

· 临床 ·

## 健脾清肠方治疗脾虚湿热型激素依赖溃疡性结肠炎患者的临床疗效

张亚利<sup>1,2</sup>, 郭倩<sup>1,2</sup>, 郑烈<sup>3\*</sup>, 戴彦成<sup>1,4</sup>, 唐志鹏<sup>1,2\*</sup>

(1. 上海中医药大学附属龙华医院, 上海 200032; 2. 上海中医药大学脾胃病研究所, 上海 200032; 3. 陕西省中医医院, 西安 710003; 4. 上海中医药大学附属上海市中西医结合医院, 上海 200082)

**[摘要]** 目的: 观察健脾清肠方治疗脾虚湿热型激素依赖溃疡性结肠炎患者的临床疗效评价。方法: 选择并收集2012年4月1日至2014年1月31日在上海中医药大学附属龙华医院门诊及住院脾虚湿热型激素依赖UC患者60例, 根据就诊顺序编号, 采用随机数字表随机分为对照组和观察组各30例。两组患者均给予强的松基础治疗, 对照组给予口服补脾益肠丸, 6g/次, 3次/d。连续治疗3个月。观察组给予口服健脾清肠方, 每日1剂, 水煎300mL, 每次150mL, 2次/d, 早晚分温服。连续治疗3个月。治疗后观察两组患者肠道症状积分、中医证候积分、内镜评分变化情况。结果: 与本组治疗前比较, 治疗后对照组腹泻、黏液脓血便症状积分均显著减少( $P < 0.01$ ); 观察组黏液脓血便、腹泻、腹痛、里急后重症状积分均显著减少( $P < 0.01$ ), 且观察组黏液脓血便、腹泻症状积分下降明显低于对照组( $P < 0.05$ )。治疗前两组患者中医证候积分比较, 差异无统计学意义; 治疗后, 两组患者中医证候积分均显著减少( $P < 0.01$ ), 且观察组减少较对照组明显( $P < 0.05$ )。与本组治疗前比较, 治疗后两组患者内镜评分均显著减少( $P < 0.01$ ), 且观察组下降较对照组显著( $P < 0.01$ )。与本组治疗前比较, 治疗后两组患者疾病活动指数(UCAI), C反应蛋白(CRP), 血沉(ESR)指标及白细胞介素-8(IL-8), 肿瘤坏死因子- $\alpha$ (TNF- $\alpha$ )水平均降低( $P < 0.05$ ), 且治疗后治疗组较对照组明显降低( $P < 0.05$ )。结论: 健脾清肠方能有效改善脾虚湿热型激素依赖溃疡性结肠炎患者的黏液脓血便、腹泻症状, 减少中医证候积分、内镜评分和降低炎症指标, 值得临床借鉴推广。

**[关键词]** 健脾清肠方; 脾虚湿热型; 激素依赖; 溃疡性结肠炎; 临床疗效评价; 参苓白术散; 地榆散

**[中图分类号]** R22; R242; R2-031; R287 **[文献标识码]** A **[文章编号]** 1005-9903(2019)10-0069-05

**[doi]** 10.13422/j.cnki.syfx.20190829

**[网络出版地址]** <http://kns.cnki.net/kcms/detail/11.3495.r.20190102.1122.013.html>

**[网络出版时间]** 2019-01-04 14:38

### Clinical Efficacy of Jianpi Qingchang Decoction in Treating Patients with Spleen Deficiency Damp-heat Hormone-dependent Ulcerative Colitis

ZHANG Ya-li<sup>1,2</sup>, GUO Qian<sup>1,2</sup>, ZHENG Lie<sup>3\*</sup>, DAI Yan-cheng<sup>1,4</sup>, TANG Zhi-peng<sup>1,2\*</sup>

(1. Longhua Hospital Affiliated to Shanghai University of Traditional Chinese Medicine (TCM), Shanghai 200032, China; 2. Institute of Spleen and Stomach Disease, Shanghai University of TCM, Shanghai 200032, China; 3. Shaanxi TCM Hospital, Xi'an 710003, China; 4. Shanghai TCM Integrated Hospital, Shanghai University of TCM, Shanghai 200082, China)

