to 0.15 higher)	⊕○○○ Very low	
---	-------------------	---------------------------	-------------	-------------	----------------------	------	----	----	---	--------------------------------------------------	------------------	--

清肠温中方+PLA vs 美沙拉嗪+PLA 临床有效率（改良 mayo）

1	randomised trials	serious ^c	not serious	not serious	serious ^d	none	26/29 (89.7%)	28/32 (87.5%)	RR 1.02 (0.86 to 1.23)	18 more per 1,000 (from 123 fewer to 201 more)	⊕⊕○○ Low	
---	-------------------	----------------------	-------------	-------------	----------------------	------	---------------	---------------	-------------------------------	-------------------------------------------------------	-------------	--

健脾清肠汤 vs 美沙拉嗪 IBDQ 总分

1	randomised trials	serious ^c	not serious	not serious	serious ^a	none	57	58	-	MD 12.6 higher (2.25)	⊕⊕○○ Low	
---	-------------------	----------------------	-------------	-------------	----------------------	------	----	----	---	------------------------------	-------------	--

Certainty assessment							N ₂ of patients		Effect		Certainty	Importance
N ₂ of studies	Study design	Risk of bias	Inconsistency	Indirectness	Imprecision	Other considerations	Q4	[comparison]	Relative (95% CI)	Absolute (95% CI)		
										higher to 22.95 higher)		
红藤肠安汤 vs 美沙拉嗪 肠镜疗效 (Baron) 缓解 治愈												
1	randomised trials	serious _d	not serious	not serious	serious ^e	none	13/44 (29.5%)	15/42 (35.7%)	RR 0.83 (0.45 to 1.52)	61 fewer per 1,000 (from 196 fewer to 186 more)	⊕⊕○○ Low	
红藤肠安汤 vs 美沙拉嗪 肠镜疗效 (Baron) 有效												
1	randomised trials	serious _d	not serious	not serious	serious ^e	none	14/44 (31.8%)	12/42 (28.6%)	RR 1.11 (0.58 to 2.12)	31 more per 1,000 (from 120 fewer to 320 more)	⊕⊕○○ Low	
红藤肠安汤 vs 美沙拉嗪 肠镜疗效 (Baron) 无效												
1	randomised trials	serious _d	not serious	not serious	serious ^e	none	17/44 (38.6%)	15/42 (35.7%)	RR 1.08 (0.62 to	29 more per	⊕⊕○○ Low	

Certainty assessment							№ of patients		Effect		Certainty	Importance
№ of studies	Study design	Risk of bias	Inconsistency	Indirectness	Imprecision	Other considerations	Q4	[comparison]	Relative (95% CI)	Absolute (95% CI)		
									1.88)	1,000 (from 136 fewer to 314 more)		

CI: confidence interval; **MD:** mean difference; **RR:** risk ratio

Explanations

- a. 样本量不足
- b. 随机序列、随机隐藏、盲法等实施不明确
- c. 随机隐藏、盲法实施不明确
- d. 事件发生数不足
- e. 事件发生数不足

问题 5. 中药灌肠治疗轻中度活动期溃疡性结肠炎是否可以改善临床症状

Certainty assessment							№ of patients		Effect		Certainty	Importance
№ of studies	Study design	Risk of bias	Inconsistency	Indirectness	Imprecision	Other considerations	Q5	[comparison]	Relative (95% CI)	Absolute (95% CI)		

康复新液 vs 美沙拉嗪 IBDQ 评分

Certainty assessment							№ of patients		Effect		Certainty	Importance
№ of studies	Study design	Risk of bias	Inconsistency	Indirectness	Imprecision	Other considerations	Q5	[comparison]	Relative (95% CI)	Absolute (95% CI)		
1	randomised trials	not serious	not serious	not serious	serious ^a	none	38	39	-	MD 9.1 higher (4.08 higher to 14.12 higher)	⊕⊕⊕○ Moderate	

锡类散 vs 美沙拉嗪 腹泻消失率

1	randomised trials	serious ^b	not serious	not serious	very serious ^{c,d}	none	18/25 (72.0%)	16/23 (69.6%)	RR 1.03 (0.72 to 1.49)	21 more per 1,000 (from 195 fewer to 341 more)	⊕○○○ Very low	
---	-------------------	----------------------	-------------	-------------	-----------------------------	------	---------------	---------------	------------------------	------------------------------------------------	------------------	--

腹痛消失率

1	randomised trials	serious ^b	not serious	not serious	very serious ^{c,d}	none	21/25 (84.0%)	16/23 (69.6%)	RR 1.21 (0.88 to 1.66)	146 more per 1,000 (from 83 fewer to 459 more)	⊕○○○ Very low	
---	-------------------	----------------------	-------------	-------------	-----------------------------	------	---------------	---------------	------------------------	------------------------------------------------	------------------	--

黏液脓血便消失率

Certainty assessment							N _o of patients		Effect		Certainty	Importance
N _o of studies	Study design	Risk of bias	Inconsistency	Indirectness	Imprecision	Other considerations	Q5	[comparison]	Relative (95% CI)	Absolute (95% CI)		
1	randomised trials	serious ^b	not serious	not serious	very serious ^{c,d}	none	19/25 (76.0%)	18/23 (78.3%)	RR 0.97 (0.71 to 1.32)	23 fewer per 1,000 (from 227 fewer to 250 more)	⊕○○○ Very low	

白头翁汤 vsSASP 中医症状积分-腹泻

1	randomised trials	very serious ^c	not serious	not serious	serious ^a	none	17	17	-	MD 1.41 lower (2.33 lower to 0.49 lower)	⊕○○○ Very low	
---	-------------------	---------------------------	-------------	-------------	----------------------	------	----	----	---	-------------------------------------------------	------------------	--

中医症状积分-粘液脓血便

1	randomised trials	very serious ^c	not serious	not serious	serious ^a	none	17	17	-	MD 1.24 lower (2.53 lower to 0.05 higher)	⊕○○○ Very low	
---	-------------------	---------------------------	-------------	-------------	----------------------	------	----	----	---	--------------------------------------------------	------------------	--

中医症状积分-里急后重

1	randomise	very	not serious	not serious	serious ^a	none	17	17	-	MD 0.47	⊕○○○	
---	-----------	------	-------------	-------------	----------------------	------	----	----	---	----------------	------	--

Certainty assessment							N _o of patients		Effect		Certainty	Importance
N _o of studies	Study design	Risk of bias	Inconsistency	Indirectness	Imprecision	Other considerations	Q5	[comparison]	Relative (95% CI)	Absolute (95% CI)		
	d trials	serious ^e								higher (0.27 lower to 1.21 higher)	Very low	

中医症状积分-腹痛

1	randomised trials	very serious ^e	not serious	not serious	serious ^a	none	17	17	-	MD 1.06 lower (2.03 lower to 0.09 lower)	⊕○○○ Very low	
---	-------------------	---------------------------	-------------	-------------	----------------------	------	----	----	---	----------------------------------------------------	------------------	--

中医证候总积分

2	randomised trials	very serious ^e	not serious	not serious	serious ^a	none	80	80	-	MD 5.61 lower (7.46 lower to 3.76 lower)	⊕○○○ Very low	
---	-------------------	---------------------------	-------------	-------------	----------------------	------	----	----	---	----------------------------------------------------	------------------	--

白头翁汤 vs 美沙拉嗪 中医症状积分-腹泻

2	randomised trials	very serious ^e	very serious ^f	not serious	serious ^a	none	52	48	-	MD 0.87 lower (1.22 lower to 0.42 lower)	⊕○○○ Very low	
---	-------------------	---------------------------	---------------------------	-------------	----------------------	------	----	----	---	----------------------------------------------------	------------------	--

Certainty assessment							№ of patients		Effect		Certainty	Importance
№ of studies	Study design	Risk of bias	Inconsistency	Indirectness	Imprecision	Other considerations	Q5	[comparison]	Relative (95% CI)	Absolute (95% CI)		
										0.51 lower)		

中医症状积分-粘液脓血便

2	randomised trials	very serious ^e	very serious ^f	not serious	serious ^a	none	52	48	-	MD 1.23 lower (1.68 lower to 0.77 lower)	⊕○○○ Very low	
---	-------------------	---------------------------	---------------------------	-------------	----------------------	------	----	----	---	-------------------------------------------------	------------------	--

中医症状积分-里急后重

1	randomised trials	very serious ^e	not serious	not serious	serious ^a	none	30	30	-	MD 1.6 lower (1.92 lower to 1.28 lower)	⊕○○○ Very low	
---	-------------------	---------------------------	-------------	-------------	----------------------	------	----	----	---	------------------------------------------------	------------------	--

中医症状积分-腹痛

1	randomised trials	very serious ^e	not serious	not serious	serious ^a	none	30	30	-	MD 0.66 lower (0.89 lower to 0.43 lower)	⊕○○○ Very low	
---	-------------------	---------------------------	-------------	-------------	----------------------	------	----	----	---	-------------------------------------------------	------------------	--

Certainty assessment							N _o of patients		Effect		Certainty	Importance
N _o of studies	Study design	Risk of bias	Inconsistency	Indirectness	Imprecision	Other considerations	Q5	[comparison]	Relative (95% CI)	Absolute (95% CI)		

黄葵敛肠方 vs 美沙拉嗪 改良 mayo 评分

1	randomised trials	serious ^b	not serious	not serious	serious ^a	none	30	27	-	MD 0.57 higher (0.46 lower to 1.6 higher)	⊕⊕○○ Low	
---	-------------------	----------------------	-------------	-------------	----------------------	------	----	----	---	--------------------------------------------------	-------------	--

CI: confidence interval; MD: mean difference; RR: risk ratio

Explanations

- a. 样本量不足
- b. 随机隐藏、盲法实施不明确
- c. 事件发生数不足
- d. 置信区间跨无效线
- e. 随机序列生成、随机隐藏、盲法等实施不明确
- f. 研究间存在较大统计学异质性

问题 6. 单独服用中药能否能维持溃疡性结肠炎缓解

Certainty assessment							N _o of patients	Effect	Certainty	Importance
----------------------	--	--	--	--	--	--	----------------------------	--------	-----------	------------

N ₂ of studies	Study design	Risk of bias	Inconsistency	Indirectness	Imprecision	Other considerations	Q6	[comparison]	Relative (95% CI)	Absolute (95% CI)		
---------------------------	--------------	--------------	---------------	--------------	-------------	----------------------	----	--------------	-------------------	-------------------	--	--

芍药汤 vs 美沙拉嗪 中医证候总积分

1	randomised trials	very serious ^a	not serious	not serious	very serious ^b	none	27	29	-	MD 2.74 lower (3.94 lower to 1.54 lower)	⊕○○○ Very low	
---	-------------------	---------------------------	-------------	-------------	---------------------------	------	----	----	---	-------------------------------------------------	------------------	--

五味苦参肠溶胶囊+PLA vs 美沙拉嗪+PLA 临床缓解率 (改良 mayo)

1	randomised trials	not serious	not serious	not serious	serious ^c	none	97/205 (47.3%)	33/62 (53.2%)	RR 0.89 (0.68 to 1.17)	59 fewer per 1,000 (from 170 fewer to 90 more)	⊕⊕⊕○ Moderate	
---	-------------------	-------------	-------------	-------------	----------------------	------	----------------	---------------	-------------------------------	-------------------------------------------------------	------------------	--

五味苦参肠溶胶囊+PLA vs 美沙拉嗪+PLA 改良 mayo 评分

1	randomised trials	not serious	not serious	not serious	serious ^b	none	205	62	-	MD 0.48 lower (1.28 lower to 0.32 higher)	⊕⊕⊕○ Moderate	
---	-------------------	-------------	-------------	-------------	----------------------	------	-----	----	---	--------------------------------------------------	------------------	--

五味苦参肠溶胶囊+PLA vs 美沙拉嗪+PLA 中医证候总积分

1	randomised trials	not serious	not serious	not serious	serious ^b	none	100	36	-	MD 1.46 lower	⊕⊕⊕○ Moderate	
---	-------------------	-------------	-------------	-------------	----------------------	------	-----	----	---	----------------------	------------------	--

Certainty assessment							N _o of patients		Effect		Certainty	Importance
N _o of studies	Study design	Risk of bias	Inconsistency	Indirectness	Imprecision	Other considerations	Q6	[comparison]	Relative (95% CI)	Absolute (95% CI)		
										(2.92 lower to 0)		

清肠温中方+PLA vs 美沙拉嗪+PLA 肠镜疗效 (Baron) 缓解 治愈

1	randomised trials	serious _d	not serious	not serious	serious ^c	none	7/29 (24.1%)	4/32 (12.5%)	RR 1.93 (0.63 to 5.92)	116 more per 1,000 (from 46 fewer to 615 more)	⊕⊕○○ Low	
---	-------------------	----------------------	-------------	-------------	----------------------	------	--------------	--------------	----------------------------------	----------------------------------------------------------	-------------	--

清肠温中方+PLA vs 美沙拉嗪+PLA 肠镜疗效 (Baron) 显效

1	randomised trials	serious _d	not serious	not serious	serious ^c	none	3/29 (10.3%)	4/32 (12.5%)	RR 0.83 (0.20 to 3.39)	21 fewer per 1,000 (from 100 fewer to 299 more)	⊕⊕○○ Low	
---	-------------------	----------------------	-------------	-------------	----------------------	------	--------------	--------------	----------------------------------	-----------------------------------------------------------	-------------	--

清肠温中方+PLA vs 美沙拉嗪+PLA 肠镜疗效 (Baron) 有效

1	randomised trials	serious _d	not serious	not serious	serious ^c	none	11/29 (37.9%)	11/32 (34.4%)	RR 1.10 (0.57 to 2.15)	34 more per 1,000	⊕⊕○○ Low	
---	-------------------	----------------------	-------------	-------------	----------------------	------	---------------	---------------	----------------------------------	--------------------------	-------------	--

Certainty assessment							N ₂ of patients		Effect		Certainty	Importance
N ₂ of studies	Study design	Risk of bias	Inconsistency	Indirectness	Imprecision	Other considerations	Q6	[comparison]	Relative (95% CI)	Absolute (95% CI)		
										(from 148 fewer to 395 more)		

清肠温中方+PLA vs 美沙拉嗪+PLA 肠镜疗效 (Baron) 无效

1	randomised trials	serious ^d	not serious	not serious	serious ^c	none	8/29 (27.6%)	13/32 (40.6%)	RR 0.68 (0.33 to 1.40)	130 fewer per 1,000 (from 272 fewer to 162 more)	⊕⊕○○ Low	
---	-------------------	----------------------	-------------	-------------	----------------------	------	--------------	---------------	----------------------------------	------------------------------------------------------------	-------------	--

乌梅丸 vs SASP 远期疗效复发率 (6 个月)

1	randomised trials	very serious ^a	not serious	not serious	serious ^c	none	4/44 (9.1%)	14/44 (31.8%)	RR 0.29 (0.10 to 0.80)	226 fewer per 1,000 (from 286 fewer to 64 fewer)	⊕○○○ Very low	
---	-------------------	---------------------------	-------------	-------------	----------------------	------	-------------	---------------	----------------------------------	------------------------------------------------------------	------------------	--

溃结宁 vs SASP 中医症状积分-腹泻

Certainty assessment							N ₂ of patients		Effect		Certainty	Importance
N ₂ of studies	Study design	Risk of bias	Inconsistency	Indirectness	Imprecision	Other considerations	Q6	[comparison]	Relative (95% CI)	Absolute (95% CI)		
1	randomised trials	very serious ^a	not serious	not serious	serious ^b	none	30	30	-	MD 0.34 lower (0.64 lower to 0.04 lower)	⊕○○○ Very low	

溃结宁 vsSASP 中医症状积分-粘液脓血便

1	randomised trials	very serious ^a	not serious	not serious	serious ^b	none	30	30	-	MD 0.2 lower (0.51 lower to 0.11 higher)	⊕○○○ Very low	
---	-------------------	---------------------------	-------------	-------------	----------------------	------	----	----	---	-------------------------------------------------	------------------	--

溃结宁 vsSASP 中医症状积分-里急后重

1	randomised trials	very serious ^a	not serious	not serious	serious ^b	none	30	30	-	MD 0.37 lower (0.69 lower to 0.05 lower)	⊕○○○ Very low	
---	-------------------	---------------------------	-------------	-------------	----------------------	------	----	----	---	-------------------------------------------------	------------------	--

溃结宁 vsSASP 中医症状积分-腹痛

1	randomised trials	very serious ^a	not serious	not serious	serious ^b	none	30	30	-	MD 0.17 lower (0.49 lower to 0.15 higher)	⊕○○○ Very low	
---	-------------------	---------------------------	-------------	-------------	----------------------	------	----	----	---	--------------------------------------------------	------------------	--

Certainty assessment							Nº of patients		Effect		Certainty	Importance
Nº of studies	Study design	Risk of bias	Inconsistency	Indirectness	Imprecision	Other considerations	Q6	[comparison]	Relative (95% CI)	Absolute (95% CI)		
										lower to 0.15 higher)		

清热利湿方 vsSASP 中医症状积分-腹泻

1	randomised trials	very serious ^a	not serious	not serious	serious ^b	none	30	30	-	MD 0.4 lower (0.63 lower to 0.17 lower)	⊕○○○ Very low	
---	-------------------	---------------------------	-------------	-------------	----------------------	------	----	----	---	------------------------------------------------	------------------	--

清热利湿方 vsSASP 中医症状积分-黏液脓血便

1	randomised trials	very serious ^a	not serious	not serious	serious ^b	none	30	30	-	MD 0.28 lower (0.46 lower to 0.1 lower)	⊕○○○ Very low	
---	-------------------	---------------------------	-------------	-------------	----------------------	------	----	----	---	------------------------------------------------	------------------	--

清热利湿方 vsSASP 中医症状积分-里急后重

1	randomised trials	very serious ^a	not serious	not serious	serious ^b	none	30	30	-	MD 0.27 lower (0.49 lower to 0.05 lower)	⊕○○○ Very low	
---	-------------------	---------------------------	-------------	-------------	----------------------	------	----	----	---	-------------------------------------------------	------------------	--

Certainty assessment							N _o of patients		Effect		Certainty	Importance
N _o of studies	Study design	Risk of bias	Inconsistency	Indirectness	Imprecision	Other considerations	Q6	[comparison]	Relative (95% CI)	Absolute (95% CI)		

清热利湿方 vsSASP 中医症状积分-腹痛

1	randomised trials	very serious ^a	not serious	not serious	serious ^b	none	30	30	-	MD 0.33 lower (0.63 lower to 0.03 lower)	⊕○○○ Very low	
---	-------------------	---------------------------	-------------	-------------	----------------------	------	----	----	---	-------------------------------------------------	------------------	--

清热利湿方 vsSASP 中医证候总积分

1	randomised trials	very serious ^a	not serious	not serious	serious ^b	none	30	30	-	MD 1.15 lower (2.12 lower to 0.18 lower)	⊕○○○ Very low	
---	-------------------	---------------------------	-------------	-------------	----------------------	------	----	----	---	-------------------------------------------------	------------------	--

红藤肠安汤 vs 美沙拉嗪 肠镜疗效 (Baron) 缓解 治愈

1	randomised trials	serious ^d	not serious	not serious	serious ^c	none	13/44 (29.5%)	15/42 (35.7%)	RR 0.83 (0.45 to 1.52)	61 fewer per 1,000 (from 196 fewer to 186 more)	⊕⊕○○ Low	
---	-------------------	----------------------	-------------	-------------	----------------------	------	---------------	---------------	-------------------------------	--------------------------------------------------------	-------------	--

红藤肠安汤 vs 美沙拉嗪 肠镜疗效 (Baron) 有效

Certainty assessment							N _o of patients		Effect		Certainty	Importance
N _o of studies	Study design	Risk of bias	Inconsistency	Indirectness	Imprecision	Other considerations	Q6	[comparison]	Relative (95% CI)	Absolute (95% CI)		
1	randomised trials	serious ^d	not serious	not serious	serious ^c	none	14/44 (31.8%)	12/42 (28.6%)	RR 1.11 (0.58 to 2.12)	31 more per 1,000 (from 120 fewer to 320 more)	⊕⊕○○ Low	

红藤肠安汤 vs 美沙拉嗪 肠镜疗效 (Baron) 无效

1	randomised trials	serious ^d	not serious	not serious	serious ^c	none	17/44 (38.6%)	15/42 (35.7%)	RR 1.08 (0.62 to 1.88)	29 more per 1,000 (from 136 fewer to 314 more)	⊕⊕○○ Low	
---	-------------------	----------------------	-------------	-------------	----------------------	------	---------------	---------------	-------------------------------	-------------------------------------------------------	-------------	--

结肠止泻汤 vs SASP 中医症状积分-腹泻

1	randomised trials	very serious ^a	not serious	not serious	serious ^b	none	32	30	-	MD 1.22 lower (1.38 lower to 1.06 lower)	⊕○○○ Very low	
---	-------------------	---------------------------	-------------	-------------	----------------------	------	----	----	---	-------------------------------------------------	------------------	--

结肠止泻汤 vs SASP 中医症状积分-黏液脓血便

Certainty assessment							N ₂ of patients		Effect		Certainty	Importance
N ₂ of studies	Study design	Risk of bias	Inconsistency	Indirectness	Imprecision	Other considerations	Q6	[comparison]	Relative (95% CI)	Absolute (95% CI)		
1	randomised trials	very serious ^a	not serious	not serious	serious ^b	none	32	30	-	MD 0.39 lower (0.64 lower to 0.14 lower)	⊕○○○ Very low	

结肠止泻汤 vs SASP 中医症状积分-腹痛

1	randomised trials	very serious ^a	not serious	not serious	serious ^b	none	32	30	-	MD 1.1 lower (1.23 lower to 0.97 lower)	⊕○○○ Very low	
---	-------------------	---------------------------	-------------	-------------	----------------------	------	----	----	---	------------------------------------------------	------------------	--

结肠止泻汤 vs SASP 中医证候总积分

1	randomised trials	very serious ^a	not serious	not serious	serious ^b	none	32	30	-	MD 4.92 lower (5.23 lower to 4.61 lower)	⊕○○○ Very low	
---	-------------------	---------------------------	-------------	-------------	----------------------	------	----	----	---	-------------------------------------------------	------------------	--

芪仙苡酱煎 vs 美沙拉嗪 中医症状积分-腹泻

1	randomised trials	serious ^d	not serious	not serious	serious ^b	none	52	53	-	MD 0.31 lower (0.56 lower to 0.06 lower)	⊕⊕○○ Low	
---	-------------------	----------------------	-------------	-------------	----------------------	------	----	----	---	-------------------------------------------------	-------------	--

Certainty assessment							N _o of patients		Effect		Certainty	Importance
N _o of studies	Study design	Risk of bias	Inconsistency	Indirectness	Imprecision	Other considerations	Q6	[comparison]	Relative (95% CI)	Absolute (95% CI)		
										lower to 0.06 lower)		

