

黄雅慧教授从“治未病”思想防治溃疡性结肠炎临床经验^{*}

郭心怡¹ 黄雅慧^{2**} 刘长兴¹ 赵丹¹ 姚东¹

(1. 陕西中医药大学, 陕西 咸阳 712000; 2. 西安市中医医院, 陕西 西安 710021)

摘要: 溃疡性结肠炎 (ulcerative colitis, UC) 是一种病因不明的炎性结肠疾病, 具有病程长, 易复发, 治疗难的特点。黄雅慧教授秉持治未病理念, 分期论治溃疡性结肠炎: “未病先防”在患者未出现症状时, 从饮食、起居、情志调护, 防治疾病发生; “既病防变”对应疾病的发作期, 采取辨证施治, 初发期治以清热利湿, 活动期治以标本兼治, 佐清热利湿解毒, 缓解期治以健脾温阳, 补肾化湿为主。 “瘥后防复”阶段则从“补虚”着手, 采用温阳、益阴、疏肝、健脾、补肾等方法, 佐以活血化瘀, 获得显著疗效。

关键词: 溃疡性结肠炎; 治未病; 临床经验; 黄雅慧

中图分类号: R574.1

文献标识码: A

文章编号: 2096-1340(2023)03-0014-06

DOI: 10.13424/j.cnki.jsctcm.2023.03.003

Professor HUANG Yahui's Clinical Experience in Preventing and Treating Ulcerative Colitis from Perspective of “Preventive Treatment of Disease”

GUO Xinyi¹ HUANG Yahui² LIU Changxing¹ ZHAO Dan¹ YAO Dong¹

(1. Shaanxi University of Chinese Medicine, Shaanxi Xianyang 712000, China;

2. Xi'an Traditional Chinese Medicine Hospital, Xi'an 710021, China)

Abstract: Ulcerative colitis (UC) is an inflammatory colon disease with unclear etiology, characterized by a long course, easy recurrence, and difficult treatment. Professor HUANG Yahui adheres to the concept of treating ulcerative colitis in stages, “Prevention before disease” refers to the prevention and treatment of ulcerative colitis from the perspectives of diet, daily life, and emotional care when the patient does not experience symptoms; The “prevention and treatment of existing diseases” corresponds to the onset stage of the disease, and is treated based on syndrome differentiation. The initial stage is treated with clearing heat and promoting dampness. During the activity period, all symptoms should be treated, with the assistance of clearing heat, promoting dampness, and detoxifying; The main treatment in the remission stage is to strengthen the spleen and warm Yang, and tonify the kidney to dissipate dampness. In the stage of “post treatment and recovery prevention”, starting from “tonifying deficiency”, methods such as warming Yang, tonifying Yin, soothing liver, strengthening spleen, and tonifying kidney are used, supplemented by promoting blood circulation and resolving blood stasis. Significant therapeutic effects were obtained.

Key words: Ulcerative colitis; Preventive treatment of disease; Clinical experience; HUANG Yahui

^{*} 基金项目: 第六批全国老中医药专家学术经验继承工作项目 (国中医药人教发[2017]29号)

^{**} 通讯作者: 黄雅慧, 主任医师。E-mail: huangyahuixa@163.com

溃疡性结肠炎(ulcerative colitis, UC)是一种以连续性、弥漫性结肠黏膜炎症为特点,病因尚未清楚的炎性结肠疾病,常表现为腹痛、粘液脓血便等^[1],约20%的慢性UC患者有发展成结直肠癌的风险,我国UC的病例数量目前不断增加^[2]。西医治疗主要采用保护及修复肠粘膜、降低炎性因子以及防治并发症为主,治疗以氨基水杨酸制剂为主,若治疗效果不显,可以添加免疫抑制剂、糖皮质激素等^[3]。UC属于中医学的“痢疾”“腹泻”和“便血”范畴,中医辨证治疗UC临床疗效显著,但仍有部分患者难以治疗^[4]。因此,预防和控制UC的早期稳定性尤为重要。

