

## · 专家共识 ·

## 溃疡性结肠炎中西医结合诊疗专家共识

中国中西医结合学会

## 1 前言

溃疡性结肠炎 (ulcerative colitis, UC) 是一种慢性、非特异性炎症性肠病, 近年来其逐渐成为消化系统常见病、难治病。流行病学资料显示, 1990—2003 年我国 UC 患病率约为 11.6/10 万<sup>[1]</sup>, 可见当时 UC 在我国仍属少见病, 但近 20 余年来门诊就诊人数呈增长趋势<sup>[2]</sup>。2018 年 2 月, 国家中医药管理局、国家卫生健康委员会、中央军委后勤保障部 (三部委) 联合印发了《关于开展重大疑难疾病中西医临床协作试点工作的通知》, 其中消化系统以 UC 为代表病种, 被列为重大疑难疾病行列。而目前我国临床上相当多的 UC 患者开始寻求中西医结合治疗。2010 年<sup>[3]</sup>、2017 年<sup>[4]</sup> 中国中西医结合学会消化系统疾病专业委员会分别制 (修) 订了《溃疡性结肠炎中西医结合诊疗共识》, 对提高临床决策科学性和规范性具有积极的推动作用。近几年, 随着我国临床研究更趋标准化和规范化, 可用于制定共识或指南的循证医学证据亦越来越多。同时依托三部委的重大疑难疾病 (UC) 中西医临床协作试点项目在具体实施的 3 年中积累了丰富的中西医结合诊疗 UC 的具体方法。2021 年 4 月 18 日, 中国标准化研究院批准中国中西医结合学会立项 22 项团体标准。其中, 以中国中西医结合学会为归口, 基于三部委的重大疑难疾病 (UC) 中西医临床协作试点项目成果及最新循证医学证据的《溃疡性结肠炎中西医结合诊疗专家共识》制订工作由中国中医科学院望京医院、河北省中医院、北京大学第一医院和河北医科大学第二医院共同承担。同时联合了全国 38 家单位, 42 位专家共同完成本共识的制定工作, 方法如下。

## 2 共识制定过程与方法

## 2.1 组建共识专家组、工作组 由中国中西医

结合学会组建专家组, 中国中医科学院望京医院、河北省中医院、北京大学第一医院和河北医科大学第二医院为工作组。

2.2 关键临床问题的确定、解构及检索 由工作组通过问卷调查向临床医师征集中西结合治疗 UC 的临床问题, 最终由专家组决定保留 27 个临床问题。工作组对每个临床问题按照 PICO [研究对象 (participants, P)、干预措施 (intervention, I)、对照措施 (control, C) 和结局指标 (outcome, O)] 原则进行解构, 然后围绕每个临床问题, 制定相关检索策略, 检索 CNKI、万方、维普、SinoMed、PubMed、Embase、Cochrane Library 相关的外文文献。筛选符合纳入标准的文献。获取、阅读文献后, 提取临床问题对应的证据。

2.3 证据分级与共识方法 本共识兼顾循证医学证据和专家临床经验, 有循证医学证据支撑的临床问题采用 GRADE 分级系统<sup>[5]</sup> 对证据质量进行分级, 对于证据不充足的临床问题以达成专家共识进行推荐。本共识依托 2021 年 7 月在北京召开的中国中西医结合消化内镜专业委员会及中国中医药研究促进会消化整合医学分会年会, 以共识会议法<sup>[6]</sup> 形成推荐强度和推荐意见后, 4 个工作组开始编写初稿, 并多次进行小组内讨论。专家表决意见选项<sup>[7]</sup> 为: ① 完全同意; ② 同意, 但有一定保留; ③ 同意, 但有较大保留; ④ 不同意, 但有保留; ⑤ 完全不同意。如果选择① 的人数 >50% 为强推荐, 如果选择① 的人数 ≤ 50%, 但选择① + ② 的人数 >85%, 则为弱推荐。达到强推荐和弱推荐的意见加入共识中, 未达上述标准的意见删去。证据等级分为高、中、低、极低。推荐意见的标识举例如下: 高、强推荐。

2.4 征求意见与评审 于 2022 年 1 月将征求意见稿以电子通讯的形式发给 42 位中医、西医、中西医结合专家 (高级职称, 工作 10 年以上, 消化领域专家 33 位, 方法学专家 1 位, 病理学专家 2 位, 护理学专家 2 位, 药理学专家 4 位), 发放 42 份, 回收 42 份, 回收率为 100%。根据专家意见修改完善本共识, 并在中国中西医结合学会召开的共识审定会上评审通过。

基金项目: 2019 年重大疑难疾病 (溃疡性结肠炎) 中西医临床协作能力建设项目 (No. 国中医药办医政发 [2018] 3 号)