芪仙苡酱煎 vs 美沙拉嗪 中医症状积分-黏液脓血便

1	randomised trials	serious _d	not serious	not serious	serious ^b	none	52	53	-	MD 0.23 lower (0.43 lower to 0.03 lower)	⊕⊕○○ Low	
---	-------------------	----------------------	-------------	-------------	----------------------	------	----	----	---	-------------------------------------------------	-------------	--

芪仙苡酱煎 vs 美沙拉嗪 中医证候总积分

1	randomised trials	serious _d	not serious	not serious	serious ^b	none	52	53	-	MD 1.64 lower (2.35 lower to 0.93 lower)	⊕⊕○○ Low	
---	-------------------	----------------------	-------------	-------------	----------------------	------	----	----	---	-------------------------------------------------	-------------	--

溃结 2 号方 vs 美沙拉嗪 IBDQ 总分

1	randomised trials	very serious ^a	not serious	not serious	serious ^b	none	49	49	-	MD 33.14 higher (19.79 higher to 46.49)	⊕○○○ Very low	
---	-------------------	---------------------------	-------------	-------------	----------------------	------	----	----	---	------------------------------------------------	------------------	--

Certainty assessment							N ₂ of patients		Effect		Certainty	Importance
N ₂ of studies	Study design	Risk of bias	Inconsistency	Indirectness	Imprecision	Other considerations	Q6	[comparison]	Relative (95% CI)	Absolute (95% CI)		
										higher)		

CI: confidence interval; MD: mean difference; RR: risk ratio

Explanations

- a. 随机序列生成、随机隐藏、盲法实施等不明确
- b. 样本量不足
- c. 事件发生数不足
- d. 随机隐藏与盲法实施不明确

问题 7. 中药栓剂治疗轻中度活动期溃疡性结肠炎是否可以改善临床症状

Certainty assessment							N ₂ of patients		Effect		Certainty	Importance
N ₂ of studies	Study design	Risk of bias	Inconsistency	Indirectness	Imprecision	Other considerations	Q7	[comparison]	Relative (95% CI)	Absolute (95% CI)		

清肠栓 vsSASP 远期疗效复发率

1	randomised trials	serious ^a	not serious	not serious	serious ^b	none	4/47 (8.5%)	11/47 (23.4%)	RR 0.36 (0.12 to 1.06)	150 fewer per 1,000 (from 206 fewer to	⊕⊕○○ Low	
---	-------------------	----------------------	-------------	-------------	----------------------	------	-------------	---------------	------------------------	----------------------------------------	-------------	--

Certainty assessment							N ₂ of patients		Effect		Certainty	Importance
N ₂ of studies	Study design	Risk of bias	Inconsistency	Indirectness	Imprecision	Other considerations	Q7	[comparison]	Relative (95% CI)	Absolute (95% CI)		
										14 more)		

清肠栓 vsSASP 中医症状总积分

1	randomised trials	serious ^a	not serious	not serious	serious ^c	none	30	30	-	MD 0.67 higher (0.38 lower to 1.72 higher)	⊕⊕○○ Low	
---	-------------------	----------------------	-------------	-------------	----------------------	------	----	----	---	---------------------------------------------------	-------------	--

清肠栓 vsSASP 中医症状积分-腹痛

1	randomised trials	serious ^a	not serious	not serious	serious ^c	none	30	30	-	MD 0.3 higher (0.03 higher to 0.57 higher)	⊕⊕○○ Low	
---	-------------------	----------------------	-------------	-------------	----------------------	------	----	----	---	---------------------------------------------------	-------------	--

清肠栓 vsSASP 中医症状积分-黏液脓血便

1	randomised trials	serious ^a	not serious	not serious	serious ^c	none	30	30	-	MD 0.27 lower (0.56 lower to 0.02 higher)	⊕⊕○○ Low	
---	-------------------	----------------------	-------------	-------------	----------------------	------	----	----	---	--------------------------------------------------	-------------	--

清肠栓 vsSASP 中医症状积分-里急后重

Certainty assessment							N ₂ of patients		Effect		Certainty	Importance
N ₂ of studies	Study design	Risk of bias	Inconsistency	Indirectness	Imprecision	Other considerations	Q7	[comparison]	Relative (95% CI)	Absolute (95% CI)		
1	randomised trials	serious ^a	not serious	not serious	serious ^c	none	30	30	-	MD 0.1 higher (0.15 lower to 0.35 higher)	⊕⊕○○ Low	

榆白缓释栓+美沙拉嗪 vs 美沙拉嗪 中医症状积分

1	randomised trials	serious ^a	not serious	not serious	serious ^c	none	14	14	-	MD 1.6 higher (0.55 lower to 3.75 higher)	⊕⊕○○ Low	
---	-------------------	----------------------	-------------	-------------	----------------------	------	----	----	---	--------------------------------------------------	-------------	--

CI: confidence interval; MD: mean difference; RR: risk ratio

Explanations

- a. 随机隐藏与盲法实施不明确
- b. 事件发生数不足
- c. 样本量不足

问题 8.使用中药灌肠是否可以诱导轻中度活动期直肠型溃疡性结肠炎缓解

Certainty assessment							N _o of patients		Effect		Certainty	Importance
N _o of studies	Study design	Risk of bias	Inconsistency	Indirectness	Imprecision	Other considerations	Q5	[comparison]	Relative (95% CI)	Absolute (95% CI)		

锡类散 vs 美沙拉嗪 腹泻消失率

1	randomised trials	serious ^b	not serious	not serious	very serious ^{a,b}	none	18/25 (72.0%)	16/23 (69.6%)	RR 1.03 (0.72 to 1.49)	21 more per 1,000 (from 195 fewer to 341 more)	⊕○○○ Very low	
---	-------------------	----------------------	-------------	-------------	-----------------------------	------	---------------	---------------	----------------------------------	----------------------------------------------------------	------------------	--

腹痛消失率

1	randomised trials	serious ^b	not serious	not serious	very serious ^{a,b}	none	21/25 (84.0%)	16/23 (69.6%)	RR 1.21 (0.88 to 1.66)	146 more per 1,000 (from 83 fewer to 459 more)	⊕○○○ Very low	
---	-------------------	----------------------	-------------	-------------	-----------------------------	------	---------------	---------------	----------------------------------	----------------------------------------------------------	------------------	--

黏液脓血便消失率

1	randomised trials	serious ^b	not serious	not serious	very serious ^{a,b}	none	19/25 (76.0%)	18/23 (78.3%)	RR 0.97 (0.71 to 1.32)	23 fewer per 1,000 (from 227 fewer to 250 more)	⊕○○○ Very low	
---	-------------------	----------------------	-------------	-------------	-----------------------------	------	---------------	---------------	----------------------------------	-----------------------------------------------------------	------------------	--

Certainty assessment							№ of patients		Effect		Certainty	Importance
№ of studies	Study design	Risk of bias	Inconsistency	Indirectness	Imprecision	Other considerations	Q5	[comparison]	Relative (95% CI)	Absolute (95% CI)		
										more)		

CI: confidence interval; MD: mean difference; RR: risk ratio

Explanations

a. 事件发生数不足

b. 置信区间跨无效线

问题 9.口服中药与口服西药联合缓解轻中度活动期溃疡性结肠炎临床症状是否比单独口服西药更具优势

Certainty assessment							№ of patients		Effect		Certainty	Importance
№ of studies	Study design	Risk of bias	Inconsistency	Indirectness	Imprecision	Other considerations	Q9	[comparison]	Relative (95% CI)	Absolute (95% CI)		

白头翁汤+美沙拉嗪 vs 美沙拉嗪 腹泻消失率

1	randomised trials	very serious ^a	not serious	not serious	serious ^b	none	59/62 (95.2%)	53/64 (82.8%)	RR 1.15 (1.01 to 1.30)	124 more per 1,000 (from 8 more to 248 more)	⊕○○○ Very low	
---	-------------------	---------------------------	-------------	-------------	----------------------	------	---------------	---------------	------------------------	----------------------------------------------	------------------	--

白头翁汤+美沙拉嗪 vs 美沙拉嗪 腹痛消失率

Certainty assessment							№ of patients		Effect		Certainty	Importance
№ of studies	Study design	Risk of bias	Inconsistency	Indirectness	Imprecision	Other considerations	Q9	[comparison]	Relative (95% CI)	Absolute (95% CI)		
1	randomised trials	very serious ^a	not serious	not serious	serious ^b	none	64/67 (95.5%)	54/66 (81.8%)	RR 1.17 (1.03 to 1.32)	139 more per 1,000 (from 25 more to 262 more)	⊕○○○ Very low	

白头翁汤+美沙拉嗪 vs 美沙拉嗪 黏液脓血便消失率

1	randomised trials	very serious ^a	not serious	not serious	very serious ^{b,c}	none	49/58 (84.5%)	44/55 (80.0%)	RR 1.06 (0.89 to 1.25)	48 more per 1,000 (from 88 fewer to 200 more)	⊕○○○ Very low	
---	-------------------	---------------------------	-------------	-------------	-----------------------------	------	---------------	---------------	-------------------------------	------------------------------------------------------	------------------	--

云南白药+SASPvsSASP 中医症状积分-黏液脓血便

1	randomised trials	serious ^d	not serious	not serious	serious ^e	none	30	30	-	MD 0.79 lower (0.87 lower to 0.71 lower)	⊕⊕○○ Low	
---	-------------------	----------------------	-------------	-------------	----------------------	------	----	----	---	-------------------------------------------------	-------------	--

柴芍六君颗粒+SASPvsSASP 中医症状积分-腹泻

1	randomised	very	not serious	not serious	serious ^e	none	30	30	-	MD 1.62	⊕○○○	
---	------------	------	-------------	-------------	----------------------	------	----	----	---	----------------	------	--

Certainty assessment							N ₂ of patients		Effect		Certainty	Importance
N ₂ of studies	Study design	Risk of bias	Inconsistency	Indirectness	Imprecision	Other considerations	Q9	[comparison]	Relative (95% CI)	Absolute (95% CI)		
	trials	serious ^a								lower (2.44 lower to 0.8 lower)	Very low	

柴芍六君颗粒+SASPvsSASP 中医症状积分-黏液脓血便

1	randomised trials	very serious ^a	not serious	not serious	serious ^e	none	30	30	-	MD 0.73 lower (1.45 lower to 0.01 lower)	⊕○○○ Very low	
---	-------------------	---------------------------	-------------	-------------	----------------------	------	----	----	---	----------------------------------------------------	------------------	--

柴芍六君颗粒+SASPvsSASP 中医症状积分-里急后重

1	randomised trials	very serious ^a	not serious	not serious	serious ^e	none	30	30	-	MD 1.03 lower (1.76 lower to 0.3 lower)	⊕○○○ Very low	
---	-------------------	---------------------------	-------------	-------------	----------------------	------	----	----	---	---------------------------------------------------	------------------	--

柴芍六君颗粒+SASPvsSASP 中医症状积分-腹痛

1	randomised trials	very serious ^a	not serious	not serious	serious ^e	none	30	30	-	MD 1.26 lower (1.81 lower to	⊕○○○ Very low	
---	-------------------	---------------------------	-------------	-------------	----------------------	------	----	----	---	----------------------------------------	------------------	--

Certainty assessment							№ of patients		Effect		Certainty	Importance
№ of studies	Study design	Risk of bias	Inconsistency	Indirectness	Imprecision	Other considerations	Q9	[comparison]	Relative (95% CI)	Absolute (95% CI)		
										0.71 lower)		

虎地肠溶胶囊+美沙拉嗪 vs 美沙拉嗪+安慰剂 黏液脓血便消失率

1	randomised trials	not serious	not serious	not serious	serious ^e	none	71/94 (75.5%)	49/85 (57.6%)	RR 1.31 (1.06 to 1.63)	179 more per 1,000 (from 35 more to 363 more)	⊕⊕⊕○ Moderate	
---	-------------------	-------------	-------------	-------------	----------------------	------	---------------	---------------	------------------------	-----------------------------------------------	---------------	--

虎地肠溶胶囊+美沙拉嗪 vs 美沙拉嗪+安慰剂 里急后重消失率

1	randomised trials	not serious	not serious	not serious	serious ^e	none	61/91 (67.0%)	38/78 (48.7%)	RR 1.38 (1.05 to 1.80)	185 more per 1,000 (from 24 more to 390 more)	⊕⊕⊕○ Moderate	
---	-------------------	-------------	-------------	-------------	----------------------	------	---------------	---------------	------------------------	-----------------------------------------------	---------------	--

葛根芩连汤+异功散+美沙拉嗪 vs 美沙拉嗪 中医症状积分-腹泻

1	randomised trials	serious ^d	not serious	not serious	serious ^e	none	34	34	-	MD 0.33 lower (0.38 lower to 0.28)	⊕⊕○○ Low	
---	-------------------	----------------------	-------------	-------------	----------------------	------	----	----	---	------------------------------------	----------	--

Certainty assessment							N ₂ of patients		Effect		Certainty	Importance
N ₂ of studies	Study design	Risk of bias	Inconsistency	Indirectness	Imprecision	Other considerations	Q9	[comparison]	Relative (95% CI)	Absolute (95% CI)		
										lower)		

葛根芩连汤+异功散+美沙拉嗪 vs 美沙拉嗪 中医症状积分-黏液脓血便

1	randomised trials	serious ^d	not serious	not serious	serious ^e	none	34	34	-	MD 0.32 lower (0.34 lower to 0.3 lower)	⊕⊕○○ Low	
---	-------------------	----------------------	-------------	-------------	----------------------	------	----	----	---	------------------------------------------------	-------------	--

葛根芩连汤+异功散+美沙拉嗪 vs 美沙拉嗪 中医症状积分-里急后重

1	randomised trials	serious ^d	not serious	not serious	serious ^e	none	34	34	-	MD 0.01 higher (0.04 lower to 0.06 higher)	⊕⊕○○ Low	
---	-------------------	----------------------	-------------	-------------	----------------------	------	----	----	---	---------------------------------------------------	-------------	--

葛根芩连汤+异功散+美沙拉嗪 vs 美沙拉嗪 中医症状积分-腹痛

1	randomised trials	serious ^d	not serious	not serious	serious ^e	none	34	34	-	MD 0.4 lower (0.46 lower to 0.34 lower)	⊕⊕○○ Low	
---	-------------------	----------------------	-------------	-------------	----------------------	------	----	----	---	------------------------------------------------	-------------	--

葛根芩连汤+异功散+美沙拉嗪 vs 美沙拉嗪 中医证候总积分

Certainty assessment							№ of patients		Effect		Certainty	Importance
№ of studies	Study design	Risk of bias	Inconsistency	Indirectness	Imprecision	Other considerations	Q9	[comparison]	Relative (95% CI)	Absolute (95% CI)		
1	randomised trials	serious ^d	not serious	not serious	serious ^e	none	34	34	-	MD 1.25 lower (1.72 lower to 0.78 lower)	⊕⊕○○ Low	
五味苦参结肠溶胶囊+美沙拉嗪 vs 美沙拉嗪 IBDQ-肠道症状												
1	randomised trials	very serious ^a	not serious	not serious	serious ^b	none	43	43	-	MD 9 higher (5.82 higher to 12.18 higher)	⊕○○○ Very low	
IBDQ-全身症状												
1	randomised trials	very serious ^a	not serious	not serious	serious ^b	none	43	43	-	MD 7 higher (5.09 higher to 8.91 higher)	⊕○○○ Very low	
IBDQ-情感能力												
1	randomised trials	very serious ^a	not serious	not serious	serious ^b	none	43	43	-	MD 3 higher (3.13)	⊕○○○ Very low	

Certainty assessment							№ of patients		Effect		Certainty	Importance
№ of studies	Study design	Risk of bias	Inconsistency	Indirectness	Imprecision	Other considerations	Q9	[comparison]	Relative (95% CI)	Absolute (95% CI)		
										lower to 9.13 higher)		
IBDQ-社会能力												
1	randomised trials	very serious ^a	very serious ^a	not serious	serious ^b	none	43	43	-	MD 1 higher (3.02 lower to 5.02 higher)	⊕○○○ Very low	

CI: confidence interval; **MD:** mean difference; **RR:** risk ratio

Explanations

- a. 随机序列生成、随机隐藏、盲法等实施不明确
- b. 事件发生数不足
- c. 置信区间跨无效线
- d. 随机隐藏、盲法的实施不明确
- e. 样本量不足

OR (sting point)) OR (pierce point)) OR (ligation)) OR (acupoints buried)) OR (acupoint laser irradiation)) OR (laser acupuncture)) OR (scalp acupuncture)) OR (scalp needle)) OR (acupoint application)) OR (point embedding therapy)

#4 #2 OR #3

#5 ((((((randomized controlled trial[Publication Type]) OR (controlled clinical trial[Publication Type])) OR (randomi?ed[Title/Abstract])) OR (placebo[Title/Abstract])) OR (randomly[Title/Abstract])) OR (trial[Title/Abstract])) OR (groups[Title/Abstract]))

#6 #1 and #4 and #5

#7 (((((rat[Title]) OR (mice[Title])) OR (meta[Title])) OR (systematic review[Title])) OR (review[Title]))

#8 #6 not #7

(2) 检索结果

Pubmed 检索 768, Cochrane 图书馆 621, CNKI 458 篇, VIP 369 篇, Wangfang 1207 篇, SinoMed 365 篇。共检索到题录 3788 篇, 查重排除 784 篇, 对 3004 篇题录进行初筛与全文阅读筛选, 最终纳入符合纳入排除表的 RCT 研究 X 项。

3.7.2 证据筛选与资料提取

(1) 证据筛选和资料提取方法

采用 NoteExpress 3.0 软件对文献题录进行管理, 根据题目和摘要对题录进行初筛, 排除不相关文献, 对剩余题录下载全文进行仔细阅读, 最终确定纳入文献。使用 Microsoft Excel 2010 软件进行资料提取与分析, 包括研究的编号 (ID)、样本量、受试者信息、详细的干预措施与对照措施、结局指标等临床特征, 以及试验开展的中心数量、样本量、盲法、随机隐匿、随机序列生成、结果数据完整性、选择性报告结果等方法学设计信息。由两名研究者分别独立完成文献筛选及资料提取, 若出现意见不一致则进行讨论或与第三人协商决定。

(2) 纳入排除标准

纳入标准: 1) 研究对象明确诊断为溃疡性结肠炎患者, 年龄、性别、病情、病程不限; 2) 在传统中医理论指导下的单一使用的中医适宜技术, 包括针刺、灸法、推拿、穴位贴敷、穴位埋线等; 3) 确有疗效的西药、安慰剂或空白对照; 4) 研究类型为 RCT。

排除标准: 1) 研究对象涉及特殊人群: 孕妇、儿童; 2) 溃疡性结肠炎合并其他肠道疾病者: 排除细菌性痢疾、阿米巴性结肠炎、血吸虫病、肠结核、克罗恩病、放射性肠炎等原因明确的结肠炎症; 3) 重复发表的研究, 无法获取全文的会议论文。

(3) 证据筛选流程及结果

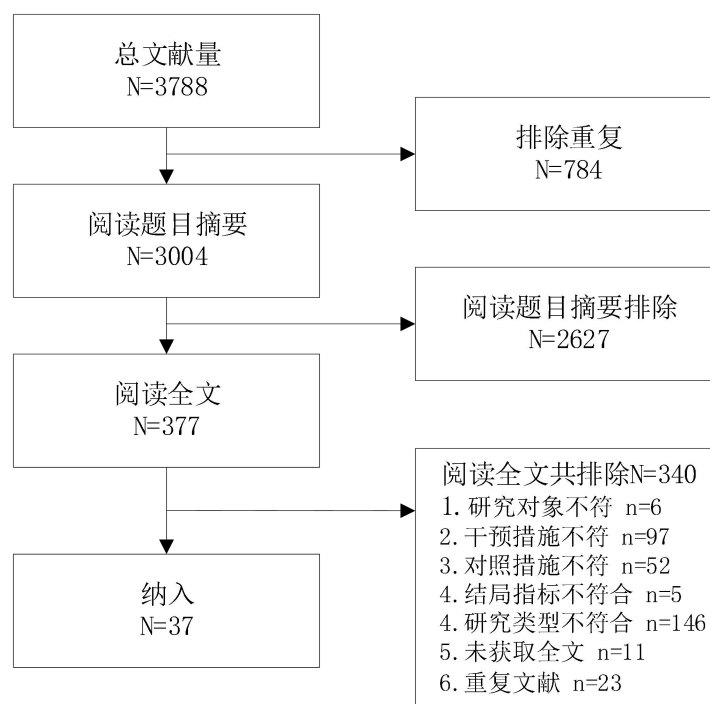


图 2 中医适宜技术治疗溃疡性结肠炎的证据筛选流程图

3.7.3 证据综合

二分类与连续型变量参考 Cochrane 手册（Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions）采用 Review manager 5.4 进行汇总合并。计算 I^2 值来评估纳入研究之间的统计异质性。当研究之间不存在异质性或异质性较低($I^2 < 25\%$)时，将采用固定效应模型进行荟萃分析。存在显著的研究间异质性($25\% < I^2 < 95\%$)，临床异质性不明显，采用随机效应模型。当统计异质性特别大($I^2 > 95\%$)或临床异质性特别显著时，不合并数据。二分类变量的效应值使用相对危险度（Risk Ratio, RR），连续型变量的效应值使用均差（Mean Difference, MD）或标准化均差（Standardised Mean Difference, SMD），并计算 95%置信区间。当某类干预对照类型下的某一结局指标的纳入研究大于 10 篇时，使用倒漏斗图评估发表偏倚。

3.7.4 证据分级

采用 GRADE 工具进行证据等级评价，将证据分为高级、中级、低级、极低证据四个等级，形成证据概要表，结果如下。

(1) 适宜技术一 针刺疗法

Certainty assessment							№ of patients		Effect		Certainty	Importance
№ of studies	Study design	Risk of bias	Inconsistency	Indirectness	Imprecision	Other considerations	针刺	[comparison]	Relative (95% CI)	Absolute (95% CI)		

电针+美沙拉嗪 vs 美沙拉嗪 临床有效率（基于改良 Mayo 评分）

1	randomised trials	serious ^a	not serious	not serious	serious ^b	none	13/15 (86.7%)	6/15 (40.0%)	RR 2.17 (1.13 to 4.15)	468 more per 1,000 (from 52 more to 1,000 more)	⊕⊕○○ Low	
---	-------------------	----------------------	-------------	-------------	----------------------	------	---------------	--------------	------------------------	-------------------------------------------------	-------------	--

IBDQ 总分

1	randomised trials	serious ^a	not serious	not serious	serious ^b	none	15	15	-	MD 48.33 higher (24.86 higher to 71.8 higher)	⊕⊕○○ Low	
---	-------------------	----------------------	-------------	-------------	----------------------	------	----	----	---	-----------------------------------------------	-------------	--

改良 mayo 评分

Certainty assessment							N ₂ of patients		Effect		Certainty	Importance
N ₂ of studies	Study design	Risk of bias	Inconsistency	Indirectness	Imprecision	Other considerations	针刺	[comparison]	Relative (95% CI)	Absolute (95% CI)		
1	randomised trials	serious ^a	not serious	not serious	very serious ^{b,c}	none	15	15	-	MD 0.94 lower (2.01 lower to 0.13 higher)	⊕○○○ Very low	