“治未病”思想首见于《素问·四气调神大论》:“上工治未病,不治已病,此之谓也。”“治”,为治理管理的意思。“治未病”是指采取适当的措施,如饮食调整、中医药、针灸、推拿等,以防止疾病的发生、发展和传变^[5]。主要思想包括:未病先防、既病防变和瘥后防复。目前,越来越多的人因饮食不慎,或情志不畅导致溃疡性结肠炎,“未病先防”在患者尚未出现大便粘液、脓血症状,未明确诊断为溃疡性结肠炎时,从饮食、起居、情志方面综合调护;“既病防变”在患者明确诊断为溃疡性结肠炎的情况下,及时治疗,防止肠道功能进一步减退;而在缓解期,患者病情好转治愈时,着重补益脾肾,做到“瘥后防复”^[6]。因此,将“治未病”的中医理念贯穿UC防治的始终,具有十分重要的临床意义。

黄雅慧教授为西安市中医医院脾胃病科业务主任,主任医师,陕西省名中医,第六届全国名老中医继承指导老师,硕士研究生导师,从业三十余载,对脾胃病的诊疗有丰富的经验,提出“调脾胃以治百病”的学术思想。黄教授在UC的治疗方面颇有建树,特别是在“疾病防治”思想的指导下防治UC,获得显著疗效。笔者就黄教授基于“治未病”理论治疗UC的经验做一总结,附验案1则以佐证。

1 “治未病”在UC的防治思路

1.1 未病先防 “治未病”一词首先于《素问·四气调神论》中提出:“是故圣人不治已病治未病。”

未病先防重在于养生。中医“未病先防”思想在防治溃疡性结肠炎中的体现主要包括以下“三早”:①外感六淫早预防;②平素饮食早控制;③精神情志早调摄。

1.1.1 外感六淫早预防 《三因极一病证方论》载:“内则七情,外则六淫,不内不外,乃背经常。”首先提出“三因学说”,意思是致病因素有三:内因、外因、不内外因。UC的病因主要包括外感和内伤,外因多为六淫中湿邪、疫毒之邪所致,内因包括情志失调、饮食不慎、禀赋不足、后天失养、脏腑亏虚等^[7]。《医宗必读》载:“无湿不成泄。”《医源》曰:“湿乃痢疾之根源。”方震^[8]认为:大肠湿邪阻滞、气滞血凝,损伤肠道,下痢赤白脓血。蒋峰^[9]指出,溃疡性结肠炎的病理性质分寒、热,病因包括湿、热,病位涉及大肠、肝脾及肾;在寒热错杂为主的急性期,以祛除实邪为要,兼以扶正;而在缓解期,虚实相兼,补虚兼以祛邪^[10]。因此,黄教授指出在UC的防治上,应重视外感六淫的早期预防,根据四季更替变化固护脾胃,并因地制宜,例如秦岭以南长夏气候湿热,长夏季节五行属土,主脾胃,脾脏喜燥厌湿,故脾胃疾病多发于长夏,谨防湿邪疫毒,有利于防治病情传变,减少并发症发生。

1.1.2 平素饮食早控制 在我国青壮年时期易发生UC,高发病年龄为20~49岁^[11]。黄雅慧教授认为,这与现代年轻人饮食习惯密不可分。随着生活质量的提升,过食肥甘厚腻、辛辣刺激食物,损伤脾胃,产生湿热,为溃疡性结肠炎提供“温床”。长期饮食不洁净、不规律、影响脾胃功能,脾气虚弱,气机运化失司,导致水液通调不利,水湿内停,久郁化热,湿热下注于大肠,大肠主泌别清浊,传导失司,气血凝滞,腐败化脓血而成黏液脓血便。临床流行病学结果也证实了这一点,有国内专家研究显示,摄入过量巧克力、高蔗糖制品、红肉、牛奶、人造黄油等会诱发UC患病,适当补充新鲜果蔬、维生素、益生菌等对UC的防治有积极作用^[12]。近些年来,国内外研究人员不断提出科学的饮食管理方法,如生酮饮食、轮替饮食等,对UC的预防具有重要意义,为UC患者的饮食管理

