

· 中医药 · 中西医结合 ·

# 乌梅丸联合穴位埋线治疗寒热错杂证 溃疡性结肠炎疗效观察

鹿晓君, 高莉

咸阳市中心医院老年病科, 陕西 咸阳 712000

**摘要:** **目的** 观察乌梅丸联合穴位埋线治疗寒热错杂证溃疡性结肠炎(UC)的临床疗效。**方法** 选择2019年1月至2021年12月于咸阳市中心医院就诊的98例寒热错杂证UC患者,随机分为中医治疗组33例、中西医结合组34例、对照组31例。对照组给予美沙拉嗪口服,中医治疗组给予乌梅丸联合穴位埋线治疗,中西医结合组给予美沙拉嗪、乌梅丸口服,联合穴位埋线治疗,疗程均为3个月。观察三组患者中医证候疗效、结肠黏膜损伤程度、炎症因子水平。**结果** 疗程结束后评价,对照组(70.97%)、中医治疗组(84.85%)、中西医结合组(91.18%)的总有效率依次提高,但差异无统计学意义( $P>0.05$ )。治疗后三组UCEIS评分及Geboes评分均较治疗前显著降低( $P<0.05$ ),且中西医结合组优于中医治疗组( $P<0.05$ )及对照组( $P<0.01$ ),中医治疗组优于对照组( $P<0.01$ )。治疗后三组患者血清C反应蛋白、肿瘤坏死因子- $\alpha$ 和白细胞介素-6水平均显著降低( $P<0.05$ ),且中西医结合组低于中医治疗组( $P<0.05$ )及对照组( $P<0.01$ ),中医治疗组低于对照组( $P<0.01$ )。三组患者均未发生严重不良反应。**结论** 乌梅丸联合穴位埋线能够降低UC患者的炎症反应程度,促进结肠黏膜损伤的修复。中西医结合治疗UC的临床疗效能否获得有统计学意义的提高,有待扩大样本量进一步研究。

**关键词:** 溃疡性结肠炎; 寒热错杂证; 穴位埋线; 乌梅丸; 美沙拉嗪

**中图分类号:** R259 **文献标识码:** B **文章编号:** 1674-8182(2023)01-0117-05

## Wumei Pill combined with acupoint catgut embedding on ulcerative colitis with cold-heat complicated syndrome

LU Xiao-jun, GAO Li

Department of Geriatrics, Xianyang Central Hospital, Xianyang, Shaanxi 712000, China

Corresponding author: GAO Li, E-mail: 563912043@qq.com

**Abstract: Objective** To observe the clinical efficacy of Wumei Pill combined with acupoint catgut embedding in the treatment of ulcerative colitis(UC) with cold-heat complicated syndrome. **Methods** Ninety-eight patients with UC of cold-heat complicated syndrome who visited Xianyang Central Hospital from January 2019 to December 2021 were randomly divided into TCM treatment group(treated with Wumei Pills combined with acupoint catgut embedding, TCM group,  $n=33$ ), integrated TCM and Western medicine group(given oral Meisalqin and Wumei Pills combined with acupoint catgut embedding, combined group,  $n=34$ ) and control group(with oral meisalqin,  $n=31$ ). After the treatment for 3 months, the TCM syndrome efficacy, the damage degree of colon mucosa and the level of inflammatory factors were observed in the three groups. **Results** After the end of treatment, the total effective rate increased in the order of control group(70.97%), TCM treatment group(84.85%) and combined group(91.18%), but the difference was not statistically significant( $P>0.05$ ). After treatment, ulcerative colitis endoscopic index of severity(UCEIS) score and Geboes score significantly decreased in three groups compared with those before treatment( $P<0.05$ ), and those in combined group were superior to TCM treatment group( $P<0.05$ ) and control group( $P<0.01$ ). The serum levels of CRP, TNF- $\alpha$  and IL-6 were significantly lower than those before treatment in three groups( $P<0.05$ ) and were the lowest in combined group, followed by TCM treatment group( $P<0.05$ ) and control group( $P<0.01$ ). There were no serious

DOI: 10.13429/j.cnki.cjcr.2023.01.024

通信作者: 高莉, E-mail: 563912043@qq.com

出版日期: 2023-01-20

adverse reactions in the three groups. **Conclusion** In the treatment of UC patients, Wumei Pill combined with acupoint catgut embedding can reduce the degree of inflammation and promote the repair of colon mucosa damage. Whether the clinical efficacy of integrated TCM and western medicine in the treatment of UC can be improved statistically needs to be further studied by expanding the sample size.