中医症状积分-腹泻

2	randomised trials	serious ^a	not serious	not serious	serious ^b	none	55	55	-	SMD 1.07 lower (1.47 lower to 0.66 lower)	⊕⊕○○ Low	
---	-------------------	----------------------	-------------	-------------	----------------------	------	----	----	---	--------------------------------------------------	-------------	--

中医症状积分-腹痛

2	randomised trials	serious ^a	not serious	not serious	serious ^b	none	55	55	-	MD 0.34 lower (0.47 lower to 0.21 lower)	⊕⊕○○ Low	
---	-------------------	----------------------	-------------	-------------	----------------------	------	----	----	---	-------------------------------------------------	-------------	--

中医症状总积分

1	randomised trials	serious ^a	not serious	not serious	serious ^b	none	15	15	-	MD 6.71 lower	⊕⊕○○ Low	
---	-------------------	----------------------	-------------	-------------	----------------------	------	----	----	---	----------------------	-------------	--

Certainty assessment							N ₂ of patients		Effect		Certainty	Importance
N ₂ of studies	Study design	Risk of bias	Inconsistency	Indirectness	Imprecision	Other considerations	针刺	[comparison]	Relative (95% CI)	Absolute (95% CI)		
										(10.61 lower to 2.81 lower)		

针刺+美沙拉嗪 vs 美沙拉嗪 中医症状积分-腹泻

2	randomised trials	serious ^a	serious ^d	not serious	very serious ^{b,c}	none	60	60	-	MD 1.85 lower (5.18 lower to 1.48 higher)	⊕○○○ Very low	
---	-------------------	----------------------	----------------------	-------------	-----------------------------	------	----	----	---	--------------------------------------------------	------------------	--

中医症状积分-粘液脓血便

2	randomised trials	serious ^a	serious ^d	not serious	very serious ^{b,c}	none	60	60	-	MD 1.53 lower (4.24 lower to 1.18 higher)	⊕○○○ Very low	
---	-------------------	----------------------	----------------------	-------------	-----------------------------	------	----	----	---	--------------------------------------------------	------------------	--

针刺 vs 安慰剂 IBDQ 总分

1	randomised trials	not serious	not serious	not serious	very serious ^{b,c}	none	12	13	-	MD 1 lower (17.13 lower to 15.13)	⊕⊕○○ Low	
---	-------------------	-------------	-------------	-------------	-----------------------------	------	----	----	---	------------------------------------------	-------------	--

Certainty assessment							N ₂ of patients		Effect		Certainty	Importance
N ₂ of studies	Study design	Risk of bias	Inconsistency	Indirectness	Imprecision	Other considerations	针刺	[comparison]	Relative (95% CI)	Absolute (95% CI)		
										higher)		

CI: confidence interval; MD: mean difference; RR: risk ratio; SMD: standardised mean difference

Explanations

- a. 盲法、随机隐藏均不明
- b. 样本量不足
- c. 置信区间跨无效线
- d. 研究间存在潜在异质性

(2) 适宜技术二 灸法

Certainty assessment							N ₂ of patients		Effect		Certainty	Importance
N ₂ of studies	Study design	Risk of bias	Inconsistency	Indirectness	Imprecision	Other considerations	灸法	[comparison]	Relative (95% CI)	Absolute (95% CI)		

灸法+美沙拉嗪 vs 美沙拉嗪 中医症状积分-腹泻

2	randomised trials	serious ^a	not serious	not serious	serious ^b	none	80	80	-	MD 0.57 lower (0.75 lower to 0.4 lower)	⊕⊕○○ Low	
---	-------------------	----------------------	-------------	-------------	----------------------	------	----	----	---	-----------------------------------------	-------------	--

中医症状积分-粘液脓血便

Certainty assessment							№ of patients		Effect		Certainty	Importance
№ of studies	Study design	Risk of bias	Inconsistency	Indirectness	Imprecision	Other considerations	灸法	[comparison]	Relative (95% CI)	Absolute (95% CI)		
2	randomised trials	serious ^a	not serious	not serious	serious ^b	none	80	80	-	MD 0.43 lower (0.58 lower to 0.27 lower)	⊕⊕○○ Low	

中医症状积分-里急后重

1	randomised trials	serious ^a	not serious	not serious	serious ^b	none	50	50	-	MD 0.58 lower (0.77 lower to 0.39 lower)	⊕⊕○○ Low	
---	-------------------	----------------------	-------------	-------------	----------------------	------	----	----	---	-------------------------------------------------	-------------	--

中医症状积分-腹痛

2	randomised trials	serious ^a	not serious	not serious	serious ^b	none	80	80	-	MD 0.6 lower (0.72 lower to 0.48 lower)	⊕⊕○○ Low	
---	-------------------	----------------------	-------------	-------------	----------------------	------	----	----	---	------------------------------------------------	-------------	--

中医症状积分-中医总证候积分

4	randomised trials	serious ^a	not serious	not serious	serious ^b	none	122	123	-	MD 2.22 lower (2.93 lower to 1.51 lower)	⊕⊕○○ Low	
---	-------------------	----------------------	-------------	-------------	----------------------	------	-----	-----	---	-------------------------------------------------	-------------	--

Certainty assessment							№ of patients		Effect		Certainty	Importance
№ of studies	Study design	Risk of bias	Inconsistency	Indirectness	Imprecision	Other considerations	灸法	[comparison]	Relative (95% CI)	Absolute (95% CI)		
										lower to 1.51 lower)		

Baron 评分

1	randomised trials	not serious	not serious	not serious	serious ^b	none	30	30	-	MD 0.49 lower (0.83 lower to 0.15 lower)	⊕⊕⊕○ Moderate	
---	-------------------	-------------	-------------	-------------	----------------------	------	----	----	---	-------------------------------------------------	---------------	--

远期疗效复发率

1	randomised trials	not serious	not serious	not serious	serious ^c	none	5/50 (10.0%)	16/50 (32.0%)	RR 0.31 (0.12 to 0.79)	221 fewer per 1,000 (from 282 fewer to 67 fewer)	⊕⊕⊕○ Moderate	
---	-------------------	-------------	-------------	-------------	----------------------	------	--------------	---------------	-------------------------------	---------------------------------------------------------	---------------	--

灸法 vsSASP 临床有效率（基于改良 Mayo 评分）

1	randomised trials	serious ^a	not serious	not serious	serious ^c	none	39/41 (95.1%)	36/49 (73.5%)	RR 1.29 (1.08 to 1.55)	213 more per 1,000 (from 59	⊕⊕○○ Low	
---	-------------------	----------------------	-------------	-------------	----------------------	------	---------------	---------------	-------------------------------	------------------------------------	----------	--

Certainty assessment							N ₂ of patients		Effect		Certainty	Importance
N ₂ of studies	Study design	Risk of bias	Inconsistency	Indirectness	Imprecision	Other considerations	灸法	[comparison]	Relative (95% CI)	Absolute (95% CI)		
										more to 404 more)		

临床缓解率（基于改良 Mayo 评分）

1	randomised trials	serious ^a	not serious	not serious	very serious ^{c,d}	none	13/41 (31.7%)	12/49 (24.5%)	RR 1.29 (0.67 to 2.52)	71 more per 1,000 (from 81 fewer to 372 more)	⊕○○○ Very low	
---	-------------------	----------------------	-------------	-------------	-----------------------------	------	---------------	---------------	-------------------------------	------------------------------------------------------	------------------	--

随访期疗效复发率

2	randomised trials	serious ^a	not serious	not serious	serious ^c	none	2/56 (3.6%)	12/65 (18.5%)	RR 0.22 (0.06 to 0.79)	144 fewer per 1,000 (from 174 fewer to 39 fewer)	⊕⊕○○ Low	
---	-------------------	----------------------	-------------	-------------	----------------------	------	-------------	---------------	-------------------------------	---------------------------------------------------------	-------------	--

远期疗效复发率

1	randomised trials	serious ^a	not serious	not serious	serious ^c	none	3/41 (7.3%)	12/49 (24.5%)	RR 0.30 (0.09 to 0.99)	171 fewer per	⊕⊕○○ Low	
---	-------------------	----------------------	-------------	-------------	----------------------	------	-------------	---------------	-------------------------------	----------------------	-------------	--

Certainty assessment							N ₂ of patients		Effect		Certainty	Importance
N ₂ of studies	Study design	Risk of bias	Inconsistency	Indirectness	Imprecision	Other considerations	灸法	[comparison]	Relative (95% CI)	Absolute (95% CI)		
										1,000 (from 223 fewer to 2 fewer)		

灸法+SASPvsSASP 改良 mayo 评分

1	randomised trials	serious ^e	not serious	not serious	serious ^b	none	16	15	-	MD 1.6 lower (2.54 lower to 0.66 lower)	⊕⊕○○ Low	
---	-------------------	----------------------	-------------	-------------	----------------------	------	----	----	---	-----------------------------------------	----------	--

Baron 评分

1	randomised trials	serious ^e	not serious	not serious	serious ^b	none	16	15	-	MD 1.48 lower (2.96 lower to 0)	⊕⊕○○ Low	
---	-------------------	----------------------	-------------	-------------	----------------------	------	----	----	---	----------------------------------	----------	--

远期疗效复发率

1	randomised trials	serious ^a	not serious	not serious	very serious ^{c,d}	none	2/30 (6.7%)	7/30 (23.3%)	RR 0.29 (0.06 to 1.26)	166 fewer per 1,000 (from	⊕○○○ Very low	
---	-------------------	----------------------	-------------	-------------	-----------------------------	------	-------------	--------------	------------------------	---------------------------	---------------	--

Certainty assessment							N ₂ of patients		Effect		Certainty	Importance
N ₂ of studies	Study design	Risk of bias	Inconsistency	Indirectness	Imprecision	Other considerations	灸法	[comparison]	Relative (95% CI)	Absolute (95% CI)		
										219 fewer to 61 more)		

CI: confidence interval; **MD:** mean difference; **RR:** risk ratio

Explanations

- a. 盲法与随机隐藏的实施不明确
- b. 样本量不足
- c. 事件发生数有限
- d. 置信区间跨无效线
- e. 缺失数据可能影响研究结论

(3) 适宜技术三 针刺联合灸法

Certainty assessment	N ₂ of patients	Effect	Certainty	Importance
----------------------	----------------------------	--------	-----------	------------

N ₂ of studies	Study design	Risk of bias	Inconsistency	Indirectness	Imprecision	Other considerations	针刺+灸法	[comparison]	Relative (95% CI)	Absolute (95% CI)		
---------------------------	--------------	--------------	---------------	--------------	-------------	----------------------	-------	--------------	-------------------	-------------------	--	--

针刺+灸法 vs 美沙拉嗪 临床有效率（基于改良 Mayo 评分）

2	randomised trials	not serious	not serious	not serious	very serious ^{a,b}	none	36/41 (87.8%)	28/39 (71.8%)	RR 1.22 (0.97 to 1.53)	158 more per 1,000 (from 22 fewer to 381 more)	⊕⊕○○ Low	
---	-------------------	-------------	-------------	-------------	-----------------------------	------	---------------	---------------	-------------------------------	-------------------------------------------------------	-------------	--

临床缓解率（基于改良 Mayo 评分）

2	randomised trials	not serious	not serious	not serious	serious ^a	none	18/41 (43.9%)	3/39 (7.7%)	RR 5.73 (1.83 to 17.97)	364 more per 1,000 (from 64 more to 1,000 more)	⊕⊕⊕○ Moderate	
---	-------------------	-------------	-------------	-------------	----------------------	------	---------------	-------------	--------------------------------	--------------------------------------------------------	------------------	--

改良 mayo 评分

2	randomised trials	not serious	not serious	not serious	serious ^c	none	41	39	-	MD 1.09 lower (2.2 lower to 0.01 higher)	⊕⊕⊕○ Moderate	
---	-------------------	-------------	-------------	-------------	----------------------	------	----	----	---	-------------------------------------------------	------------------	--

中医证候总积分

2	randomised	not	not serious	not serious	serious ^c	none	41	39	-	MD 3.92	⊕⊕⊕○	
---	------------	-----	-------------	-------------	----------------------	------	----	----	---	----------------	------	--

Certainty assessment							N ₂ of patients		Effect		Certainty	Importance
N ₂ of studies	Study design	Risk of bias	Inconsistency	Indirectness	Imprecision	Other considerations	针刺+灸法	[comparison]	Relative (95% CI)	Absolute (95% CI)		
	trials	serious								lower (5.31 lower to 2.53 lower)	Moderate	

CI: confidence interval; MD: mean difference; RR: risk ratio

Explanations

- a. 事件发生数不足
- b. 置信区间跨无效线
- c. 样本量不足

(4) 适宜技术四 穴位埋线

Certainty assessment							N ₂ of patients		Effect		Certainty	Importance
N ₂ of studies	Study design	Risk of bias	Inconsistency	Indirectness	Imprecision	Other considerations	穴位埋线	[comparison]	Relative (95% CI)	Absolute (95% CI)		

中医症候积分 腹泻

Certainty assessment							N ₂ of patients		Effect		Certainty	Importance
N ₂ of studies	Study design	Risk of bias	Inconsistency	Indirectness	Imprecision	Other considerations	穴位埋线	[comparison]	Relative (95% CI)	Absolute (95% CI)		
1	randomised trials	serious ^a	not serious	not serious	serious ^b	none	50	50	-	MD 0.33 lower (0.41 lower to 0.25 lower)	⊕⊕○○ Low	

中医证候积分 粘液脓血便

1	randomised trials	serious ^a	not serious	not serious	serious ^b	none	50	50	-	MD 0.44 lower (0.51 lower to 0.37 lower)	⊕⊕○○ Low	
---	-------------------	----------------------	-------------	-------------	----------------------	------	----	----	---	-------------------------------------------------	-------------	--

中医证候积分 里急后重

1	randomised trials	serious ^a	not serious	not serious	serious ^b	none	50	50	-	MD 0.52 lower (0.57 lower to 0.47 lower)	⊕⊕○○ Low	
---	-------------------	----------------------	-------------	-------------	----------------------	------	----	----	---	-------------------------------------------------	-------------	--

中医证候积分 腹痛

1	randomised trials	serious ^a	not serious	not serious	serious ^b	none	50	50	-	MD 0.32 lower (0.38	⊕⊕○○ Low	
---	-------------------	----------------------	-------------	-------------	----------------------	------	----	----	---	----------------------------	-------------	--

Certainty assessment							№ of patients		Effect		Certainty	Importance
№ of studies	Study design	Risk of bias	Inconsistency	Indirectness	Imprecision	Other considerations	穴位埋线	[comparison]	Relative (95% CI)	Absolute (95% CI)		
										lower to 0.26 lower)		

远期疗效复发率（治疗结束 3 个月以上的复发率）

2	randomised trials	serious ^a	serious ^c	not serious	serious ^d	none	12/51 (23.5%)	18/41 (43.9%)	RR 0.57 (0.32 to 1.02)	189 fewer per 1,000 (from 299 fewer to 9 more)	⊕○○○ Very low	
---	-------------------	----------------------	----------------------	-------------	----------------------	------	---------------	---------------	-------------------------------	-------------------------------------------------------	------------------	--

改良 mayo 评分

1	randomised trials	not serious	not serious	not serious	very serious ^{b,e}	none	30	30	-	MD 0.17 lower (0.77 lower to 0.43 higher)	⊕⊕○○ Low	
---	-------------------	-------------	-------------	-------------	-----------------------------	------	----	----	---	--------------------------------------------------	-------------	--

临床有效率

1	randomised trials	not serious	not serious	not serious	serious ^d	none	13/34 (38.2%)	11/32 (34.4%)	RR 1.36 (1.01 to 1.85)	124 more per 1,000 (from 3	⊕⊕⊕○ Moderate	
---	-------------------	-------------	-------------	-------------	----------------------	------	---------------	---------------	-------------------------------	-----------------------------------	------------------	--

Certainty assessment							№ of patients		Effect		Certainty	Importance
№ of studies	Study design	Risk of bias	Inconsistency	Indirectness	Imprecision	Other considerations	穴位埋线	[comparison]	Relative (95% CI)	Absolute (95% CI)		
										more to 292 more)		

临床缓解率

1	randomised trials	not serious	not serious	not serious	very serious ^{d,e}	none	16/34 (47.1%)	9/32 (28.1%)	RR 1.67 (0.87 to 3.23)	188 more per 1,000 (from 37 fewer to 627 more)	⊕⊕○○ Low	
---	-------------------	-------------	-------------	-------------	-----------------------------	------	---------------	--------------	-------------------------------	-------------------------------------------------------	-------------	--

改良 Mayo 评分

1	randomised trials	serious ^a	not serious	not serious	serious ^b	none	30	30	-	MD 1.27 lower (1.81 lower to 0.73 lower)	⊕⊕○○ Low	
---	-------------------	----------------------	-------------	-------------	----------------------	------	----	----	---	-------------------------------------------------	-------------	--

CI: confidence interval; **MD:** mean difference; **RR:** risk ratio

Explanations

- a. 随机隐藏、盲法的实施不明确
- b. 样本量不足
- c. 研究间存在潜在异质性

- d. 事件发生数有限
e. 置信区间跨无效线

(5) 适宜技术五 穴位贴敷

Certainty assessment							№ of patients		Effect		Certainty	Importance
№ of studies	Study design	Risk of bias	Inconsistency	Indirectness	Imprecision	Other considerations	穴位贴敷	[comparison]	Relative (95% CI)	Absolute (95% CI)		

化浊止泻散 vsSASP 中医症状积分-粘液脓血便

1	randomised trials	serious ^a	not serious	not serious	serious ^b	none	36	36	-	MD 0.59 lower (0.96 lower to 0.22 lower)	⊕⊕○○ Low	
---	-------------------	----------------------	-------------	-------------	----------------------	------	----	----	---	-------------------------------------------------	-------------	--

中医症状积分-里急后重

1	randomised trials	serious ^a	not serious	not serious	serious ^b	none	36	36	-	MD 0.39 lower (0.67 lower to 0.11 lower)	⊕⊕○○ Low	
---	-------------------	----------------------	-------------	-------------	----------------------	------	----	----	---	-------------------------------------------------	-------------	--

中医症状积分-腹痛

1	randomised trials	serious ^a	not serious	not serious	serious ^b	none	36	36	-	MD 0.46 lower (0.8 lower to	⊕⊕○○ Low	
---	-------------------	----------------------	-------------	-------------	----------------------	------	----	----	---	------------------------------------	-------------	--

Certainty assessment							№ of patients		Effect		Certainty	Importance
№ of studies	Study design	Risk of bias	Inconsistency	Indirectness	Imprecision	Other considerations	穴位贴敷	[comparison]	Relative (95% CI)	Absolute (95% CI)		
										0.12 lower)		

肠愈膏 vsSASP 中医症状积分-腹泻

1	randomised trials	serious ^a	not serious	not serious	serious ^b	none	50	50	-	MD 0.87 lower (0.98 lower to 0.76 lower)	⊕⊕○○ Low	
---	-------------------	----------------------	-------------	-------------	----------------------	------	----	----	---	-------------------------------------------------	-------------	--

溃结宁膏 vsSASP 中医症状积分-腹泻

3	randomised trials	serious ^a	serious ^c	not serious	serious ^b	none	91	91	-	MD 0.93 lower (1.65 lower to 0.21 lower)	⊕○○○ Very low	
---	-------------------	----------------------	----------------------	-------------	----------------------	------	----	----	---	-------------------------------------------------	------------------	--

中医症状积分-粘液脓血便

3	randomised trials	serious ^a	serious ^c	not serious	very serious ^{b,d}	none	91	91	-	MD 0.45 lower (1.3 lower to 0.4 higher)	⊕○○○ Very low	
---	-------------------	----------------------	----------------------	-------------	-----------------------------	------	----	----	---	------------------------------------------------	------------------	--

Certainty assessment							№ of patients		Effect		Certainty	Importance
№ of studies	Study design	Risk of bias	Inconsistency	Indirectness	Imprecision	Other considerations	穴位贴敷数	[comparison]	Relative (95% CI)	Absolute (95% CI)		

中医症状积分-里急后重

2	randomised trials	serious ^a	not serious	not serious	very serious ^{b,d}	none	61	61	-	MD 0.09 lower (0.4 lower to 0.22 higher)	⊕○○○ Very low	
---	-------------------	----------------------	-------------	-------------	-----------------------------	------	----	----	---	-------------------------------------------------	------------------	--

中医症状积分-腹痛

3	randomised trials	serious ^a	serious ^c	not serious	very serious ^{b,d}	none	91	91	-	MD 0.59 lower (1.32 lower to 0.13 higher)	⊕○○○ Very low	
---	-------------------	----------------------	----------------------	-------------	-----------------------------	------	----	----	---	--------------------------------------------------	------------------	--

肠复贴+SASP vs SASP 中医症状积分-腹泻

1	randomised trials	serious ^a	not serious	not serious	very serious ^{b,d}	none	40	33	-	MD 0.09 lower (0.29 lower to 0.11 higher)	⊕○○○ Very low	
---	-------------------	----------------------	-------------	-------------	-----------------------------	------	----	----	---	--------------------------------------------------	------------------	--

中医症状积分-粘液脓血便

1	randomised	serious ^a	not serious	not serious	very	none	40	33	-	MD 0.12	⊕○○○	
---	------------	----------------------	-------------	-------------	------	------	----	----	---	----------------	------	--

Certainty assessment							N ₂ of patients		Effect		Certainty	Importance
N ₂ of studies	Study design	Risk of bias	Inconsistency	Indirectness	Imprecision	Other considerations	穴位贴敷	[comparison]	Relative (95% CI)	Absolute (95% CI)		
	trials				serious ^{b,d}					higher (0.05 lower to 0.29 higher)	Very low	

中医症状积分-里急后重

1	randomised trials	serious ^a	not serious	not serious	serious ^b	none	40	33	-	MD 0.22 lower (0.38 lower to 0.06 lower)	⊕⊕○○ Low	
---	-------------------	----------------------	-------------	-------------	----------------------	------	----	----	---	----------------------------------------------------	-------------	--

中医症状积分-腹痛

1	randomised trials	serious ^a	not serious	not serious	serious ^b	none	40	33	-	MD 0.22 lower (0.42 lower to 0.02 lower)	⊕⊕○○ Low	
---	-------------------	----------------------	-------------	-------------	----------------------	------	----	----	---	----------------------------------------------------	-------------	--

宁肠方+SASPvsSASP 临床有效率 (mayo)

1	randomised trials	serious ^a	not serious	not serious	serious ^e	none	28/30 (93.3%)	21/30 (70.0%)	RR 1.33 (1.04 to 1.72)	231 more per 1,000 (from 28)	⊕⊕○○ Low	
---	-------------------	----------------------	-------------	-------------	----------------------	------	---------------	---------------	----------------------------------	----------------------------------------	-------------	--

Certainty assessment							N ₂ of patients		Effect		Certainty	Importance
N ₂ of studies	Study design	Risk of bias	Inconsistency	Indirectness	Imprecision	Other considerations	穴位贴敷	[comparison]	Relative (95% CI)	Absolute (95% CI)		
										more to 504 more)		