通讯作者: 魏 玮, Tel: 010-84739761, E-mail: sxxy@sina.com

DOI: 10.7661/j.cjim.20221027.215

本共识内容包括定义、中西医结合治疗 UC 的临床定位、诊断、中西医结合治疗、疾病管理。本共识适用于中医院脾胃科、西医院消化科的中西医结合相关医疗人员及从事中西医结合工作的高校教育人员和科研人员。全文公布于下,并希望不断更新和完善。

### 3 定义

UC 是一种病因不明的以结直肠黏膜呈连续性、弥漫性炎症改变为特点的慢性非特异性大肠炎症性疾病<sup>[8]</sup>,病变部位主要累及黏膜和黏膜下层,西医上属于炎症性肠病(inflammatory bowel disease, IBD)范畴,中医学属“休息痢”“久痢”和“泄泻”等病证范畴<sup>[9, 10]</sup>。通常将慢性持续性 UC 归为“久痢”的范畴;将活动期与缓解期交替出现的 UC 归为“休息痢”的范畴;缓解期,仅表现为大便溏薄、次数增多时,归为“泄泻”的范畴。

### 4 中西医结合治疗 UC 的临床定位

活动期:轻度 UC,可单独使用中医或西医治疗,或二者结合;中度 UC,建议采用中西医结合治疗,遵循中西并重的原则;重度 UC,建议采用中西医结合疗法,遵循西医为主,中医为辅的原则,如重度 UC 患者多伴有营养不良,主要是由于脾胃虚弱、运化失健所致,在治疗中联合益气健脾类中药有助于改善消化功能,提高营养吸收利用,加速疾病好转。

缓解期:建议在西医治疗的基础上联合中医药疗法以维持 UC 的长期缓解,降低复发率,如缓解期接受免疫抑制剂或生物制剂治疗的 UC 患者合并机会性感染(如巨细胞病毒、EB 病毒、艰难梭状芽孢杆菌感染等)的几率会增高,对于此类患者可配合玉屏风颗粒等益气固表类中成药进行辅助治疗,也可在中药复方中加用益气固表类中药(如黄芪、党参、太子参)以提高人体正气,降低合并机会性感染的风险<sup>[11]</sup>。

### 5 诊断

5.1 西医诊断 临床表现、相关检查(实验室检查、结肠镜检查、黏膜组织活检)、诊断要点、临床类型<sup>[12]</sup>、病变范围<sup>[13]</sup>、病情分期<sup>[14]</sup>、严重程度分级<sup>[8]</sup>均参照《炎症性肠病诊断与治疗的共识意见(2018 年·北京)》<sup>[15]</sup>及美国胃肠病学会(American College of Gastroenterology, ACG)临床实践指南(2019)<sup>[8]</sup>。

5.2 中医辨证分型 经专家共识确定证型如下。

(1) 湿热蕴肠证:主症:腹痛,腹泻,便下黏液脓血;里急后重,肛门灼热。次症:身热;小便短赤;口干口苦;口臭。舌脉:舌质红,苔黄腻,脉滑数。(2) 热毒炽盛证:主症:便下脓血或血便,量多次频;发热。

次症:里急后重;腹胀;口渴;烦躁不安;腹痛明显。舌脉:舌质红,苔黄燥,脉滑数。(3) 浊毒内蕴证:主症:大便脓血并重;里急后重,大便黏腻、排便不爽。次症:口干口苦、口黏;头身困重;面色秽滞;小便短赤不利;腹痛。舌脉:舌质红,苔黄腻,脉弦滑。(4) 脾虚湿蕴证:主症:腹泻,夹有不消化食物;黏液脓血便,白多赤少,或为白冻。次症:肢体倦怠,神疲懒言;腹部隐痛;脘腹胀满;食少纳差。舌脉:舌质淡红,边有齿痕,苔白腻,脉细弱或细滑。(5) 寒热错杂证:主症:下痢稀薄,夹有黏冻;反复发作。次症:四肢不温;腹部灼热;腹痛绵绵;口渴不欲饮。舌脉:舌质红或淡红,苔薄黄,脉弦或细弦。(6) 肝郁脾虚证:主症:常因情志因素诱发大便次数增多;大便稀烂或黏液便;腹痛即泻,泻后痛减。次症:排便不爽;饮食减少;腹胀;肠鸣。舌脉:舌质淡红,苔薄白,脉弦或弦细。(7) 瘀阻肠络证:主症:腹痛拒按,痛有定处;下利脓血、血色暗红或夹有血块。次症:面色晦暗;腹部有痞块;胸胁胀痛;肌肤甲错;泻下不爽。舌脉:舌质暗红,有瘀点瘀斑,脉涩或弦。(8) 脾肾阳虚证:主症:久泻不止,大便稀薄;夹有白冻,或伴有完谷不化,甚则滑脱不禁。次症:腹胀;食少纳差;腹痛喜温喜按;形寒肢冷;腰酸膝软。舌脉:舌质淡胖,或有齿痕,苔薄白润,脉沉细。注:以上 8 个证候的确定,凡具备主症 2 项,加次症 2 项即可诊断,舌脉仅供参考。