**Keywords:** Ulcerative colitis; Cold-heat complicated syndrome; Acupoint catgut embedding; Wumei Pills; Meisalqin

溃疡性结肠炎(ulcerative colitis, UC)是以结直肠黏膜连续性、弥漫性炎症改变为特征的慢性非特异性肠道炎症性疾病,近年来发病率呈逐年增高趋势<sup>[1-2]</sup>。目前对于UC的治疗以5-氨基水杨酸类药物、糖皮质激素类药物和免疫抑制剂为主,但临床疗效不佳<sup>[3]</sup>。中医药治疗UC具有显著的临床疗效,已经成为UC的重要治疗手段<sup>[4-6]</sup>。本研究应用乌梅丸、美沙拉嗪肠溶片联合穴位埋线治疗寒热错杂证UC,取得了良好的临床疗效,现报道如下。

## 1 对象与方法

1.1 研究对象 选取2019年1月至2021年12月于咸阳市中心医院就诊的98例寒热错杂证UC患者为研究对象。应用随机数字表法将患者分为中医治疗组33例、中西医结合组34例、对照组31例。中医治疗组中男12例,女21例;年龄19~55(38.2±7.9)岁;病程0.5~6(2.3±1.6)年;改良Truelove和Witts疾病严重程度分级:轻度13例、中度20例。中西医结合组中男14例,女20例;年龄20~56(37.5±8.2)岁;病程0.5~7(2.4±1.6)年;改良Truelove和Witts疾病严重程度分级:轻度13例、中度21例。对照组中男性11例,女性20例;年龄20~54(37.9±7.6)岁;病程0.5~6(2.2±1.7)年;改良Truelove和Witts疾病严重程度分级:轻度13例、中度18例。三组患者基线资料比较均衡( $P>0.05$ )。本研究经医院医学伦理委员会审核批准(XYCHIEC-PJ-2018年第[21]号)。

1.2 纳入及排除标准 (1) 纳入标准:①符合《实用内科学(第15版)》<sup>[7]</sup>UC诊断标准,经电子结肠镜检查确诊者;②病程6个月以上,年龄18~60岁;③对研究知情同意,签署知情同意书者。(2) 排除标准:①因其他疾病应用糖皮质激素、免疫抑制剂大于两周者;②患有严重血液系统疾病,不能完成电子结肠镜检查者;③合并其他系统严重疾病者;④合并精神疾病,不能配合检查治疗者;⑤妊娠期或哺乳期妇女。(3) 中医辨证标准:参照《溃疡性结肠炎中西医结合诊疗共识意见(2017年)》<sup>[8]</sup>中寒热错杂证的辨证标准:主症为①腹痛冷痛,喜温喜按;②下痢稀薄,夹有黏冻;③肛门灼热;④口腔溃疡。次症为

①四肢不温;②腹部有灼热感。舌质红苔薄黄,脉沉细。具备主症2项和次症1或2项,参考舌脉象和理化检查。

1.3 对照组治疗方法 给予美沙拉嗪肠溶片(恒诚制药集团,国药准字H20020211)口服,每次1g,每天4次。疗程3个月。

1.4 中医治疗组治疗方法 给予乌梅丸联合穴位埋线治疗。采用乌梅丸(昆明中药厂,国药准字Z53020892)口服,每次6g,每天2次。穴位埋线方法:(1) 穴位取关元、大肠俞、脾俞、肾俞、下巨虚、足三里、三阴交。(2) 操作方法,行腹部及下肢穴位埋线操作时患者取仰卧位,行背部穴位埋线操作时患者取俯卧位。针灸医师备齐埋线操作物品,对施针部位常规消毒后,用镊子夹取长度为1.0cm的可吸收缝线,将线全部放入7号套管针内,医师以左手固定施针部位皮肤,右手持针迅速刺入皮下,天枢、大肠俞、脾俞、肾俞在刺入皮下后沿经络走行方向平刺,下巨虚、足三里、三阴交直刺,刺入所需深度,得气后逐步退出针管,将可吸收缝线埋植于穴位内,消毒施针部位,外敷无菌敷贴。每2周治疗1次。疗程3个月。