临床缓解率 (mayo)

1	randomised trials	serious ^a	not serious	not serious	very serious ^{d,e}	none	13/30 (43.3%)	8/30 (26.7%)	RR 1.63 (0.79 to 3.34)	168 more per 1,000 (from 56 fewer to 624 more)	⊕○○○ Very low	
---	-------------------	----------------------	-------------	-------------	-----------------------------	------	---------------	--------------	------------------------	------------------------------------------------	------------------	--

愈疡散+美沙拉嗪 vs 美沙拉嗪 改良 mayo 评分

1	randomised trials	serious ^a	not serious	not serious	serious ^b	none	35	35	-	MD 2.55 lower (3 lower to 2.1 lower)	⊕⊕○○ Low	
---	-------------------	----------------------	-------------	-------------	----------------------	------	----	----	---	--------------------------------------	-------------	--

自拟中药 1+美沙拉嗪 vs 美沙拉嗪 临床有效率 (mayo)

1	randomised trials	serious ^a	not serious	not serious	serious ^e	none	32/35 (91.4%)	24/34 (70.6%)	RR 1.30 (1.02 to 1.65)	212 more per 1,000 (from 14 more to 459 more)	⊕⊕○○ Low	
---	-------------------	----------------------	-------------	-------------	----------------------	------	---------------	---------------	------------------------	-----------------------------------------------	-------------	--

Certainty assessment							№ of patients		Effect		Certainty	Importance
№ of studies	Study design	Risk of bias	Inconsistency	Indirectness	Imprecision	Other considerations	穴位贴敷	[comparison]	Relative (95% CI)	Absolute (95% CI)		
										more)		

中医症状积分-腹泻

1	randomised trials	serious ^a	not serious	not serious	serious ^b	none	30	30	-	MD 0.65 lower (0.73 lower to 0.57 lower)	⊕⊕○○ Low	
---	-------------------	----------------------	-------------	-------------	----------------------	------	----	----	---	-------------------------------------------------	-------------	--

中医症状积分-粘液脓血便

1	randomised trials	serious ^a	not serious	not serious	serious ^b	none	30	30	-	MD 0.45 lower (0.53 lower to 0.37 lower)	⊕⊕○○ Low	
---	-------------------	----------------------	-------------	-------------	----------------------	------	----	----	---	-------------------------------------------------	-------------	--

中医症状积分-里急后重

1	randomised trials	serious ^a	not serious	not serious	serious ^b	none	30	30	-	MD 0.86 lower (1 lower to 0.72 lower)	⊕⊕○○ Low	
---	-------------------	----------------------	-------------	-------------	----------------------	------	----	----	---	----------------------------------------------	-------------	--

中医症状积分-腹痛

Certainty assessment							N ₂ of patients		Effect		Certainty	Importance
N ₂ of studies	Study design	Risk of bias	Inconsistency	Indirectness	Imprecision	Other considerations	穴位贴敷	[comparison]	Relative (95% CI)	Absolute (95% CI)		
1	randomised trials	serious ^a	not serious	not serious	serious ^b	none	30	30	-	MD 1.02 lower (1.16 lower to 0.88 lower)	⊕⊕○○ Low	

自拟中药 2+美沙拉嗪 vs 美沙拉嗪 临床有效率 (mayo)

1	randomised trials	serious ^a	not serious	not serious	very serious ^{d,e}	none	32/40 (80.0%)	32/40 (80.0%)	RR 1.00 (0.80 to 1.24)	0 fewer per 1,000 (from 160 fewer to 192 more)	⊕○○○ Very low	
---	-------------------	----------------------	-------------	-------------	-----------------------------	------	---------------	---------------	-------------------------------	-------------------------------------------------------	------------------	--

临床缓解率 (mayo)

1	randomised trials	serious ^a	not serious	not serious	serious ^e	none	25/35 (71.4%)	15/34 (44.1%)	RR 1.62 (1.05 to 2.50)	274 more per 1,000 (from 22 more to 662 more)	⊕⊕○○ Low	
---	-------------------	----------------------	-------------	-------------	----------------------	------	---------------	---------------	-------------------------------	------------------------------------------------------	-------------	--

自拟中药 3+美沙拉嗪 vs 美沙拉嗪 临床有效率 (mayo)

Certainty assessment							№ of patients		Effect		Certainty	Importance
№ of studies	Study design	Risk of bias	Inconsistency	Indirectness	Imprecision	Other considerations	穴位贴敷	[comparison]	Relative (95% CI)	Absolute (95% CI)		
1	randomised trials	serious ^a	not serious	not serious	serious ^c	none	39/40 (97.5%)	32/40 (80.0%)	RR 1.22 (1.04 to 1.43)	176 more per 1,000 (from 32 more to 344 more)	⊕⊕○○ Low	

自拟中药 4+美沙拉嗪 vs 美沙拉嗪 中医症状积分-腹泻

1	randomised trials	serious ^a	not serious	not serious	serious ^b	none	51	51	-	MD 0.53 lower (0.71 lower to 0.35 lower)	⊕⊕○○ Low	
---	-------------------	----------------------	-------------	-------------	----------------------	------	----	----	---	----------------------------------------------------	-------------	--

中医症状积分-粘液脓血便

1	randomised trials	serious ^a	not serious	not serious	serious ^b	none	51	51	-	MD 0.44 lower (0.61 lower to 0.27 lower)	⊕⊕○○ Low	
---	-------------------	----------------------	-------------	-------------	----------------------	------	----	----	---	----------------------------------------------------	-------------	--

中医症状积分-里急后重

1	randomised trials	serious ^a	not serious	not serious	serious ^b	none	51	51	-	MD 0.57 lower	⊕⊕○○ Low	
---	-------------------	----------------------	-------------	-------------	----------------------	------	----	----	---	----------------------	-------------	--

Certainty assessment							№ of patients		Effect		Certainty	Importance
№ of studies	Study design	Risk of bias	Inconsistency	Indirectness	Imprecision	Other considerations	穴位贴敷	[comparison]	Relative (95% CI)	Absolute (95% CI)		
										(0.76 lower to 0.38 lower)		

中医症状积分-腹痛

1	randomised trials	serious ^a	not serious	not serious	serious ^b	none	51	51	-	MD 0.62 lower (0.75 lower to 0.49 lower)	⊕⊕○○ Low	
---	-------------------	----------------------	-------------	-------------	----------------------	------	----	----	---	-------------------------------------------------	-------------	--

自拟中药 5+美沙拉嗪 vs 美沙拉嗪 中医症状积分-腹泻

1	randomised trials	serious ^a	not serious	not serious	very serious ^b	none	53	53	-	MD 2.37 lower (3.14 lower to 1.6 lower)	⊕○○○ Very low	
---	-------------------	----------------------	-------------	-------------	---------------------------	------	----	----	---	------------------------------------------------	------------------	--

中医症状积分-粘液脓血便

1	randomised trials	serious ^a	not serious	not serious	very serious ^{b,d}	none	53	53	-	MD 0.24 lower (0.89 lower to 0.41 lower)	⊕○○○ Very low	
---	-------------------	----------------------	-------------	-------------	-----------------------------	------	----	----	---	-------------------------------------------------	------------------	--

Certainty assessment							№ of patients		Effect		Certainty	Importance
№ of studies	Study design	Risk of bias	Inconsistency	Indirectness	Imprecision	Other considerations	穴位贴敷	[comparison]	Relative (95% CI)	Absolute (95% CI)		
										higher)		

中医症状积分-里急后重

1	randomised trials	serious ^a	not serious	not serious	serious ^b	none	53	53	-	MD 1.16 lower (1.75 lower to 0.57 lower)	⊕⊕○○ Low	
---	-------------------	----------------------	-------------	-------------	----------------------	------	----	----	---	-------------------------------------------------	-------------	--

中医症状积分-腹痛

1	randomised trials	serious ^a	not serious	not serious	serious ^b	none	53	53	-	MD 1.47 lower (2.2 lower to 0.74 lower)	⊕⊕○○ Low	
---	-------------------	----------------------	-------------	-------------	----------------------	------	----	----	---	------------------------------------------------	-------------	--

CI: confidence interval; **MD:** mean difference; **RR:** risk ratio

Explanations

- a. 随机隐藏与盲法实施不明确
- b. 样本量不足
- c. 研究间存在潜在异质性
- d. 置信区间跨无效线
- e. 事件发生数不足

(6) 适宜技术六 推拿、穴位

Certainty assessment							№ of patients		Effect		Certainty	Importance
№ of studies	Study design	Risk of bias	Inconsistency	Indirectness	Imprecision	Other considerations	推拿、耳穴	[comparison]	Relative (95% CI)	Absolute (95% CI)		

推拿 vs 美沙拉嗪 临床有效率

1	randomised trials	serious ^a	not serious	not serious	very serious ^b	none	20/30 (66.7%)	22/30 (73.3%)	RR 0.91 (0.65 to 1.27)	66 fewer per 1,000 (from 257 fewer to 198 more)	⊕○○○ Very low	
---	-------------------	----------------------	-------------	-------------	---------------------------	------	---------------	---------------	----------------------------------	-----------------------------------------------------------	------------------	--

耳穴 vs SASP 远期疗效复发率

1	randomised trials	not serious	not serious	not serious	very serious ^b	none	8/23 (34.8%)	13/42 (31.0%)	RR 1.12 (0.55 to 2.31)	37 more per 1,000 (from 139 fewer to 405 more)	⊕⊕○○ Low	
---	-------------------	-------------	-------------	-------------	---------------------------	------	--------------	---------------	----------------------------------	----------------------------------------------------------	-------------	--

耳穴+肠癖康 远期疗效复发率

1	randomised trials	not serious	not serious	not serious	very serious ^b	none	13/77 (16.9%)	13/42 (31.0%)	RR 0.55 (0.28 to 1.07)	139 fewer per	⊕⊕○○ Low	
---	-------------------	-------------	-------------	-------------	---------------------------	------	---------------	---------------	----------------------------------	----------------------	-------------	--

Certainty assessment							№ of patients		Effect		Certainty	Importance
№ of studies	Study design	Risk of bias	Inconsistency	Indirectness	Imprecision	Other considerations	推拿、耳穴	[comparison]	Relative (95% CI)	Absolute (95% CI)		
										1,000 (from 223 fewer to 22 more)		

CI: confidence interval; **RR:** risk ratio

Explanations

- a. 随机序列生成、随机隐藏、盲法实施不明确
- b. 事件发生数不足，样本量不足

3.7 推荐意见

3.7.1 推荐意见形成方法

为指南的推荐意见达成共识，共进行了两轮投票。首先，方法学工作组制定第一轮问卷，问卷按照中成药、汤药、中医适宜技术治疗溃疡性结肠炎分为三个部分，每一条推荐条目均提供干预措施的组成、对照措施、样本量、RCT 数量、效应值及 95%置信区间、研究来源单位、研究通讯作者等。

问卷投票规则：投票专家结合证据质量、疗效、安全性、经济性及患者偏好及价值观等，对条件条目给出推荐意见。包括 5 个选项，符号及其含义分别是：A——强推荐，明显利大于弊，一定使用；B——若推荐，可能利大于弊，可能使用；C——不确定，利弊相当或不确定，无明确推荐；D——弱不推荐，可能弊大于利，可能不使用；E——强不推荐，明显弊大于利，一定不做使用。

问卷计票规则：若除了“C”不确定外的任何选项票数超过 50%，则视为达成共识推荐意见，可直接确定共识推荐方向及强度，若 C 不确定选项某一侧两个选项总票数超过 70%，亦视为达成共识推荐意见，可确定推荐方向，推荐强度则直接定为弱”；其余情况视为未达成共识，共识推荐进入下一轮投票。同批专家共进行两轮投票，第一轮问卷共 22 位专家参与作答，第二轮问卷共 20 位专家参与作答，最终达成共识条目 45 条，未达成共识 14 条。会议纪要见附件 5 指南专家推荐意见投票纪要。

3.7.2 推荐意见投票结果

表 7 推荐意见投票结果表

序号	推荐条目	推荐方向强度的票数					投票轮数	是否达成共识
		↑↑	↑	/	↓	↓↓		
1	与单独应用美沙拉嗪比，您对虎地肠溶胶囊治疗轻中度活动期溃疡性结肠炎患者改善临床症状的推荐程度是？	10	10	2	0	0	22	是
2	较单独应用美沙拉嗪，您认为虎地肠溶胶囊联合美沙拉嗪诱导轻中度活动期溃疡性结肠炎患者缓解更具优势？	14	6	1	1	0	22	是
3	与单独应用美沙拉嗪比，您对五味苦参肠溶胶囊治疗轻中度活动期溃疡性结肠炎患者改善临床症状的推荐程度是？	10	11	1	0	0	22	是
4	相对于单独使用美沙拉嗪，您对使用五味苦参肠溶胶囊诱导轻中度活动期溃疡性结肠炎患者缓解的推荐程度是？	8	13	1	0	0	22	是

5	相对于单独使用美沙拉嗪，您对使用五味苦参肠溶胶囊维持溃疡性结肠炎缓解的推荐程度是？	7	12	3	0	0	22	是
6	较单独使用美沙拉嗪，您对于五味苦参结肠溶胶囊联合美沙拉嗪缓解轻中度活动期溃疡性结肠炎临床症状的推荐程度是？	13	7	2	0	0	22	是
7	较单独使用美沙拉嗪，您对使用锡类散灌肠诱导轻中度活动期溃疡性结肠炎缓解的推荐程度是？	8	10	3	1	0	22	是
8	较单独使用美沙拉嗪，您对使用康复新液灌肠改善轻中度活动期溃疡性结肠炎患者的临床症状的推荐程度是？	6	14	2	0	0	22	是
9	较单独使用 SASP，您认为云南白药联合 SASP 缓解轻中度活动期溃疡性结肠炎患者的临床症状更具有优势？	6	12	3	1	0	22	是
10	较单独应用美沙拉嗪比，您对清肠温中方与美沙拉嗪联用治疗轻中度活动期溃疡性结肠炎患者改善其主要临床症状的推荐程度是？	8	12	2	0	0	22	是
11	较美沙拉嗪单独应用，您对清肠温中方诱导轻中度活动期溃疡性结肠炎缓解的推荐程度是？	8	11	3	0	0	22	是
12	较单独应用美沙拉嗪，您对使用清肠温中方维持溃疡性结肠炎缓解的推荐程度是？	8	11	2	1	0	22	是
13	较单独应用 SASP，您对使用溃结宁改善轻中度活动期溃疡性结肠炎临床症状的推荐程度是？	0	14	6	0	0	20	是
14	较单独使用 SASP，您对使用溃结宁诱导轻中度活动期溃疡性结肠炎患者缓解的推荐程度是？	0	13	7	0	0	20	是
15	较单独使用 SASP，您对单独口服溃结宁维持溃疡性结肠炎缓解的推荐程度是？	1	13	5	1	0	20	是
16	相较于单独使用 SASP，您对使用乌梅丸控制溃疡性结肠炎远期复发的推荐程度是？	6	13	3	0	0	22	是
17	相较于单独使用 SASP，您对单独使用乌梅丸维持溃疡性结肠炎缓解的推荐程度是？	6	12	4	0	0	22	是
18	相较于 SASP，您对于使用溃结汤控制溃疡性结肠炎远期复发的推荐程度是？	1	13	7	1	0	22	是
19	较单独使用美沙拉嗪，您对使用白头翁汤控制溃疡性结肠炎复发的推荐程度是？	4	11	5	0	0	20	是
20	相较于美沙拉嗪或 SASP，你对于使用白头翁汤灌肠治疗轻中度活动期溃疡性结肠炎改善临床症状的推荐程度是？	7	11	4	0	0	22	是
21	相较于单独使用美沙拉嗪，您认为白头翁汤联合美沙拉嗪缓解轻中度活动期溃疡性结肠炎患者的临床症状更具有优势？	11	7	4	0	0	22	是
22	较单独应用美沙拉嗪，您认为白头翁汤+十灰散与美沙拉嗪联合用于缓解轻中度活动期溃疡性结肠炎临床症状更具优势？	6	14	2	0	0	22	是
23	较单独应用美沙拉嗪，您对使用溃结 I 号方	4	10	4	2	0	20	是

	控制溃疡性结肠炎复发的推荐程度是？							
24	较单独应用美沙拉嗪，你对使用清结 II 号方维持溃疡性结肠炎缓解的推荐程度是？	1	13	6	2	0	22	是
25	较单独使用美沙拉嗪，您对使用清肠化瘀汤与美沙拉嗪联合治疗轻中度活动期溃疡性结肠炎改善临床症状、诱导缓解的推荐程度是？	1	16	4	1	0	22	是
26	相较单独使用美沙拉嗪，您对使用健脾清肠汤诱导、维持轻中度活动期溃疡性结肠炎缓解的推荐程度是？	3	14	5	0	0	22	是
27	较单独应用 SASP，您对使用清热利湿方维持溃疡性结肠炎缓解的推荐程度是？	3	12	7	0	0	22	是
28	较单独使用美沙拉嗪，您对使用黄葵敛肠方改善轻中度活动期溃疡性结肠炎临床症状的推荐程度是？	1	8	12	1	0	22	否
29	相较于单独使用美沙拉嗪，您对使用芍药汤维持溃疡性结肠炎缓解的推荐程度是？	4	9	9	0	0	22	否
30	较单独应用 SASP，您对使用结肠止泻汤维持溃疡性结肠炎缓解的推荐程度是？	1	16	5	0	0	22	是
31	推荐条目 30：较单独应用美沙拉嗪，您对使用芪仙苡酱煎维持溃疡性结肠炎缓解的推荐程度是？	2	15	5	0	0	22	是
32	较单独应用美沙拉嗪，您对使用红藤肠安汤维持溃疡性结肠炎缓解的推荐程度是？	2	12	8	0	0	22	是
33	较单独使用 SASP，您对使用清肠栓改善轻中度活动期溃疡性结肠炎患者临床症状的推荐程度是	8	7	3	2	0	20	是
34	较 SASP 联合美沙拉嗪，你对使用榆白缓释栓与美沙拉嗪联合使用，改善轻中度活动期溃疡性结肠炎患者的临床症状的推荐程度是？	6	12	1	1	0	20	是
35	较单独口服美沙拉嗪，您对使用葛根芩连汤+异功散与美沙拉嗪联用缓解轻中度活动期溃疡性结肠炎临床症状的推荐程度是？	8	11	3	0	0	22	是
36	较单独口服 SASP，你认为使用柴芍六君颗粒与 SASP 联用缓解轻中度活动期溃疡性结肠炎的临床症状更具优势？	4	12	6	0	0	22	是
37	与单独应用美沙拉嗪比，您对电针配合美沙拉嗪治疗轻中度活动期溃疡性结肠炎患者治疗的推荐程度是？	2	13	7	0	0	22	是
38	与单独应用美沙拉嗪比，您对手针配合美沙拉嗪治疗活动期溃疡性结肠炎患者治疗的推荐程度是？	1	11	9	1	0	22	是
39	与安慰对照比，您对手针治疗轻中度活动期溃疡性结肠炎患者生活质量的推荐程度是？	2	11	3	4	0	20	是
40	与单独应用美沙拉嗪比，您对灸法配合美沙拉嗪治疗溃疡性结肠炎患者治疗的推荐	3	12	7	0	0	22	是

	程度是？							
41	与应用 SASP 相比，您对灸法治疗溃疡性结肠炎患者治疗的推荐程度是？	3	7	12	0	0	22	否
42	与单独应用 SASP 相比，您对灸法配合 SASP 治疗溃疡性结肠炎患者治疗的推荐程度是？	3	13	6	0	0	22	是
43	与单独应用美沙拉嗪相比，您对针刺配合灸法治疗溃疡性结肠炎患者治疗的推荐程度是？	2	12	7	1	0	22	是
44	与单独应用美沙拉嗪相比，您对穴位埋线治疗溃疡性结肠炎患者治疗的推荐程度是？	1	9	11	1	0	22	否
45	与单独应用美沙拉嗪相比，您对穴位埋线配合美沙拉嗪治疗溃疡性结肠炎患者治疗的推荐程度是？	1	11	9	1	0	22	是
46	与单独应用 SASP 相比，您对使用化浊止泻散干粉敷脐法治疗溃疡性结肠炎患者治疗的推荐程度是？	1	9	10	2	0	22	否
47	与单独应用 SASP 相比，您对使用肠愈散穴位贴敷治疗溃疡性结肠炎患者治疗的推荐程度是？	1	9	10	2	0	22	否
48	与单独应用 SASP 相比，您对使用溃结宁膏穴位贴敷治疗溃疡性结肠炎患者治疗的推荐程度是？	0	10	8	2	0	20	是
49	与单独应用 SASP 相比，您对使用肠复贴穴位贴敷结合 SASP 治疗溃疡性结肠炎患者治疗的推荐程度是？	1	9	11	1	0	22	否
50	与单独应用 SASP 相比，您对使用宁肠方穴位贴敷结合 SASP 治疗溃疡性结肠炎患者治疗的推荐程度是？	1	9	12	0	0	22	否
51	与单独应用美沙拉嗪相比，您对使用愈疡散穴位贴敷结合美沙拉嗪治疗溃疡性结肠炎患者治疗的推荐程度是？	1	9	11	1	0	22	否
52	与单独应用美沙拉嗪相比，您对使用自拟中药 1 穴位贴敷结合美沙拉嗪治疗溃疡性结肠炎患者治疗的推荐程度是？	1	12	5	2	0	20	是
53	与单独应用美沙拉嗪相比，您对使用自拟中药 2 穴位贴敷结合美沙拉嗪治疗溃疡性结肠炎患者治疗的推荐程度是？	1	7	13	1	0	22	否
54	与单独应用美沙拉嗪相比，您对使用自拟中药 3 穴位贴敷结合美沙拉嗪治疗溃疡性结肠炎患者治疗的推荐程度是？	1	9	11	1	0	22	否
55	与单独应用美沙拉嗪相比，您对使用自拟中药 4 穴位贴敷结合美沙拉嗪治疗溃疡性结肠炎患者治疗的推荐程度是？	1	9	11	1	0	22	否
56	与单独应用 SASP 相比，您对使用自拟中药 5 穴位贴敷治疗溃疡性结肠炎患者治疗的推荐程度是？	1	7	14	0	0	22	否
57	与单独应用美沙拉嗪相比，您对推拿治疗溃疡性结肠炎患者治疗的推荐程度是？	1	8	11	2	0	22	否

58	与单独应用 SASP 比, 您对耳穴治疗溃疡性结肠炎患者治疗的推荐程度是?	1	5	14	1	1	22	否
59	与单独应用 SASP 比, 您对耳穴联合口服中药肠癖康治疗溃疡性结肠炎患者治疗的推荐程度是?	1	9	10	1	1	22	否

3.8 撰写指南草案

指南草案由编制组临床秘书韩啸按照《中华中医药学会临床应用专家共识报告规范》于 2022 年 7 月完成, 由项目牵头专家李军祥教授和方法学专家刘兆兰教授对稿件内容进行审核。