**[Abstract]** **Objective:** To observe the clinical efficacy of Jianpi Qingchang decoction in the treatment of

**[收稿日期]** 20180925(023)

**[基金项目]** 国家自然科学基金面上项目(81573892, 81873253); 国家自然科学基金青年基金项目(81704009); 上海市卫生和计划生育委员会科研项目(201640122)

**[第一作者]** 张亚利, 博士, 副研究员, 从事中医药防治胃肠疾病研究, E-mail: zhy1999@163.com

**[通信作者]** \* 郑烈, 博士, 主治医师, 从事中医药防治胃肠疾病研究, E-mail: liezhenglie@126.com;

\* 唐志鹏, 博士, 主任医师, 教授, 从事中医药防治胃肠疾病研究, E-mail: zhipengtang@sohu.com

spleen deficiency and damp-heat hormone-dependent ulcerative colitis and explore its possible target. **Method:** A total of 60 patients with spleen deficiency and damp-heat hormone-dependent ulcerative colitis were selected and collected from the outpatient department and the inpatient department of Longhua Hospital affiliated to Shanghai University of Chinese Medicine on April 31, 2012. Two groups were given the basic therapy of prednisone, and control group received orally bolus for spleen and spleen and intestines, 6 g/time, 3 times/d. The treatment continued for three months. The experimental group was given orally Jianpi Qingchang decoction, 1 dose per day, and 300 mL water decoction, 150 mL each time, 2 times/d, and took at different temperatures in the morning and evening. The treatment continued for three months. After treatment, changes in intestinal symptom score, traditional Chinese medicine (TCM) syndrome score and endoscopic score of two groups were observed. **Result:** Compared with before treatment, the symptom scores of diarrhea, mucous purulent in control group were significantly reduced after treatment ( $P < 0.01$ ). The scores of mucous purulent and bloody stool, diarrhea, abdominal pain, and tenesmus were significantly reduced in experimental group ( $P < 0.01$ ), and the scores of mucous purulent and bloody stool, and symptom of diarrhea were significantly decreased in experimental group after treatment than that of control group ( $P < 0.01$ ). Before treatment, the scores of TCM syndromes in two groups were compared, with no statistically significant difference. After treatment, the scores of TCM syndromes of two groups were significantly reduced ( $P < 0.01$ ), and the reduction of the experimental group was more significant than that of control group ( $P < 0.05$ ). Compared with before treatment, the endoscopy scores of two groups were significantly reduced after treatment ( $P < 0.01$ ), and the decrease of the experimental group was more significant than that of control group ( $P < 0.01$ ). Mayo scores were significantly reduced in both groups after treatment compared with that before treatment ( $P < 0.01$ ), and significantly reduced in the experimental group compared with control group ( $P < 0.05$ ). **Conclusion:** Jianpi Qingchang decoction can effectively improve mucous purulent stool and diarrhea symptoms in patients with spleen deficiency and damp-heat hormone-dependent ulcerative colitis, and reduce TCM syndrome score and endoscopic score, and thus is worthy of clinical reference and promotion.

**[Key words]** Jianpi Qingchang decoction; spleen deficiency damp-heat type; hormonal dependence; ulcerative colitis; clinical efficacy evaluation; Shengling Baizhu San; Diyusan