提供参考^[13]。

1.1.3 精神情志早调摄 《灵枢·本神》指出：“肝气虚则恐，实则怒。脾藏营，营舍意……心藏脉，脉舍神，肺气虚则悲，实则笑不休……肾藏精，精舍志，肾气虚则厥，实则胀，五脏不安。”说明在中医理论中，情志与脏腑功能密切相关。根据 UC 的症状，将其归属于“痢疾”“泄泻”“便血”范畴。UC 的成因除了与外感、饮食不节相关，也与情志因素失调密切相关，年老或饮食损伤导致脾气虚弱，土壅木郁，肝胃不和，则气机不畅。《素问·举痛论》云：“怒则气逆，甚则呕血及飧泄。”肝主疏泄，在志为怒，《医学入门》指出肝与大肠相通，肝气郁滞，则气机不畅，气血失和，气滞血瘀，脉络损伤，瘀毒日久，内溃为疡；《证治汇补·痢疾》曰：“七情乖乱，气不宣通，郁滞肠间，能发积物。”《三因极一病证方》言：“脏气隔绝，精气夺散，必致溏泄，皆内所因。”表明情绪障碍会导致腹泄等症。现代研究表明^[14]，大多 UC 患者常存内向、悲观、敏感、抑郁、焦虑、易怒一定心理特征，常常表现为情绪不稳、对刺激情绪反应强烈、对人际关系敏感、易应激等人格特征，焦虑和抑郁是最常见的心理问题。因此，早期情志的调控对于 UC 患者有着重要作用，治疗应以疏肝、理气、解郁等药物为主，指导患者调整心态、抚平情绪、养成良好的生活习惯。

1.2 既病防变

1.2.1 UC 的辨证论治及用药规律

1.2.1.1 初发期 发病急促、疾病过程短是初发期的特点，以黏液脓血便、里急后重、排便不尽感、肛门灼热感、舌质淡、苔黄腻等为表现。UC 早期以脾虚为本、湿热为标，临床治疗应本着“急则治其标”的原则，治以清热利湿。方以三仁汤加减，薏苡仁、白豆蔻、杏仁分消三焦为君药；淡竹叶、车前草为臣药以助君利湿清热之效；半夏、厚朴为使佐，行气化湿。车前草既可通淋利湿、渗湿止泻，亦可解毒祛风，故黄教授方中用车前草替换原方通草；原方中滑石性寒凉，而此时期脾虚为本，实热为标，故不用滑石以防寒凉药物损伤脾胃，当患者辨证为实热（舌质红、苔黄厚，脉弦滑）时可以滑

石代替车前草，增强清热之效。若大便伴有下坠感，加木香、秦皮清利下焦湿热，调气则后重自除，清利湿热；当大便偏干、舌有瘀斑时，杏仁改桃仁润肠通便、活血化瘀，并加生大黄以清热通腑。

1.2.1.2 活动期 活动期 UC 往往由饮食不慎、久居湿地或情志因素诱发，临床症状伴有疲劳和食欲不振，脘腹满闷，舌淡苔微厚。病性属虚实夹杂，治法当以标本兼治，佐以清热利湿解毒。方用参苓白术散加减，临床上应辨脓血与粘液孰多孰少，脓血多则配伍大血藤、马齿苋、三七、仙鹤草、黄芩炭、地榆、槐花等活血、止血药，黏液多则需配伍木香、厚朴、肉桂、姜半夏、苍术等理气药，这也体现了“调气则后重自除，行血则便脓自愈”之意。如便前小腹疼痛、便后疼痛减轻，配伍陈皮、炒白芍、防风，寓痛泻要方之意，疏肝健脾止泻。