### 5.3 UC 病证结合诊断流程(图 1)

## 6 中西医结合治疗

### 6.1 活动期 UC 的治疗

6.1.1 轻、中度 UC 轻度 UC 可单独使用西药或中医药疗法,或二者结合,对于西药不耐受、无效,倾向中药治疗的患者推荐单独使用中药治疗。建议采用中西医结合的形式治疗中度 UC。以下治疗方案适用于轻度或中度 UC。

湿热蕴肠型可单独服用乌梅败酱方(中,弱推荐)<sup>[16]</sup>,效果不理想时推荐使用芍药汤加减联合氨基水杨酸制剂(中,强推荐)<sup>[17]</sup>,也可服用虎地肠溶胶囊联合氨基水杨酸制剂(高,强推荐)<sup>[18]</sup>,有条件的单位也可使用针刺疗法诱导疾病缓解(中,弱推荐)<sup>[19]</sup>。针刺取穴:天枢、上巨虚、曲池。操作:患者取仰卧位,穴区皮肤常规消毒,取直径 0.30 mm、长 50 mm 的一次性无菌毫针,定位后直刺进针,出现酸麻胀痛即为得气,得气后采用提插泻法行针,重提轻插,先深后浅,以上提为主。每天 1 次,留针 30 min,每 10 min 行针 1 次,连续 5 天为 1 个疗程,

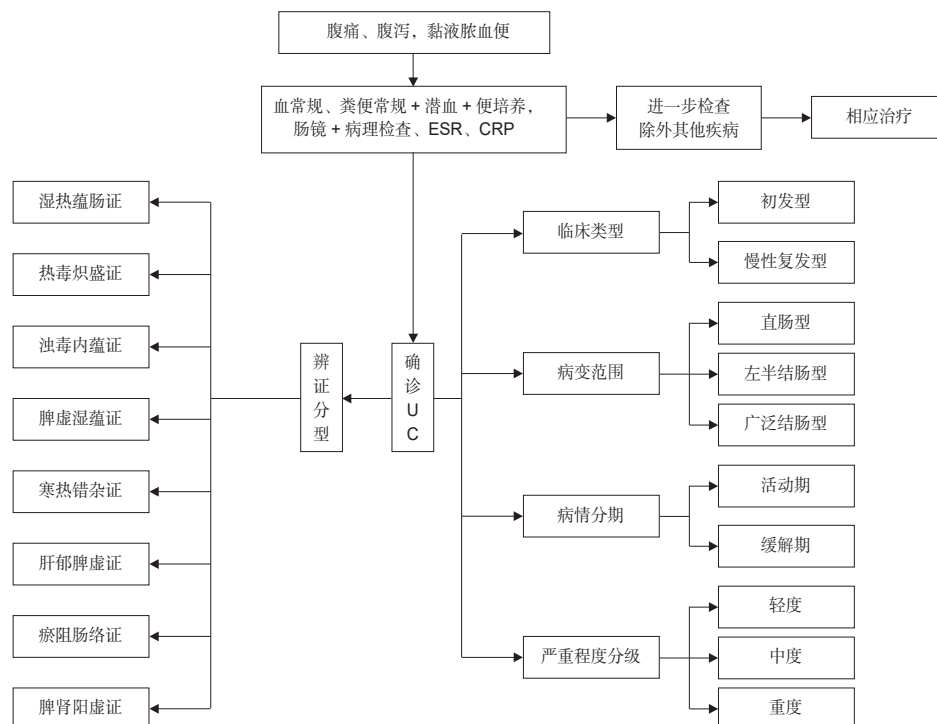


图 1 UC 病证结合诊断流程

疗程间隔为 2 天。活动期一般治疗 1~2 周。

热毒炽盛型推荐白头翁汤联合氨基水杨酸制剂（中，强推荐）<sup>[20]</sup>。

浊毒内蕴型可单独服用化浊解毒方（中，弱推荐），效果不理想时<sup>[21]</sup>，推荐翁连解毒汤联合氨基水杨酸制剂口服（中，强推荐）<sup>[22]</sup>。

脾虚湿蕴型可单独服用参苓白术散（《太平惠民和剂局方》）<sup>[23]</sup>或参苓白术散（丸、颗粒）<sup>[24]</sup>联合氨基水杨酸制剂（低，弱推荐），也可口服补脾益肠丸联合氨基水杨酸制剂（低，弱推荐）<sup>[25]</sup>。