1.5 中西医结合组治疗方法 给予美沙拉嗪肠溶片、乌梅丸口服联合穴位埋线治疗,具体治疗方法同中医治疗组。疗程3个月。

1.6 观察指标及评价方法 (1) 中医证候疗效评价:于治疗前后对患者进行中医证候积分评价,参照《中药新药临床研究指导原则(试行)》<sup>[9]</sup>慢性非特异性UC的证候疗效评价标准,分为临床痊愈、显效、有效、无效4级。证候评价由2名中医副主任医师以上职称人员共同确定。(2) 结肠黏膜病变评价:于治疗前后对患者行电子结肠镜检查,应用UC内镜下严重程度指数(UCEIS)评分系统<sup>[10]</sup>对其结肠病损情况进行评分。(3) 黏膜组织病理学疗效评价:于治疗前后对结肠镜检所获结肠黏膜活检标本进行病理学检查,应用Geboes标准进行评价。(4) 血清炎症因子:所有患者于治疗前后采集清晨空腹静脉血5ml,行C反应蛋白(CRP)、肿瘤坏死因子(TNF)- $\alpha$ 、白细胞介素(IL)-6水平检测。(5) 不良反应发生率:记录患者治疗过程中的不良反应发生情况。

1.7 统计学方法 采用 SPSS20.0 软件进行统计分析。计数资料以例(%)表示,比较采用 R×C 表 $\chi^2$  检验及其分割法;计量资料以  $\bar{x}\pm s$  表示,三组间比较采用  $F$  检验及多重比较的 LSD- $t$  检验。 $\alpha=0.05$  为检验水准,当进行分割 $\chi^2$  检验时,校正为  $\alpha'=0.017$ 。

## 2 结果

2.1 三组患者中医证候疗效对比 对照组总有效率 70.97%,中医治疗组 84.85%,中西医结合组 91.18%,三组总有效率对比差异无统计学意义( $P>0.05$ ),中西医结合组总有效率较对照组有所提高,但分割检验结果差异亦无统计学意义( $P>0.017$ )。见表 1。

2.2 三组患者 UCEIS 及 Geboes 评分对比 三组患者治疗前 UCEIS 及 Geboes 评分对比差异无统计学意义( $P>0.05$ )。与治疗前相比,治疗后三组 UCEIS 及 Geboes 评分均显著降低( $P<0.05$ ),且中西医结合组低于中医治疗组( $P<0.05$ )及对照组( $P<0.01$ ),中医治疗组低于对照组( $P<0.01$ )。见表 2。

2.3 三组患者血清炎性因子对比 治疗前,三组患者血清 CRP、TNF- $\alpha$ 、IL-6 水平对比差异无统计学意义( $P>0.05$ )。与治疗前比较,治疗后三组血清 CRP、TNF- $\alpha$ 、IL-6 水平均显著降低( $P<0.05$ ),且中西医结合组低于中医治疗组( $P<0.05$ )及对照组( $P<0.01$ ),中医治疗组低于对照组( $P<0.01$ )。见表 3。

2.4 三组患者不良反应率对比 治疗过程中,三组

患者均未出现严重不良反应,部分患者出现腹痛、恶心呕吐、乏力、白细胞减少等,但程度均较轻微,对症处理后均缓解,未影响治疗过程。三组间不良反应率差异无统计学意义( $P=0.382$ )。见表 4。

表 1 三组患者中医证候疗效对比 (例)

Tab. 1 Comparison of curative effect of three groups of patients with TCM syndrome (case)

组别	例数	临床痊愈	显效	有效	无效	总有效[例(%)]
中医治疗组	33	2	12	14	5	28(84.85)
中西医结合组	34	3	13	15	3	31(91.18)
对照组	31	1	8	13	9	22(70.97)
$\chi^2$ 值						4.790
$P$ 值						0.091

注:中医治疗组与中西医结合组对比, $\chi^2=0.640$ , $P>0.017$ ;中医治疗组与对照组对比, $\chi^2=1.800$ , $P>0.017$ ;中西医结合组与对照组对比, $\chi^2=4.400$ , $P>0.017$ 。

表 2 三组患者 UCEIS 评分及 Geboes 评分对比 ( $\bar{x}\pm s$ )

Tab. 2 Comparison of UCEIS scores and Geboes scores of three groups ( $\bar{x}\pm s$ )