3.9 指南草案的质量评价及适用性评价

3.9.1 质量评价

2022 年 7 月 28 日, 由方法学专家刘兆兰教授和项目负责人李军祥教授填写质量评价表, 方法学质量评价为高质量, 见表 8。

表 8 指南质量评价结果

序号	条目内容	选择人数		
		是	否	不适用
1	指南制订小组由包含临床专家和方法学家在内的多学科团队组成	2	0	0
2	指南制订人员与指南内容无利益冲突	2	0	0
3	有构建清楚的临床问题	2	0	0
3.1	报告了中医病名或西医病名或具体中医证候	2	0	0
3.2	报告了干预措施的具体类型如汤药、中成药、针灸等	2	0	0
3.3	对照措施合理	2	0	0
3.4	结局指标是具有临床重要性, 或能体现中医药治疗优势的指标	2	0	0
4	检索范围全面	2	0	0
4.1	检索内容包括了中医古籍文献与现代临床研究文献	0	2	0
4.2	报告了检索的数据库、检索时间、检索词	2	0	0
4.3	提供了代表数据库的具体检索策略	2	0	0
5	提供了纳入排除标准, 并与临床问题相符	2	0	0
6	描述了文献筛选过程, 并提供了清晰的筛选流程图	2	0	0
7	提供了排除文献列表	0	0	2
8	数据提取过程清晰	2	0	0
9	提供了纳入文献清单及纳入文献特征表	2	0	0
10	数据综合过程正确	2	0	0
10.1	效应值选择正确	2	0	0
10.2	统计分析方法正确	2	0	0
11	选用了国际或行业内公认的证据质量评价方法, 且证据质量评价过程正确, 前后无矛盾	2	0	0
12	提供了证据概要表	2	0	0
13	明确描述形成推荐意见的考虑要素	2	0	0
14	明确解释推荐强度的含义	2	0	0

15	明确描述形成推荐意见的方法,并提供了相关附件如调研问卷或会议记录	2	0	0
16	每条推荐意见均有证据支持	0	2	0

3.9.2 适用性评价

2022年7月28日,由项目负责人李军祥教授填写适用性评价表,适用性评价为高适用性,见表9

表9 指南适用性评价结果

序号	条目	选择人数		
		是	否	不适用
领域 1. 总体				
1	制定的机构组织及成员具有权威性	2	0	0
2	明确定义指南使用人群（中医医师/中西医结合医师/西医医师等）	2	0	0
3	明确定义指南适用环境（三级医院/二级医院/社区诊疗中心等）	2	0	0
4	指南内容全面	2	0	0
5	理、法、方、药一致	2	0	0
领域 2. 清晰性				
1	推荐建议易于识别（在框中加粗，粗体文字，下划线等）	2	0	0
2	推荐意见表达用词明确，并列出每项推荐意见的证据等级	2	0	0
3	列出指南内包含的所有术语和英文译名，及其具体定义	2	0	0
4	指南中的临床问题明确，且与推荐意见前后一致	2	0	0
领域 3. 可执行性				
1	指南使用人员可以理解指南内容	2	0	0
2	明确定义患者人群特征，必要时应列出不适用的亚组人群	2	0	0
3	疾病的病因清晰，有依据，并得到行业认同	2	0	0
4	疾病的病机清晰，有依据，并得到行业认同	2	0	0
5	中医常见证候清晰，有依据，并得到行业认同	2	0	0
6	对于推荐的方药，明确描述了具体组方	2	0	0
6.1	报告了方剂名称；	2	0	0
6.2	报告了方剂来源；	2	0	0
6.3	报告了方剂组成及每味中药的克数；	2	0	0
6.4	报告了用药方案；	2	0	0
6.5	报告了煎煮法（需要时列出）；	2	0	0
6.6	报告了加减用药方案（需要时列出）；	2	0	0
6.7	报告了注意事项	2	0	0
6.8	如果有合并治疗，描述合并治疗方案	2	0	0
6.8.1	合并治疗类型	2	0	0
6.8.2	合并治疗时机	2	0	0
6.8.3	合并治疗剂量/频次	2	0	0
6.8.4	合并治疗疗程	2	0	0
6.9	明确描述该方剂改善的结局	2	0	0
7	对于中成药，明确描述了下列信息	2	0	0
7.1	报告了用药方案；	2	0	0
7.2	报告了疗程；	2	0	0
7.3	报告了注意事项	2	0	0

7.4	如果有合并治疗，描述合并治疗方案	2	0	0
7.4.1	合并治疗类型	2	0	0
7.4.2	合并治疗时机	2	0	0
7.4.3	合并治疗剂量/频次	2	0	0
7.4.4	合并治疗疗程	2	0	0
7.5	明确描述该中成药改善的结局	2	0	0
7.6	该中成药是否属于医保药物或基药	2	0	0
8	对于非药物治疗法（如针刺，推拿等），提供足够详细信息，以允许临床医师可以进行相关操作	2	0	0
8.1	针刺	2	0	0
8.1.1	报告了针刺的穴位	2	0	0
8.1.2	报告了针刺的深度	2	0	0
8.1.3	报告了针刺的刺激方式	2	0	0
8.1.4	报告了留针时间	2	0	0
8.1.5	报告了治疗频次	2	0	0
8.1.6	报告了疗程	2	0	0
8.1.7	必要时报告联用的其他干预措施	2	0	0
8.1.8	明确描述该疗法改善的结局	2	0	0
8.2	灸法	2	0	0
8.2.1	报告了灸法的适用情况	2	0	0
8.2.2	报告了某灸法的操作要点	2	0	0
8.2.3	报告了治疗频次	2	0	0
8.2.4	报告了灸法的疗程	2	0	0
8.2.5	明确描述该疗法改善的结局	2	0	0
8.3	推拿	2	0	0
8.3.1	报告了推拿手法	2	0	0
8.3.2	报告了推拿时间	2	0	0
8.3.3	报告了治疗频次	2	0	0
8.3.4	报告了疗程	2	0	0
8.3.5	明确描述该疗法改善的结局	2	0	0
8.4	针刀疗法	0	0	2
8.4.1	报告了无菌操作要点	0	0	2
8.4.2	报告了进针的取穴部位	0	0	2
8.4.3	报告了进针的深度	0	0	2
8.4.4	报告了进针手法的操作要点	0	0	2
8.4.5	报告了治疗频次	0	0	2
8.4.6	报告了疗程	0	0	2
8.4.7	必要时报告联用的其他干预措施（如推拿）	0	0	2
8.4.8	明确描述该疗法改善的结局	0	0	2
8.5	敷贴、熏洗	2	0	0
8.5.1	报告了贴敷片剂治疗的部位或熏洗的部位	2	0	0
8.5.2	报告了治疗频次	2	0	0
8.5.3	报告了疗程	2	0	0
8.5.4	必要时报告联用的其他干预措施	2	0	0
8.5.5	明确描述该疗法改善的结局	2	0	0
8.6	耳穴	2	0	0
8.6.1	报告了耳穴刺激的穴位	2	0	0
8.6.2	报告了治疗频次	2	0	0
8.6.3	报告了疗程	2	0	0

8.6.4	必要时报告联用的其他干预措施	2	0	0
8.6.5	明确描述该疗法改善的结局	2	0	0
8.7	传统功法（太极、气功等）	0	0	2
8.7.1	报告了具体功法的名称	0	0	2
8.7.2	报告了练功的频次与时长	0	0	2
8.7.3	报告了练功的注意事项	0	0	2
8.8	其他非药物治疗法	2	0	0
9	必要时可针对性提出预防调护的措施	2	0	0
10	必要时可针对性提出康复调摄的措施	2	0	0

3.9.3 评价结果分析

指南质量评价结果为高质量，适用性评价结果为高适用性，对指南草案进行修改后于 2022 年 8 月形成征求意见稿，并经全体起草人审阅，形成组内共识。

3.10 征求意见

编制组于 2022 年 8 月开展征求意见，以线上交流填写征求意见反馈表的形式进行，参与意见征集人数为 30 人，来自北京、上海、河南、山西、浙江、天津、山东、江西、广西、广东、陕西、福建、重庆、湖北、江苏的 22 家医院。收到“征求意见稿”后，有 27 名专家提出建议及意见，3 名专家未提出意见，对本指南表示认可。已根据意见采纳与本指南相关的意见。

表 10 征求意见汇总处理表

序号	章条编号	单位/名字	内容	意见内容及理由	处理意见
1.	前言	上海交通大学医学院附属瑞金医院/王立夫	目前西医对于 UC 的治疗尚缺乏特效药物	这句话似乎不妥。建议改为“目前西医对于 UC 的治疗以内科药物治疗为主”	同意，已修改
2.	目次	成都中医药大学附属医院/李水芹	参考文献页码错误	参考文献。。。错误，未定义书签。	同意，已修改
3.	1 范围	北京市丰台区方庄社区卫生服务中心/赵新颖	本指南适用于各等级医院消化内科专业的中医（中西医结合）及西医临床执业医师、全科医师，相关的护理人员及药师也可参考本指南。	本指南适用于各等级医院消化内科专业的中医（中西医结合）及西医临床执业医师、普通内科医师、全科医师，相关的护理人员和药师也可参考本指南。有些二级医院可能为大内科医师，专业不一定是消化内科专业，该指南对这部分医师也有很重要的意义	同意，已修改

序号	章条编号	单位/名字	内容	意见内容及理由	处理意见
4.	2 规范性引用文件	成都中医药大学附属医院/杨春荣	本段第二行的第一个，建议改成中文，	前后标点格式不统一	同意，已修改
5.	2 规范性引用文件	山东第一医科大学第一附属医院/赵宁宁		第二行第一个逗号是半角，建议统一改为全角	同意，已修改
6.	2 规范性引用文件	成都中医药大学附属医院/李水芹	引用文件后的逗号，格式有误。	其中，注日期的引用文件，仅该日期对应的版本适用于本文件；	同意，已修改
7.	3 术语和定义	福建中医药大学附属第二人民医院/敖佃元	术语和定义中建议增加“倒灌性”或“从直肠开始的”	参照《炎症性肠病诊断与治疗的共识意见（2018 年，北京）》或对于基层医院更好理解	已参照《炎症性肠病诊断与治疗的共识意见（2018 年，北京）》
8.	4 流行病学	福建中医药大学附属第二人民医院/敖佃元	删除“男女的患病比例约为 1.0~1.3:1”	文字重复	同意，已修改
9.	4 流行病学	江西中医药大学附属医院/谢明君	建议删除 4 流行病学中“男女的患病比例”重复字句	“男女的患病比例约为 1.0~1.3:1”重复	同意，已修改
10.	4 流行病学	河南省中医院/张勤生	删除第二行“男女的患病比例约为 1.0-1.3:1”	-	同意，已修改
11.	4 流行病学	陕西省中医医院/寇媛	男女的患病比例约为 1.0~1.3:1	此句话重复了 2 遍	同意，已修改
12.	4 流行病学	陕西中医药大学附属医院/赵唯含	流行病学：男女的患病比例约为 1.0~1.3:1 重复 2 遍	文字重复	同意，已修改
13.	4 流行病学	重庆市中医院/袁玲	男女的患病比例约为 1.0~1.3:1	这句话重复	同意，已修改
14.	4 流行病学	北京市丰台区方庄社区卫生服务中心/赵新颖	男女的患病比例约为 1.0~1.3:1, 男女的患病比例约为 1.0~1.3:1, 性别差异不明显 [1-3]。	男女的患病比例约为 1.0~1.3:1, 性别差异不明显 [1-3]。为重复性语句。	同意，已修改
15.	4 流行病学	广州中医药大学脾胃研究所/胡玲	建议更新参考文献	本部分所参考的文献为 UC 于我国 1990~2003 年的流行病学调查，其流行病学调查结果感觉有些太早，不太适宜用于	同意，已更新

序号	章条编号	单位/名字	内容	意见内容及理由	处理意见
				现今的本指南。	
16.	4 流行病学	华中科技大学同济医学院附属协和医院/杨胜兰	“UC 的发病的高峰人群”改为“UC 发病的高峰人群”	语句不通	同意，已修改
17.	4 流行病学	华中科技大学同济医学院附属协和医院/杨胜兰	删一句“男女的患病比例约为 1.0~1.3:1”	语句重复	同意，已修改
18.	4 流行病学	成都中医药大学附属医院/李水芹	我国 UC 的发病人数呈逐步增加趋势改为我国 UC 的发病人数呈逐年增加趋势	-	同意，已修改
19.	5.1 临床表现	成都中医药大学附属医院/杨春荣	建议本段第三行肝胆 后面加上“及血栓栓塞性疾病”	血栓栓塞性疾病也是 UC 的肠外表现之一	同意，已修改
20.	5.1 临床表现	成都中医药大学附属医院/杨春荣	最后一行上皮内瘤变后面的，建议去掉	本句可不要此逗号	同意，已修改
21.	5.1 临床表现	重庆市中医院/袁玲	可以细化分段	有点笼统	同意，已修改
22.	5.1 临床表现	河南省中医院/张勤生	“10%-20%”的“-”建议改成“~”	-	同意，已修改
23.	5.2.2 粪便检查	天津市南开医院/唐艳萍	EB 病毒后面多写了一个感染	-	同意，已修改
24.	5.2.2 粪便检查	华中科技大学同济医学院附属协和医院/杨胜兰	“EB 病毒感染(Epstein-Barr Virus,EBV)感染”改为“EB 病毒(Epstein-Barr Virus,EBV)感染”	词语重复	同意，已修改
25.	5.2.3 内镜检查	江苏省中医院/陆玥琳	对于病程较长的患者，可出现铅管样改变；伴 CMV 或 C.diff 感染可见深凿样或纵行溃疡	-	不同意，铅管样改变多见于腹部平片和 CT,非结肠镜下表现

序号	章条编号	单位/名字	内容	意见内容及理由	处理意见
26.	5.2.3 内镜检查	河南省中医院/张勤生	“内镜检查”建议直接写成“结肠镜检查”	-	同意，已修改
27.	5.2.3 内镜检查	天津市南开医院/唐艳萍	结肠镜下可见 UC 病变部位多从直肠开始，呈连续性、弥漫性分布。	建议改为：从直肠开始呈倒灌性、连续性、弥漫性分布。	同意，已修改
28.	5.2.3 内镜检查	广州中医药大学脾胃研究所/胡玲	建议增加 UC 内镜表现的图例。	除从事消化内科专业人员外，本指南同时涉及为全科医师、相关护理人员、各级医疗单位所参考，因此建议附上经典的 UC 内镜表现图例以供参照。	本指南主旨在于中医药治疗溃疡性结肠炎，考虑不宜在西医诊断上增加太多篇幅
29.	5.2.4 病理组织学检查	福建中医药大学附属第二人民医院/敖佩元	建议增加“黏膜活检建议多部位、多段取材。推荐至少 5 个部位（包括直肠和末端回肠在内），每个部位取材不少于 2 块。内镜下未见异常的黏膜也应取活检。”	参照 2014 年《中国炎症性肠病组织病理诊断共识意见》及《炎症性肠病诊断与治疗的共识意见（2018 年，北京）》	本指南主旨在于中医药治疗溃疡性结肠炎，考虑不宜在西医诊断上增加太多篇幅
30.	5.2.4 病理组织学检测	广州中医药大学脾胃研究所/胡玲	建议增加 UC 病理组织学表现的图例。	除从事消化内科专业人员外，本指南同时涉及为全科医师、相关护理人员、各级医疗单位所参考，因此建议附上经典的 UC 病理组织学表现图例以供参照。	本指南主旨在于中医药治疗溃疡性结肠炎，考虑不宜在西医诊断上增加太多篇幅
31.	6.1.1.2	福建中医药大学附属第二人民医院/敖佩元	最后的“...等非感染性结肠炎”是否改为“...等非感染性结肠病”比较合适。	结肠息肉、结直肠癌或不归属于结肠炎	此处专指与非感染性结肠炎相鉴别
32.	6.1.1.2	河南省中医院/张勤生	“艰难梭菌感染”应该改为“难辨梭状芽孢杆菌”	-	同意，已修改
33.	6.1.1.2	天津中医药大学第一附属医院/冀建斌	感染性疾病：抗生素相关性肠病	供参考	本指南主旨在于中医药治疗溃疡性结肠炎，考虑不宜在西医诊断上增加太多篇幅

序号	章条编号	单位/名字	内容	意见内容及理由	处理意见
34.	6.1.1.2	天津中医药大学第一附属医院/冀建斌	非感染性疾病：NSAIDs 肠病、肠道淋巴瘤	-	不同意
35.	6.1.1.3	河南省中医院/张勤生	“随访观察 3-6 个月”的“-”建议改成“~”	-	同意，已修改
36.	6.1.2 疾病评估	山东第一医科大学第一附属医院/赵宁宁		表 4 中逗号半角、全角混用，建议统一	同意，已修改
37.	6.1.2.3	福建中医药大学附属第二人民医院/敖俪元	UCEIS 表后注缺失	评分注解有助于基层使用评价	同意，已修改
38.	6.1 西医诊断	广州中医药大学脾胃研究所/胡玲	建议将 6.1.1.1~6.1.1.3 及 6.1.2.1~6.1.2.3 的内容进行整合。	部分小节的内容过短，且各节之间内容、逻辑连贯，建议分段描述即可，无需单独分小节。	该部分内容是按模板格式要求进行细分的
39.	6.2.1 疾病诊断	成都中医药大学附属医院/李水芹	中医“休息痢”的范畴；后面分号格式有误	-	同意，已修改
40.	6.2.2 证候诊断	广西中医药大学第一附属医院/刘礼剑	“6.2.2 证候诊断”→“6.2.2.1 大肠湿热证”之间还有一阶标题。	-	此处按模板编写
41.	6.2.2 证候诊断	山东第一医科大学第一附属医院/赵宁宁		所有“证型确定”条目标点符号全角、半角混用，建议统一	同意，已修改
42.	6.2.2 证候诊断	陕西中医药大学附属医院/赵唯含	证型建议加上阴虚证型	对于临床以阴虚为表现的溃结没有相对应的证型	本指南证型确定是经过专家多轮讨论的，一致同意按现有证型进行划分
43.	6.2.2.1-6.2.2.6	成都中医药大学附属医院/李水芹	每一条证型确定：后面的冒号格式有误	-	同意，已修改
44.	6.2.2.2	陕西中医药大学附属医院/赵唯含	热毒炽盛证：苔黄腻建议改为苔黄燥	热毒炽盛没有明显湿证表现，修改后可与大肠湿热证以示区别	同意，已修改
45.	6.2.2.3	天津中医药大学第一附属医院/冀建斌	主症为：腹部冷痛，喜温喜按，次症为腹部有灼热感，是否存在	供参考	同意，已修改

序号	章条编号	单位/名字	内容	意见内容及理由	处理意见
			矛盾，且标点符号存在错误		
46.	6.2.2.5	山西省中医院/冯五金	大便清稀或伴有完谷不化→粘液便或带脓血	主症应体现主病，否则难与肠易激综合症区别	同意，已修改
47.	6.2.2.6	山西省中医院/冯五金	大便稀溏，或有少许黏液便→或带脓血	主症应体现主病，否则难与肠易激综合症区别	同意，已修改
48.	6.2.2 证候诊断	广州中医药大学脾胃研究所/胡玲	1. 证型确定方法在节末说明即可，无需在每个证型中描述。	1. 本指南证型确定方法适用于所提出的各证候类型，故在节末说明即可。	1. 同意
49.	6.2.2 证候诊断	广州中医药大学脾胃研究所/胡玲	2. 建议在证型确定说明后，补充辨证说明如下：两证兼见为复合或兼证型。两证同存，不分主次者为复合证，如肝郁脾虚证和脾虚湿阻证；一主一次者为兼证型，需分主证、兼证，如脾肾阳虚证兼寒热错杂证。	2. 临床上两证兼见较为普遍，故建议补充辨证说明。	2. 本指南证型确定是经过专家多轮讨论的，一致同意按现有证型进行划分
50.	7.2.2	上海交通大学医学院附属瑞金医院/王立夫	重度 UC 则应在使用美沙拉嗪制剂、激素或免疫抑制剂或生物制剂的基础上，	和新的国内国外西医治疗重症 UC 指南似乎有些冲突。建议修改：重度 UC 的治疗在生物制剂治疗存在禁忌症的情况下，在使用美沙拉嗪制剂、激素或免疫抑制剂基础上，…	同意，已修改
51.	7.3 中医辨证治疗	广西中医药大学第一附属医院/刘礼剑	7.3 中医辨证治疗中“经典方”、“经验方”加粗格式不统一。	-	同意，已修改
52.	7.3 中医辨证治疗	广西中医药大学第一附属医院/郑超伟	将部分证据级别较低的经验方作为团体标准指南内容进行推荐欠妥	-	本指南的证据级别评价采用 GRADE GDT 工具，遵循 GRADE 三升五降原则，并经专家投票后确定推荐意见
53.	7.3 中医辨证治疗	华中科技大学同济医学院附属协和医院/杨胜兰	同为 D 级证据，有弱推荐与强推荐的不同	是否需要具体说明评判标准	同意，已补充

序号	章条编号	单位/名字	内容	意见内容及理由	处理意见
54.	7.3.1	江苏省中医院/曹婷婷	芍药汤是否可以作为强推荐方剂？	芍药汤是治疗大肠湿热证痢疾的经典方剂，临床运用多，疗效较显著，是否可列为此证型强推荐方剂？如不能，应列出强推荐方剂	本指南推荐意见的推荐强度是经过专家投票决定的
55.	7.3.1	陕西中医药大学附属医院/赵唯含	芍药汤证据等级为D，能不能再搜索文献找到等级更高的文献	作为经典方的芍药汤、白头翁汤、乌梅丸的证据等级均为D，为弱推荐，但这些方剂临床常用且有效，建议再找找有无证据等级更高的文献支持	本指南推荐意见的推荐强度是经过专家投票决定的
56.	7.3.2	重庆市中医院/曾健	清热利湿方(D级证据,弱推荐)	建议补充出处或参考文献有文献支撑，更具说服力	同意，已修改
57.	7.3.2	山东第一医科大学第一附属医院/赵宁宁		“舌质红降”存在错别字，应为“舌质红绛”	同意，已修改
58.	7.3.3	河南省中医院/张勤生	加减中“元胡”改成“延胡索”，经验方②中“仙灵脾”改成“淫羊藿”	-	同意，已修改
59.	7.3.3	成都中医药大学附属医院/杨春荣	经典方如果连理汤没有相应证据支持建议删除	没有证据支持的经典方建议删除	不同意，连理汤治疗溃疡性结肠炎寒热错杂证是经过共识推荐的，项目组认为应该保留
60.	7.3.3	华中科技大学同济医学院附属协和医院/杨胜兰	连理汤（需要补充证据）	未补充完整	同意，已补充
61.	7.3 中医辨证治疗	福建中医药大学附属第二人民医院/敖俪元	“经验方”“经典方”统一加粗	格式统一	同意，已修改
62.	7.3.4	华中科技大学同济医学院附属协和医院/杨胜兰	溃结2号方“白芨”改为“白及”	错别字	同意，已修改
63.	7.3.4	天津中医药大学第一附属医院/冀建斌	建议砂仁(后下)	格式统一	煎服法无需体现

