

# 补脾胃泻阴火升阳汤联合美沙拉嗪治疗溃疡性结肠炎患者临床疗效观察

赵莉<sup>1\*</sup>, 石志敏<sup>2</sup>, 李雪青<sup>3</sup>

(1. 唐山市工人医院, 河北唐山 063000; 2. 唐山市中医医院, 河北唐山 063000;  
3. 华北理工大学中医学院, 河北唐山 063000)

**[摘要]** 目的:观察补脾胃泻阴火升阳汤联合美沙拉嗪治疗溃疡性结肠炎的临床疗效及对炎症细胞因子的影响。方法:选择符合纳入标准的溃疡性结肠炎患者195例,采用简单数字的随机方法分为对照1组,对照2组和治疗组,每组65例。对照1组给予美沙拉嗪肠溶片口服,1g/次,3次/d(*tid*),对照2组患者在口服美沙拉嗪肠溶片的基础上给予陈李济补脾益肠丸口服,6g/次,*tid*。治疗组患者在口服美沙拉嗪肠溶片的基础上给予补脾胃泻阴火升阳汤口服,每次100mL,*tid*。观察3组患者治疗前后症状、大肠黏膜积分变化和细胞因子高敏C反应蛋白(*high sensitivity C-reaction protein*, *hs-CRP*),白细胞介素-6(*interleukin-6*, *IL-6*),肿瘤坏死因子- $\alpha$ (*tumor necrosis factor- $\alpha$* , *TNF- $\alpha$* )水平变化,统计临床疗效。结果:治疗组治疗后在证候积分(腹痛、腹泻、脓血便),大肠黏膜积分、细胞因子(*hs-CRP*, *IL-6*, *TNF- $\alpha$* )水平较对照1组,对照2组均明显降低( $P < 0.05$ );治疗组,对照1组,对照2组临床疗效总有效率分别为93.85%,78.46%,81.54%,治疗组临床疗效优于对照1组,对照2组( $P < 0.05$ )。结论:补脾胃泻阴火升阳汤联合美沙拉嗪能够有效地缓解溃疡性结肠炎患者临床症状及大肠黏膜病变,改善细胞因子水平,值得进一步推广及应用。

**[关键词]** 补脾胃泻阴火升阳汤;美沙拉嗪;溃疡性结肠炎;高敏C反应蛋白;白细胞介素-6;肿瘤坏死因子- $\alpha$

**[中图分类号]** R287; R574.6 **[文献标识码]** A **[文章编号]** 1005-9903(2017)14-0188-05

**[doi]** 10.13422/j.cnki.syfjx.2017140188

**[网络出版地址]** <http://kns.cnki.net/kcms/detail/11.3495.R.20170420.1123.058.html>

**[网络出版时间]** 2017-04-20 11:23

## Clinical Efficacy of Bupiwei Xieyinghuo Shengyang Tang Combined with Mesalazine in Treatment of Ulcerative Colitis

ZHAO Li<sup>1\*</sup>, SHI Zhi-min<sup>2</sup>, LI Xue-qing<sup>3</sup>

(1. Tangshan Workers' Hospital, Tangshan 063000, China; 2. Tangshan Hospital of Traditional Chinese Medicine (TCM), Tangshan 063000, China; 3. College of TCM, North China University of Science and Technology, Tangshan 063000, China)

**[Abstract]** **Objective:** To observe the clinical efficacy of Bupiwei Xieyinghuo Shengyang Tang combined with mesalazine in the treatment of ulcerative colitis, and their effect on inflammatory cytokines. **Method:** A total of 195 patients with ulcerative colitis were selected and divided with the random number table method into control group 1, control group 2 and treatment group, with 65 cases in each group. The control group 1 was orally given mesalazin enteric-coated table, 1 g/time, *tid*. In addition to oral administration with mesalazin enteric-coated table, the control group 2 was also orally given Chenlijie Bupi Yichang pill, 6 g/time, *tid*. The treatment group was treated with Bupiwei Xieyinghuo Shengyang Tang, 100 mL/time, *tid*, in addition to oral administration with mesalazin enteric-coated table. Before and after treatment, symptoms, colorectal mucosa score changes, high sensitivity C-reaction protein (*hs-CRP*), interleukin-6 (*IL-6*) and tumor necrosis factor- $\alpha$  (*TNF- $\alpha$* ) levels were