溃疡性结肠炎(UC)是一种慢性非特异性炎症,属于炎症性肠病范畴。UC 病因和发病机制一直是研究的热点,然而本病确切的病因和发病机制仍不清楚。现代医学认为口服激素可以快速诱导 UC 缓解,但由于激素带来很大的副作用,在 UC 缓解期不推荐使用激素维持治疗<sup>[1]</sup>。据报道,在接受正规激素治疗的 UC 患者中,低于 50% 的患者 1 年后可以完全停用激素,绝大部分患者则对激素产生依赖或者不得不转向外科手术治疗<sup>[2]</sup>。2012 年欧洲克罗恩病与结肠炎组织共识意见中规定,激素依赖的 UC (SD-UC)指泼尼松龙使用 3 月不能减至  $10 \text{ mg} \cdot \text{d}^{-1}$ ,或停药后 3 月内复发者<sup>[3]</sup>。然而对于 SD-UC 发病机制的研究仍不十分明确,长期使用激素往往伴随着广泛的不良反应,有时甚至超过其治疗作用<sup>[4]</sup>,易产生如皮下脂肪重新分布、高血压、上消化道出血、二重感染、骨质疏松、内分泌改变等不良反应<sup>[5]</sup>。因此,SD-UC 治疗期间激素撤退和停用激素后维持缓解是治疗的难点和热点。目前临床采用中

医药治疗 SD-UC 报道较少,基于以上认识,本课题认为激素依赖性 UC 往往迁延不愈,应用激素初期患者常有面部潮红、口干舌燥、舌红少苔、脉细数等阴虚火旺之候。久则伤及正气,尤其激素减量之时,临床多表现为脾胃虚弱、湿热留恋。脾胃虚弱不能运化水谷精微,气血生化不足,正气不足以抗邪。病后正气不能驱邪外出,而致病邪缠绵,反复发作,不能痊愈。故治疗当以健脾益气扶正为主,祛湿除热为辅。本课题通过长期临床实践,总结出治疗 SD-UC 有效方剂——健脾清肠方,该方寒热并用,标本兼顾,由参苓白术散(《太平惠民和剂局方》)和地榆散(《圣济总录》)化裁而来。因此,本课题旨在探讨健脾清肠方治疗 SD-UC 的疗效,以期减轻激素依赖。

## 1 资料与方法

**1.1 一般资料** 选择并收集 2012 年 4 月 1 日至 2014 年 1 月 31 日在上海中医药大学附属龙华医院门诊及住院患者 60 例,均符合脾虚湿热型激素依赖

UC 诊断标准。其中男 29 例 (48.3%), 女 31 例 (51.7%)。根据就诊顺序编号, 采用随机数字表随机分为对照组和观察组各 30 例, 对照组男 13 例, 女 17 例, 年龄 22 ~ 69 岁, 平均 (44.5 ± 12.6) 岁; 病程 11.5 ~ 48 月, 平均 (24.42 ± 8.88) 月。观察组男 15 例, 女 15 例; 年龄 22 ~ 61 岁, 平均 (42.6 ± 11.2) 岁; 病程 9 ~ 48 月, 平均 (27.83 ± 11.25) 月; 两组患者一般资料如性别、年龄、病程等比较, 差异均无统计学意义, 具有可比性。均经过上海中医药大学附属龙华医院医学伦理委员会批准同意, 编号 2013LCSY027。

## 1.2 诊断标准

**1.2.1 西医诊断** 参照《炎症性肠病诊断与治疗的共识意见 (2012 年·广州) 解读》<sup>[6]</sup>, ①腹泻或便血 6 周以上; 至少进行 1 次乙状结肠镜或结肠镜检查, 且发现 1 个以上如下表现, 黏膜易脆、点状出血、弥漫性炎症溃疡; 钡剂检查发现溃疡、肠腔狭窄或结肠短缩的证据。②手术切除或活检标本在显微镜下有特征性改变。激素依赖诊断参照欧洲克罗恩病与结肠组织 (ECCO) 共识意见中激素依赖的规定<sup>[7]</sup>, 即口服泼尼松在减量至 10 mg·d<sup>-1</sup> 而无法控制发作或停药后 3 个月内复发者。

**1.2.2 中医诊断** 参照《溃疡性结肠炎中西医结合诊治方案 (2003 年重庆)》<sup>[8]</sup>; 且辨证分型为脾虚湿热证, 主证为神疲乏力、大便稀溏、黏液脓血便; 次证为口干口苦、纳差、腹痛、肛门灼热、里急后重、舌有齿痕或淡胖、舌苔腻、脉细数。