序号	章条编号	单位/名字	内容	意见内容及理由	处理意见
64.	7.3.5	天津中医药大学第一附属医院/冀建斌	溃结汤的组方是否“寒热并调，攻补兼施”，对于脾肾阳虚不是太典型	供参考	推荐方药均是经两轮筛选后经专家投票达成推荐
65.	7.3.4、7.3.5	江西中医药大学附属医院/谢明君	建议7.3.2.2和7.3.2.3经典方添加证据等级和推荐等级	7.3.2.2脾肾阳虚证经典方和7.3.2.3肝郁脾虚证经典方缺证据等级和推荐等级	同意，已修改
66.	7.3.4脾肾阳虚证	广州中医药大学脾胃研究所/胡玲	建议补充“理中汤”、“四神丸”、“痛泻药方”、“四逆散”的证据支持。	指南所推荐的经典方剂也需相关证据支持。	同意，已修改
67.	7.3.6	陕西省中医医院/寇媛	腹痛隐隐，大便溏薄。倦怠乏力者，	大便溏薄后的句号使用不当，应为“，”	同意，已修改
68.	7.3.6	广州中医药大学脾胃研究所/胡玲	建议补充“理中汤”、“四神丸”、“痛泻药方”、“四逆散”的证据支持。	指南所推荐的经典方剂也需相关证据支持。	同意，已修改
69.	7.4.1中药灌肠	山东中医药大学第二附属医院/郭玉婷	推荐处方：黄葵敛肠方（C级证据，弱推荐）[29] 药物组成：黄蜀葵花、地锦草、凤尾草、紫草、茜草、五倍子。	复方黄柏液灌肠有随机对照研究支持。江学良. 复方黄柏液与柳氮磺吡啶栓治疗溃疡性直肠炎随机对照研究. 医学知杂, 2012; 22(2): 102-104	推荐方药均是经两轮筛选后经专家投票达成推荐，无法替换
70.	7.4.1中药灌肠	河南中医药大学第一附属医院/袁媛	建议中药灌肠中加入“七炭方”。	“七炭方”为河南中医药大学第一附属医院消化科韩捷教授从2015年开始使用的灌肠中药方剂，效果显著。因制炭可止血，用于各种血证，中医认为“红见黑则止”，所以止血药物制成炭，可增强其止血效果；一些难以煎出有效成分的药物，制炭后一半炭化、另一半所谓“存性”，这样药物变得松而脆，有效成分容易煎出；此外止血药物制炭后固涩力更强，用于赤白痢疾效果优于生用；利于患者保留，并经临床试验	推荐方药均是经两轮筛选后经专家投票达成推荐，无法新增

序号	章条编号	单位/名字	内容	意见内容及理由	处理意见
				表明, 本发明使用安全, 疗效好, 是治疗溃疡性结肠炎的有效药物。2018 年获得国家发明专利(附后), 并在文章中引用。可作为 C 级证据, 弱推荐。	
71.	7.4.1 中药灌肠	华中科技大学同济医学院附属协和医院/杨胜兰	中黄是否写错了?	可能写错了	同意, 已修改
72.	7.4.2 中药栓剂	河南中医药大学第一附属医院/袁媛	建议中药栓剂中加入“健脾栓”。	“健脾栓”为河南中医药大学第一附属医院消化科韩捷教授从 2006 年开始使用的中药栓剂, 效果显著。根据中医学对慢性非特异性溃疡性结肠炎的理论认为, 该病应从“痢疾”、“肠癖”论治, 从中医理论出发, 结合张景岳“其病本不在广肠, 而在脾也”及李用粹“恶血不行, 侵入肠间而成痢疾, 当祛瘀”等理论, 从中医辨证出发, 抓住脾虚、血瘀等病理因素, 临床应健脾止泻、凉血止血化瘀。2012 年获得国家发明专利(附后), 并在文章中引用, 可作为 D 级证据, 弱推荐。	推荐方药均是经两轮筛选后经专家投票达成推荐, 无法新增
73.	7.4.2 中药栓剂	华中科技大学同济医学院附属协和医院/杨胜兰	清肠栓(C 级证据, 弱推荐)	格式有误, 括号内字体未加粗	同意, 已修改
74.	7.4.2 中药栓剂	华中科技大学同济医学院附属协和医院/杨胜兰	榆白缓释栓(D 级证据, 弱推荐)	格式有误, 括号内字体未加粗	同意, 已修改
75.	7.4.2 与 7.3.2	天津中医药大学第一附属医院/冀建斌	白及的“及”不统一	格式统一	同意, 已修改
76.	7.5 中成药	陕西省中医医院/寇媛	(4) 康复新液 (5) 云南白药序号应为 7.5.4 和 7.5.5; 云南白药	序号排序和前面的不一致; 云南白药有两种口服剂型, 按照下面的用法应为胶囊剂型	同意, 已修改

序号	章条编号	单位/名字	内容	意见内容及理由	处理意见
			应改为云南白药胶囊		
77.	7.5.1 虎地肠溶胶囊	华中科技大学同济医学院附属协和医院/杨胜兰	利温改为利湿	错别字	同意，已修改
78.	7.5.2 五味苦参肠溶胶囊	华中科技大学同济医学院附属协和医院/杨胜兰	利温改为利湿	错别字	同意，已修改
79.	7.5.3 八味锡类散	华中科技大学同济医学院附属协和医院/杨胜兰	删除“兼治结肠溃疡建议”中的建议	语句不通	同意，已修改
80.	7.6 中医适宜技术	成都中医药大学附属医院/杨春荣	中医适宜技术建议考虑精炼内容	内容稍显冗长	不同意，适宜技术是依据现有模板进行编写的
81.	7.6	广西中医药大学第一附属医院/刘礼剑	外治技术也应该辨证施治，最好每个证型都介绍1-2种相适应的外治技术。	穴位贴敷方和隔附子灸，没有进行辨证施治，适合阳虚证，并适合所有证型，那么部分证型没有外治方法。	同意，已修改
82.	7.6	天津中医药大学第一附属医院/冀建斌	中医适宜技术建议加入辨证指导，加强患者对此认识	供参考	同意，已修改
83.	7.6.1 针刺	华中科技大学同济医学院附属协和医院/杨胜兰	电针深刺八髎穴改为针刺八髎穴时	表述不对	同意，已修改
84.	7.6.2	广西中医药大学第一附属医院/郑超伟	隔附子饼灸 建议增加适应于阳虚、湿阻病症。	附子，辛温大热，热毒炽盛者不宜	同意，已增加对应证型
85.	7.6.2	陕西省中医医院/寇媛	列出适用证型	这两种中医适宜技术中所用药物均为热性药物，故不适用于所有证型	同意，已修改
86.	7.6.2	华中科技大学同济医学院附属协和医院/杨胜兰	每日1次后面的逗号，请在中文状态下输入	逗号错误	同意，已修改
87.	7.6.3	陕西省中医医院/寇媛	列出适用证型	这两种中医适宜技术中所用药物均为热性药物，故不适用于所有证型	同意，已修改

序号	章条编号	单位/名字	内容	意见内容及理由	处理意见
88.	8 健康管理	北京市丰台区方庄社区卫生服务中心/薛武更	建议将“定期随访”从8.1中单列出来,改为8.4定期随访	定期随访,可以是患者主动定期到医院就诊,也可以是医疗人员定期联系患者,是UC长期管理中的重要一环,单列出来提示其重要性。	不同意
89.	8 健康管理	广州中医药大学脾胃研究所/胡玲	1. 建议将8.1~8.3小节进行整合。	1. 患者宣教工作、饮食及生活方式调节属三位一体的综合管理方式,故建议对该部分内容整合描述,无需单独分小节。	同意,已修改
90.	8 健康管理	广州中医药大学脾胃研究所/胡玲	2. 建议列出符合“低纤维、低脂肪、高维生素、高蛋白”要求的食品推荐。	2. 临床上患者常询问饮食宜忌,故建议列举出合理的食物推荐。	目前存在较多争议
91.	8.2 合理饮食	广西中医药大学第一附属医院/刘礼剑	此病健康管理很重要	讲的比较笼统、西医化,中医的健康管理可以更丰富,根据不同的溃疡分期、不同中医证型,应该辨证进行健康管理。	目前尚缺乏公认的根据不同证型的健康管理方案
92.	9.2 癌变监测	江西中医药大学附属医院/葛来安	对于无法做肠镜复查的,可以通过做大肠癌早期筛查粪便SDC2基因甲基化检测	可以增加无法做肠镜患者的可选性	对于该方式目前尚缺乏专家共识推荐,暂不列入指南
93.	参考文献	成都中医药大学附属医院/杨春荣	参考文献部分稍偏久远,建议考虑下最近几年相关文献的比重	部分参考文献年代稍偏久远	同意,已修改
94.	参考文献	广西中医药大学第一附属医院/刘礼剑	部分参考文献比较陈旧。	-	同意,已增加部分新文献
95.	参考文献	广西中医药大学第一附属医院/郑超伟	-	部分文献所报道的经验方临床疗效显著,但就我个人临床体会而言,有言过其实之疑;或者部分文献报道的经验方仅为一家之言,是否可重复性,难以判断。类似疗效尚不确切的经验方作为团体标准指南推荐,个人认为有些欠妥。例如:参考文献[35],	推荐方药均是经两轮筛选后经专家投票达成推荐,具有一定临床价值

序号	章条编号	单位/名字	内容	意见内容及理由	处理意见
				仅用 20ml 康复新液灌肠 bid, 取得 84.2% 的有效率, 证据级别及可信度不高。	
96.	附录 A 临床问题六	华中科技大学同济医学院附属协和医院/杨胜兰	单独服用中药能否维持溃疡性结肠炎缓解?	语句不通	同意, 已修改
97.	附录 A 临床问题一/九	江苏省中医院/陆玥琳	口服中药联合 5-ASA 治疗轻中度 UC 非裂效于单用 5-ASA, 但在改善腹泻、腹痛等临床症状上有其优势	沈洪教授十一五课题结论	本指南回答的临床问题是经过前期调研和投票确定的

3.11 送审

本指南于 2022 年 9 月提交中华中医药学会标准化办公室审查。

四、与国内外同类指南的对比和最新指南采用情况

目前国内外均可见 UC 相关西医指南和共识, 涉及 UC 的诊断、治疗等各个方面。例如欧洲克罗恩病和结肠炎组织发布的《溃疡性结肠炎药物治疗指南》、

《欧洲溃疡性结肠炎诊断与处理指南》; 美国胃肠病学会发布的《成年人溃疡性结肠炎诊疗指南》; 中华医学会消化病学分会炎症性肠病学组发布的《炎症性肠病诊断与治疗的共识意见 (2018 年, 北京)》。在上述西医共识指南中均缺乏中医诊断、中药、中医适宜技术治疗方案的推荐。中医共识方面, 主要有中华中医药学会脾胃病分会发布的《溃疡性结肠炎中医诊疗专家共识意见》, 中国中西医结合学会消化系统疾病专业委员会发布的《溃疡性结肠炎中西医结合诊疗共识意见》, 对 UC 的中医治疗进行了论述, 尚缺乏严谨规范的循证医学支持。

本指南在证候诊断方面参考了《溃疡性结肠炎中西医结合诊疗共识意见》2017 年版的中医证候分型标准, 并在此基础上充分征求专家意见进行更新和优化。

五、与现行强制性国家标准或政策法规的关系

本文件与现行强制性国家标准及政策法规不存在冲突与矛盾。

六、代表性分歧意见的处理经过和依据

本文件编制过程不涉及代表性的重大分歧。

七、宣传、贯彻指南和后效评价指南的要求和措施

（一）宣传、贯彻指南的措施

1.指南的实施单位

北京中医药大学东方医院、江苏省中医院、重庆市中医院、陕西省中医医院、北京协和医院、福建中医药大学附属第二人民医院、广东省中医院、上海中医药大学附属岳阳中西医结合医院、天津中医药大学第一附属医院、河南中医药大学第一附属医院、成都中医药大学附属医院、山西省中医院、北京大学第一医院、北京大学第三医院、解放军总医院第七医学中心、同济大学附属第十人民医院、山东中医药大学第二附属医院

2.其他宣传、贯彻本指南的措施

本指南牵头专家李军祥教授身为中华中医药学会脾胃病分会副主任委员和中国中西医结合学会消化系统疾病专业委员会主任委员以及中国中西医结合肠道疾病联盟全国主席，将于每年定期举办的全国性学术活动中开展线上/线下开展集中宣讲，参会总人数预期将在 1000 人以上。

本指南正式公告发布后，编制组将开展与各级医院的合作与交流，每年定期举办一次集中宣讲，线上线下参会人数不少于 200 人，同时将不定期举办线上线下宣讲活动，总受益人数不少于 500 人。

本指南正式公告发布后，将与国内主流新媒体平台合作进行宣传，北京中医药大学东方医院微信公众号都将进行宣传；

本指南项目预期于国内核心期刊发表论文 2 篇。

（二）指南的用户评价

共识推广 1 年后，将由北京中医药大学东方医院合作对指南使用者的反馈和建议进行收集汇总和整理，预期反馈总人数不低于 30 人，后效评估报告将按期提交给中华中医药学会标准化办公室。

（三）指南的修订

本指南拟定每 3~5 年进行一次更新,更新内容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。更新步骤包括: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,整个过程通过文献研究和专家讨论相结合的方式实现。

八、废止现行有关指南的建议

本指南代替 ZYYXH/T81-2008《中医内科常见疾病诊疗指南 溃疡性结肠炎》,与 ZYYXH/T81-2008 相比,除结构调整和编辑性改动外,主要技术变化如下:

- (1)增加了 UC 的流行病学资料;
- (2)增加了部分 UC 的西医检查;
- (3)优化更新了 UC 的部分中医证型;
- (4)增加了 UC 中医辨证治疗的推荐药物并依照证据质量评价和专家意见综合形成相应的推荐意见;
- (5)增加了部分中医适宜技术;
- (6)增加了 UC 疾病管理和随访的内容。

建议废止前一版本的指南。

九、相关附录

- (一) 专家访谈报告
- (二) 第一轮问卷及调查报告
- (三) 指南临床问题确定会会议纪要
- (四) 指南专家推荐意见投票纪要

附件 1 立项审查会议纪要

1. 会议时间

2021-12-09

2. 会议形式

腾讯线上会议

3. 参会人员

谢雁鸣、王建明、王海隆、邓宏勇、朱跃兰、孙凤、陆芳、郭新峰、苏祥飞、李军祥、段笑娇、冯雪、刘鹏伟、韩啸

4. 会议内容

由项目负责人李军祥教授从立项依据、编制内容、编制团队、标准问题及范围、推广方案五个方面做立项汇报。

李军祥教授代表团队提出了溃疡性结肠炎（UC）是中医药治疗的优势病种，在诱导缓解、协同西药增效减毒、提高患者生活质量和预防复发等方面具有明显优势，对该指南进行修订将为临床医生合理使用中医药治疗 UC 提供规范性的指导和建议，有助于提高临床疗效和安全性。

原《溃疡性结肠炎诊疗指南》（标准编号：ZYYXH/T81-2008）起草于 2008 年，因编写年代较早，许多内容已不能满足当今诊疗活动的需要，同时原指南缺乏规范的循证医学证据和专家推荐意见。现拟针对以上问题增加了更新西医检查，对 UC 中医证型进行系统性优化，增加了 UC 的流行病学资料、UC 的中医辨证治疗的推荐药物并依照证据质量评价和专家意见综合形成相应的推荐意见，增加了 UC 的部分中医适宜技术，UC 的疾病管理和随访的内容。

本指南项目由李军祥教授担任负责人，唐旭东、王化虹、董筠、张北平担任主要起草人，19 位来自全国各大三甲医院的知名专家担任其他起草人。

经过

回复：采纳，指南修订过程中项目组将注重对文献证据中涉及中医治疗溃疡性结肠炎的总有效率和预后数据的相关内容进行收集整理和总结，在最后形成的稿件中对推荐的治疗药物补充这两项数据。

5. 会议结论

经过项目组汇报，专家提问、讨论和打分等环节，《溃疡性结肠炎中医诊疗指南（修订）》项目获 9 票同意，顺利通过立项审查。

审查会后，根据审查专家意见：建议增加中医治疗有效率与预后数据。项目组在后续指南修订过程中项目组将注重对文献证据中涉及中医治疗溃疡性结肠炎的总有效率和预后数据的相关内容进行收集整理和总结。

附件 2 专家访谈报告

1. 访谈背景

溃疡性结肠炎（UC）是一种以结直肠黏膜连续性、弥漫性炎症改变为特点的慢性非特异性肠道炎症性疾病，近 10 年来，我国 UC 的就诊人数呈逐步增加趋势，患病率约为 11.6/10 万/年，因其难治愈、易复发、癌变风险高、需终身服药，世界卫生组织已将其列为难治病之一。UC 是中医药治疗的优势病种，患者依赖度高，在诱导缓解、协同西药增效减毒、提高患者生活质量和预防复发等方面具有明显优势。但目前对于中医药干预 UC 尚缺乏规范性的指导和建议。为此编制组邀请国内多家医院的中、西医消化领域专家开展《溃疡性结肠炎中医诊疗指南（修订）》的编写工作。

2. 访谈目的

编制组通过对国内 UC 诊治相关领域的知名中医/西医专家的访谈，了解临床专家使用不同剂型（口服/栓剂/灌肠）中药治疗 UC 的应用情况，以期明确中药治疗 UC 的优势环节、安全性、中西药联用作用，不同中医药治疗 UC 对应证型，为下一步的临床应用问卷调研设计奠定基础。

3. 访谈对象及一般情况

编制组共访谈专家 14 名：王化虹、董筠、张北平、柯晓、杨小军、周正华、冯培民、韩捷、顾芳、贾燕、刘占举、江学良、任顺平、李慕然。其中中医专家 7 名，西医专家 7 名。

4. 访谈方式

因受疫情影响，访谈形式全部采用线上视频会议访谈。

5. 访谈时间

2021 年 12 月

6. 访谈内容

临床专家使用中医药治疗 UC 的情况，包括使用不同剂型（口服/栓剂/灌肠）治疗临床症状，实现临床缓解，黏膜/组织学缓解，治疗并发症等作用。中医药治疗 UC 的不良反应，以及中医药和西药联合使用的情况；不同中医药治疗溃疡性结肠炎对应的证型。

7. 访谈结果

- （1）多数中医临床专家曾使用过中药口服、灌肠治疗溃疡性结肠炎
- （2）多数临床专家认为，口服中药可用于治疗各期各型溃疡性结肠炎。单

独或联合西药使用可以实现改善临床症状、诱导及维持临床缓解，促进黏膜愈合，减少并发症。临床不良反应少见，安全可靠。

（3）多数临床专家认为，中药灌肠单独及联合西药治疗溃疡性结肠炎均可以实现改善临床症状、诱导及维持临床缓解，促进黏膜愈合，减少并发症，临床不良反应少见，安全可靠。

（4）多数临床专家认为，中药栓剂治疗溃疡性结肠炎可以实现改善临床症状、诱导及维持临床缓解，促进黏膜愈合，可以实现减少并发症，增加西药疗效，减轻副作用，临床不良反应少见，安全可靠。

附件 3 第一轮问卷及调查报告

1. 调查概况

1.1 调查对象及一般情况：

本次调查对象共 55 人，来自于 23 个省（直辖市、自治区），涉及三甲、三乙、二甲各级别医院 45 家，其中中医院占比 58.18%，综合性医院占比 23.64%，中西医结合医院占比 16.36%。调查对象中男性占比 54.55%，女性占比 54.45%；7.27%的人学历为本科，23.64%是硕士，69.09%是博士；从事专业年限大于 10 年的占比 90.91%，其次为 6-10 年占比为 5.45%；主任医师占比 63.64%，副主任医师占比 29.09%，主治医师占比 7.27%；脾胃科医生占比 78.18%，中医科占比 5.45%，内科占比 12.73%。

1.2 调查方式

线上交流填写电子调研问卷。

1.3 调查时间

2021 年 12 月——2022 年 1 月

2. 调查内容

一、中药治疗溃疡性结肠炎总体情况

2.2.1 对于中药治疗溃疡性结肠炎的疗效，您最常应用或最关注哪些方面？（根据实际情况）

临床疗效，对临床症状的改善（腹泻、黏液脓血便、腹痛、里急后重），黏膜修复，诱导缓解，维持缓解

2.2.2 除治疗溃疡性结肠炎本身以外，中药还可以实现

选项	小计	比例
控制合并感染	32	58.18%
减轻焦虑抑郁	44	80%
提高生存质量	52	94.55%
其他	11	20%
本题有效填写人次	55	

2.2.3 您曾经使用过的治疗溃疡性结肠炎的中药用法包括

选项	小计	比例
----	----	----

○口服	53	96.36%
○灌肠	46	83.64%
○栓剂	16	29.09%
○其他	3	5.45%
本题有效填写人次	55	

2.3 口服中药治疗溃疡性结肠炎

2.3.1 您使用过的可用于治疗溃疡性结肠炎的口服中药包括？

香连丸、藿香正气丸、乌梅丸、参苓白术散、附子理中丸、康复新液、枫蓼肠胃康、理中丸、痛泻宁颗粒、固本益肠片、虎地肠溶胶囊、补中益气丸、葛根芩连丸、黄连素、固肠止泻丸、补脾益肠丸、复方谷氨酰胺肠溶胶囊、致康胶囊、五味苦参肠溶胶囊、龙血竭片、云南白药、肠炎宁

2.3.2 您在临床对哪些类型的溃疡性结肠炎患者会考虑使用口服中药进行治疗？

选项	小计	比例
(1)临床类型	15	28.3%
初发型	36	67.92%
慢性复发型	49	92.45%
(2)分期	10	18.87%
活动期	38	72.7%
缓解期	48	90.57%
(3)严重程度	8	15.09%
轻度	49	92.45%
中度	46	86.79%
重度	17	32.08%
(4)病变范围	8	15.09%
直肠	46	86.79%
左半结肠	46	86.79%
广泛结肠	36	67.92%

(5)其他应用条件:	3	5.66%
本题有效填写人次	53	

2.3.3 您认为单独口服中药治疗溃疡性结肠炎可以实现?

选项	小计	比例
改善临床症状	52	98.11%
诱导临床缓解	33	62.26%
维持临床缓解	47	88.68%
促进黏膜愈合	40	75.47%
促进组织学缓解	27	50.94%
减少并发症	35	66.04%
其他	1	2.89%
本题有效填写人次	53	

2.3.4 您认为口服中药与西药联合治疗溃疡性结肠炎可以实现?

