

ICS \*\*, \*\*\*, \*\*  
C\*\*



# 团体标准

T/CACM \*\*\*\*\*—20\*\*

## 溃疡性结肠炎中医诊疗指南（修订）

Revised clinical practice guideline of TCM in the treatment of ulcerative colitis  
(文件类型：送审稿)

20\*\*-\*\*-\*\*发布

20\*\*-\*\*-\*\*实施

中华中医药学会发布

# 目 次

目 次.....	II
前 言.....	III
引言.....	V
1 指南推荐意见/共识建议概要 .....	6
2 范围 .....	7
3 规范性引用文件 .....	7
4 术语和定义 .....	7
5 临床问题 .....	7
6 流行病学 .....	8
7 临床特征 .....	8
8 诊断标准 .....	9
9 治疗 .....	12
10 健康管理 .....	17
11 预后与癌变监测 .....	17
附录 A .....	18
参考文献 .....	19

## 前 言

本文件参照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》规定的起草。

请注意本文件的某些内容可能涉及专利。本文件的发布机构不承担识别专利的责任。

本文件代替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：

- a) 增加了“范围”一章（见第2章）；
- b) 增加了“规范性引用文件”一章（见第3章）；
- c) 增加了“术语和定义”一章（见第4章）；
- d) 增加了“流行病学”一章（见第5章）；
- e) 更新了“辅助检查”（见7.2，2008年版的1.2）；
- f) 更新了西医诊断（见7.1，2008年版的1.3）；
- g) 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）；
- h) 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）；
- i) 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）；
- j) 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）；
- k) 增加了健康管理、预后与癌变监测的内容（见第10章、第11章）。

本文件由北京中医药大学东方医院提出。

本文件由中华中医药学会归口。

本文件发起单位：北京中医药大学东方医院

本文件起草单位：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

本文件主要起草人：李军祥、唐旭东、王化虹、董筠、张北平、刘兆兰

本文件其他起草人（排名不分先后）：柯晓、李景南、张北平、杨小军、郝微微、周正华、冯培民、韩捷、苏娟萍、顾芳、贾燕、刘占举、江学良、任顺平、刘艳迪、郭晓峰、张晓岚、冯百岁、吴嘉瑞

# 引 言

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。

目前西医治疗 UC 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，但以上药物存在疗效不稳定、停药后易复发、长期使用易出现不良反应和药物依赖等问题。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。

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，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。

本临床诊疗指南仅为“指南”，由于 UC 的分级、分期、分段、临床表现与中医证候类型不同，具体治疗方法有所区别，可能不适用于所有患者 and 所有临床情况。因此，本指南仅为临床医生提供参考。本指南由于受到使用者地域、民族、种族等因素的影响，在具体实施过程中应视实际情况而定。

# 溃疡性结肠炎中医临床诊疗指南（修订）

## 1 指南推荐意见/共识建议概要

本文件达成28条推荐意见，1条共识建议，指南推荐意见概要表见表1，指南共识建议概要表见表2。

表1 指南推荐意见概要表

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，推荐服用芪仙苡薏改善临床症状，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

表2 指南共识建议概要表

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

## 2 范围

本指南规定了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内科、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 规范性引用文件

下列文件中的内容通过文中的规范性引用而构成本文件必不可少的条款。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；不注日期的引用文件，其最新版本（包括所有的修改单）适用于本文件。

## 4 术语和定义

溃疡性结肠炎（Ulcerative colitis，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，其病变主要限于结直肠黏膜和黏膜下层，属于炎症性肠病（Inflammatory Bowel Disease，IBD）范畴。

## 5 临床问题

以下10个核心问题是通过前期专家访谈、问卷调研以及召开专家临床问题确定会议所确定的，见表3。

表3 共识临床问题清单

序号	临床问题
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？

## 6 流行病学

近10年来，我国UC的发病人数呈逐步增加趋势，我国当前患病率约为11.6/10万/年<sup>[1]</sup>。流行病学调查显示，广东省中山市UC发病率为2.05/10万<sup>[2]</sup>，黑龙江省大庆市发病率为1.64/10万<sup>[3]</sup>。UC发病的高峰人群年龄为20~49岁的青壮年，男女的患病比例约为1.0~1.3:1，性别差异不明显<sup>[1,4,5]</sup>。与未患UC人群相比，UC患者结直肠癌患病风险可高出2.4倍<sup>[6]</sup>。我国UC患者总体癌变率约为0.81%<sup>[7]</sup>，随着UC病程的延长，癌变风险呈逐年升高趋势，患病10年，20年和30年的累积风险分别为0.02%，4.81%和13.91%<sup>[8]</sup>。