**1.3 纳入标准** 符合西医 UC 诊断标准和中医诊断标准, 且辨证为脾虚湿热证者; 年龄 18 ~ 70 岁; 均经过龙华医院伦理委员会批准同意者; 均签署知情同意书。

**1.4 排除标准** 病变类型为急性暴发型或重度 UC 者; 2 个月前曾接受过免疫抑制剂或生物制剂治疗者; 妊娠期或者哺乳期妇女; 合并其他自身免疫性疾病者; 有结肠恶性肿瘤史者; 有痴呆症或精神类疾病史者; 有严重的其他系统疾病者; 合并其他感染性结肠炎或其他肠道疾病者; 使用本制剂 2 周内参加其他临床试验者; 中途退出或依从性差者。

**1.5 治疗方法** 两组患者均给予强的松 (天津力生制药股份有限公司, 国药准字 H12020123), 5 mg/次, 基础治疗, 患者服用激素期间可同时口服奥美拉唑 (阿斯利康制药有限公司, 国药准字 H20030412), 20 mg/次, 2 次/d, 晨服, 或雷贝拉唑 (江苏济川制药有限公司, 国药准字 H20061220)

20 mg/次, 2 次/d, 晨服, 或法莫替丁 (广东彼迪药业有限公司, 国药准字 H44021617), 20 mg/次, 2 次/d, 或钙制剂等对症支持。

**1.5.1 对照组** 给予口服补脾益肠丸 (华润三九医药股份有限公司, 国药准字 Z44023376), 6 g/次, 3 次/d。连续治疗 3 月。

**1.5.2 观察组** 给予口服健脾清肠方, 方药组成: 党参片 15 g, 黄芪 30 g, 马齿苋 30 g, 生地榆 30 g, 白及 9 g, 三七粉 9 g, 木香 9 g, 陈皮 9 g, 甘草片 6 g, 中药购自上海中医药大学附属龙华医院中药房, 由该院主任医师唐志鹏鉴定均为正品。每日 1 剂, 水煎 300 mL, 每次 150 mL, 2 次/d, 早晚分温服。连续治疗 3 月。

**1.6 观察指标** 肠道症状积分和中医证候积分变化, 参照文献<sup>[9]</sup>, 根据症状有无及症状的正常、轻、中、重程度分别记为 0, 3, 5, 7 分。中医证候积分等于各项症状积分之和。

内镜评分, 治疗前后内镜评分参照 Baron 评分标准<sup>[10]</sup>, 分别记为 0, 1, 2, 3 分。

疾病活动指数, 采用 Southerland 疾病活动指数 (DAI), 又称 Mayo 指数进行计分。观察治疗前后炎症指标变化情况及白细胞介素-8 (IL-8), 肿瘤坏死因子- $\alpha$  (TNF- $\alpha$ ) 水平, 在治疗前后空腹采集患者静脉血 10 mL, 然后按照酶联免疫吸附试验 (ELISA) 试剂盒 (武汉博士德生物工程有限公司, 批号均为 20140221) 说明书检测。

**1.7 统计学处理** 采用 SPSS 15.0 软件分析。计量资料以  $\bar{x} \pm s$  表示, 组内比较采用配对  $t$  检验, 组间比较采用独立样本  $t$  检验, 符合正态分布且方差齐性的数据, 采用 AVONA 进行比较。不符合正态分布的, 用中位数 (M) 描述, 采用非参数检验。  $P < 0.05$  为差异有统计学意义。

## 2 结果

**2.1 两组患者治疗前后肠道症状积分比较** 与本组治疗前比较, 两组治疗后腹泻、黏液脓血便症状积分均显著减少 ( $P < 0.01$ ), 观察组腹痛、里急后重的症状积分显著降低 ( $P < 0.01$ ); 治疗后与对照组比较, 观察组黏液脓血便、腹泻症状积分均明显减少 ( $P < 0.05$ )。见表 1。