选项	小计	比例
改善临床症状	51	96.23%
诱导临床缓解	46	86.79%
维持临床缓解	49	92.45%
促进黏膜愈合	48	90.57%
促进组织学缓解	41	77.36%
减少并发症	44	83.02%
其他	2	3.77%
本题有效填写人次	53	

2.3.5 您认为对于以上勾选的治疗目标，口服中药联合西药是否都较单纯使用西药更具优势

选项	小计	比例
<input type="radio"/> 是	51	96.23%
<input type="radio"/> 否(请详细说明)	2	3.77%
本题有效填写人次	53	

2.3.6 您认为口服中药在与西药联合治疗溃疡性结肠炎治疗中起到的作用？

选项	小计	比例
增加西药疗效	40	75.47%
减轻西药副作用	40	75.47%
减少西药用量	36	67.92%
缩短疗程	44	83.02%
其他(请具体说明)	0	0%
本题有效填写人次	53	

2.3.7 您使用过的不同的中药口服诱导活动期溃疡性结肠炎缓解后其维持缓解时间的长度是否有差异

选项	小计	比例
<input type="radio"/> 是(请详细说明)	16	30.19%
<input type="radio"/> 否	37	69.81%
本题有效填写人次	53	

2.3.8 您是否发现口服中药治疗溃疡性结肠炎存在不良反应？

选项	小计	比例
○是(请详细说明)	3	5.66%
○否, 未发现明显不良反应	50	94.34%
本题有效填写人次	53	

2.4 中药栓剂治疗溃疡性结肠炎

2.4.1 您使用过的可用于治疗溃疡性结肠炎的中药栓剂包括？

清肠栓、榆白缓释栓

2.4.2 您在临床对哪些类型的溃疡性结肠炎患者会考虑使用中药栓剂进行治疗？

选项	小计	比例
(1)临床类型	5	32.25%
初发型	10	62.5%
慢性复发型	15	93.75%
(2)分期	4	25%
活动期	10	62.5%
缓解期	8	50%
(3)严重程度	5	32.25%
轻度	12	75%
中度	10	62.5%
重度	4	25%
(4)病变范围	4	25%
直肠	15	93.75%
左半结肠	11	68.75%
广泛结肠	4	25%
(5)其他应用条件:	1	6.25%
本题有效填写人次	16	

2.4.3 您认为单独使用中药栓剂治疗溃疡性结肠炎可以实现？

选项	小计	比例
改善临床症状	14	87.5%
诱导临床缓解	11	68.75%
维持临床缓解	8	50%
促进黏膜愈合	13	82.25%
促进组织学缓解	10	62.5%
减少并发症	6	37.5%
其他:	0	0%
本题有效填写人次	16	

2.4.4 您认为中药栓剂与西药联合治疗溃疡性结肠炎可以实现？

选项	小计	比例
改善临床症状	15	93.75%
诱导临床缓解	12	75%
维持临床缓解	14	87.5%
促进黏膜愈合	15	93.75%
促进组织学缓解	13	82.25%
减少并发症	12	75%
其他(请具体说明)	2	12.5%
本题有效填写人次	16	

2.4.5 对于您勾选的治疗目标，中药栓剂联合西药是否都较单纯使用西药更具优势

选项	小计	比例
<input type="radio"/> 是	12	75%
<input type="radio"/> 否(请详细说明)	4	25%
本题有效填写人次	16	

2.4.6 您认为中药栓剂在与西药联合治疗溃疡性结肠炎治疗中起到的作用？

选项	小计	比例
增加西药疗效	13	82.25%
减轻西药副作用	9	56.25%
减少西药用量	9	56.25%
缩短疗程	14	87.5%
其他:(请具体说明)	2	12.5%
本题有效填写人次	16	

2.4.7 您使用过的不同的中药栓剂诱导活动期溃疡性结肠炎缓解后其维持缓解时间的长度是否有差异

选项	小计	比例
<input type="radio"/> 是(请详细说明)	8	50%
<input type="radio"/> 否	8	50%
本题有效填写人次	16	

2.4.8 您是否发现中药栓剂治疗溃疡性结肠炎存在不良反应？

选项	小计	比例
<input type="radio"/> 是(请详细说明)	1	6.25%

○否，未发现明显不良反应	15	93.75%
本题有效填写人次	16	

2.5 中药灌肠治疗溃疡性结肠炎

2.5.1 您使用过的可用于灌肠治疗溃疡性结肠炎的中药包括？

云南白药、康复新液、锡类散、八味锡类散、致康胶囊、复方黄柏液、裸花紫珠、结肠宁

2.5.2 您在临床对哪些类型的溃疡性结肠炎患者会考虑使用中药灌肠进行治疗？

选项	小计	比例
(1)临床类型	15	32.61%
初发型	36	78.26%
慢性复发型	37	80.43%
(2)分期	9	19.57%
活动期	42	92.3%
缓解期	17	36.96%
(3)严重程度	6	13.04%
轻度	34	73.91%
中度	42	92.3%
重度	15	32.61%
(4)病变范围	7	15.22%
直肠	44	95.65%
左半结肠	43	93.48%
广泛结肠	11	23.91%
(5)其他应用条件:	1	2.17%
本题有效填写人次	46	

2.5.3 您认为单独使用中药灌肠治疗溃疡性结肠炎可以实现？

选项	小计	比例
改善临床症状	44	95.65%
诱导临床缓解	30	65.22%
维持临床缓解	26	56.52%
促进黏膜愈合	41	89.13%
促进组织学缓解	27	58.7%
减少并发症	23	50%
其他	1	2.17%
本题有效填写人次	46	

2.5.4 您认为中药灌肠与西药联合治疗溃疡性结肠炎可以实现？

选项	小计	比例
改善临床症状	45	97.83%
诱导临床缓解	43	93.48%
维持临床缓解	42	92.3%
促进黏膜愈合	44	95.65%
促进组织学缓解	38	82.61%
减少并发症	38	82.61%
其他	1	2.17%
本题有效填写人次	46	

2.5.5 对于您勾选的治疗目标，中药灌肠联合西药是否都较单纯使用西药更具优势

选项	小计	比例
----	----	----

○是	45	97.83%
○否(请详细说明)	1	2.17%
本题有效填写人次	46	

2.5.6 您认为中药灌肠在与西药联合治疗溃疡性结肠炎治疗中起到的作用？

选项	小计	比例
增加西药疗效	36	78.26%
减轻西药副作用	32	69.57%
减少西药用量	34	73.91%
缩短疗程	40	86.96%
其他	3	6.52%
本题有效填写人次	46	

2.5.7 您使用过的不同的中药灌肠诱导活动期溃疡性结肠炎缓解后其维持缓解时间的长度是否有差异

选项	小计	比例
○是(请详细说明)	9	19.57%
○否	37	80.43%
本题有效填写人次	46	

2.5.8 您是否发现中药灌肠治疗溃疡性结肠炎存在不良反应？

选项	小计	比例
○是(请详细说明)	2	4.35%
○否，未发现明显不良反应	44	95.65%

本题有效填写人次	46	
----------	----	--

2.6 其他中药治疗溃疡性结肠炎的途径

2.6.1 您使用过的除口服、栓剂、灌肠剂以外的可用于治疗溃疡性结肠炎的中药包括？

中药贴敷

2.6.2 您在临床对哪些类型的溃疡性结肠炎患者会考虑使用除口服、栓剂、灌肠剂以外的中药进行治疗？

选项	小计	比例
(1)临床类型	1	33.33%
初发型	2	66.67%
慢性复发型	3	100%
(2)分期	0	0%
活动期	1	33.33%
缓解期	3	100%
(3)严重程度	0	0%
轻度	3	100%
中度	2	66.67%
重度	1	33.33%
(4)病变范围	0	0%
直肠	3	100%
左半结肠	3	100%
广泛结肠	2	66.67%
(5)其他应用条件:	0	0%
本题有效填写人次	3	

2.6.3 您认为单独使用除口服、栓剂、灌肠剂以外的中药治疗溃疡性结肠炎可以实现?*

选项	小计	比例
改善临床症状	3	100%
诱导临床缓解	2	66.67%
维持临床缓解	3	100%
促进黏膜愈合	1	33.33%
促进组织学缓解	1	33.33%
减少并发症	3	100%
其他	0	0%
本题有效填写人次	3	

2.6.4 您认为除口服、栓剂、灌肠剂以外的中药与西药联合治疗溃疡性结肠炎可以实现?*

选项	小计	比例
改善临床症状	3	100%
诱导临床缓解	2	66.67%
维持临床缓解	3	100%
促进黏膜愈合	2	66.67%
促进组织学缓解	2	66.67%
减少并发症	2	66.67%
其他	0	0%
本题有效填写人次	3	

2.6.5 对于您勾选的治疗目标，除口服、栓剂、灌肠剂以外的中药联合西药是否都较单纯使用西药更具优势*

选项	小计	比例
<input type="radio"/> 是	3	100%
<input type="radio"/> 否(请详细说明)	0	0%
本题有效填写人次	3	

2.6.6 您认为除口服、栓剂、灌肠剂以外的中药在与西药联合治疗溃疡性结肠炎治疗中起到的作用？

选项	小计	比例
增加西药疗效	2	66.67%
减轻西药副作用	1	33.33%
减少西药用量	3	100%
缩短疗程	2	66.67%
其他	1	33.33%
本题有效填写人次	3	

2.6.7 您使用过的不同种类的除口服、栓剂、灌肠剂以外的中药诱导活动期溃疡性结肠炎缓解后其维持缓解时间的长度是否有差异*

选项	小计	比例
<input type="radio"/> 是(请详细说明)	2	66.67%
<input type="radio"/> 否	1	33.33%
本题有效填写人次	3	

2.6.8 您是否发现中药治疗溃疡性结肠炎存在不良反应？

选项	小计	比例
<input type="radio"/> 是(请详细说明)	1	33.33%

○否，未发现明显不良反应	2	66.67%
本题有效填写人次	3	

3. 调查结论

1.多数中医临床专家曾使用过中药口服、灌肠治疗溃疡性结肠炎

2.临床专家认为，中药治疗溃疡性结肠炎除治疗疾病本身以外，还可以起到减轻焦虑抑郁、提高生存质量等作用。

3.多数临床专家认为，口服中药广泛适用于治疗各期各型溃疡性结肠炎。单独使用可以实现改善临床症状、诱导及维持临床缓解，促进黏膜愈合，减少并发症；如联合西药在此基础上更可以实现促进临床缓解，减少并发症，增加西药疗效，减轻副作用，减少西药用量，缩短疗程，较单独使用西药更具优势。临床不良反应少见，安全可靠。

4.多数临床专家认为，中药灌肠广泛适用于活动期轻中度直肠及左半结肠型溃疡性结肠炎。单独使用及联合西药均可以实现改善临床症状、诱导及维持临床缓解，促进黏膜愈合，减少并发症；中药灌肠联合西药可增加西药疗效，减轻副作用，减少西药用量，缩短疗程，较单独使用西药更具优势，临床不良反应少见，安全可靠。

5.多数临床专家认为，中药栓剂适用于活动期/缓解期轻中度直肠及左半结肠型溃疡性结肠炎。单独使用栓剂可以实现改善临床症状、诱导及维持临床缓解，促进黏膜愈合；中药栓剂联合西药在此基础上更可以实现减少并发症，增加西药疗效，减轻副作用，减少西药用量，缩短疗程，较单独使用西药更具优势，临床不良反应少见，安全可靠。

附件 4 指南临床问题确定会会议纪要

1. 会议时间

2022-1-16

2. 会议形式

线上，腾讯会议

3. 参会人员

李军祥、韩捷、杨小军、冯百岁、张北平、郝微微、江学良、冯培民、周正华、顾芳、刘占举、张晓岚、贾燕、郭晓峰、刘艳迪、王化虹、刘兆兰、吴嘉瑞、苏娟萍、柯晓、董筠、任顺平、刘兆兰、廖星

4. 会议内容

4.1 第一轮问卷

基于前期专家访谈调研，形成原始问题清单一份，包含 34 个问题，通过采用问卷星形式，临床/药学/方法学专家就问题重要性、对临床实践意义等因素对该清单中问题进行投票，并就“您觉得在中医药/中成药治疗溃疡性结肠炎还有哪些合适的临床问题值得进行讨论？”进行补充回答，结果见表 1。

表 1 针对原始问题清单专家投票结果

No.	编号	均分	问题	专家提出的建议
1	12	4.5	口服中药/中成药治疗轻中度活动期溃疡性结肠炎是否可以改善临床症状	有〔做好疗效分析相关临床研究〕
2	14	4.44	中药/中成药灌肠治疗轻中度活动期溃疡性结肠炎是否可以改善临床症状	有〔对于溃疡性结肠炎是否应用灌肠，要看病变部位 有〔中药栓剂治疗左半结肠 UC 也有效〕
3	30	4.38	使用中药/中成药灌肠是否可以诱导轻中度活动期直肠型溃疡性结肠炎缓解	/
4	68	4.31	口服中药/中成药与西医常规维持治疗合用在维持溃疡性结肠炎缓解上是否比单独使用西医常规维持治疗更具优势	/
5	20	4.25	口服中药/中成药与口服西药联合缓解轻中度活动期溃疡性结肠炎临床症状是否比单独口服西药更具优势	/
6	38	4.25	口服中药/中成药与口服 5-ASA 制剂联合诱导轻中度活动期溃疡性结肠炎缓解是否较单独使用 5-ASA 制剂疗效更好	/
7	48	4.25	口服中药/中成药与口服激素联合诱导重度活动期溃疡性结肠炎缓解是否较单独口服激素疗效更好	/

8	22	4.19	口服中药/中成药加中药/中成药灌肠剂治疗轻中度活动期溃疡性结肠炎是否比单纯口服中药/中成药改善临床症状效果好	有〔根据病位病情，不是一概而论〕
9	74	4.19	在溃疡性结肠炎患者合并焦虑抑郁状态，加用中药/中成药的是否比单独使用西药更具优势	有〔加西药，中药没有优势〕 有〔中药疏肝理气很有必要〕
10	16	4.13	中药/中成药栓剂治疗轻中度活动期溃疡性结肠炎是否可以改善临床症状	有〔对于溃疡性结肠炎是否应用栓剂，要看病变部位，是否单用栓剂还是同时口服药物〕
11	24	4.13	口服中药/中成药加中药/中成药栓剂治疗轻中度活动期溃疡性结肠炎是否比单纯口服中药/中成药改善临床症状效果好	有〔根据病位病情，不是一概而论〕 有〔针对病变范围，二者有差异〕
12	28	4.13	口服中药/中成药是否可以诱导轻中度活动期溃疡性结肠炎缓解	有〔长期服用中药或中成药，同时严格饮食管理〕
13	58	4.13	口服中药/中成药诱导轻中度活动期溃疡性结肠炎缓解的疗程需要多久？	有〔7天〕 有〔需要2—6个月〕
14	36	4	口服中药/中成药加中药/中成药栓剂诱导轻中度活动期溃疡性结肠炎缓解是否比单纯口服中药/中成药效果好	有〔病位不同，疗效有差别〕 有〔针对病变范围可能有差异〕
15	66	4	单独服用中药/中成药能否能维持溃疡性结肠炎缓解	有〔轻度可以〕 有〔溃结后期治疗中药可有效防止复发〕 有〔对轻中度效果好些〕 有〔部分患者可以〕
16	34	3.94	口服中药/中成药加中药/中成药灌肠诱导轻中度活动期溃疡性结肠炎缓解是否比单纯口服中药/中成药效果好	有〔不一定哪种有特别优势〕 有〔与病变范围相关〕
17	40	3.88	中药/中成药灌肠与口服5-ASA制剂联合诱导轻中度活动期溃疡性结肠炎缓解是否较单独使用5-ASA制剂疗效更好	有〔与病变范围相关〕
18	32	3.81	中药栓剂/中成药栓剂是否可以诱导轻中度活动期直肠型溃疡性结肠炎缓解	/
19	50	3.75	口服中药/中成药与口服免疫抑制剂联合治疗激素无效型溃疡性结肠炎是否较单独口服免疫抑制剂/静脉注射生物制剂疗效更好	有〔进一步开展大样本研究，明确疗效〕
20	44	3.69	5-ASA栓剂或5-ASA/激素灌肠联合口服中药/中成药诱导轻中度活动期溃疡性结肠炎缓解是否较单独使用口服中药/中成药疗效更好	有〔病变范围相关〕
21	26	3.63	口服西药加中药/中成药栓剂治疗轻中度活动期溃疡性结肠炎是否比单纯口服中药/中成药改善临床症状效果好	/
22	42	3.63	中药栓剂/中成药栓剂与口服5-ASA制剂联合诱导轻中度活动期溃疡性结肠炎缓解	/

			解是否较单独使用 5-ASA 制剂疗效更好	
23	56	3.63	口服中药/中成药与口服免疫抑制剂联合诱导重度活动期溃疡性结肠炎缓解是否较单独口服免疫抑制剂疗效更好	/
24	70	3.63	溃疡性结肠炎患者合并有病毒感染时, 加用中药/中成药是否比单独进行西医治疗更具优势	/
25	76	3.63	溃疡性结肠炎长期使用(超过一年)中药/中成药治疗是否比使用西药更安全	有【没有可比性】 有【中药适合长期服用】
26	52	3.56	口服中药/中成药与静脉注射生物制剂联合治疗激素无效型溃疡性结肠炎是否较单独口服免疫抑制剂/静脉注射生物制剂疗效更好	有【进一步开展大样本研究, 明确疗效】
27	62	3.56	口服中药/中成药与非中药中医治疗手段(针刺、艾灸、穴位贴敷、耳穴压豆等)联合诱导活动期溃疡性结肠炎缓解是否较单独口服中药/中成药效果更好	有【非药物治疗法是中医治疗溃疡结的重要一环】 有【尚难评价】
28	64	3.56	口服中药/中成药与口服激素联合治疗激素依赖型溃疡性结肠炎是否能达到无激素缓解	有【可逐渐撤除激素】 有【激素减量尚可, 无激素较难。】
29	72	3.31	溃疡性结肠炎患者合并有艰难梭菌感染时, 加用中药/中成药治疗是否比单独进行西医治疗更具优势	有【有待继续临床研究观察】
30	54	3.19	口服中药/中成药与静脉注射生物制剂联合诱导重度活动期溃疡性结肠炎缓解是否较单独静脉注射生物制剂疗效更好	/
31	46	3.13	中药栓剂/中成药栓剂与 5-ASA 栓剂/灌肠剂联合诱导轻中度活动期溃疡性结肠炎缓解是否较单独使用 5-ASA 栓剂/灌肠剂疗效更好	/
32	78	3.13	溃疡性结肠炎长期使用(超过一年)中药/中成药联合西药治疗是否比单独使用西药更安全	有【没有可比性】
33	18	3.06	非中药中医治疗手段(针刺、艾灸、穴位贴敷、耳穴压豆等)治疗轻中度活动期溃疡性结肠炎是否可以改善临床症状	/
34	60	2.88	非中药中医治疗手段(针刺、艾灸、穴位贴敷、耳穴压豆等)与西医常规治疗联合诱导活动期溃疡性结肠炎缓解是否较单独使用西药疗效更好	/

以上问题皆为打分题, 本题出现在问卷最后, 为开放式问题

您觉得在中医药/中成药治疗溃疡性结肠炎还有哪些合适的临床问题值得进行讨论?

1	比如如何发掘古代名方起到古为今用的作用
2	维持缓解的问题
3	不同的中医药/中成药, 存在不同的疗效和安全性。

4	不同的诊疗方案，随访病情复发率，缓解时间的长度统计分析
5	中医药/中成药治疗溃疡性结肠炎的有效剂量和疗程及安全性。
6	质量控制
7	是否有靶向治疗的作用
8	基本上可以明确的是，正确选择中医或者中成药治疗溃疡性结肠炎，无论是在症状、内镜下粘膜表现及病理学方面，均可以有增效减毒等治疗作用。
9	应当关注复发、溃疡愈合的问题。
10	不用方剂疗效比较、诱导缓解与维持的剂量等
11	疗程，剂量，用法，不良反应及价格等
12	中医适宜技术治疗溃疡性结肠炎的疗效

4.2 第二项投票

临床问题的确定采用群体名义法，专家现场面对面对该清单中问题进行讨论并投票，会议采用问卷星形式，最终对原始问题清单中的 17 项临床问题进行重要程度打分，临床/药学/方法学专家就专业技能及经验对关注度高的前 17 项问题（分值在 3.0 分以上）进行打分，每个问题的重要程度为 1-5 分，1 为非常不重要，5 为非常重要。分数越高代表关注度越高、亟待解决。结果见表 2。本轮投票结果中，每项临床问题的关注度均较高，经过专家面对面讨论，并对临床问题进行规范化整理合并，最终确认指南需回答临床问题十项，见表 3。

4.3 会议中专家提出意见

会议过程中参会专家为指南待解决的临床问题提出了不同意见。中研院王凤兰教授指出，中医药古籍中出现了大量的经典名方，经方是否可以进行不同程度的加减，使其更为贴合当前治疗溃疡性结肠炎的临床诊疗环境，起到古为今用的作用；药理学领域吴嘉瑞教授提出，中医药疗法干预溃疡性结肠炎的靶向治疗作用、剂量问题需要更多研究来明确，在临床应用上确实存在相当一部分中药不良反应事件，如何能够更安全运用中医药疗法治疗溃疡性结肠炎应该被重视；方法学领域廖星研究员提出目前已经提出的临床问题属于背景基础问题，无法通过构建 PICOS 化问题来回答的，比如用药的干预时长多久为适宜，这类问题无法通过二次文献角度来回答；李军祥主任指出以往国内对于 UC 的中药治疗经常存在定位不清，缺乏统一目标的问题，本次指南编制应具体明确中医药所实现的临床定位，具体包含活动期 UC 的主要症状缓解、活动期 UC 的诱导缓解和缓解期 UC 的维持缓解 3 种类型。

表 2 临床问题重要程度 1-5 分打分

序号	均分	临床问题
1	4.24	口服中成药加中成药灌肠剂治疗轻中度活动期溃疡性结肠炎是否比单

		纯口服中成药改善临床症状效果好
2	4.21	口服中成药与口服西药联合缓解轻中度活动期溃疡性结肠炎临床症状是否比单独口服西药更具优势
3	4.18	口服中成药与口服 5-ASA 制剂联合诱导轻中度活动期溃疡性结肠炎缓解是否较单独使用 5-ASA 制剂疗效更好
4	4.18	中医适宜技术（针刺、艾灸、穴位贴敷等）治疗溃疡性结肠炎的疗效如何？
5	4.09	5-ASA 栓剂灌肠联合口服中成药诱导轻中度活动期溃疡性结肠炎缓解是否较单独使用 5-ASA 栓剂/灌肠疗效更好
6	4.00	使用中成药灌肠是否可以诱导轻中度活动期直肠型溃疡性结肠炎缓解
7	3.94	口服中药/中成药与口服激素联合诱导重度活动期溃疡性结肠炎缓解是否较单独口服激素疗效更好
8	3.94	中成药灌肠与口服 5-ASA 制剂联合诱导轻中度活动期溃疡性结肠炎缓解是否较单独口服 5-ASA 制剂疗效更好
9	3.94	口服中成药加中成药栓剂治疗轻中度活动期溃疡性结肠炎是否比单纯口服中成药改善临床症状效果好
10	3.88	中成药灌肠治疗轻中度活动期溃疡性结肠炎是否可以改善临床症状
11	3.88	口服西药加中成药栓剂治疗轻中度活动期溃疡性结肠炎是否比单纯口服西药改善临床症状效果好
12	3.74	口服中成药治疗轻中度活动期溃疡性结肠炎是否可以改善临床症状
13	3.62	口服中成药是否可以诱导轻中度活动期溃疡性结肠炎缓解
14	3.62	中成药栓剂治疗轻中度活动期溃疡性结肠炎是否可以改善临床症状
15	3.56	服用不同的中成药诱导轻中度活动期溃疡性结肠炎缓解后其维持缓解时间的长度是否有差异
16	3.47	中成药栓剂是否可以诱导轻中度活动期直肠型溃疡性结肠炎缓解
17	3.44	单独服用中成药能否维持溃疡性结肠炎缓解