## 7 临床特征

### 7.1 临床表现

UC可见持续或反复发作的腹泻、黏液脓血便伴腹痛、里急后重，病程多在4~6周以上。黏液脓血便是UC的最常见症状，不超过6周病程的腹泻需要与感染性肠炎等疾病相鉴别。10%~20%的UC患者还可能出现皮肤、黏膜、关节、眼和肝胆及血栓栓塞性疾病等肠外表现。并发症包括中毒性巨结肠、肠穿孔、下消化道大出血、上皮内瘤变以及癌变。

### 7.2 辅助检查

7.2.1 血液检查：轻度UC血红蛋白多正常或轻度下降，中、重度病例可见轻或中度下降，甚至重度下降；活动期UC可见白细胞计数增高、红细胞沉降率加快和C反应蛋白增高。

7.2.2 粪便检查：肉眼可见黏液脓血，显微镜检见红细胞和脓细胞，急性发作期可见巨噬细胞。粪便培养有助于鉴别感染性结肠炎，对于疑诊和确诊UC非常重要，需反复多次进行。粪便钙卫蛋白、血清乳铁蛋白、抗中性粒细胞胞浆抗体（anti-neutrophil cytoplasmic antibody, ANCA），必要时建议检查以辅助诊断。UC可合并难辨梭状芽孢杆菌（*Clostridium difficile*, C.diff）、巨细胞病毒（cytomegalovirus, CMV）、EB病毒（Epstein-Barr Virus, EBV）感染，必要时建议进行相关检查。

7.2.3 内镜检查：结肠镜下可见UC病变部位多从直肠开始，呈倒灌性、连续性、弥漫性分布。轻度炎症的内镜特征为红斑，黏膜充血和血管纹理消失；中度炎症的内镜特征为血管形态消失，出血黏附在黏膜表面、糜烂，常伴有粗糙呈颗粒状的外观及黏膜脆性增加



（接触性出血）；重度炎症内镜下则表现为黏膜自发性出血及溃疡。缓解期可见正常黏膜表现，部分患者可有假性息肉形成，或瘢痕样改变。对于病程较长的患者，黏膜萎缩可导致结肠袋形态消失、肠腔狭窄，以及炎（假）性息肉。伴 CMV 感染的 UC 患者内镜下可见不规则、深凿样或纵行溃疡，部分伴大片状黏膜缺失。

7.2.4 病理组织学检查：黏膜活检在病理组织学上可见以下主要改变。活动期：①固有膜内有弥漫性、急性、慢性炎症细胞浸润，包括中性粒细胞、淋巴细胞、浆细胞、嗜酸性粒细胞等，尤其是上皮细胞间有中性粒细胞浸润（即隐窝炎），乃至形成隐窝脓肿；②隐窝结构改变，隐窝大小、形态不规则，分支、出芽，排列紊乱，杯状细胞减少等；③可见黏膜表面糜烂、浅溃疡形成和肉芽组织。缓解期：①黏膜糜烂或溃疡愈合；②固有膜内中性粒细胞浸润减少或消失，慢性炎症细胞浸润减少；③隐窝结构改变可保留，如隐窝分支、减少或萎缩，可见帕内特细胞（Paneth cell）化生（结肠脾曲以远）。

8 诊断标准

8.1 西医诊断

8.1.1 诊断要点

8.1.1.1 UC 诊断主要结合临床表现、内镜和病理组织学进行综合分析。

8.1.1.2 需排除细菌性痢疾、阿米巴肠病、血吸虫肠病、肠结核、难辨梭状芽孢杆菌感染和巨细胞病毒感染等感染性结肠炎；排除缺血性结肠炎、放射性肠炎、嗜酸粒细胞性肠炎、过敏性紫癜、胶原性结肠炎、肠白塞病、结肠息肉病、结肠憩室炎和克罗恩病、结直肠癌等非感染性结肠炎。

8.1.1.3 在上述基础上可按下列诊断标准诊断：①具有典型临床表现为临床疑诊；②根据临床表现和结肠镜具有上述特征时可拟诊诊断本病；③上述诊断标准，结合黏膜组织活检和/或手术切除标本组织病理学特征时，可以确诊；④初发病例如临床表现、结肠镜及/或活检组织学改变不典型者，暂不确诊，随访观察 3~6 个月后再次进行内镜及病理组织学评估。

8.1.2 疾病评估

8.1.2.1 临床类型：可分为初发型和慢性复发型。

8.1.2.2 病变范围：可参照蒙特利尔分类（见表 1）<sup>[9]</sup>。

8.1.2.3 疾病活动的严重程度：UC 分为活动期和缓解期，活动期的疾病按严重程度分为轻、中、重。可采用改良的 Truelove-Witts 疾病严重程度程度分型（见表 2）<sup>[10]</sup>和改良的 Mayo 活动指数（见表 3）<sup>[11]</sup>。同时也可采用主要症状及肠黏膜病变轻重分级（见表 4）、溃疡性结肠炎内镜严重程度指数（表 5）<sup>[12]</sup>进行评估。