1.2.1.3 缓解期 缓解期属疾病末端，具有病程长、病情缓之特点，此时期大多便无脓血，偶夹少量粘液，排便次数较活动期减少，舌质淡，苔白，脉沉细。病性属虚，日久不愈，损伤肾阳，本质为脾肾阳虚，可伴有完谷不化，五更泄泻等。治疗上应以健脾温阳，补肾化湿为主，方选四神丸合参苓白术散加减。如果兼夹肾阳虚症状，如腰膝酸软、四肢怕冷、喜温喜按，加肉桂、补骨脂助阳；如病性属虚，大便次数多，可辨证加芡实、五味子、诃子、莲子以敛涩固肠；如舌红、苔厚腻、脉弦滑病性属实证，切记不可加涩肠止泻药物，避免闭门留寇。

1.2.2 针灸疗法 针灸也是中国传统的治疗方法之一，包括针刺和艾灸两种操作，通过刺激经络和穴位，发挥其调整机体功能状态的作用。有临床研究表明，对脾肾亏虚型溃疡性结肠炎患者，温针灸治疗效果较好^[15]，可于短时间内缓解症状，降低疾病影响，临床治疗效果良好。脾肾亏虚型溃疡性结肠炎，首先应疏通患者机体经络，改善气血运行状态，应用针灸，刺激患者天枢、下巨虚、足三里、三阴交、阴陵泉、气海、关元、水分、中脘等穴位能够使患者体内阴阳调和，辅以艾灸加热针体，补肾益气，通络化瘀，从而使患者机体功能和健康水平得到有效调节。试验表明^[16]，通过针刺或艾灸治疗，可降低结肠黏膜炎症因子的表达，升高促炎

因子的水平,通过改善机体内环境,促进炎症因子平衡来减缓 UC 的发展,进而使其处于稳态。

1.2.3 中药保留灌肠疗法 中药保留灌肠对直肠、乙状结肠、左半结肠具有较好的疗效。灌肠药物可直达病所,直接接触受损黏膜,加速局部黏膜修复、愈合,并且灌肠药物保留时间越长,症状缓解越明显,治疗效果越佳^[17]。黄雅慧教授认为中药灌肠应以健脾化湿、清热解毒,生肌敛疮、活血化瘀、凉血止血、敛肠止泻为原则,临床应用时根据患者病情辨证施治^[18]。并强调灌肠药物剂量、药物温度与灌肠体位决定灌肠药物保留时间长短,以及药物发挥疗效的关键,这也是临床最易忽视之处。一方面,中汤药灌肠时,应从小剂量如 50 mL 起始,逐渐递增,以延长中药保留时间,提高患者耐受程度,临床上如直接大剂量灌肠,患者往往不耐受,保留时间短,灌肠效果也会明显降低;另一方面,灌肠液温度也是影响灌肠疗效的因素之一,据报道人体直肠局部温度约 36.8 ~ 37.8 °C^[19],灌肠液温度过高或过低都会对产生炎症的肠壁细胞产生刺激,使人体感到不适,或产生便意,影响灌肠液保留时间。有临床研究表明^[20],改变灌肠液温度为(38 ± 1) °C,可使灌肠药品的保留时间延长,提高灌肠治疗效果;另外,灌肠时体位也有所考究,应结合人体腹部解剖学,根据病灶选取相应的体位,药物从肛进入直肠,应先选取左侧卧位,使药物有效进入左半结肠,再采取右侧卧位,最后可以采取俯卧位,使药效在全肠道黏膜均可发挥作用。