**[收稿日期]** 20161203(007)

**[基金项目]** 河北省中医药管理局2015年度中医药类科研计划课题项目(2015236)

**[通讯作者]** \*赵莉,硕士,主治医师,从事溃疡性结肠炎的中西医结合治疗的研究, Tel:13643158333, E-mail:zhaoli070625@126.com

observed, and statistics was made for the clinical efficacy. **Result:** The treatment group showed reductions in symptoms (abdominal pain, diarrhea, pus and blood stool), colon mucosa score, cytokines (hs-CRP, IL-6, TNF- $\alpha$ ) compared with control group 1 and control group 2 ( $P < 0.05$ ). The total effective rates of treatment group, control group 1 and control group 2 were 93.85%, 78.46%, 81.54%, respectively, indicating treatment group was superior to control group 1 and control group 2 in the clinical efficacy ( $P < 0.05$ ). **Conclusion:** Bupiwei Xieyinghuo Shengyang Tang combined with mesalazine can effectively alleviate clinical symptoms of ulcerative colitis and colorectal mucosa, improve the level of cytokines, and provide an effective prescription for clinical explorations for traditional Chinese medicine for the treatment of ulcerative colitis, and is worth further promotion and application.

[**Key words**] Bupiwei Xieyinghuo Shengyang Tang; mesalazine; ulcerative colitis; high sensitivity C-reaction protein (hs-CRP); interleukin-6 (IL-6); tumor necrosis factor- $\alpha$  (TNF- $\alpha$ )

溃疡性结肠炎(ulcerative colitis, UC)主要以黏液脓血便、里急后重感、腹痛为主要临床表现,局限于黏膜及黏膜下层的炎症改变<sup>[1]</sup>,病因与遗传、感染、免疫紊乱等因素相关,具体发病机制未明确<sup>[2]</sup>。目前溃疡性结肠炎的发生率每年逐步升高<sup>[3]</sup>,目前西药治疗以柳氮磺胺吡啶水杨酸制剂、皮质类固醇、免疫抑制剂为主,由于药物不良反应多,需要长期服用,停药后易复发<sup>[4]</sup>,现代研究显示辨证口服中草药可以减少长期服用西药导致的不良事件<sup>[5]</sup>,同时可以明显提高临床疗效<sup>[6]</sup>。现代研究显示通过补脾胃,祛湿邪,恢复脾升清的功能可以明显改善溃疡性结肠炎的腹泻、腹痛等症状<sup>[7]</sup>。本课题组研究显示在治疗脾胃肠疾病中,恢复脾升胃降功能至关重要,而在治疗过程中“风药”有助于益气除湿、通络和血、益阳止泻作用的发挥<sup>[8]</sup>。补脾胃泻阴火升阳汤出自李东垣《脾胃论》,主要用于劳倦、饮食伤脾的脾虚湿热证<sup>[9]</sup>,补脾胃泻阴火升阳汤符合溃疡性结肠炎的中医基本病机<sup>[10]</sup>。本研究运用补脾胃泻阴火升阳汤联合美沙拉嗪治疗溃疡性结肠炎患者,与单纯口服美沙拉嗪肠溶片、及陈李济补脾益肠丸联合美沙拉嗪随机对照进行研究,探索补脾胃泻阴火升阳汤治疗溃疡性结肠炎的临床有效性,及对炎症细胞因子的影响。

## 1 资料与方法

**1.1 一般资料** 选取2014年2月至2016年10月唐山市工人医院消化科门诊与住院的活动期溃疡性结肠炎患者195例,采用简单数字的随机方法分为治疗组和对照组,每组65例。治疗组男性30例,女性35例;年龄26~59岁,平均(39.66 $\pm$ 9.57)岁;病程8个月至60月,平均(36.56 $\pm$ 11.04)月;轻度30例,中度35例。对照1组男性26例,女性36例;年龄28~60岁,平均(40.11 $\pm$ 10.06)岁;病程9个月