寒热错杂型可单独口服乌梅丸（《伤寒论》）（中，弱推荐）<sup>[26]</sup>，或联合氨基水杨酸制剂（中，强推荐）。

肝郁脾虚型推荐在氨基水杨酸制剂口服或纳肛的基础上联合痛泻要方（《景岳全书》引刘草窗方）合四逆散《伤寒论》加味口服（中，强推荐）<sup>[27]</sup>。

脾肾阳虚型推荐口服四神丸（《证治准绳》）联合中药保留灌肠（黄连、三七、白及、黄芩、败酱草）（中，强推荐）<sup>[28]</sup>，也可口服固本益肠片联合氨基水杨酸制剂（低，弱推荐）<sup>[29]</sup>。

瘀血阻络型推荐氨基水杨酸制剂联合少腹逐瘀汤（《医林改错》）口服，同时康复新液灌肠（极低，弱推荐）<sup>[30]</sup>。

病变部位在直肠或乙状结肠的轻、中度活动期 UC 患者可口服氨基水杨酸制剂联合锡类散灌肠<sup>[31, 32]</sup>

（低，弱推荐），或联合康复新液灌肠<sup>[33, 34]</sup>（《医保目录（2021 年版）》）（低，弱推荐）或联合结肠宁灌肠<sup>[35, 36]</sup>（《中华人民共和国卫生部药品标准新药转正标准第 10 册》）（低，弱推荐）。病变部位位于右半结肠或病变范围较广者，推荐使用经内镜肠道置管术<sup>[37]</sup>（transendoscopic enteral tubing, TET）进行中药汤剂或中西医结合保留灌肠（专家共识，弱推荐）。结肠 TET 操作方法：（1）患者左侧卧位，静脉麻醉或清醒状态；（2）医生进镜至回盲部，沿活检孔插入 TET 导管；（3）植入导管至回盲部，植入长度在成人约 85 cm；（4）经内镜下送入组织夹将 TET 管的绳圈固定到肠皱襞，依据保留时长的需求选择组织夹的数量，1~4 枚，多为 2~3 枚可满足 1~2 周保留置管需求；（5）退镜后拔出管内导丝；（6）妥善固定 TET 管体外段于左侧臀部；（7）将粪菌悬液或灌肠药物溶液通过 TET 注入肠道深部；（8）TET 管可自然脱落，也可在治疗结束后手动拔除。

对于中西药物不耐受、无效或难治的患者可以尝试粪菌移植疗法（fecal microbiota transplantation, FMT）<sup>[38-40]</sup>（高，弱推荐），或骶神经刺激疗法<sup>[41]</sup>（低，弱推荐），或选择性白细胞吸附疗法<sup>[42]</sup>（高，弱推荐）。（1）FMT 是一种新兴疗法，目前已经证明 FMT 治疗 UC 的长期疗效和安全性，但目前 FMT 尚未广泛应用，对于中西药物过敏、无效或难治的患者



可以尝试 FMT。FMT 治疗策略包括 3 种, 第一种是指单次 FMT; 第二种是指多次 FMT ( $\geq 2$ ); 第三种是指在单次或多次移植无效时, FMT 联合常规药物治疗(例如糖皮质激素、环孢素、抗 TNF- $\alpha$  抗体、全肠内营养)<sup>[39, 40]</sup>。通过洗涤制备技术的 FMT 被称为洗涤菌群移植(washed microbiota transplantation, WMT), 推荐经结肠途径 TET 实施 WMT 治疗 UC。(2) 神经调控疗法: 有研究报道植入式骶神经刺激可治疗难治性 UC, 刺激参数为 14 Hz, 210 ms, 0.5~1.5 V (取决于患者的感觉), 疗程 3~18 个月<sup>[41]</sup>, 目前该疗法在 UC 中的应用较少, 有条件的单位可以尝试开展。(3) 选择性白细胞吸附疗法(granulocyte and monocyte adsorption apheresis, GMA) 是指通过吸附性血液净化器从血中除去粒细胞、单核细胞、杀伤性 T 淋巴细胞等活化的白细胞, 从而抑制炎症的新型疗法。GMA 是治疗 UC 的有效方法之一, 可诱导部分患者缓解。每周 2 次, 每次 1 h, 10 次为 1 个疗程, 需定期维持治疗。对于轻、中度 UC 患者, 特别是合并机会感染者可考虑应用<sup>[42]</sup>。

**6.1.2 重度 UC** 重度 UC 病情重、发展快, 应收治入院, 积极给予西医治疗, 中医药疗法可辅助诱导缓解症状或改善患者营养状态。

一般治疗、静脉用激素、转换治疗时机的判断、转换治疗方案的选择均参见《炎症性肠病诊断与治疗的共识意见(2018 年·北京)》<sup>[15]</sup>。给予肠内、肠外营养的重度 UC 患者在接受西医疗法诱导缓解阶段可少量频服芍药汤<sup>[43]</sup>(《素问·病机气宜保命集》)(中, 强推荐)或加味葛根芩连汤<sup>[44]</sup>(葛根、白头翁、党参、炒白术、茯苓、薏苡仁、黄连、黄芩、黄柏、山药、当归、木香、延胡索、白及、三七、甘草)(中, 强推荐)。可经口进食的患者建议正常口服中药。对于病变部位在左半结肠或直肠部位者, 可配合康复新液联合激素灌肠<sup>[45]</sup>(中, 强推荐), 或锡类散联合激素<sup>[46]</sup>、蒙脱石散灌肠<sup>[47]</sup>(中, 强推荐)。