**2.2 两组患者治疗前后中医证候积分比较** 与本组治疗前, 两组患者中医证候积分比较差异无统计学意义; 治疗后观察组减少明显于对照组 ( $P < 0.05$ )。见表 2。

表 1 两组患者治疗前后肠道症状比较 ( $\bar{x} \pm s, n = 30$ )

Table 1 Comparison of intestinal symptoms before and after treatment ( $\bar{x} \pm s, n = 30$ ) 分

组别	时间	黏液脓血便	腹泻	腹痛	里急后重
观察	治疗前	4.07 ± 1.01	4.40 ± 1.50	3.17 ± 1.70	1.30 ± 1.51
	治疗后	0.90 ± 1.40 <sup>1,2)</sup>	0.80 ± 1.35 <sup>1,2)</sup>	1.20 ± 1.49 <sup>1)</sup>	0.10 ± 0.55 <sup>1)</sup>
对照	治疗前	3.53 ± 0.89	4.20 ± 1.24	2.90 ± 1.54	0.50 ± 1.14
	治疗后	2.17 ± 1.49 <sup>1)</sup>	1.77 ± 1.61 <sup>1)</sup>	2.50 ± 1.12	0.40 ± 1.04

注:与本组治疗前比较<sup>1)</sup>  $P < 0.01$ ;与对照组治疗后比较<sup>2)</sup>  $P < 0.05$ (表 2~4 同)。

表 2 两组患者治疗前后中医证候积分比较 ( $\bar{x} \pm s, n = 30$ )

Table 2 Comparison of traditional Chinese medicine (TCM) syndrome scores before and after treatment between two groups ( $\bar{x} \pm s, n = 30$ ) 分

组别	治疗前	治疗后
观察	21.30 ± 4.59	5.47 ± 3.32 <sup>2)</sup>
对照	20.20 ± 4.62	10.87 ± 4.05

表 4 两组患者治疗前后炎症指标变化及 IL-8, TNF- $\alpha$  水平比较 ( $\bar{x} \pm s, n = 30$ )

Table 4 Comparison of inflammatory indicators and levels of IL-8, TNF- $\alpha$  before and after treatment between two groups ( $\bar{x} \pm s, n = 30$ )

组别	时间	UCAI/分	CRP/mg·L <sup>-1</sup>	ESR/mm·h <sup>-1</sup>	IL-8/ng·L <sup>-1</sup>	TNF- $\alpha$ /ng·L <sup>-1</sup>
观察	治疗前	9.7 ± 2.4	66.8 ± 17.3	41.3 ± 7.3	78.5 ± 12.3	178.2 ± 34.8
	治疗后	3.6 ± 1.5 <sup>1,2)</sup>	7.8 ± 2.6 <sup>1,2)</sup>	13.6 ± 3.2 <sup>1,2)</sup>	42.8 ± 7.6 <sup>1,2)</sup>	84.2 ± 18.9 <sup>1,2)</sup>
对照	治疗前	9.5 ± 2.4	65.7 ± 16.2	39.4 ± 6.8	78.4 ± 12.8	180.6 ± 33.2
	治疗后	5.7 ± 1.6 <sup>1)</sup>	14.3 ± 3.4 <sup>1)</sup>	24.5 ± 3.3 <sup>1)</sup>	56.3 ± 8.2 <sup>1)</sup>	112.7 ± 20.1 <sup>1)</sup>

2.5 安全性指标、不良事件及脱落病例 观察组与对照组安全性指标均为 1 级。两组均未出现不良事件和病例脱落。

### 3 讨论

SD-UC 属于难治性炎症性肠病,考虑到激素不能长程维持治疗 UC,当面临激素撤减或停药则病情反复甚至加重,临床治疗非常棘手。因此,寻找一种临床效果好的治疗方法对 SD-UC 患者尤为重要。