组别	例数	UCEIS 评分		Geboes 评分	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
中医治疗组	33	5.12 $\pm$ 1.08	3.29 $\pm$ 0.75 <sup>ac</sup>	2.66 $\pm$ 0.69	1.45 $\pm$ 0.48 <sup>ac</sup>
中西医结合组	34	5.16 $\pm$ 1.12	2.58 $\pm$ 0.47 <sup>acd</sup>	2.71 $\pm$ 0.72	1.13 $\pm$ 0.32 <sup>acd</sup>
对照组	31	5.09 $\pm$ 1.10	3.95 $\pm$ 0.79 <sup>b</sup>	2.67 $\pm$ 0.68	1.86 $\pm$ 0.72 <sup>b</sup>
$F$ 值		0.033	32.922	0.048	15.636
$P$ 值		0.967	<0.001	0.953	<0.001

注:与本组治疗前比,<sup>a</sup> $P<0.01$ ,<sup>b</sup> $P<0.05$ ;与对照组治疗后比,<sup>c</sup> $P<0.01$ ;与中医治疗组治疗后比,<sup>d</sup> $P<0.05$ 。

表 3 三组患者血清炎性因子对比 ( $\bar{x}\pm s$ )

Tab. 3 Comparison of serum inflammatory factors in three groups ( $\bar{x}\pm s$ )

组别	例数	CRP(mg/L)		IL-6(ng/L)		TNF- $\alpha$ (ng/L)	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
中医治疗组	33	21.35 $\pm$ 3.88	8.92 $\pm$ 1.67 <sup>ac</sup>	85.19 $\pm$ 12.38	48.67 $\pm$ 8.55 <sup>ac</sup>	45.86 $\pm$ 7.58	25.74 $\pm$ 5.63 <sup>ac</sup>
中西医结合组	34	20.96 $\pm$ 3.69	6.33 $\pm$ 1.08 <sup>acd</sup>	83.98 $\pm$ 13.11	41.34 $\pm$ 7.23 <sup>acd</sup>	45.56 $\pm$ 7.29	20.18 $\pm$ 4.95 <sup>acd</sup>
对照组	31	21.04 $\pm$ 4.10	12.63 $\pm$ 2.16 <sup>b</sup>	84.65 $\pm$ 12.46	58.75 $\pm$ 10.94 <sup>b</sup>	44.92 $\pm$ 7.37	30.26 $\pm$ 6.69 <sup>b</sup>
$F$ 值		0.093	114.863	0.077	30.628	0.133	24.908
$P$ 值		0.911	<0.001	0.926	<0.001	0.875	<0.001

注:与本组治疗前比,<sup>a</sup> $P<0.01$ ,<sup>b</sup> $P<0.05$ ;与对照组治疗后比,<sup>c</sup> $P<0.01$ ;与中医治疗组治疗后比,<sup>d</sup> $P<0.01$ 。

表 4 三组患者不良反应率对比 (例)

Tab. 4 Comparison of adverse reaction rates of three groups of patients (case)

组别	例数	腹痛	恶心呕吐	乏力	白细胞减少	不良反应率(%)
中医治疗组	33	1	2	0	0	9.09
中西医结合组	34	0	2	0	0	5.88
对照组	31	1	2	1	1	16.13
$\chi^2$ 值						1.925
$P$ 值						0.382

## 3 讨论

UC 的发病机制复杂,目前研究认为与遗传因素、环境因素、结肠上皮屏障缺陷及免疫反应失调有关<sup>[11]</sup>。临床特点易反复发作<sup>[12]</sup>,只有在疾病早期,抓住治疗“机会窗”进行干预和强化治疗,才有可能控制病情的进展与复发<sup>[13]</sup>。如果治疗不及时,或疗效不理想,则会导致患者出现缓解-复发的恶性循环,引起结肠黏膜的广泛性损伤,显著增加癌变的几率<sup>[14]</sup>。美沙拉嗪是治疗 UC 的主要药物,但是中、重

度 UC 患者需同时应用糖皮质激素以诱导缓解,但其反复应用存在较大的副反应,且不能长期用于维持治疗<sup>[15]</sup>。在 UC 患者的诊断与病情评估中,内镜检查起着至关重要的作用,对于镜下黏膜损伤程度的评估,UCEIS 评价系统较 Mayo 评价具有更高的准确性,且不受临床细节知识的影响<sup>[16]</sup>。《中国消化内镜技术诊断与治疗炎症性肠病的专家指导意见》也认为:UCEIS 评价系统观察内容较为明确,且按不同程度评分,定义清晰,能较准确地反映病情程度,适用于 UC 患者的疗效监测和中远期预后评估<sup>[17]</sup>。因此,本研究选用 UCEIS 评价系统对患者的临床疗效进行评价。