至70月,平均(35.27 $\pm$ 15.36)月;轻度29例,中度36例。对照2组男性26例,女性39例;年龄25~59岁,平均(39.67 $\pm$ 9.16)岁;病程8个月至60月,平均(36.87 $\pm$ 10.30)月;轻度32例,中度33例。在治疗过程5例脱落,因为患者合并外科并发症。3组患者在一般资料方面比较无显著性差异,具有可比性。

## 1.2 诊断标准

**1.2.1 西医诊断标准** 根据中华医学会消化分会炎症性肠病学组对溃疡性结肠炎的定义标准<sup>[11]</sup>,通过询问患者临床症状、肠镜及病理组织学检查,进行综合分析,予以确诊。症状:腹痛、腹泻、黏液脓血便,病程多在1~2月以上。肠镜表现:连续性、弥漫性、多发性糜烂或溃疡,有脓性分泌物和接触性出血。病理可见固有膜中性粒细胞、淋巴细胞浸润,甚至形成隐窝脓肿。

**1.2.2 中医辨证标准** 参照2009年制定的《溃疡性结肠炎中医诊疗共识(2009)》<sup>[12]</sup>,《中药新药临床研究指导原则》<sup>[13]</sup>制订脾虚湿热证标准。主证,黏液脓血便、腹泻、腹痛、里急后重;次证,乏力、口干、痞闷;舌尖红、舌根白;脉细。具备主证3项加次证2项,或者主证2项加次证3项,加舌诊,脉诊即可诊断。

**1.3 纳入标准** ①符合西医诊断标准,活动期,病情严重程度为轻度、中度患者;②符合中医辨证标准;③年龄18~65岁;④本研究已经通过唐山市工人医院医学伦理委员会同意(编号TSGRYLL005),入组前签署知情同意书。

**1.4 排除标准** ①治疗前2周内接受过皮质类固醇、免疫抑制剂治疗患者;②病情严重程度为重度,合并严重并发症(结肠多发息肉、中毒性巨结肠、肠梗阻)的患者;③合并严重心功能不全、呼吸衰竭、

肾功能不全、肝功能衰竭患者;④合并精神疾病、血液病及哺乳妊娠患者。

### 1.5 治疗方法

**1.5.1 对照 1 组** 患者给予美沙拉秦肠溶片(德国 Losan Pharma GmbH 公司,注册证号 H20100110, 0.5 g/片),每次 2 片,3 次/d(*tid*)。治疗 8 周。

**1.5.2 对照 2 组** 在对照 1 组的基础上给予陈李济补脾益肠丸(广州白云山陈李济药厂有限公司,国药准字 Z44022627)口服,6 g/次,*tid*。治疗 8 周。

**1.5.3 治疗组** 在对照 1 组的基础上给予补脾胃泻阴火升阳汤口服,方药组成:柴胡 15 g,生黄芪 30 g,炙甘草 10 g,苍术 10 g,羌活 10 g,升麻 5 g,党参 10 g,黄连 6 g,黄芩 9 g,石膏 5 g,中药饮片来源于北京同仁堂(安国)中药饮片有限责任公司,由唐山市中医医院石志敏副主任中药师鉴定为正品。由唐山市中医医院中药煎药室代煎,煎出汤剂 300 mL,分装 3 袋,每袋 100 mL。患者每日 1 剂,每次 100 mL,*tid*。同时按照上方再用中草药压包外敷治疗,取上方中草药 1 副,将药打成粗末,加入 60° 白酒 50 mL,拌匀后装入边长为 15 cm 的正方形无纺布袋,敷在神阙、天枢、气海部位上,用红外线灯照射无纺布袋 20 min,1 次/d,每 3 d 换中草药 1 次。共治疗 8 周。