课题组经过临床总结导师唐志鹏治疗 UC 的学术思想和临床经验,以健脾清热化湿为治则,随证加减。试验药物健脾清肠方由党参片、黄芪、马齿苋、生地榆、白及、三七粉、木香、陈皮、甘草片组成。方中党参、黄芪、甘草片健脾益气以扶正治本;马齿苋、生地榆、三七粉有清热解毒,凉血止痢、活血止血的功效,以治其标。生地榆、白及凉血止血可在血便量较多时应用;陈皮、木香疏肝理气;方中马齿苋为治痢之要药,有清热解毒、凉血止痢、散血消肿的功效;三七粉为祛瘀止血之要药,止血而不留瘀。本方健脾与清肠共用,健脾以扶正,从而更好的祛邪外出;

2.3 两组患者治疗前后内镜评分比较 与本组治疗前比较,两组患者治疗后内镜评分均显著减少 ( $P < 0.01$ ),治疗后观察组内镜评分低于对照组 ( $P < 0.01$ )。见表 3。

表 3 两组患者治疗前后内镜评分比较 ( $\bar{x} \pm s, n = 30$ )

Table 3 Comparison of endoscopic scores before and after treatment between two groups ( $\bar{x} \pm s, n = 30$ ) 分

组别	治疗前	治疗后
观察	3.00	1.00 <sup>1,2)</sup>
对照	3.00	2.00 <sup>1)</sup>

2.4 两组患者治疗前后炎症指标变化及 IL-8, TNF- $\alpha$  水平比较 与本组治疗前比较,两组患者 UCAI, CRP, ESR, IL-8, TNF- $\alpha$  水平显著降低 ( $P < 0.01$ ),且治疗后观察组以上指标明显降低于对照组 ( $P < 0.05$ )。见表 4。

清肠以除留恋之邪,两者相互促进,协同起效,标本兼顾,寒热并用。

现代药理研究表明,健脾清肠方中的主要药物具有免疫调节,促进局部黏膜溃疡的愈合,改善肠道功能等的作用。如方中党参片、黄芪均具有增强机体免疫力及促进肠黏膜溃疡愈合的作用,此外党参仍具有抗缺氧、疲劳、调节胃肠运动作用<sup>[11]</sup>,黄芪尚能改善血液流变学及血小板聚集功能,清除氧自由基,提高超氧化物歧化酶和过氧化酶活力等作用<sup>[12]</sup>;马齿苋可显著抑制伤寒埃希菌、痢疾杆菌和大肠埃希菌,还可起到消炎止痛、缓解肌肉紧张及抗氧化作用,并且其丰富的维生素 A 样物质,可帮助恢复肠上皮细胞的生理功能,从而促进黏膜溃疡的愈合<sup>[13-14]</sup>;三七粉可以抑制血栓形成,三七总皂苷通过增强一氧化氮的扩张血管作用,改善微循环,进而起到抗缺血再灌注损伤的作用,此外三七还具有增强免疫力的作用<sup>[15]</sup>;通过三七的活血止血作用治疗 UC 与中西医理论不谋而合。

本研究结果表明,在经过 3 月治疗后,观察组在

改善患者的肠道症状方面取得了良好的疗效,降低了炎症指标和 IL-8, TNF- $\alpha$  水平。IL-8 是强有力的中性粒趋化因子,与 UC 患者炎症程度呈正相关,在 TNF- $\alpha$  刺激下可激活中性粒细胞。近年来随着对 UC 研究的深入,不只是把症状的改善作为该病的疗效评价指标,更多的研究表明该病长期疗效指标应达到内镜下肠黏膜的愈合或者好转<sup>[16-18]</sup>,因此内镜下黏膜愈合的评价逐渐渗入到临床研究中。Baron 指数评分是黏膜愈合指标的常见评分标准,本研究中,观察组黏膜愈合率为 70%。既往研究也表明,健脾清肠方对 UC 症状改善和结肠镜下黏膜炎症修复情况均优于 SASP 组。

总之,健脾清肠方能有效改善脾虚湿热型激素依赖溃疡性结肠炎患者的黏液脓血便、腹泻症状,减少中医积分、内镜评分和降低炎症指标,值得临床借鉴推广。

[参考文献]

[1] Komaki Y, Komaki F, Micic D, et al. Pharmacologic therapies for severe steroid refractory hospitalized ulcerative colitis: a network Meta-analysis [J]. J Gastroenterol Hepatol, 2017, 32(6): 1143-1151.