UC 应归属于中医学“久痢”范畴,其发病与机体正气亏虚、饮食失节、情志不畅等因素有关,由于治疗不及时或失治误治,导致外邪内陷,损伤脏腑,湿热内蕴,寒热错杂之复杂病机。《诸病源候论·痢病诸候》中提到:“凡痢皆由荣卫不足,肠胃虚弱,冷热之气乘虚客于肠间,虚则泄,故为痢也”,说明寒热错杂、虚实并见为 UC 的病因。临床研究也证实:寒热错杂证为 UC 的重要临床证候<sup>[18]</sup>。《杂病心法要诀》中明确提出了 UC 的治疗方法:“久痢藏有寒热不分者,宜用乌梅丸调和之。”乌梅丸为《伤寒论》中治疗厥阴病的基础方,全方由乌梅、细辛、干姜、黄连、当归、附子、蜀椒、桂枝、人参、黄柏组成,方中用黄连、黄柏清热利湿以祛邪,用干姜、附子、细辛、蜀椒温中驱寒邪、大建中阳,以桂枝温经通脉以降逆,人参、当归双补气血以安其正,主用乌梅以敛阴,以防燥热太过伤正,诸药合用,寒热同调,使脏腑升降、气血阴阳臻于和平。网络药理学分析显示:乌梅丸主要作用于 TNF 信号通路、HIF-1 信号通路、结直肠癌信号通路和 p53 信号通路等来改善 UC<sup>[19]</sup>。临床研究证实:乌梅丸能够调节 UC 患者的肠道菌群丰度和 T 淋巴细胞亚群的失衡,改善患者细胞免疫状态<sup>[20-21]</sup>。

针灸治疗具有调节肠道菌群、保护和修复胃肠黏膜、调节胃肠动力等作用,在治疗消化系统疾病方面应用广泛<sup>[22]</sup>。但由于 UC 患者的病程长,治疗周期长,难以坚持连续进行针灸治疗。穴位埋线疗法也称为“穴位埋藏”,是由针灸学埋藏法发展而来的,具体操作为医师应用器具将线体埋植入人体的相应穴位,线体在穴位上产生持续的刺激,从而达到预防和治疗疾病的目的。因此,穴位埋线疗法成为 UC 患者针灸治疗的重要补充。埋线操作时应以疏调肠腑为基础,兼顾脏腑气血辨证的调节,选穴应以足三里、天枢、大肠俞、脾俞、肾俞为基本穴,同时取下巨虚、三阴交调节脏腑经络气血流注<sup>[23]</sup>。实验研究显示:穴位埋线

能够改善 UC 结肠黏膜的病理损伤,下调促炎因子 IL-6 的表达<sup>[24]</sup>。临床研究也证实:穴位埋线治疗能加速 UC 患者炎症物质吸收,促进破溃肠黏膜愈合<sup>[25]</sup>。本研究以寒热错杂证 UC 患者为研究对象,应用乌梅丸联合穴位埋线治疗,结果显示:治疗 3 个月,UCEIS 评价的结肠黏膜损伤范围及程度、Geboes 评价的结肠黏膜组织病理学结果及血清炎症因子水平均较治疗前显著改善,这三方面的改善中西结合组均优于美沙拉嗪组,且不增加不良反应发生率。提示乌梅丸联合穴位埋线可以通过调节机体炎症反应水平,抑制结肠黏膜的炎症反应,从而减轻黏膜损伤程度,促进疾病康复。

综上所述,乌梅丸联合穴位埋线能够降低 UC 患者的炎症反应程度,促进结肠黏膜损伤修复。中西医结合治疗 UC 的临床疗效能否获得有统计学意义的提高,有待扩大样本量进一步研究。