### 1.6 观察指标

**1.6.1 主要症状观察** 观察 3 组患者治疗前后黏液脓血便、腹泻、腹痛、里急后重等,参照《中药新药临床研究指导原则》<sup>[13]</sup>,依据症状严重程度分正常(0 分),轻度(2 分),中度(4 分),重度(6 分)。

**1.6.2 大肠黏膜情况观察** 观察 3 组患者治疗前后大肠黏膜情况,应用结肠镜观察,其黏膜情况采用

Baron 内镜评分法<sup>[14]</sup>。正常(0 分),正常的大肠黏膜;轻度(2 分),大肠黏膜充血、水肿、血管纹理模糊,但是无黏膜出血;中度(4 分),在轻度的基础上有大肠黏膜有接触性出血、局部黏膜有颗粒样改变;重度(6 分),在中度的基础上有大肠黏膜溃疡并出血。

**1.6.3 细胞因子检测** 检测 3 组治疗前后高敏 C 反应蛋白(hs-CRP),白细胞介素-6(IL-6),肿瘤坏死因子- $\alpha$ (TNF- $\alpha$ )水平,用定量分析酶联免疫试验检测。hs-CRP,IL-6,TNF- $\alpha$ 试剂盒购于上海江莱生物科技 公司,批号分别为 CSB-E08617h, 20140330,20080146。

**1.7 疗效标准** 临床疗效评定标准参照《中药新药临床研究指导原则》<sup>[13]</sup>制定,临床痊愈,症状、体征及大肠黏膜病变基本消失;显效,症状及肠黏膜病变明显改善,症状积分降低 $\geq 75\%$ ;有效,症状及大肠黏膜病变好转,症状积分降低 $\geq 50\%$ ;无效,临床症状大肠黏膜病变无改变,症状积分降低 $< 50\%$ 。

**1.8 统计学方法** 采用 SPSS 17.0 进行数据整理和分析,两组患者治疗前后主要临床症状积分、大肠黏膜积分、血清中细胞因子水平计量资料采用  $\bar{x} \pm s$  表示,组内治疗前后比较采用配对 *t* 检验,组间比较采用两独立样本 *t* 检验,计数资料采用构成比和率表示,组间率的比较采用卡方检验, $P < 0.05$  表示差异有统计学意义。

## 2 结果

**2.1 3 组患者临床疗效比较** 治疗组、对照 1 组、对照 2 组临床疗效总有效率分别为 93.85%, 78.46%, 81.54%,治疗组临床疗效总有效率明显高于对照 1 组、对照 2 组( $P < 0.05$ )。见表 1。

表 1 3 组患者临床疗效比较( $n = 65$ )

Table 1 Comparison of clinical efficacy between 3 groups( $n = 65$ )

例(% )

组别	痊愈	显效	有效	无效	总有效率
治疗	25(38.46)	23(35.38)	13(20.00)	4(6.15)	61(93.85) <sup>1,2)</sup>
对照 1	12(18.46)	14(21.54)	25(38.46)	14(21.54)	51(78.46)
对照 2	14(21.54)	16(24.62)	23(35.38)	12(18.46)	53(81.54)

注:与对照 1 组比较<sup>1)</sup> $P < 0.05$ ;与对照 2 组比较<sup>2)</sup> $P < 0.05$ (表 4 同)。

**2.2 3 组患者治疗前后主要临床症状积分、大肠黏膜改善比较** 与治疗前比较,治疗后 3 组患者主要临床症状积分(黏液脓血便、腹泻、腹痛、里急后重),大肠黏膜情况均明显降低( $P < 0.05$ );治疗后治疗组在主要临床症状积分(黏液脓血便、腹泻、腹痛、里急后重),大肠黏膜情况积分明显低于对照 1

组、对照 2 组( $P < 0.05$ )。见表 2。

**2.3 3 组患者治疗前后血清中细胞因子水平比较** 与治疗前比较,治疗后 3 组患者 hs-CRP, IL-6, TNF- $\alpha$  水平均明显降低( $P < 0.05$ );治疗后治疗组 hs-CRP, IL-6, TNF- $\alpha$  水平明显低于对照 1 组、对照 2 组( $P < 0.05$ )。见表 3。

表 2 3 组患者主要临床症状积分、大肠黏膜改善的比较( $\bar{x} \pm s, n = 65$ )