表 1 蒙特利尔 UC 病变范围分类

分型	分布	结肠镜下所见炎症病变累及的最大范围
E1	直肠	局限于直肠，未达乙状结肠

E2	左半结肠	累及左半结肠（脾曲以远）
E3	广泛结肠	广泛病变累及脾曲以近乃至全结肠

表 2 改良的 Truelove-Witts 疾病严重程度分型

严重程度	排便/ (次·d <sup>-1</sup> )	便血	脉搏/ (次·min <sup>-1</sup> )	体温/°C	血红蛋白	血沉/ (mm·h <sup>-1</sup> )
轻度	<4	轻或无	正常	正常	正常	<20
重度	≥6	重	>90	>37.8	<75%正常范围	>30

注：中度为介于轻、重度之间。

表 3 改良的 Mayo 活动指数

项目	计分			
	0 分	1 分	2 分	3 分
腹泻	正常	超过正常 1~2 次/d	超过正常 3~4 次/d	超过正常 5 次/d 或以上
便血	未见出血	不到一半时间内出现便中混血	大部分时间内为便中混血	一直存在出血
内镜发现	正常或无活动性病变	轻度病变（红斑、血管纹理减少、轻度易脆）	中度病变（明显红斑、血管纹理缺乏、中度易脆、糜烂）	重度病变（自发性出血、溃疡形成）
医师评估病情	正常	轻度病变	中度病变	重度病变

注：每位受试者作为自身对照，从而评价排便次数的异常程度；每日出血评分代表 1d 中最严重出血情况；医师总体评价包括 3 项标准：受试者对于腹部不适的回顾、总体幸福感以及其他表现；总分之和<2 分且无单个分项评分>1 分为缓解期；3~5 分为轻度活动；6~10 分为中度活动；11~12 分为重度活动。

表 4 UC 主要症状及肠黏膜病变程度分级

项目	1 级（+）	2 级（++）	3 级（+++）
腹泻	≤3 次/d	3~5 次/d	>6 次/d
脓血便	少量脓血	中等量脓血	多量脓血或便新鲜血
腹痛	轻微；隐痛，偶发	中等度，隐痛或胀痛，每日发作数次	重度，剧痛或绞痛反复发作
里急后重	轻，便后消失	中等，便后略减轻	重，便后不减
充血水肿	轻	中等度	重度
糜烂	无或轻度	中等度，可伴有出血，周边明显红肿	重度，触之有明显出血，周边显著红肿
溃疡	无或散在分布，数量<3 个，周边轻度红肿	散在分布，数量大于 3 个，周边明显红肿	分布多，表面布满脓苔，周边显著红肿

表 5 溃疡性结肠炎内镜下严重程度指数（UCEIS）

项目	评分	内镜下表现
血管形态	正常（0 分）	正常血管纹理，毛细血管清晰
	斑块状消失（1 分）	血管纹理模糊或斑块状缺失
	完全消失（2 分）	血管纹理完全消失
出血严重度	无（0 分）	无血迹
	黏膜渗血（1 分）	黏膜表面少量血凝块，易于清除
	肠腔内轻度出血（2 分）	肠腔内少量游离血性液体
糜烂和溃疡	肠腔内中度出血（3 分）	肠腔内血性液体，直接或冲洗后可见黏膜出血
	无（0 分）	黏膜正常，无糜烂或溃疡
	糜烂（1 分）	≤5mm 黏膜缺损，白色或黄色糜烂，边缘平坦
	浅表性溃疡（2 分）	>5mm 黏膜缺损，表浅溃疡，纤维蛋白覆盖
	深部溃疡（3 分）	深溃疡，边缘微隆起

注：3 项指标相加总分 0~8 分；正常 0 分；轻度活动 1~3 分；中度活动 4~6 分；重度活动 7~8 分

## 8.2 中医诊断

### 8.2.1 疾病诊断:

一般认为, UC 属于中医学痢疾/肠癖/滞下 (A01.03.19) 等范畴。通常对于活动期与缓解期交替发生为主的 UC, 属中医“休息痢”(A01.03.19.05) 的范畴; 慢性持续性 UC, 属“久痢”的范畴; 缓解期, 仅表现为大便溏薄、次数增多时, 则可归属“泄泻”(A04.03.07) 的范畴<sup>[13]</sup>。临床上可按照相应的中医病名进行诊断。

### 8.2.2 证候诊断<sup>[14]</sup>:

#### 8.2.2.1 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。

#### 8.2.2.2 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。

#### 8.2.2.3 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。

#### 8.2.2.4 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。

#### 8.2.2.5 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。

#### 8.2.2.6 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。

## 9 治疗

### 9.1 治疗目标

UC 的治疗目标为诱导和维持缓解、减少并发症，国际上提出了深度缓解（包括临床缓解、内镜缓解、组织缓解）、疾病清除和达标治疗的新策略。随着生物制剂的问世，目前针对存在不良预后的患者建议快速诱导缓解，减少对长期使用激素和免疫抑制剂的需求，完全的黏膜愈合、长期维持缓解提高生活质量。