利益冲突 无

#### 参考文献

- [1] 中华中医药学会脾胃病分会. 消化系统常见病溃疡性结肠炎中医诊疗指南(基层医生版)[J]. 中华中医药杂志, 2019, 34(9): 4155-4160.  
Spleen and Stomach Diseases Branch, China Association of Chinese Medicine. Clinical practice guideline of TCM for common digestive system diseases: ulcerative colitis (Edition for primary physician) [J]. China J Tradit Chin Med Pharm, 2019, 34(9): 4155-4160.
- [2] Ng SC, Shi HY, Hamidi N, et al. Worldwide incidence and prevalence of inflammatory bowel disease in the 21st century: a systematic review of population-based studies [J]. Lancet, 2017, 390(10114): 2769-2778.
- [3] 张国兴, 石荣. 溃疡性结肠炎治疗进展[J]. 现代中西医结合杂志, 2019, 28(25): 2842-2847.  
Zhang GX, Shi R. Progress in the treatment of ulcerative colitis [J]. Mod J Integr Tradit Chin West Med, 2019, 28(25): 2842-2847.
- [4] Dossett ML, Davis RB, Lembo AJ, et al. Complementary and alternative medicine use by US adults with gastrointestinal conditions: results from the 2012 National Health Interview Survey [J]. Am J Gastroenterol, 2014, 109(11): 1705-1711.
- [5] 刘琼, 成哲, 陈广. 溃疡性结肠炎中医治疗进展[J]. 中国中医基础医学杂志, 2021, 27(7): 1191-1194.  
Liu Q, Cheng Z, Chen G. Review of traditional Chinese medicine treatment of ulcerative colitis [J]. J Basic Chin Med, 2021, 27(7): 1191-1194.
- [6] 江海燕, 王新月, 王建云, 等. 解毒活血灌肠方联合中药口服治疗溃疡性结肠炎患者的临床研究[J]. 中华全科医学, 2021, 19(11): 1925-1928, 1955.  
Jiang HY, Wang YX, Wang JY, et al. Clinical study of Jiedu Huoxue Decoction enema combined with oral Chinese medicine in patients