Table 2 Comparison of major clinical symptom score and alleviation of colorectal mucosa between 3 groups( $\bar{x} \pm s, n = 65$ )

组别	时间	黏液脓血便	腹泻	腹痛	里急后重	大肠黏膜
治疗	治疗前	3.22 ± 0.55	3.36 ± 0.64	3.34 ± 0.36	3.22 ± 0.33	3.93 ± 0.82
	治疗后	0.73 ± 0.23 <sup>1,2,3)</sup>	0.78 ± 0.26 <sup>1,2,3)</sup>	0.74 ± 0.31 <sup>1,2,3)</sup>	0.64 ± 0.33 <sup>1,2,3)</sup>	0.99 ± 0.56 <sup>1,2,3)</sup>
对照 1	治疗前	3.33 ± 0.47	3.26 ± 0.46	3.29 ± 0.35	3.45 ± 0.35	3.89 ± 0.75
	治疗后	1.66 ± 0.51 <sup>1)</sup>	1.69 ± 0.50 <sup>1)</sup>	1.79 ± 0.45 <sup>1)</sup>	1.73 ± 0.51 <sup>1)</sup>	2.06 ± 0.57 <sup>1)</sup>
对照 2	治疗前	3.29 ± 0.57	3.33 ± 0.55	3.35 ± 0.38	3.32 ± 0.35	3.90 ± 0.71
	治疗后	1.42 ± 0.42 <sup>1)</sup>	1.45 ± 0.42 <sup>1)</sup>	1.40 ± 0.39 <sup>1)</sup>	1.48 ± 0.39 <sup>1)</sup>	1.79 ± 0.65 <sup>1)</sup>

注:与治疗前比较<sup>1)</sup> $P < 0.05$ ;与对照 1 组治疗后比较<sup>2)</sup> $P < 0.05$ ;与对照 2 组治疗后比较<sup>3)</sup> $P < 0.05$ (表 3 同)。

表 3 3 组患者治疗前后血清中细胞因子水平的比较( $\bar{x} \pm s, n = 65$ )

Table 3 Comparison of serum cytokine level between 3 groups before and after treatment( $\bar{x} \pm s, n = 65$ )

组别	时间	hs-CRP/mg·L <sup>-1</sup>	IL-6/ng·L <sup>-1</sup>	TNF- $\alpha$ /ng·L <sup>-1</sup>
治疗	治疗前	2.65 ± 0.50	30.87 ± 10.22	51.01 ± 15.76
	治疗后	1.47 ± 0.40 <sup>1,2,3)</sup>	9.72 ± 3.09 <sup>1,2,3)</sup>	15.65 ± 4.67 <sup>1,2,3)</sup>
对照 1	治疗前	2.62 ± 0.47	31.63 ± 11.11	50.28 ± 15.09
	治疗后	1.96 ± 0.41 <sup>1)</sup>	16.97 ± 6.93 <sup>1)</sup>	24.65 ± 9.02 <sup>1)</sup>
对照 2	治疗前	2.68 ± 0.60	31.08 ± 10.55	52.93 ± 16.98
	治疗后	1.80 ± 0.37 <sup>1)</sup>	14.91 ± 5.92 <sup>1)</sup>	22.19 ± 8.81 <sup>1)</sup>

2.4 3 组患者不良事件发生率比较 治疗后治疗组在恶心、头晕、头痛、皮肤瘙痒、乏力症状的发生率

方面均明显低于对照 1 组、对照 2 组( $P < 0.05$ )。见表 4。

表 4 3 组患者不良事件发生比较( $n = 65$ )

Table 4 Comparison of adverse events between 3 groups( $n = 65$ )

例(%)

组别	恶心	头晕	头痛	皮肤瘙痒	乏力
治疗	2(3.08) <sup>1,2)</sup>	1(1.54) <sup>1,2)</sup>	1(1.54) <sup>1,2)</sup>	1(1.54) <sup>1,2)</sup>	1(1.54) <sup>1,2)</sup>
对照 1	6(9.23)	7(10.77)	7(10.77)	6(9.23)	6(9.23)
对照 2	5(7.69)	5(7.6977)	5(7.69)	4(6.15)	4(6.15)