活动期 UC 治疗以诱导临床症状缓解和内镜缓解为主要目标，缓解期应继续维持缓解，预防复发，临床可根据证型变化采用序贯或转换治疗<sup>[10]</sup>。

### 9.2 治疗原则

9.2.1 轻中度 UC 可单用中药辨证治疗改善临床症状或联合口服西药（5-ASA 制剂等）诱导病情缓解。

9.2.2 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。

9.2.3 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。因缓解期 UC 更长时间单独口服中药维持治疗的疗效缺乏进一步研究，本着谨慎的原则，建议应坚持至少 1 年以上并适时复查肠镜。

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

### 9.3 辨证论治

#### 9.3.1 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**）<sup>[15,16]</sup>

药物组成：炒芍药、黄芩、黄连、大黄炭、槟榔、当归炭、木香、肉桂等。

加减：大便脓血较多者，加白头翁、紫珠、地榆凉血止痢；大便白冻、黏液较多者，加苍术、薏苡仁健脾燥湿；腹痛较甚者，加延胡索、乌药、枳实理气止痛；身热甚者，加葛根、金银花、连翘解毒退热。

**经验方：**

#### ① 红藤肠安汤（**C 级证据，弱推荐**）<sup>[17]</sup>

药物组成：红藤、生地黄、枳壳、木香、黄连、黄芩、败酱草。

#### ② 芪仙苡酱煎（**D 级证据，弱推荐**）<sup>[18]</sup>

药物组成：黄芪、仙鹤草、薏苡仁、败酱草、当归、乌梅、炒地榆、椿根皮、红藤、莲子肉、黄连、木香、苦参。

③ 清肠化瘀汤（D 级证据，弱推荐）<sup>[19]</sup>

药物组成：黄芩、黄连、连翘、白芍、当归、红花、延胡索、地榆、枳实、香附、木香、甘草。

9.3.2 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）<sup>[20-23]</sup>

药物组成：白头翁、黄连、黄柏、秦皮等。

加减：便下鲜血、舌质红降者，加紫草、生地榆、生地；高热者加水牛角粉、栀子、金银花；汗出肢冷，脉微细者，静脉滴注参附注射液或生脉注射液。

经验方：

清热利湿方（D 级证据，弱推荐）<sup>[24]</sup>

药物组成：芍药、黄芩、黄柏、白头翁、败酱草、马齿苋、薏苡仁、石榴皮、黄芪、苍术、木香、炙甘草。

9.3.3 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）<sup>[25]</sup>。

药物组成：乌梅、黄连、黄柏、肉桂(后下)、细辛、干姜、党参、炒当归、制附片等。

加减：大便伴脓血者，去川椒、细辛，加秦皮、生地榆；腹痛甚者，加徐长卿、元胡。连理汤（需要补充证据）

经验方：

① 清肠温中方（C 级证据，弱推荐）<sup>[26]</sup>

药物组成：黄连、炮姜、苦参、青黛、三七、地榆炭、木香、炙甘草。

② 溃结宁方（D 级证据，弱推荐）<sup>[27]</sup>

药物组成：黄芪、桑叶、槟榔、地锦草、马鞭草、淫羊藿、知母。

9.3.4 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》

药物组成：人参、茯苓、炒白术、桔梗、山药、白扁豆、莲子肉、砂仁、炒薏苡仁、甘草等。

加减：便中伴有脓血者，加败酱草、黄连，广木香；大便夹不消化食物者，加神曲、枳实消食导滞；腹痛畏寒喜暖者，加炮姜；寒甚者，加附子温补脾肾；久泻气陷者，加黄芪、升麻、柴胡升阳举陷。

经验方：

① 溃结 2 号方（C 级证据，弱推荐）<sup>[28]</sup>

药物组成：黄芪、太子参、白术、地锦草、川芎、秦皮、地榆炭、白及。

## ② 结肠止泻汤（D 级证据，弱推荐）<sup>[29]</sup>

药物组成：党参、白术、山药、茯苓、薏苡仁、芡实、肉豆蔻、乌梅、诃子、枳壳、炙甘草。

### 9.3.5 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》）

药物组成：人参、干姜、白术、甘草、补骨脂、肉豆蔻、吴茱萸、五味子、生姜、大枣等。

加减：腹痛甚者，加白芍缓急止痛。小腹胀满者，加乌药、小茴香、枳实理气除满；大便滑脱不禁者，加赤石脂、诃子涩肠止泻。

**经验方：**

溃结汤（D 级证据，弱推荐）<sup>[30,31]</sup>

药物组成：党参、云苓、炒白术、炒苡米、补骨脂、干姜、桂枝、吴茱萸、葛根、柴胡、陈皮、槟榔、木香、炒小茴香、当归、赤白芍、防风、黄芩、黄连。

### 9.3.6 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》）

药物组成：柴胡、芍药、枳实、陈皮、防风、白术、甘草等。

加减：排便不畅、矢气频繁者，加枳实、槟榔理气导滞；腹痛隐隐，大便溏薄，倦怠乏力者，加党参、茯苓、炒扁豆健脾化湿；胸胁胀痛者，加青皮、香附疏肝理气；夹有黄白色黏液者，加黄连、木香清肠燥湿。