## 6.2 缓解期 UC 的治疗

疾病进入缓解期后需维持治疗, 推荐继续使用活动期的治疗方案维持治疗, 西医疗法维持治疗时间参见西医共识或指南, 服用中药维持治疗期间, 中医医师可随证加减, 建议 6 个月复查 1 次肝肾功(专家共识, 弱推荐)。

缓解期出现大便次数多、大便不成形的临床表现时, 共识工作组推荐在维持治疗药物的基础上联合口服胃肠安丸、醒脾胶囊以缓解症状(专家共识, 弱推荐)或联合穴位埋线<sup>[19]</sup>(中, 强推荐)。穴位埋线取

穴: 脾俞、足三里、关元。操作: 使用穴位埋线针进行穴位埋线。常规消毒穴位区皮肤, 镊取 1 段约 1~3 cm 长已消毒的羊肠线, 放置在针管的前端, 后接针芯, 左手拇、示指绷紧或提起进针部位皮肤, 右手持针, 刺入到所需深度, 当出现针感后, 边推针芯, 边退针管, 将羊肠线埋填在穴位的皮下组织或肌层内, 针孔处敷盖消毒纱布。埋线治疗 21 天为 1 个疗程, 疗程间休息 3~5 天。

## 7 疾病管理

**7.1 饮食管理** 规律、合理的饮食, 有助于提高疗效, 缩短病程, 减少复发次数。UC 的饮食原则<sup>[48]</sup>: 急性活动期给予流质或半流质饮食, 必要时禁食, 病情好转后改为高热量、高蛋白、高维生素、少油少渣饮食; 宜柔软易消化, 宜少量多餐, 不宜辛辣, 不宜饮酒, 注意饮食卫生。

此外, 临床医师可结合中医辨证, 进一步指导 UC 患者的饮食宜忌。湿热蕴肠型<sup>[49]</sup>患者应禁食辛辣、生冷及油腻, 慎食羊肉等温性食物; 脾虚湿蕴型<sup>[50]</sup>, 此型患者因长期饮食失调, 伤及脾胃, 因此饮食上要禁食生冷, 以清淡熟食为主, 宜少食多餐; 寒热错杂型<sup>[51]</sup>, 禁食过寒过热之品, 可食薏苡仁、莲子、山药等健脾化湿、性味平和之品; 脾肾阳虚型<sup>[52]</sup>, 禁食生冷、油腻, 可适当进补温性食品, 如生姜、牛肉、羊肉等; 瘀阻肠络型<sup>[52]</sup>, 此型患者素体虚弱, 病程长, 且反复发作, 日常饮食宜少吃多餐, 以流食为主。

**7.2 情志管理** 积极调整心态, 稳定情绪对改善病情至关重要, 患者以乐观、平稳的心态看待生活, 对待疾病, 能促进疾病向好的方向发展。UC 病程较长, 患者宜出现内向、悲观、抑郁、对各种刺激情绪反应强烈等心理问题。医务人员应多与患者沟通, 消除其不良情绪, 全面了解患者的性格特征, 针对性地进行疏导, 以减轻其心理压力。患者要学会建立自己的社会支持力量, 保持情绪稳定, 心情愉快, 避免不良刺激和精神过度紧张。

**7.3 生活方式管理** 规律作息和服药是保证 UC 治疗效果的基本要求, 同时, 适当的运动、锻炼可以强身健体、愉悦心神、增强体质, 有助于疾病维持缓解。可选择的运动方式: 医疗体操、功能锻炼、有氧训练、太极拳、太极剑、软气功等非竞技体育项目。此外, 日常生活中患者还须注意保暖, 避免着凉, 保持环境清洁, 注意个人卫生, 避免不洁食物, 防止肠道感染。

**7.4 合并症管理** 合并营养不良、关节、眼、皮肤等肠外表现的 UC 患者, 除积极治疗原发病外,

可结合中医辨证,随症加减中药,必要时与专科医师共同商议治疗策略。

**利益冲突:**所有起草专家和征求意见专家均同意本共识发表,且均已签署专家承诺书,参与共识编制的相关人员,承诺无利益冲突。

**主要起草人:**魏玮(中国中医科学院望京医院)、杨倩(河北省中医院)、王化虹(北京大学第一医院)、张晓岚(河北医科大学第二医院)、刘建平(河北省中医院)、杜宏波(北京中医药大学东直门医院)、宋耿青(凯斯西储大学/MetroHealth 医疗中心)、苏晓兰(中国中医科学院望京医院)、王冬(河北医科大学第二医院)、滕贵根(北京大学第一医院)、郎晓猛(河北省中医院)、张旖晴(中国中医科学院望京医院)、杨洋(中国中医科学院望京医院)、张涛(中国中医科学院望京医院)