### 3 讨论

西医认为溃疡性结肠炎是以遗传为基础,以环境污染、饮食、感染、运动、精神为诱因导致的非特异性炎症性疾病,以黏液脓血便、腹泻、腹痛、里急后重为主,易和痢疾相混淆,如果迁延不愈可以发展为大肠多发息肉、肠梗阻、癌变<sup>[15]</sup>。中医把溃疡性结肠炎归于“泄泻、腹痛、痢疾”范畴。其病因归于“湿”、“热”、“虚”。在疾病的不同阶段,其病机的特点不同,基本病机为湿邪内阻、阳气不足、络脉不通。三者相互影响,互为因果<sup>[16]</sup>。西医治疗以柳氮磺胺吡啶水杨酸制剂、皮质类固醇、免疫抑制剂为主,通常联合应用,多需要长期治疗,不良事件多,多数患者无法耐受<sup>[17]</sup>。辨证应用中药治疗溃疡性结肠炎可以起到减毒增效的作用。

补脾胃泻阴火升阳汤中柴胡升阳为君,党参、黄芪、苍术、甘草补脾胃为臣,佐以黄连、黄芩、石膏泻阴火,并以羌活、升麻助柴胡升阳,全方共奏补脾胃益元气、泻阴火、升清阳之功,符合溃疡性结肠炎的中医病机,采用口服联合外敷的治疗,可以达到内外

兼治的目的,明显提高了疗效,治疗组明显优于对照组。补脾胃泻阴火升阳汤主要用于劳倦、饮食伤脾的脾虚湿热证。方中党参、黄芪、苍术、甘草益气除湿以补脾胃,柴胡、升麻助阳益胃以升清气,黄连、黄芩、石膏清阴火,羌活通络止痛,共用使脾升胃降,大肠传导功能正常<sup>[18]</sup>。方中黄芪、苍术具有明显的抗炎、抗氧化作用,可以明显改善炎症细胞因子<sup>[19]</sup>,黄芩、黄连具有改善肠道微生态,辅助治疗溃疡性结肠炎,抗炎的作用<sup>[20]</sup>。神阙穴为任脉腧穴,为人体经气运行之枢纽;气海为任脉的补益腧穴,具有益气升阳补肾作用;天枢为大肠的募穴,为肠道经气运转的枢纽,三穴合用,可以恢复小肠泌别清浊,大肠传导的功能。现代研究显示中药贴敷天枢穴能明显缓解溃疡性结肠炎的临床症状,同时可以影响炎症因子水平的表达<sup>[21]</sup>。

现代研究表明 hs-CRP, IL-6, TNF- $\alpha$  是 UC 炎症反应病变中重要的细胞因子,降低炎症细胞因子水平,能够缓解炎症介导对肠道的损伤<sup>[22]</sup>。hs-CRP 是一种炎症标志物,能够激活补体、加强吞噬细胞的

吞噬功能,CRP与UC的发生密切相关<sup>[23]</sup>。IL-6是一种多效性细胞因子,在活动期UC炎症反应中的作用主要表现为对多种细胞的促炎作用和诱导肝组织产生急性反应蛋白;TNF- $\alpha$ 在活动期UC炎症反应中的作用主要表现为对多种细胞刺激分泌花生四烯酸代谢物和蛋白酶,吞噬补体片段<sup>[24]</sup>。本课题组研究显示治疗后治疗组在hs-CRP,IL-6,TNF- $\alpha$ 水平低于对照组,提示补脾胃泻阴火升阳汤联合美沙拉嗪能够明显降低血清炎症细胞因子水平。

综上,补脾胃泻阴火升阳汤联合美沙拉嗪能够有效地缓解溃疡性结肠炎患者临床症状及大肠黏膜病变,影响细胞因子提高抵抗力,不良反应发生率,联合应用可以起到减毒增效的作用。

【参考文献】

[1] 董卫国,徐曼,李军华. 回顾性分析82例溃疡性结肠炎的临床特征[J]. 脾胃病学和肝病杂志,2015,24(9):1079-1082.