**经验方：**

健脾调肝化滞方（D 级证据，强推荐）<sup>[32]</sup>

方药组成：炒白术、枳壳、防风、陈皮、炒柴胡、制香附、黄柏、煨木香、炒山楂、槟榔、炒槐花、仙鹤草、炮姜、凤尾草、败酱草。

## 9.4 中医局部治疗

中医局部治疗在 UC 治疗中正发挥着越来越重要的作用，其主要手段包括中药栓剂和中药灌肠。对病变局限在远端结肠者，尤其适用局部用药：对病变在直肠宜用栓剂，病变在直乙结肠宜用灌肠剂。对病变在远端结肠的不同程度的 UC，其用药方法可有所不同：轻度 UC 可单独局部用药，或口服联合局部用药；中、重度 UC 口服联合局部用药能起到更好的疗效。

### 9.4.1 中药灌肠

中药保留灌肠一般将清热解毒、活血化瘀与敛疮生肌类药物配合应用。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）<sup>[33]</sup>

药物组成：黄蜀葵花、地锦草、凤尾草、紫草、茜草、五倍子。

#### 9.4.2 中药栓剂

推荐栓剂：

①清肠栓（C级证据，弱推荐）<sup>[34]</sup>

药物组成：马齿苋、参三七等

②榆白缓释栓（D级证据，弱推荐）<sup>[35]</sup>

药物组成：地榆、白及、苦参、败酱草等。

### 9.5 中成药治疗

9.5.1 虎地肠溶胶囊（B级证据，强推荐）<sup>[36]</sup>

药物组成：朱砂七、虎杖、白花蛇舌草、北败酱、二色补血草、地榆炭、白及、甘草。

用法用量：口服。一次4粒，一日3次，4-6周为一疗程。

功效主治：清热、利湿、凉血，适用于活动期轻中度UC大肠湿热证。

适用条件：轻中度UC活动期大肠湿热证。

9.5.2 五味苦参肠溶胶囊（B级证据，弱推荐）<sup>[37-39]</sup>

药物组成：苦参、地榆、青黛、白及、甘草。

用法用量：口服。一次4粒，一日3次。疗程8周。

功效主治：清热燥湿，解毒敛疮，凉血止血。

适用条件：轻中度UC活动期大肠湿热证。

9.5.3 八味锡类散（D级证据，弱推荐）<sup>[40]</sup>

药物组成：西瓜霜、寒水石、牛黄、珍珠（豆腐炙）、青黛、硼砂、硃砂（炙）、冰片。

用法用量：一次1g，加入温开水60ml保留灌肠，每日一次，疗程4周。

功效主治：清热解毒，消肿止痛

适用条件：轻中度UC活动期

### 9.6 中医适宜技术

9.6.1 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<sup>[43]</sup>。

或针刺八髎穴<sup>[44,45]</sup>。

操作：针刺八髎穴时，取4根针通过两侧八髎穴（中髎、下髎）斜刺入骶后孔，针体与人体垂直轴约30°角，与皮肤呈60°角左右，插入深度约50~65mm。所有穴位得气后

留针，连接治疗仪，频率设置为 5hz-0.5ms-10s（on）-90s（off），电流强度以患者有感觉为度。每天 1 次，每次 60 min。

注意事项：

体质虚弱者，宜采取卧位，刺激不宜过强。注意避开血管针刺，防止出血；注意防止刺伤重要器官。

禁忌症：

皮肤有感染、溃疡、瘢痕或肿瘤的部位不宜针刺，孕妇、过于饥饿、疲劳、精神高度紧张者、常有自发性出血或损伤后出血不止者不宜针刺。

#### 9.6.2 隔附子饼灸（B 级证据，弱推荐）<sup>[46]</sup>

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

疗程：每日 1 次，每次每穴各灸 2 壮，12 次为 1 个疗程，建议连续 6 个疗程，疗程间休息 3 天。

注意事项：

施灸时，应注意安全，防止艾绒脱落，烧损皮肤或衣物。施灸后，局部皮肤出现微红灼热的，属正常现象，无需处理。

禁忌症：

孕妇禁用，过饱、过劳、过饥、醉酒、大渴、大惊、大恐、大怒者慎用。

#### 9.6.3 穴位贴敷（D 级证据，弱推荐）<sup>[47]</sup>

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。