**指导专家:**樊代明院士(空军军医大学西京医院消化科)、李兆申院士(海军军医大学第一附属医院消化内科)

**征求意见专家**(按姓名笔划排序):

**医学专家:**丁士刚(北京大学第三医院消化科)、王邦茂(天津医科大学总医院消化科)、王垂杰(辽宁中医药大学附属医院脾胃病科)、朱良如(华中科技大学同济医学院附属协和医院消化内科)、任建林(厦门大学附属中山医院消化内科)、刘凤斌(广州中医药大学第一附属医院脾胃病科)、刘玉兰(北京大学人民医院消化内科)、刘占举(上海市第十人民医院消化内科)、刘迎娣(中国人民解放军总医院消化内科)、孙晓红(北京协和医院老年医学科)、苏娟萍(山西省中医院脾胃病科)、李景南(北京协和医院消化科)、吴小平(中南大学湘雅二医院消化内科)、吴开春(空军军医大学西京医院消化科)、吴坚炯(上海交通大学附属第一人民医院消化科)、沈洪(江苏省中医院脾胃病科)、张北平(广东省中医院脾胃病科)、张发明(南京医科大学第二附属医院消化科)、张学智(北京大学第一医院中医、中西医结合科)、陈建德(美国密歇根大学医学院消化内科和肝病科)、周丽雅(北京大学第三医院消化科)、侯晓华(华中科技大学同济医学院附属协和医院消化内科)、夏庆(四川大学华西医院中西医结合科)、夏志伟(北京大学第三医院消化科)、唐艳萍(天津市南开医院中医消化科)、盛剑秋(解放军总医院第七医学中心消化科)、蓝宇(北京积水潭医院消化科)

**方法学专家:**刘建平(北京中医药大学循证医学中心)

**药学专家:**王景红(中国中医科学院望京医院药学部)、肖小河(中国人民解放军第 302 医院全军中医药研究所)、李国辉(中国医学科学院肿瘤医院肿瘤研究所药剂科)、曹俊岭(北京中医药大学东方医院药学部)

**护理学专家:**曹艳霞(中国中医科学院望京医院护理部)、陈一秀(中国中医科学院望京医院脾胃病科)

**病理学专家:**张平(中国中医科学院望京医院病理科)、周炜洵(北京协和医院病理科)

**外部评审专家:**吕文良(中国中医科学院广安门医院感染疾病科)、尚东(大连医科大学附属第一医院普通外科)、刘清泉(首都医科大学附属北京中医医院)

**患者代表:**陈帅、胡秀云

#### 参 考 文 献

- [1] APDW2004 Chinese IBD Working Group. 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.
- [2] Wang Y, Ouyang Q, APDW 2004 Chinese IBD working group. Ulcerative colitis in China: retrospective analysis of 3100 hospitalized patients[J]. J Gastroenterol Hepatol, 2007, 22(9): 1450-1455.
- [3] 中国中西医结合学会消化系统疾病专业委员会. 溃疡性结肠炎中西医结合诊疗指南(草案, 2010, 西昌)[J]. 中国中西医结合消化杂志, 2011, 19(1): 61-65.
- [4] 中国中西医结合学会消化系统疾病专业委员会. 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.
- [5] Clinical Guidelines Committee of the American College of Physicians. The development of clinical practice guidelines and guidance statements of the American College of Physicians: summary of methods[J]. Ann Intern Med, 2010, 153(3): 194-199.
- [6] 宋梦歌, 薛志鹏, 叶恒力, 等. 基于德尔菲法及共识会议法的《膝骨关节炎中医诊疗指南(2020 年版)》治疗措施适用分期研究[J]. 中国中医药信息杂志,