[2] Sud S, Puri A S, Sachdeva S, et al. Tacrolimus as rescue therapy for Steroid dependent/steroid refractory ulcerative colitis: experience from tertiary referral centre [J]. Gastroenterology, 2017, 152(5):735.

[3] Dalal R S, Buchner A M, Lichtenstein G R. Factors associated with steroid-free clinical remission in ulcerative colitis[J]. Gastroenterology, 2017, 152(5): 369.

[4] Khazraei H, Bananzadeh A, Hosseini S V. Early outcome of patient with ulcerative colitis who received high dose of steroid and underwent two staged total proctocolectomy [J]. Adv Biomed Res, 2018, 7(1):11.

[5] Auth M K, Bunn S K, Protheroe A L, et al. Improved medical treatment and surgical surveillance of children and adolescents with ulcerative colitis in the united kingdom [J]. Inflamm Bowel Dis, 2018, 24(7): 223-225.

[6] 胡品津. 炎症性肠病诊断与治疗的共识意见(2012

年·广州)解读[J]. 胃肠病学, 2012, 17(12): 709-711.

[7] Kugathasan S, Fiocchi C. Progress in basic inflammatory bowel disease research [J]. Sem Ped Surg, 2007, 16(3):146-153.

[8] 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治方案(2003年重庆)[J]. 中国中西医结合杂志, 2004, 24(11):1052-1055.

[9] 杨春波, 劳绍贤, 危北海, 等. 胃肠疾病中医症状评分表(中国中西医结合学会消化系统疾病专业委员会, 2010, 苏州)[J]. 中国中西医结合消化杂志, 2011, 19(1):66-68.

[10] Baron J H, Conell A M, Lennard-Jones J E. Variation between observers in describing mucosal appearances in proctocolitis [J]. Br Med J, 1964, 11(1):89-92.

[11] 罗爽, 罗霞, 刘琦, 等. 大黄酸对 DSS 诱导溃疡性结肠炎小鼠的治疗作用及机制探讨 [J]. 中国实验方剂学杂志, 2017, 23(11):109-113.

[12] 于玲, 王知斌, 王秋红, 等. 黄芪中黄酮类化合物药理作用研究进展 [J]. 中医药信息, 2018, 35(2): 104-108.

[13] 冯彦. 马齿苋的药理作用及营养保健作用 [J]. 中医临床研究, 2017, 9(3):117-118.

[14] 郑烈, 张亚利, 王志敏, 等. 肠道菌群和活性氧自由基与炎症性肠病的关系 [J]. 中国中西医结合消化杂志, 2017, 23(1):69-72.

[15] 赵莉, 石志敏, 李雪青. 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 [J]. 中国实验方剂学杂志, 2017, 23(14):188-192.

[16] 戴彦成, 郑烈, 张亚利, 等. 健脾清肠方对溃疡性结肠炎患者生活质量作用的随机对照试验(英文) [J]. 中华中医药杂志, 2016, 31(5):1926-1932.

[17] ZHENG L, ZHANG Y L, DAI Y C, et al. Jianpi Qingchang decoction alleviates ulcerative colitis by inhibiting nuclear factor- $\kappa$ B activation [J]. World J Gastroenterol, 2017, 23(7):1180-1188.

[18] DAI Y C, ZHENG L, ZHANG Y L, et al. Effects of Jianpi Qingchang decoction on the quality of life of patients with ulcerative colitis: a randomized controlled trial [J]. Medicine, 2017, 96(16):e6651.

[责任编辑 张丰丰]