操作：药物各取等量打粉，与生姜汁混合，加入适量麻油调成糊状，搅拌均匀后待用。

取适量药品调敷于大小为 2\*2\*0.2cm<sup>3</sup> 的医用胶布上贴于患者穴位。

辨证：推荐用于轻中度 UC 活动期脾肾阳虚证

疗程：每次贴敷 4 小时，每次间隔 5 天，疗程 60 天。

注意事项：

贴敷药物后注意局部防水，小儿贴敷时间应酌情减少，对胶布过敏者可选用低过敏胶带或用绷带固定，禁食生冷、海鲜、辛辣刺激性食物，对于残留在皮肤的药膏等不宜用汽油或肥皂等有刺激性物品擦洗。

禁忌症：

孕妇、局部皮肤有创伤、溃疡、感染或有较严重的皮肤病者禁用。糖尿病、血液病、发热、严重心肝肾功能障碍者，艾滋病、结核病或其它传染病者慎用。



## 10 健康管理

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。

### 10.1 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。

### 10.2 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。

### 10.3 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。

## 11 预后与癌变监测

### 11.1 预后

UC 多呈慢性过程，大部分患者反复发作。轻度患者及长期缓解者预后较好，重度伴广泛结肠炎患者、有并发症及年龄超过 60 岁者属高危因素，但近年由于治疗水平提高，本病的病死率已明显下降。慢性持续活动或反复发作频繁，预后较差，但如能合理选择药物治疗，亦可望维持缓解。

### 11.2 癌变监测

推荐对起病 8~10 年的所有 UC 患者均应行 1 次肠镜检查，以确定当前病变的范围。如为 E3 型，则从此隔年肠镜复查，达 20 年后每年肠镜复查；如为 E2 型，则从起病 15 年开始隔年肠镜复查；如为 E1 型，无需肠镜监测。连续 2 次结肠镜监测无异常者，可将监测间隔延长至 2~3 年。合并原发性硬化性胆管炎（primary sclerosing cholangitis, PSC）者发生结肠癌风险较高，从该诊断确立开始每年肠镜复查。

## 附录 A

### （资料性附录）

#### 指南解决临床问题与推荐意见

##### A.1 证据质量评价与推荐标准

本指南证据等级评价采用 GRADE 推荐分级标准，运用 GRADEpro (<http://gradepro.org/>) 将有效性和安全性的证据体分为高、中、低、极低四个等级，见表 A.1。在证据分级过程中，考虑五个降级因素——偏倚风险、不精确性、不一致性、不直接性以及发表偏倚，以及三个升级因素——效应量大、剂量反应关系、可能的混杂因素。具体证据质量见每条推荐意见后标注。参照 GRADE 系统对推荐级别的分级（见表 A.2），结合专家意见，形成推荐意见。

表 A.1 GRADE 证据质量评价标准

证据等级	具体描述
A	高级别证据，我们非常有把握预测值接近真实值
B	中等级别证据，我们对预测值有中等把握：预测值有可能接近真实值，但也有可能差别很大
C	低级别证据，我们对预测值的把握有限：预测值可能与真实值有很大差别
D	极低级别证据，我们对预测值几乎没有把握：预测值与真实值极可能有很大差别

表 A.2 GRADE 推荐强度分级的定义

定义	强推荐	弱推荐
对患者	几乎所有患者均会接受所推荐的方案；此时若未接受推荐，则应说明	多数患者会采纳推荐方案，但仍有不少患者可能因不同的偏好与价值观而不采用
对临床医生	应对几乎所有患者都推荐该方案；此时若未给予推荐，则应说明	应该认识到不同患者有各自适合的选择，帮助每个患者做出体现他偏好与价值观的决定
对政策制定者	该推荐方案一般会被直接采纳到政策制定中去	制定政策时需要充分讨论，并需要众多利益相关者参与