- 2021, 28 (4): 112–115.
- [7] 刘凤斌, 李培武, 潘静琳, 等. 岭南地区慢性萎缩性胃炎中医诊疗专家共识 [J]. 中国研究型医院, 2022, 9 (1): 2–8.
  - [8] Rubin DT, Ananthakrishnan AN, Siegel CA, et al. ACG clinical guideline: ulcerative colitis in adults[J]. Am J Gastroenterol, 2019, 114 (3): 384–413.
  - [9] 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.
  - [10] 中华中医药学会脾胃病分会. 溃疡性结肠炎中医诊疗共识意见 [J]. 中华中医药杂志, 2010, 25 (6): 891–895.
  - [11] 魏玮, 唐艳萍主编. 消化系统西医难治病种中西医结合诊疗方略 [M]. 北京: 人民卫生出版社, 2012: 321–342.
  - [12] Harbord M, Eliakim R, Bettenworth D, et al. European Crohn's and Colitis Organisation [ECCO]. Corrigendum: Third European Evidence-based Consensus on Diagnosis and Management of Ulcerative Colitis. Part 2: current management[J]. J Crohns Colitis, 2017, 11 (12): 1512.
  - [13] Pabla BS, Schwartz DA. Assessing severity of disease in patients with ulcerative colitis[J]. Gastroenterol Clin North Am, 2020, 49 (4): 671–688.
  - [14] 中华医学会消化病学分会炎症性肠病学组. 炎症性肠病诊断与治疗的共识意见 (2012 年·广州) [J]. 胃肠病学, 2012, 17 (12): 763–781.
  - [15] 中华医学会消化病学分会炎症性肠病学组. 炎症性肠病诊断与治疗的共识意见 (2018 年·北京) [J]. 中国实用内科杂志, 2018, 38 (9): 796–813.
  - [16] 刘丽, 王静滨, 黄国欣. 乌梅败酱汤治疗轻中度溃疡性结肠炎疗效观察 [J]. 实用中医药杂志, 2019, 35 (9): 1053–1054.
  - [17] 朱燕, 刘全喜, 王韶华, 等. 芍药汤加减联合美沙拉嗪治疗大肠湿热型溃疡性结肠炎 35 例临床观察 [J]. 世界中西医结合杂志, 2021, 16 (9): 1653–1657.
  - [18] 沈洪, 朱磊, 胡乃中, 等. 虎地肠溶胶囊联合美沙拉嗪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.
  - [19] 闻永, 石蕾, 李俊, 等. 针刺联合穴位埋线序贯治疗轻中度溃疡性结肠炎 [J]. 中国针灸, 2018, 38 (4): 353–357.
  - [20] 卢亮. 清热祛湿法联合美沙拉嗪治疗溃疡性结肠炎临床研究 [J]. 中西医结合研究, 2021, 13 (6): 373–376.
  - [21] 李博林, 白亚楠, 景璇, 等. 化浊解毒方治疗溃疡性结肠炎的疗效分析 [J]. 河北医药, 2019, 41 (17): 2635–2638.
  - [22] 刘昊, 霍永利, 侯姿蕾, 等. 翁连解毒汤联合美沙拉嗪治疗溃疡性结肠炎的临床研究 [J]. 中国中西医结合消化杂志, 2020, 28 (6): 413–416, 422.
  - [23] 翁湘涛, 胡月, 廖柳, 等. 参苓白术散加减对比西药治疗溃疡性结肠炎的疗效和安全性 Meta 分析 [J]. 中国实验方剂学杂志, 2017, 23 (10): 205–210.
  - [24] 尹园缘, 詹敏, 宾东华. 参苓白术散联合美沙拉嗪治疗溃疡性结肠炎的 Meta 分析 [J]. 中医药导报, 2021, 27 (8): 176–181.
  - [25] 邢潇潇, 郭建波, 李华山. 补脾益肠丸治疗溃疡性结肠炎的系统评价与 Meta 分析 [J]. 海南医学院学报, 2022, 28 (1): 41–47, 57.
  - [26] 吴娜, 蔡恒斌, 聂志冈, 等. 乌梅丸治疗溃疡性结肠炎的系统评价和 Meta 分析 [J]. 江西中医药, 2021, 52 (10): 44–51.
  - [27] 文云波, 杨勇, 何开强, 等. 痛泻要方合四逆散加味治疗溃疡性结肠炎的临床疗效及作用机制 [J]. 中药材, 2022, 45 (1): 220–224.
  - [28] 王学福. 四神丸煎剂联合中药保留灌肠治疗溃疡性结肠炎随机平行对照研究 [J]. 实用中医内科杂志, 2013, 27 (11): 7–8.
  - [29] 秦芳芳, 郑长清, 张喆. 美沙拉嗪联合固本益肠片对溃疡性结肠炎患者炎症因子及肠黏膜屏障功能的影响 [J]. 临床消化病杂志, 2020, 32 (3): 168–171.
  - [30] 任建平. 少腹逐瘀汤内服联合康复新液灌肠治疗血瘀肠络型溃疡性结肠炎临床研究 [J]. 四川中医, 2017, 35 (1): 75–77.
  - [31] 陈慕媛, 李辉标, 陈新林, 等. 锡类散联合美沙拉嗪治疗溃疡性结肠炎的 Meta 分析 [J]. 中成药, 2018, 40 (11): 2407–2414.
  - [32] 崔萍, 刘金响, 史英, 等. 锡类散灌肠辅助治疗溃疡性结肠炎的系统评价 [J]. 药物评价研究, 2022, 45 (2): 355–363.
  - [33] 黄蝶. 康复新液联合美沙拉嗪治疗溃疡性结肠炎疗效与安全性的 Meta 分析 [J]. 海峡药学, 2022, 34 (3): 126–131.
  - [34] 贾子君, 杨振寰, 甄建华, 等. 美沙拉嗪联合康复新液