表 3 指南最终确定待回答临床问题 10 项

序号	问题
1	口服中药治疗轻中度活动期溃疡性结肠炎是否可以改善临床症状
2	中药治疗溃疡性结肠炎的远期疗效如何？
3	口服中药与口服 5-ASA 制剂联合诱导轻中度活动期溃疡性结肠炎缓解是否较单独使用 5-ASA 制剂疗效更好
4	口服中药是否可以诱导轻中度活动期溃疡性结肠炎缓解
5	中药灌肠治疗轻中度活动期溃疡性结肠炎是否可以改善临床症状
6	单独服用中药能否维持溃疡性结肠炎缓解
7	中药栓剂治疗轻中度活动期溃疡性结肠炎是否可以改善临床症状
8	中药灌肠是否可以诱导轻中度活动期溃疡性结肠炎缓解
9	口服中药与口服西药联合缓解轻中度活动期溃疡性结肠炎临床症状是否比单独口服西药更具优势
10	中医适宜技术（针刺、艾灸、穴位贴敷等）治疗溃疡性结肠炎的疗效如何？

附件 5 指南专家推荐意见投票纪要

1. 投票时间

2022-06-01

2. 投票形式

问卷星电子问卷

3. 参与投票专家

李军祥、韩捷、杨小军、冯百岁、张北平、郝微微、江学良、冯培民、周正华、顾芳、刘占举、张晓岚、贾燕、郭晓峰、刘艳迪、王化虹、刘兆兰、吴嘉瑞、苏娟萍、柯晓、董筠、任顺平

4. 投票内容与结果

为推荐意见达成共识，共进行了两轮投票。首先，方法学工作组制定第一轮问卷，问卷按照中成药、汤药、中医适宜技术治疗溃疡性结肠炎分为三个部分，每一条推荐条目均提供干预措施的组成、对照措施、样本量、RCT 数量、效应值及 95%置信区间、研究来源单位、研究通讯作者等。

问卷投票规则：投票专家结合证据质量、疗效、安全性、经济性及患者偏好及价值观等，对条件条目给出推荐意见。包括 5 个选项，符号及其含义分别是：A——强推荐，明显利大于弊，一定使用；B——若推荐，可能利大于弊，可能使用；C——不确定，利弊相当或不确定，无明确推荐；D——弱不推荐，可能弊大于利，可能不使用；E——强不推荐，明显弊大于利，一定不做使用。

问卷计票规则：若除了“C”不确定外的任何选项票数超过 50%，则视为达成共识推荐意见，可直接确定共识推荐方向及强度，若 C 不确定选项某一侧两个选项总票数超过 70%，亦视为达成共识推荐意见，可确定推荐方向，推荐强度则直接定为弱”；其余情况视为未达成共识，共识推荐进入下一轮投票。

推荐意见的形成综合参考了证据质量、利弊平衡、价值观/意愿、资源利用等因素。随着证据质量越高，越适合制定一个强推荐，反之亦然；利弊间的差别越大，越适合制定一个强推荐，差别越小越适合一个弱推荐；价值观和意愿差异越大，越适合制定一个弱推荐；一项干预措施的花费越高（即消耗的资源越多）越不适合制定一个强推荐。同批专家共进行两轮投票，第一轮问卷共 22 位专家参与作答，第二轮问卷共 20 位专家参与作答，最终达成共识条目 44 条，未达成共

识 16 条。最终结果见表 1、表 2。对于缺乏文献证据的临床问题，根据专家的经验推荐相应中药，采用德尔菲（Delphi）法通过 1 轮调查，形成推荐意见共识，采用“共识建议”方法表达推荐强度。20 位专家经过一轮投票，最终达成共识条目 1 条，见表 3。

4.1 会议中专家提出意见

一轮投票过后，王化虹专家提出含有甲硝唑、痢特灵这类药物的干预措施建议剔除，当前临床实践上已不使用这类用药方案治疗溃疡性结肠炎，此类证据没有推荐的必要；李军祥主任提出，组合用药的复杂中医药干预方案无法体现其中某个药物的疗效，建议针对可以体现单个用药的证据进行投票；方法学领域的廖星研究员与刘兆兰教授指出，证据跟不上临床实践的发展是指南制定过程中常常面临的问题，因此在现有的文献证据基础上，撰写指南征求意见稿阶段更需要广泛征求专家意见，使最终形成的指南稿件与临床实践能够更好贴合，更有利于指南未来的推广与应用。

表 1 达成共识——推荐意见投票结果表

No.	推荐条目	推荐方向强度的票数					投票轮数	是否达成共识
		↑↑	↑	/	↓	↓↓		
1	与单独应用美沙拉嗪比，您对虎地肠溶胶囊治疗轻中度活动期溃疡性结肠炎患者改善临床症状的推荐程度是？	10	10	2	0	0	22	是
2	较单独应用美沙拉嗪，您认为虎地肠溶胶囊联合美沙拉嗪治疗轻中度活动期溃疡性结肠炎患者改善临床症状更具优势？	14	6	1	1	0	22	是
3	与单独应用美沙拉嗪比，您对五味苦参肠溶胶囊治疗轻中度活动期溃疡性结肠炎患者改善临床症状的推荐程度是？	10	11	1	0	0	22	是
4	相对于单独使用美沙拉嗪，您对使用五味苦参肠溶胶囊诱导轻中度活动期溃疡性结肠炎患者缓解的推荐程度是？	8	13	1	0	0	22	是
5	相对于单独使用美沙拉嗪，您对使用五味苦参肠溶胶囊维持溃疡性结肠炎缓解的推荐程度是？	7	12	3	0	0	22	是
6	较单独使用美沙拉嗪，您对于五味苦参结肠溶胶囊联合美沙拉嗪诱导轻中度活动期溃疡性结肠炎缓解的推荐程度是？	13	7	2	0	0	22	是
7	较单独使用美沙拉嗪，您对使用锡类散灌肠改善轻中度活动期溃疡性结肠炎患者临床症状的推荐程度是？	8	10	3	1	0	22	是
8	较单独使用美沙拉嗪，您对使用康复新液	6	14	2	0	0	22	是

	灌肠改善轻中度活动期溃疡性结肠炎患者的临床症状的推荐程度是？							
9	较单独使用 SASP，您认为云南白药联合 SASP 缓解轻中度活动期溃疡性结肠炎患者的临床症状更具有优势？	6	12	3	1	0	22	是
10	较单独应用美沙拉嗪比，您对清肠温中方与美沙拉嗪联用治疗轻中度活动期溃疡性结肠炎患者改善其主要临床症状的推荐程度是？	8	12	2	0	0	22	是
11	较美沙拉嗪单独应用，您对清肠温中方诱导轻中度活动期溃疡性结肠炎缓解的推荐程度是？	8	11	3	0	0	22	是
12	较单独应用美沙拉嗪，您对使用清肠温中方维持溃疡性结肠炎缓解的推荐程度是？	8	11	2	1	0	22	是
13	较单独应用 SASP，您对使用溃结宁改善轻中度活动期溃疡性结肠炎临床症状的推荐程度是？	0	14	6	0	0	20	是
14	较单独使用 SASP，您对使用溃结宁诱导轻中度活动期溃疡性结肠炎患者缓解的推荐程度是？	0	13	7	0	0	20	是
15	较单独使用 SASP，您对单独口服溃结宁维持溃疡性结肠炎缓解的推荐程度是？	1	13	5	1	0	20	是
16	相较于单独使用 SASP，您对使用乌梅丸控制溃疡性结肠炎远期复发的推荐程度是？	6	13	3	0	0	22	是
17	相较于单独使用 SASP，您对单独使用乌梅丸维持溃疡性结肠炎缓解的推荐程度是？	6	12	4	0	0	22	是
18	相较于 SASP，您对于使用溃结汤控制溃疡性结肠炎远期复发的推荐程度是？	1	13	7	1	0	22	是
19	较单独使用美沙拉嗪，您对使用白头翁汤控制溃疡性结肠炎复发的推荐程度是？	4	11	5	0	0	20	是
20	相较于美沙拉嗪或 SASP，您对于使用白头翁汤灌肠治疗轻中度活动期溃疡性结肠炎改善临床症状的推荐程度是？	7	11	4	0	0	22	是
21	相较于单独使用美沙拉嗪，您认为白头翁汤联合美沙拉嗪缓解轻中度活动期溃疡性结肠炎患者的临床症状更具有优势？	11	7	4	0	0	22	是
22	较单独应用美沙拉嗪，您认为白头翁汤+十灰散与美沙拉嗪联合用于缓解轻中度活动期溃疡性结肠炎临床症状更具优势？	6	14	2	0	0	22	是
23	较单独应用美沙拉嗪，您对使用溃结 I 号方控制溃疡性结肠炎复发的推荐程度是？	4	10	4	2	0	20	是
24	较单独应用美沙拉嗪，您对使用溃结 II 号方缓解溃疡性结肠炎临床症状的推荐程度是？	1	13	6	2	0	22	是
25	较单独使用美沙拉嗪，您对使用清肠化瘀汤与美沙拉嗪联合治疗轻中度活动期溃疡性结肠炎改善临床症状、诱导缓解的推荐程度是？	1	16	4	1	0	22	是
26	相较单独使用美沙拉嗪，您对使用健脾清肠汤诱导、维持轻中度活动期溃疡性结肠	3	14	5	0	0	22	是

	炎缓解的推荐程度是？							
27	较单独应用 SASP ，您对使用清热利湿方维持溃疡性结肠炎缓解的推荐程度是？	3	12	7	0	0	22	是
30	较单独应用 SASP ，您对使用结肠止泻汤维持溃疡性结肠炎缓解的推荐程度是？	1	16	5	0	0	22	是
31	较单独应用美沙拉嗪，您对使用芪苈葛煎维持溃疡性结肠炎缓解的推荐程度是？	2	15	5	0	0	22	是
32	较单独应用美沙拉嗪，您对使用红藤肠安汤维持溃疡性结肠炎缓解的推荐程度是？	2	12	8	0	0	22	是
33	较单独使用 SASP ，您对使用清肠栓改善轻中度活动期溃疡性结肠炎患者临床症状的推荐程度是	8	7	3	2	0	20	是
34	较 SASP 联合美沙拉嗪，您对使用榆白缓释栓与美沙拉嗪联合使用，改善轻中度活动期溃疡性结肠炎患者的临床症状的推荐程度是？	6	12	1	1	0	20	是
35	较单独口服美沙拉嗪，您对使用葛根芩连汤+异功散与美沙拉嗪联用缓解轻中度活动期溃疡性结肠炎临床症状的推荐程度是？	8	11	3	0	0	22	是
36	较单独口服 SASP ，您认为使用柴芍六君颗粒与 SASP 联用缓解轻中度活动期溃疡性结肠炎的临床症状更具优势？	4	12	6	0	0	22	是
37	与单独应用美沙拉嗪比，您对电针配合美沙拉嗪治疗轻中度活动期溃疡性结肠炎患者治疗的推荐程度是？	2	13	7	0	0	22	是
38	与单独应用美沙拉嗪比，您对手针配合美沙拉嗪治疗活动期溃疡性结肠炎患者治疗的推荐程度是？	1	11	9	1	0	22	是
39	与安慰对照比，您对手针治疗轻中度活动期溃疡性结肠炎患者生活质量的推荐程度是？	2	11	3	4	0	20	是
40	与单独应用美沙拉嗪比，您对灸法配合美沙拉嗪治疗溃疡性结肠炎患者治疗的推荐程度是？	3	12	7	0	0	22	是
42	与单独应用 SASP 相比，您对灸法配合 SASP 治疗溃疡性结肠炎患者治疗的推荐程度是？	3	13	6	0	0	22	是
43	与单独应用美沙拉嗪相比，您对针刺配合灸法治疗溃疡性结肠炎患者治疗的推荐程度是？	2	12	7	1	0	22	是
45	与单独应用美沙拉嗪相比，您对穴位埋线配合美沙拉嗪治疗溃疡性结肠炎患者治疗的推荐程度是？	1	11	9	1	0	22	是
48	与单独应用 SASP 相比，您对使用溃结宁膏穴位贴敷治疗溃疡性结肠炎患者治疗的推荐程度是？	0	10	8	2	0	20	是
52	与单独应用美沙拉嗪相比，您对使用自拟中药 1 穴位贴敷结合美沙拉嗪治疗溃疡性结肠炎患者治疗的推荐程度是？	1	12	5	2	0	20	是

53	较单独应用美沙拉嗪，您对使用健脾调肝化滞方联合美沙拉嗪缓解轻中度活动期溃疡性结肠炎临床症状的推荐程度是？	1	13	7	1	0	22	是
----	------------------------------------------------------	---	----	---	---	---	----	---

表 2 未达成共识——推荐意见投票结果表

No.	推荐条目	推荐方向强度的票数					投票轮数	是否达成共识
		↑↑	↑	/	↓	↓↓		
28	较单独使用美沙拉嗪，您对使用黄葵敛肠方改善轻中度活动期溃疡性结肠炎临床症状的推荐程度是？	1	8	12	1	0	22	否
29	相较于单独使用美沙拉嗪，您对使用芍药汤维持溃疡性结肠炎缓解的推荐程度是？	4	9	9	0	0	22	否
41	与应用 SASP 相比，您对灸法治疗溃疡性结肠炎患者治疗的推荐程度是？	3	7	12	0	0	22	否
44	与单独应用美沙拉嗪相比，您对穴位埋线治疗溃疡性结肠炎患者治疗的推荐程度是？	1	9	11	1	0	22	否
46	与单独应用 SASP 相比，您对使用化浊止泻散干粉敷脐法治疗溃疡性结肠炎患者治疗的推荐程度是？	1	9	10	2	0	22	否
47	与单独应用 SASP 相比，您对使用肠愈散穴位贴敷治疗溃疡性结肠炎患者治疗的推荐程度是？	1	9	10	2	0	22	否
49	与单独应用 SASP 相比，您对使用肠复贴穴位贴敷结合 SASP 治疗溃疡性结肠炎患者治疗的推荐程度是？	1	9	11	1	0	22	否
50	与单独应用 SASP 相比，您对使用宁肠方穴位贴敷结合 SASP 治疗溃疡性结肠炎患者治疗的推荐程度是？	1	9	12	0	0	22	否
51	与单独应用美沙拉嗪相比，您对使用愈疡散穴位贴敷结合美沙拉嗪治疗溃疡性结肠炎患者治疗的推荐程度是？	1	9	11	1	0	22	否
53	与单独应用美沙拉嗪相比，您对使用自拟中药 2 穴位贴敷结合美沙拉嗪治疗溃疡性结肠炎患者治疗的推荐程度是？	1	7	13	1	0	22	否
54	与单独应用美沙拉嗪相比，您对使用自拟中药 3 穴位贴敷结合美沙拉嗪治疗溃疡性结肠炎患者治疗的推荐程度是？	1	9	11	1	0	22	否
55	与单独应用美沙拉嗪相比，您对使用自拟中药 4 穴位贴敷结合美沙拉嗪治疗溃疡性结肠炎患者治疗的推荐程度是？	1	9	11	1	0	22	否
56	与单独应用 SASP 相比，您对使用自拟中药 5 穴位贴敷治疗溃疡性结肠炎患者治疗的推荐程度是？	1	7	14	0	0	22	否
57	与单独应用美沙拉嗪比，您对推拿治疗溃疡性结肠炎患者治疗的推荐程度是？	1	8	11	2	0	22	否
58	与单独应用 SASP 比，您对耳穴治疗溃疡性结肠炎患者治疗的推荐程度是？	1	5	14	1	1	22	否

59	与单独应用 SASP 比, 您对耳穴联合口服中药肠癖康治疗溃疡性结肠炎患者治疗的推荐程度是?	1	9	10	1	1	22	否
----	------------------------------------------------	---	---	----	---	---	----	---

表 3 无文献证据支持临床问题——投票结果表

共识建议条目	投票结果		
	推荐	不确定	不推荐
在临床实践中可以尝试单独口服中药维持溃疡性结肠炎缓解, 如虎地肠溶胶囊、五味苦参肠溶胶囊逐步减量的基础上加服参苓白术制剂等健脾化湿或健脾补肾中药, 建议应坚持至少 1 年以上。	18 (90%)	2 (10%)	0 (0%)

经专家讨论, 对已达成共识的推荐意见进行分类整理, 对相同类型的证据进行合并, 删除中成药证据中存在超说明书用药的部分, 最终确定如下推荐意见:

No.	推荐条目	证据等级	推荐强度
1	针对轻中度活动期溃疡性结肠炎大肠湿热证, 推荐服用虎地肠溶胶囊改善临床症状, 可改善里急后重、黏液脓血便症状。	B 级	弱推荐
2	针对轻中度活动期溃疡性结肠炎大肠湿热证, 推荐服用虎地肠溶胶囊联合美沙拉嗪诱导缓解, 可提高里急后重与粘液脓血便消失率。	B 级	强推荐
3	针对轻中度活动期溃疡性结肠炎大肠湿热证, 推荐服用五味苦参肠溶胶囊改善临床症状, 可降低中医症状总积分。	B 级	弱推荐
4	针对轻中度活动期溃疡性结肠炎大肠湿热证, 推荐服用五味苦参肠溶胶囊联合美沙拉嗪缓解症状, 可提高 IBDQ 评分。	D 级	强推荐
5	针对轻中度活动期溃疡性结肠炎, 推荐使用锡类散灌肠诱导缓解, 可改善腹泻、腹痛、黏液脓血便症状	D 级	弱推荐
6	针对轻中度活动期溃疡性结肠炎大肠湿热证, 推荐服用芍药汤改善临床症状, 可降低中医证候总积分。	D 级	弱推荐
7	针对轻中度活动期溃疡性结肠炎大肠湿热证, 推荐服用清肠化瘀汤联合美沙拉嗪改善临床症状, 可改善腹泻、腹痛症状。	D 级	弱推荐
8	针对轻中度活动期溃疡性结肠炎大肠湿热证, 推荐服用芪仙苡酱改善临床症状, 可改善黏液脓血便、腹泻症状。	D 级	弱推荐
9	针对轻中度活动期溃疡性结肠炎大肠湿热证, 推荐服用红藤肠安汤诱导缓解, 相较于单独服用美沙拉嗪, 可降低 Baron 评分。	D 级	弱推荐
10	针对轻中度活动期溃疡性结肠炎热毒炽盛证, 推荐单独服用白头翁汤诱导缓解, 相较于单独服用美沙拉嗪, 可提高临床缓解率。	D 级	弱推荐
11	针对轻中度活动期溃疡性结肠炎热毒炽盛证, 推荐服用白头翁汤改善临床症状, 可改善黏液脓血便、里急后重、腹泻、腹痛症状。	D 级	弱推荐
12	针对轻中度活动期溃疡性结肠炎热毒炽盛证, 推荐服用白头翁汤联合美沙拉嗪改善临床症状, 可改善腹泻、腹痛症状。	D 级	强推荐
13	针对轻中度活动期溃疡性结肠炎热毒炽盛证, 推荐服用清热利湿方改善临床症状, 可改善黏液脓血便、腹泻、腹痛、里急后重症状。	D 级	弱推荐
14	针对轻中度活动期溃疡性结肠炎寒热错杂证, 推荐服用清肠温中方诱导	C 级	弱推荐

	缓解，具有较好的临床有效率与肠镜疗效。		
15	针对轻中度活动期溃疡性结肠炎寒热错杂证，推荐服用溃结宁方改善临床症状，可降低腹泻、里急后重中医证候积分。	D 级	弱推荐
16	针对轻中度溃疡性结肠炎寒热错杂证，推荐服用乌梅丸诱导与维持缓解，可降低远期疗效复发率。	D 级	弱推荐
17	针对轻中度活动期溃疡性结肠炎脾虚湿阻证，推荐服用结肠止泻汤改善临床症状，可改善黏液脓血便、腹泻、腹痛症状。	D 级	弱推荐
18	针对轻中度活动期溃疡性结肠炎脾虚湿阻证，推荐服用溃结 2 号方改善临床症状，可提高 IBDQ 评分。	D 级	弱推荐
19	针对轻中度溃疡性结肠炎脾肾阳虚证，推荐服用溃结汤诱导缓解，可降低远期疗效复发率。	D 级	弱推荐
20	针对轻中度活动期溃疡性结肠炎肝郁脾虚证，推荐服用健脾调肝化滞方联合美沙拉嗪改善临床症状，可降低中医证候总积分。	D 级	强推荐
21	针对轻中度活动期溃疡性结肠炎，推荐使用黄葵敛肠方灌肠改善临床症状，可降低改良 Mayo 评分。	C 级	弱推荐
22	针对轻中度活动期溃疡性结肠炎，推荐使用清肠栓改善临床症状，可降低中医证候积分，改善黏液脓血便、里急后重、腹痛症状。	C 级	弱推荐
23	针对轻中度活动期溃疡性结肠炎，推荐榆白缓释栓与美沙拉嗪联用改善临床症状，可改善腹泻、黏液脓血便、腹痛里急后重症状。	D 级	弱推荐
24	针对轻中度溃疡性结肠炎，推荐采用电针联合美沙拉嗪诱导缓解，可提升临床有效率、提升 IBDQ 评分，改善腹泻、腹痛症状。	C 级	弱推荐
25	针对轻中度溃疡性结肠炎，推荐采用灸法结合美沙拉嗪诱导缓解，可降低复发率，改善腹泻、腹痛、黏液脓血便、里急后重症状。	B 级	弱推荐
26	针对轻中度溃疡性结肠炎，推荐采用灸法联合柳氮磺吡啶诱导缓解，可降低改良 Mayo 评分，降低复发率。	C 级	弱推荐
27	针对轻中度溃疡性结肠炎，推荐采用针刺+灸法联合美沙拉嗪诱导缓解，可降低中医证候积分，提高临床缓解率。	C 级	弱推荐
28	针对轻中度溃疡性结肠炎，推荐采用溃结宁膏穴位贴敷改善临床症状，可改善腹泻症状。	D 级	弱推荐

序号	共识条目	建议情况
1	在临床实践中可以尝试单独口服中药维持溃疡性结肠炎缓解，如虎地肠溶胶囊、五味苦参肠溶胶囊逐步减量的基础上加服参苓白术制剂等健脾化湿或健脾补肾中药，建议应坚持至少 1 年以上。	建议