## 参考文献

- [1] Y Wang, Ouyang Q. Ulcerative colitis in China: retrospective analysis of 3100 hospitalized patients[J]. J Gastroenterol Hepatol, 2007, 22(9): 1450-1455.
- [2] Z Zeng, Zhu Z, Yang Y, et al. Incidence and clinical characteristics of inflammatory bowel disease in a developed region of Guangdong Province, China: a prospective population-based study[J]. J Gastroenterol Hepatol, 2013, 28(7): 1148-1153.
- [3] H Yang, Li Y, Wu W, et al. The incidence of inflammatory bowel disease in Northern China: a prospective population-based study[J]. PLoS One, 2014, 9(7): e101296.
- [4] APDW. Retrospective analysis of 515 cases of Crohn's disease hospitalization in China: nationwide study from 1990 to 2003[J]. J Gastroenterol Hepatol, 2006, 21(6): 1009-1015.
- [5] D-K Chow, Leong R-W, Tsoi K-K, et al. Long-term follow-up of ulcerative colitis in the Chinese population[J]. Am J Gastroenterol, 2009, 104(3): 647-654.
- [6] C Le Berre, Ananthakrishnan A-N, Danese S, et al. Ulcerative Colitis and Crohn's Disease Have Similar Burden and Goals for Treatment[J]. Clin Gastroenterol Hepatol, 2020, 18(1): 14-23.
- [7] 张琴, 万健, 吴开春. 溃疡性结肠炎癌变流行病学调查: 一项全国多中心回顾性研究[J]. 中华炎性肠病杂志, 2017, (03): 155-156.
- [8] S Bopanna, Ananthakrishnan A-N, Kedia S, et al. Risk of colorectal cancer in Asian patients with ulcerative colitis: a systematic review and meta-analysis[J]. Lancet Gastroenterol Hepatol, 2017, 2(4): 269-276.
- [9] J Satsangi, Silverberg M-S, Vermeire S, et al. The Montreal classification of inflammatory bowel disease: controversies, consensus, and implications[J]. Gut, 2006, 55(6): 749-753.
- [10] S-C TRUELOVE, WITTS L-J. Cortisone in ulcerative colitis; final report on a therapeutic trial[J]. Br Med J, 1955, 2(4947): 1041-1048.
- [11] K-W Schroeder, Tremaine W-J, Ilstrup D-M. Coated oral 5-aminosalicylic acid therapy for mildly to moderately active ulcerative colitis. A randomized study[J]. N Engl J Med, 1987, 317(26): 1625-1629.
- [12] S-P Travis, Schnell D, Krzeski P, et al. Developing an instrument to assess the endoscopic severity of ulcerative colitis: the Ulcerative Colitis Endoscopic Index of Severity (UCEIS)[J]. Gut, 2012, 61(4): 535-542.
- [13] 崔世超, 柳越冬. 溃疡性结肠炎的中医治疗思路[J]. 辽宁中医杂志, 2017, 44(07): 1381-1384.
- [14] 李军祥, 陈詒. 溃疡性结肠炎中西医结合诊疗共识意见(2017年)[J]. 中国中西医结合消化杂志, 2018, 26(02): 105-111.
- [15] 雷晓梅, 许洪明, 温瑶明, 等. 芍药汤加减加美沙拉嗪灌肠联合美沙拉嗪口服治疗溃疡性结肠炎临床观察[J]. 中国肛肠病杂志, 2016, (9): 3.
- [16] 徐建军, 季峰, 陈建永, 等. 芍药汤加减治疗慢性溃疡性结肠炎疗效观察[J]. 浙江中医杂志, 2007, (06): 323-324.
- [17] 周赞, 孙吉, 巫亚颖, 等. 红藤肠安汤治疗溃疡性结肠炎疗效观察[J]. 中国中医药信息杂志, 2015, 22(09): 22-25.
- [18] 薛晔, 曹志群, 周晓凤, 等. 中药芪仙苡酱煎口服治疗脾虚湿蕴型溃疡性结肠炎疗效及患者的血清炎症和氧化应激指标变化观察[J]. 山东医药, 2019, 59(33): 65-68.
- [19] 王慧丽, 赵高明, 贾淑亚. 清肠化瘀汤治疗轻中度活动期溃疡性结肠炎疗效评价[J]. 中医药临床杂志, 2019, 31(04): 730-732.
- [20] 马月香, 侯凤霞, 李洪海. 白头翁汤加减联合西药治疗大肠湿热型溃疡性结肠炎疗效观察[J]. 辽宁中医杂志, 2020, 47(01): 114-116.
- [21] 孙晓艳, 王锐, 吉强, 等. 白头翁汤加味联合保留灌肠治疗溃疡性结肠炎的临床疗效观察[J]. 世界中西医结合杂志, 2018, 13(03): 366-369.
- [22] 杨云, 赵红波, 葛志明, 等. 加味白头翁汤灌肠治疗大肠湿热型溃疡性结肠炎疗效观察及对炎症因子水平影响[J]. 广州中医药大学学报, 2018, 35(02): 242-247.
- [23] 史萍慧, 温翔. 白头翁汤加减对急性期溃疡性结肠炎患者促炎因子及NF- $\kappa$ B mRNA