1.3 瘥后防复 瘥后防复此阶段对应 UC 的缓解期,主要以调摄为主,治疗为辅,此时期本质为正气亏虚,需辨别病位、正气亏虚所在^[21]。治疗宜从“补虚”着手,采用温阳、益阴、疏肝、健脾、补肾等方法,佐以活血化瘀,如马齿苋、大血藤、三七之品,联合西药,不可因症状消失、无黏液脓血便而自行停药,仍应按时服药以巩固治疗。《素问·标本病传论》曰:“先泄而后生他病者,治其本。”意思是先治脾胃虚弱之本,使气血充足,余症可缓解,此时,黄雅慧教授使用香砂六君子汤是以健脾益气为基础的,以强脾胃,予以黄芪、党参、茯苓、白

术、山药补益脾土,健脾止泻。若脾肾阳虚,附子、干姜、肉桂都是辛温的,对于命门火衰、中焦虚寒的患者,可以温肾阳、助脾阳,散中焦之寒,补骨脂、肉豆蔻和金樱子,除了温阳外,还具有固涩的意义,兼顾脾、肾、大肠,发挥中温散寒、收敛止泻的作用。此外,黄雅慧主任认为,脾虚、湿蕴是 UC 的主要病机,所以治疗 UC 的关键是健脾,但因久泻缠绵日久,湿热难除,还可夹实热、痰瘀、气郁等,应慎用补泻,以免再生他病、闭门流寇。辨证选择方剂对加强 UC 的治疗效果,防止复发和传变非常重要。

2 病案举例

张某,男,65岁,2021年5月13日初诊。主诉:间断粘液脓血便20年。现病史:20年前患者饮食不洁后大便次数增多,伴粘液、脓血,于当地医院就诊,诊断为“溃疡性结肠炎”多次就诊,但症状反复。现症见:大便不成形,3~4次/日,夹有白色粘液,少量脓血,伴有便前腹痛,便后痛减,食道哽塞不适,呃逆,胃脘怕凉,咽喉异物感,食纳一般,夜休差,夜尿频。舌淡苔白,脉沉细。肠镜示:溃疡性结肠炎。中医诊断为痢疾(脾虚湿蕴)兼肝郁。选用参苓白术散合痛泻要方化裁:党参15g,茯苓30g,炒白术15g,白扁豆10g,陈皮12g,莲子15g,炒山药30g,砂仁6g,炒薏苡仁30g,桔梗12g,白及10g,黄芪30g,木香6g,秦皮10g,炒白芍15g,防风10g,紫苏梗15g,肉桂6g,姜半夏12g,厚朴12g,仙鹤草20g,白头翁15g,三七6g,煅牡蛎30g。14剂,水煎服,每天1剂。配合美沙拉嗪口服。2w后复诊:黏液、脓血明显减少,大便每天2~3次,基本成形,时有肛门下坠感,排便前后无明显腹部不适,食欲改善,夜休改善。中汤药在原方基础上改黄芪30g,肉桂10g,加柴胡10g,补骨脂15g,肉豆蔻12g以健脾止泻;西药给予口服复方谷氨酰胺肠溶胶囊。2w后三诊:大便正常,粘液、脓血基本消失,后期随访患者,巩固治疗两个月后大便无黏液、脓血,述至今未复发。

按语:UC属中医“痢疾”范畴,《黄帝内经》中将其记载为“肠澼”,并指出病因与饮食不节及湿

热下注相关。病名首见于《济生方·痢疾论治》，曰：“今之所谓痢疾者，古所谓滞下是也。”直至明清时期，人们对痢疾的认识逐渐深入，进一步阐发痢疾的病因病机，提出痢有伏积，所谓“无积不成痢”，外感、内伤者，由于人体气盛、气虚的不同，发病有热化、寒化二途^[22]。