- 灌肠治疗溃疡性结肠炎及对炎症因子与凝血功能影响的 Meta 分析 [J]. 中医药导报, 2019, 25 ( 18 ): 119–126.
- [ 35 ] 卜婷婷. 结肠宁灌肠调护联合美沙拉嗪治疗溃疡性结肠炎患者的临床效果 [J]. 中国医药科学, 2021, 11 ( 13 ): 76–79.
- [ 36 ] 王翠云, 陈继红, 夏斌, 等. 结肠宁保留灌肠治疗溃疡性结肠炎的疗效评价 [J]. 现代中西医结合杂志, 2011, 20 ( 16 ): 1962–1963.
- [ 37 ] 陈红英, 施春霞, 吴婷婷, 等. 经内镜肠道植管术的配合及护理 [J]. 中国现代医药杂志, 2015, 17 ( 12 ): 72–74.
- [ 38 ] Sun D, Li W, Li S, et al. Fecal microbiota transplantation as a novel therapy for ulcerative colitis: a systematic review and Meta-analysis[J]. Medicine ( Baltimore ), 2016, 95 ( 23 ): e3765.
- [ 39 ] Ding X, Li Q, Li P, et al. Long-term safety and efficacy of fecal microbiota transplant in active ulcerative colitis[J]. Drug Saf, 2019, 42 ( 7 ): 869–880.
- [ 40 ] Cui B, Feng Q, Wang H, et al. Fecal microbiota transplantation through mid-gut for refractory Crohn’ s disease: safety, feasibility, and efficacy trial results[J]. J Gastroenterol Hepatol, 2015, 30 ( 1 ): 51–58.
- [ 41 ] Brégeon J, Neunlist M, Bossard C, et al. Improvement of refractory ulcerative proctitis with sacral nerve stimulation[J]. J Clin Gastroenterol, 2015, 49 ( 10 ): 853–857.
- [ 42 ] 杨翠萍, 冯赞, 吴坚炯, 等. 选择性白细胞吸附疗法治疗溃疡性结肠炎的疗效及安全性分析 [J]. 中华炎性肠病杂志, 2018, 2 ( 2 ): 94–97.
- [ 43 ] 谭高展, 孙俊, 屈银宗, 等. 芍药汤联合英夫利昔单抗治疗中重度溃疡性结肠炎临床观察 [J]. 山西中医, 2020, 36 ( 7 ): 23–26.
- [ 44 ] 张宁, 周晓丽, 刘帅. 加味葛根芩连汤联合常规治疗对重度湿热型溃疡性结肠炎患者的临床疗效 [J]. 中成药, 2020, 42 ( 2 ): 351–355.
- [ 45 ] 张洋, 吴慧丽. 康复新液联合布地奈德灌肠治疗直乙型溃疡性结肠炎疗效观察 [J]. 北方药学, 2018, 15 ( 4 ): 45–46.
- [ 46 ] 金瑞放, 陈仁聘, 陈超, 等. 锡类散灌肠治疗活动期溃疡性结肠炎临床疗效与安全性 [J]. 中华医院感染学杂志, 2015, 25 ( 22 ): 5196–5197.
- [ 47 ] 朱麒麟, 史肖华. 锡类散联合激素和蒙脱石散灌肠治疗活动期溃疡性结肠炎临床疗效与安全性 [J]. 中国处方药, 2017, 15 ( 1 ): 84–85.
- [ 48 ] Levine A, Rhodes JM, Lindsay JO, et al. Dietary guidance from the international organization for the study of inflammatory bowel diseases[J]. Clin Gastroenterol Hepatol, 2020, 18 ( 6 ): 1381–1392.
- [ 49 ] 杨博慧. 中医辨证施护对溃疡性结肠炎患者的影响 [J]. 山西中医, 2020, 36 ( 5 ): 61–62.
- [ 50 ] 瞿晓密. 中医辨证护理在脾虚湿蕴型久痢 ( 溃疡性结肠炎 ) 中的应用 [J]. 光明中医, 2019, 34 ( 11 ): 1748–1750.
- [ 51 ] 黎军. 溃疡性结肠炎中医辨证施护 [J]. 辽宁中医杂志, 2014, 41 ( 9 ): 1972–1974.
- [ 52 ] 沐彩霞. 溃疡性结肠炎的辨证施护 [J]. 贵阳中医学院学报, 2014, 36 ( 5 ): 120–121.
- ( 收稿: 2022–04–24 在线: 2022–12–08 )  
责任编辑: 白 霞