- 表达的影响[J]. 中国中医急症, 2017, 26(11): 2059-2061.
- [24] 刘思邈, 唐艳萍. 清热利湿法治疗大肠湿热证溃疡性结肠炎30例[J]. 中国中西医结合外科杂志, 2012, 18(05): 441-444.
- [25] 郭洪波, 罗玉梅, 王静波. 乌梅汤加减治疗溃疡性结肠炎44例[J]. 新中医, 2007, (01): 44.
- [26] 王志斌, 陈晨, 郭一, 等. 清肠温中方治疗轻中度溃疡性结肠炎的临床研究[J]. 中国中西医结合杂志, 2018, 38(01): 15-19.
- [27] 李莉, 张雯. 溃结宁方治疗溃疡性结肠炎临床研究[J]. 湖北中医杂志, 2009, 31(06): 12-13.
- [28] 邵启蕙, 郭颂铭, 董秋安. 自拟“溃结2号方”治疗溃疡性结肠炎的临床观察[J]. 同济大学学报(医学版), 2020, 41(01): 112-116.
- [29] 史英, 张铁, 张鹏, 等. 结肠止泻汤治疗溃疡性结肠炎脾虚湿阻证的临床研究[J]. 现代中医药, 2019, 39(04): 76-80.
- [30] 马友全, 白锋. 溃结汤治疗慢性溃疡性结肠炎46例[J]. 新疆中医药, 2005, (02): 28-29.
- [31] 马友全, 白锋. 溃结汤抗溃疡性结肠炎复发的临床研究[J]. 中国实用医药, 2011, 6(16): 75-76.
- [32] 王峰, 景姗, 曹红艳. “健脾调肝化滞方”联合美沙拉嗪治疗溃疡性结肠炎合并抑郁30例临床研究[J]. 江苏中医药, 2019, 51(12): 40-43.
- [33] 何宗琦, 吴本升, 文科, 等. 黄葵敛肠方灌肠治疗远端溃疡性结肠炎临床观察[J]. 河北中医, 2019, 41(06): 833-837.
- [34] 龚雨萍, 柳文, 马贵同, 等. 清肠栓治疗溃疡性结肠炎的随机对照研究[J]. 上海中医药大学学报, 2007, (06): 33-36.
- [35] 王珍, 靳桂春, 刘媛, 等. 榆白缓释栓配合治疗溃疡性结肠炎疗效观察[J]. 山西中医, 2017, 33(01): 47-48.
- [36] 沈洪, 朱磊, 胡乃中, 等. 虎地肠溶胶囊联合美沙拉秦肠溶片治疗活动期溃疡性结肠炎多中心、随机对照、双盲双模拟的临床研究[J]. 中国中西医结合杂志, 2019, 39(11): 1326-1331.
- [37] 仝战旗, 杨波, 童新元, 等. 复方苦参结肠溶胶囊治疗湿热内蕴型溃疡性结肠炎多中心、随机、双盲、对照研究[J]. 中国中西医结合杂志, 2011, 31(02): 172-176.
- [38] 焦英伟, 刘强, 余兆惠. 复方苦参结肠溶胶囊联合美沙拉嗪对改善溃疡性结肠炎患者生活质量的临床研究[J]. 山西医药杂志, 2019, 48(23): 2932-2934.
- [39] Y Gong, Zha Q, Li L, et al. Efficacy and safety of Fufangkushen colon-coated capsule in the treatment of ulcerative colitis compared with mesalazine: a double-blinded and randomized study[J]. J Ethnopharmacol, 2012, 141(2): 592-598.
- [40] 潘燕, 欧阳钦. 八味锡类散灌肠对溃疡性结肠炎的治疗作用及其机制研究[J]. 中国中西医结合杂志, 2014, 34(01): 27-30.
- [41] 刘剑, 刘洁, 任宏颖, 等. 康复新液灌肠治疗溃疡性结肠炎疗效观察[J]. 中国医院药学杂志, 2011, 31(22): 1888-1889.
- [42] 陈华, 楼颂羔, 张水法. 云南白药胶囊联合西药治疗溃疡性结肠炎血瘀肠络证临床研究[J]. 新中医, 2019, 51(06): 148-150.
- [43] S Joos, Wildau N, Kohnen R, et al. Acupuncture and moxibustion in the treatment of ulcerative colitis: a randomized controlled study[J]. Scand J Gastroenterol, 2006, 41(9): 1056-1063.
- [44] 陈正鑫. 电针深刺八髎穴对脾肾阳虚型溃疡性结肠炎的治疗作用和机理研究[D]. 南京中医药大学, 2019.
- [45] 刘鸿儒, 李俊, 陆明, 等. 电针深刺八髎穴对脾肾阳虚型溃疡性结肠炎患者Th17/Treg细胞免疫平衡和血清炎症因子的影响[J]. 现代生物医学进展, 2021, 21(22): 4293-4297.
- [46] 沈群, 郑云碑, 陆菁. 隔附子饼灸联合美沙拉嗪治疗湿热型溃疡性结肠炎疗效观察[J]. 上海针灸杂志, 2019, 38(04): 374-377.
- [47] 蔡辰蕾. 溃结宁膏穴位敷贴治疗溃疡性结肠炎脾肾阳虚证的临床疗效观察及对血清IL-10含量的影响[D]. 湖南中医药大学, 2015.