患者老年男性，病程已20年、病情缓慢，属于溃疡性结肠炎缓解期，病程日久伤及脾肾，肾阳亏虚，阳虚无以温煦，脾胃运化功能失调，痰湿内生，痰湿下注大肠，加之久病入络，致下利脓血；肝主疏泄、升降气机，气机不畅，土壅木郁，痰气交阻于咽部，故见咽喉异物感、哽塞不适。本病属虚实夹杂证，脾肾虚为本，痰气交阻为标；UC病位于大肠，与肝、脾和肾有关；治疗以健脾益气，柔肝理气化痰为主，佐以清热化瘀。初诊以参苓白术散合痛泻要方加减，党参、茯苓、白术为君，益气健脾渗湿；配伍山药、莲子助君健脾、兼以止泻；扁豆、炒薏苡仁助渗湿，均为臣药；砂仁醒脾和胃，行气化滞为佐药；桔梗载药上行、宣肺利气，培土生金，为佐药；加木香、秦皮以理气止痛，加仙鹤草、白头翁、三七以清热解毒，活血止血，体现“调气行血”；白术补脾，白芍相配柔肝缓急止痛，培土抑木，共奏补脾柔肝之功，防风味辛，能散能行，可疏肝郁、舒脾气，白芍、防风合用以补脾土、调气机以止痛泻^[23-24]。二诊症状基本缓解，改黄芪30g以促进敛疮生肌之效，促进肠道黏膜修复，加肉豆蔻、补骨脂增强温肾助阳、健脾止泻之功。

黄教授认为，UC病位在大肠，与脾、胃相关，迁延不愈涉及肝、肾。“百病皆因脾胃生”，脾胃虚弱是UC的发病基础，外感、内伤、情志、饮食均能损伤脾胃，致脾胃虚弱，运化失司，水湿停滞，久聚成湿，湿滞化热，下注肠道，传导异常，脂络受损，气血停滞，腐朽化脓、化瘀，形成粘液、脓血便。黄雅慧教授在临床上注重调脾胃，指出UC的发病根本是脾胃虚弱，湿热内蕴为发病之标。《难经》载：“见肝之病，知肝传脾，故先实其脾气。”肝属木，木克土，脾虚肝乘，或土壅木郁，久泻脾虚可致情绪不畅，如抑郁、焦虑等，相反情志不遂会加重该病，肝脾相互影响^[25]。因此，在治疗UC时，健脾、疏

肝、益气结合。总之，黄教授临证思维核心是辩证为主，病症结合，标本兼治。

3 结语

临床上，西医治疗溃疡性结肠炎以保护及修复肠粘膜、降低炎症因子以及防治并发症为主，美沙拉嗪是最常用的药物，但西医治疗药物局限、价格昂贵、长期服用副作用明显，且停用后症状易反复，加大了患者的负担^[26]。而中医药防治溃疡性结肠炎方法多，黄雅慧教授在临床上结合“治未病”理论，辨证施治，疗效好，副作用少。

参考文献

- [1] 叶雪珂,单国顺,付郁,等. 溃疡性结肠炎发病机制及中西医治疗的研究进展[J]. 中华中医药学刊,2022,40(9):158-162,281.
- [2] 梁笑楠,尹凤荣,张晓岚. 炎症性肠病诊断与治疗的共识意见(2018年,北京)溃疡性结肠炎部分解读[J]. 临床荟萃,2018,33(11):987-990.
- [3] Adams SM, Bornemann PH. Ulcerative colitis[J]. American Family Physician,2013,87(10):699-705.
- [4] 苏晓兰,国嵩,张涛,等. 炎症性肠病诊治现状及中医药治疗特色与优势[J]. 北京中医药,2020,39(3):211-215.
- [5] 吴晓晴,崔永佳,卢雯平. 基于中医“治未病”理论试析乳腺癌的中医诊疗特点[J]. 吉林中医药,2021,41(12):1558-1561.
- [6] 蒋茜,李保良. 基于“治未病”理论探讨溃疡性结肠炎的防治[J]. 中医临床研究,2020,12(16):70-73.
- [7] 郭淑贞,王伟. 中医证候形成的“三因”理论[J]. 中医杂志,2020,61(17):1493-1497.
- [8] 方震,杨雪,蔺晓源,等. 溃疡性结肠炎的中西医结合治疗研究进展[J]. 湖南中医杂志,2021,37(12):181-183.
- [9] 蒋峰,刘慧泽,陈玉根. 中医辨治溃疡性结肠炎临证摘要[J]. 江苏中医药,2021,53(10):38-40.
- [10] 施俊峰,张怡,程敬,等. 从“脾胃内伤,百病由生”探讨溃疡性结肠炎病机观[J]. 辽宁中医杂志,2022,49(2):48-50.
- [11] Wang YF, Ouyang Q, Hu RW. Progression of inflammatory bowel disease in China[J]. Journal of Digestive Diseases,2010,11(2):76-82.
- [12] 郭富彬,徐伟. 基于中医既病防变思想探讨溃疡性结肠炎复发性预防[J]. 光明中医,2021,36(4):500-