[2] 谢晶日,孙涛,张冰. 溃疡性结肠炎的中医药治疗进展及相关优势探讨[J]. 辽宁中医杂志,2016,43(2):425-427.

[3] 沈洪,朱磊. 重视溃疡性结肠炎的中西医结合治疗[J]. 中国中西医结合消化杂志,2016,24(8):571-574.

[4] 陈文杰,杨勤. 溃疡性结肠炎中西医治疗进展[J]. 辽宁中医药大学学报,2013,15(3):151-154.

[5] 王新月,王建云. 溃疡性结肠炎中医药治疗的关键问题与优势对策[J]. 中国中医药杂志,2012,27(2):263-267.

[6] 周滔,张声生,崔超,等. 中医药分期二步法治疗溃疡性结肠炎的临床研究[J]. 中国中西医结合杂志,2012,32(2):172-175.

[7] 郑红斌. 溃疡性结肠炎中医辨治六法[J]. 辽宁中医杂志,2015,42(12):2333-2335.

[8] 杜国辉,李雪青,石志敏. 风药在脾胃病方剂中的配伍规律分析[J]. 陕西中医,2015,36(5):1212-1214.

[9] 李东垣. 脾胃论[M]. 北京:人民卫生出版社,2005:36.

[10] 李京津,宋平. 阴火理论与溃疡性结肠炎相关性探讨[J]. 山东中医杂志,2016,35(2):91-93.

[11] 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]. 中华内科杂志,2012,51(10):818-831.

[12] 中华中医药学会脾胃病分会. 溃疡性结肠炎中医诊疗共识(2009)[J]. 中国中西医结合杂志,2010,30(5):527-532.

[13] 中华人民共和国卫生部. 中药新药临床研究指导原则[M]. 北京:中国医药科技出版社,1995:129-134.

[14] 陈治水,危北海,张万岱,等. 溃疡性结肠炎中西医结合治疗方案(草案)[J]. 中国中西医结合消化杂志,2005,13(2):133-136.

[15] 刘军楼,沈洪,顾培青,等. 清肠化湿灌肠方联合美沙拉嗪治疗远端溃疡性结肠炎的临床疗效[J]. 世界华人消化杂志,2015,23(35):5715-5721.

[16] 王飞,张瑛梅,邢文文,等. 李培教授治疗溃疡性结肠炎临床经验举隅[J]. 时珍国医国药,2015,26(3):715-716.

[17] 陈治水,陈宁. 溃疡性结肠炎中西医结合研究新进展[J]. 中国中西医结合杂志,2012,32(4):437-442.

[18] 徐海荣,段永强,梁玉杰,等. 李东垣从脾胃论治五脏病遣方用药规律及其临床意义[J]. 中医杂志,2015,56(12):1011-1014.

[19] 张倩倩,杜斌. 炎症性肠病的免疫学机制及中药对其免疫学影响的综述[J]. 中医药导报,2015,21(24):91-94.

[20] 汪悦,查安生. 中医药对溃疡性结肠炎作用机制的干预研究[J]. 中华中医药学刊,2015,33(2):394-396.

[21] 黄磊,蔡植,朱莹,等. 溃结宁膏穴位贴敷治疗脾肾阳虚型溃疡性结肠炎:随机对照研究[J]. 中国针灸,2013,33(7):577-581.

[22] 关伟,陈建林. 奥沙拉嗪对溃疡性结肠炎患者血清TNF- $\alpha$ 、IL-6和IL-8的影响[J]. 中华全科医学,2011,9(7):1054,1128.

[23] 崔东方. 沙拉嗪联合康复新液灌肠对溃疡性结肠炎患者血清hs-CRP和IL-6的影响[J]. 中国实用医药,2013,8(22):19-21.

[24] 王福亭. 致康胶囊对溃疡性结肠炎患者血清TNF- $\alpha$ 、IL-6及CRP的影响[J]. 西部中医药,2016,29(2):100-102.

【责任编辑 张丰丰】