- with ulcerative colitis [J]. Chinese Journal of General Practice, 2021, 19(11): 1925-1928, 1955.
- [7] 林果为,王吉耀,葛均波.实用内科学[M].15版.北京:人民卫生出版社,2017.
- Lin GW, Wang JY, Ge JB. Practice of internal medicine[M]. 15th edition. Beijing: People's Medical Publishing House, 2017.
- [8] 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(2):105-111,120.
- Li JX, Chen J. Consensus on diagnosis and treatment of ulcerative colitis with integrated traditional Chinese and Western Medicine (2017)[J]. Chin J Integr Tradit West Med Dig, 2018, 26(2): 105-111, 120.
- [9] 郑筱萸.中药新药临床研究指导原则:试行[M].北京:中国医药科技出版社,2002.
- Zheng XY. Guiding principles for clinical research of new traditional Chinese Medicine [M]. Beijing: China Pharmaceutical Science and Technology Press, 2002.
- [10] Travis SPL, 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.
- [11] Ungaro R, Mehandru S, Allen PB, et al. Ulcerative colitis [J]. Lancet, 2017, 389(10080): 1756-1770.
- [12] 贺涛,潘鹏,王秋野,等.预测临床缓解期溃疡性结肠炎复发的组织学特征[J].中国临床研究,2022,35(2):162-166.
- He T, Pan P, Wang QY, et al. Histological features predicting recurrence of ulcerative colitis in clinical remission [J]. Chin J Clin Res, 2022, 35(2): 162-166.
- [13] 厉英超,陈思玮,邵佳媛,等.溃疡性结肠炎达标治疗的研究进展[J].西安交通大学学报(医学版),2020,41(4):628-632.
- Li YC, Chen SW, Shao JY, et al. Advances in research on treat-to-target approach in ulcerative colitis [J]. J Xi'an Jiaotong Univ Med Sci, 2020, 41(4): 628-632.
- [14] 万健,吴开春.溃疡性结肠炎癌变的危险因素和监测[J].中华消化杂志,2018,38(12):865-867.
- Wan J, Wu KC. Risk factors and monitoring of canceration in ulcerative colitis [J]. Chin J Dig, 2018, 38(12): 865-867.
- [15] 汪海潮,叶晨,王晓蕾.难治性中重度溃疡性结肠炎的生物制剂治疗研究进展[J].同济大学学报(医学版),2020,41(1):136-140.
- Wang HC, Ye C, Wang XL. Research advances of biological therapy for refractory moderate to severe ulcerative colitis [J]. J Tongji Univ Med Sci, 2020, 41(1): 136-140.
- [16] Ikeya K, Hanai H, Sugimoto K, et al. The ulcerative colitis endoscopic index of severity more accurately reflects clinical outcomes and long-term prognosis than the mayo endoscopic score [J]. J Crohns Colitis, 2016, 10(3): 286-295.
- [17] 中华医学会消化病学分会炎症性肠病学组.中国消化内镜技术诊断与治疗炎症性肠病的专家指导意见[J].中华炎症性肠病杂志,2020,4(4):283-291.
- Inflammatory Bowel Disease Group, Chinese Society of Gastroenterology, Chinese Medical Association. Experts guideline on digestive endoscopy techniques in the diagnosis and management of inflammatory bowel disease in China [J]. Chin J Inflamm Bowel Dis, 2020, 4(4): 283-291.
- [18] 李玉玲,杜念龙,黄穗平,等.溃疡性结肠炎缓解期中医证候规律及其相关性[J].吉林中医药,2019,39(8):1055-1058.
- Li YL, Du NL, Huang SP, et al. Correlation of TCM syndrome in the remission phase of ulcerative colitis [J]. Jilin J Chin Med, 2019, 39(8): 1055-1058.
- [19] 郭琴,王颖,王欢欢,等.基于药效学和网络药理学探讨乌梅丸治疗溃疡性结肠炎方剂精简的可行性[J].中国中医基础医学杂志,2021,27(9):1475-1482.
- Guo Q, Wang Y, Wang HH, et al. Feasibility of simplification of Wumei Pill in the treatment of ulcerative colitis based on pharmacodynamics and network pharmacology [J]. J Basic Chin Med, 2021, 27(9): 1475-1482.
- [20] 李克亚,王真权,彭美瑶.乌梅丸治疗溃疡性结肠炎(脾肾虚寒,寒中蕴热证)的疗效及对肠道微生态的影响[J].中医药导报,2020,26(16):85-89.
- Li KY, Wang ZQ, Peng MY. Effect of Wumei Pills on ulcerative colitis (spleen and kidney deficiency cold and heat accumulation in cold syndrome) and its influence on intestinal microecology [J]. Guid J Tradit Chin Med Pharm, 2020, 26(16): 85-89.
- [21] 孙盟朝,田晶晶,崔莉红.乌梅丸治疗溃疡性结肠炎的疗效分析及对T淋巴细胞的影响[J].中国中西医结合外科杂志,2018,24(5):545-549.
- Sun MZ, Tian JJ, Cui LH. Clinical efficacy and effect on T-lymphocyte subgroup of Wumei Pill in treating active ulcerative colitis [J]. Chin J Surg Integr Tradit West Med, 2018, 24(5): 545-549.
- [22] 王丽雨,王立柱,高善语,等.针灸在胃肠道中的作用及机制研究进展[J].现代消化及介入诊疗,2021,26(8):1048-1051.
- Wang LY, Wang LZ, Gao SY, et al. Research progress on the role and mechanism of acupuncture and moxibustion in gastrointestinal tract [J]. Mod Dig & Interv, 2021, 26(8): 1048-1051.
- [23] 温淑婷,Pham Ba Tuyen,刘凤斌,等.穴位埋线治疗溃疡性结肠炎的选穴规律[J].中医药导报,2019,25(15):38-42.
- Wen ST, Tuyen P, Liu FB, et al. Acupoint selecting rules analysis based on data mining technique for ulcerative colitis with catgut implantation [J]. Guid J Tradit Chin Med Pharm, 2019, 25(15): 38-42.
- [24] 于千惠,李丽红,卢雨微,等.穴位埋线联合艾灸对溃疡性结肠炎大鼠结肠黏膜的抗炎修复作用[J].针刺研究,2020,45(4):305-309.
- Yu QH, Li LH, Lu YW, et al. Moxibustion combined with acupoint catgut embedding promotes recovery of injured colonic mucosa by suppressing inflammation in ulcerative colitis rats [J]. Acupunct Res, 2020, 45(4): 305-309.
- [25] 龚鸿.穴位埋线治疗溃疡性结肠炎对患者肠黏膜的影响[J].现代中西医结合杂志,2020,29(3):288-290.
- Gong H. Effect of acupoint catgut embedding on intestinal mucosa of patients with ulcerative colitis [J]. Mod J Integr Tradit Chin West Med, 2020, 29(3): 288-290.