- 503.
- [13] 吴鸿伶. 个性化饮食护理在溃疡性结肠炎患者中的应用效果[J]. 中国民康医学, 2021, 33(13): 183-185.
- [14] 程文芳, 施瑞华. 溃疡性结肠炎患者心理特征的研究[J]. 胃肠病学和肝病杂志, 2007, 16(5): 437-439.
- [15] 周光明. 温针灸联合补脾益肠丸治疗脾肾亏虚型慢性溃疡性结肠炎临床观察[J]. 中国中医药现代远程教育, 2022, 20(3): 121-123.
- [16] 林思睿, 张何骄子, 吴巧凤. 针灸对溃疡性结肠炎小鼠结肠组织中信号转导与转录活化因子 3 和低氧诱导因子-1 α 表达的影响[J]. 针刺研究, 2020, 45(9): 696-701, 719.
- [17] 施鋈男, 崔龙, 张小元, 等. 中药保留灌肠治疗溃疡性结肠炎概况[J]. 中国肛肠病杂志, 2018, 38(1): 56-59.
- [18] 庞佳, 王玥, 黄雅慧. 黄雅慧治疗溃疡性结肠炎经验[J]. 湖南中医杂志, 2019, 35(2): 21-22.
- [19] 张翠霞, 苗子江. 结肠途径治疗溃疡性结肠炎 68 例观察[J]. 中国医学创新, 2010, 7(34): 179-180.
- [20] 顾秀梅. 改变灌肠液温度对治疗溃疡性结肠炎疗效的影响[J]. 医学理论与实践, 2016, 29(8): 1047-1048.
- [21] 管淑媛, 董筠. 基于《内经》“治未病”理论探讨溃疡性结肠炎防治[J]. 辽宁中医药大学学报, 2020, 22(8): 32-35.
- [22] 张晓明, 柳越冬, 都静等. 中医学理论指导下的溃疡性结肠炎病因病机研究进展[J/OL]. 中华中医药学刊, (2023-02-16) [2023-03-02]. <http://kns.cnki.net/kcms/detail/21.1546.r.20230131.1106.001.html>.
- [23] 王福忠. 参苓白术散加减辅治溃疡性结肠炎临床观察[J]. 实用中医药杂志, 2022, 38(9): 1561-1563.
- [24] 周慧文, 王佳佳, 迟莉, 等. 健脾类方剂治疗溃疡性结肠炎的临床研究进展[J]. 中国中医药图书情报杂志, 2022, 46(2): 71-76.
- [25] 黄金科, 唐旭东, 王凤云, 等. 基于《伤寒论》辨证思维探讨溃疡性结肠炎的诊疗思路[J]. 中医杂志, 2022, 63(19): 1829-1833, 1839.
- [26] 吴开春, 梁洁, 冉志华, 等. 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.

(修回日期: 2023-03-02 编辑: 蒲瑞生)