

引用:覃靖燊,张馨月,朱梓铭,等.溃疡性结肠炎中医证候要素及其辨证分型评述[J].陕西中医药大学学报,2024,47(4): 7-11.

溃疡性结肠炎中医证候要素及其辨证分型评述^{*}

覃靖燊 张馨月 朱梓铭 张涛^{**} 江水玉 李绅绅 李清梅

(广西中医药大学附属瑞康医院,广西 南宁 530011)

摘要:溃疡性结肠炎(ulcerative colitis,UC)是一种主要好发于结直肠的粘膜及粘膜下层、病机未明确、病因复杂、癌变率高的慢性炎症性肠病。中医证候要素是辨证的基本要素,其病位及病性证素是证候辨识的病变本质。文章就UC中医证候要素及其辨证分型作一评述,其证候要素以本虚标实为主要特征,病位证素以大肠、脾、胃、肝、肾为主,病性证素以湿、热、毒、瘀、寒、气滞(郁)、阳虚、阴虚、血虚为主,发病特点是以脾虚为本,湿热瘀毒为标。常见中医证型主要有大肠湿热证、热毒炽盛证、寒热错杂证、肝郁脾虚证、脾胃虚弱证、脾肾阳虚证、阴血亏虚证,其中大肠湿热证最多见。

关键词:溃疡性结肠炎;中医证候要素;辨证分型;病位证素;病性证素

中图分类号:R574.62

文献标识码:A

文章编号:2096-1340(2024)04-0007-05

DOI:10.13424/j.cnki.jsctcm.2024.04.002

Review of Traditional Chinese Medicine Syndrome Elements and Differentiation Type of Ulcerative Colitis

QIN Jingshen ZHANG Xinyue ZHU Ziming ZHANG Tao

JIANG Shuiyu LI Shenshen LI Qingmei

(Ruikang Hospital Affiliated to Guangxi University of Chinese Medicine, Nanning 530011, China)

Abstract: Ulcerative colitis (UC) is a chronic inflammatory bowel disease that mainly occurs in the mucosa and submucosa of the colon, with unclear pathogenesis, complex etiology, and high incidence of cancer. The elements of traditional Chinese medicine syndrome are the basic elements of syndrome differentiation, and the location and nature of the disease are the pathological essence of syndrome identification. The article provides a review of the TCM syndrome elements and their differentiation and classification in UC. The syndrome elements are mainly characterized by deficiency in origin and excess in superficiality, while the disease location syndrome elements are mainly in the large intestine, spleen, stomach, liver, and kidney. The disease nature syndrome elements are mainly in dampness, heat, toxin, stasis, cold, Qi stagnation (depression), Yang deficiency, Yin deficiency, and blood deficiency. The pathogenesis is characterized by spleen deficiency as the foundation, and dampness, heat, stasis, and toxin as the criteria. The common traditional Chinese medicine syndrome types mainly include large intestine damp heat syndrome, excessive heat toxin syndrome, mixed cold and heat syndrome, liver depression and spleen deficiency syndrome, spleen and stomach weakness syndrome, spleen and kidney Yang deficiency syndrome, and Yin and blood deficiency syndrome. Among them, large intestine damp heat syndrome is the most common.

Key words: Ulcerative colitis; Traditional Chinese Medicine syndrome elements; Syndrome differentiation and classification; Disease location syndrome elements; Disease nature syndrome elements

^{*} 基金项目:广西自然科学基金项目(2018GXNSFAA281042)

^{**} 通讯作者:张涛,主任医师。E-mail:327664246@qq.com

溃疡性结肠炎(ulcerative colitis, UC)是由多种因素相互作用而引起的一种慢性炎症性肠病(Inflammatory bowel disease, IBD),常表现为结直肠黏膜及黏膜下层的糜烂、溃疡,这主要是因长期的炎症反应而导致的。UC以反复发作的腹痛、腹泻、解黏液脓血便等肠道反应及症状缓解交替为主要临床特点^[1]。近年来,发展中国家的UC发病率呈现出上升的趋势^[2],且西医治疗以对症治疗为主,副作用较多,治愈难度大,对患者的生活质量造成很大的影响。而UC的中医治疗具有独特的优势,不仅能有效缓解UC症状,改善肠道功能,还能减少副作用,提高患者的生存质量^[3-4]。辨证论治是中医治疗的基本原则及特色手段,中医证候要素则是辨证的基本要素,把握UC的中医证候要素及其辨证分型则有助于提高中医辨证论治UC的规范性及有效性。

1 UC的中医学研究

严格来说,溃疡性结肠炎的概念在中医学中并不存在,但可根据如腹痛、腹泻、里急后重、解黏液脓血便等UC的临床表现,将其归属于中医学上的“泄泻”“大瘕泄”“肠风”“痢疾”^[5]等疾病。这些在古代医籍中也有所体现,如《素问·太阴阳明论篇》中提到:“饮食不节,起居不时者,阴受之,……阴受之则人五脏,……下为飧泄。”及《难经·五十七难》中提出:“大瘕泄者,里急后重……”这两条条文明确指出了与UC症状类似的腹泻及里急后重的症状。《济生方·痢疾》中云:“今之所谓痢疾者,古所谓滞下是也。”此条文明确提出了痢疾的命名。《太平圣惠方》中提到:“大肠中久积风冷,中焦有虚热……风冷热毒,搏于大肠,大肠既虚,时时下血,故名肠风也。”这时时下血的症状也与UC症状相类似。这说明虽然古代医籍中对UC病名没有明确记载,但确有相类似的症状记载。

2 UC的中医证候要素研究

中医证候要素是从证候中拆分出来的,由疾病的症状、体征等信息汇集而成的病机单元。在辨证中对证候要素的内容进行灵活的运用,有助于我们更进一步地揭示中医辨证的规律,把握病机特点,提高临床治疗的效果。因此近年来对UC中医证候要素的研究也越来越多。如裴银奇等^[6]通过对2000年1月—2015年12月的相关文献资料进行数据挖

掘后发现UC的病位证素主要集中在脾、肾、肝、胃、大肠。病性证素素主要为湿、火(热)、阳虚、寒、毒、气滞(郁)、气虚、血瘀、阴虚。刘艳等^[7]通过对706例UC患者的病例进行因子分析和复杂网络技术统计,结果显示UC的病位证素包括肠、脾、胃、肝、肾,病性证素包括湿热、寒湿、风寒、气滞、气虚、阳虚、阴虚、血瘀。秦书敏等^[8]通过对104篇文献进行了分析,结果显示脾、大肠、肝、肾、胃和心为UC的总体病位证素;而其病性证素主要以湿、火(热)、气虚、气滞、阳虚、血瘀、毒、寒、阴虚、血虚为主。李鹏帆^[9]则通过对295例UC病例统计分析发现40岁以下的人群是UC的高危人群,男性多因饮食失节,女性多因情志失调。UC的病位主要在大肠,涉及肝脾胃三脏;病性证素包括气虚、阳虚、阴虚、气滞、湿、热,其中湿最为多见。还有李毅^[10]通过对206例老年UC病例进行聚类分析发现,UC的病位证素主要涉及脾、胃、肠、肾、肝5个方面;而病性证素主要涉及气虚、湿、热、阳虚、寒、气滞等9个方面。

综上所述,UC总体的病位证素主要有大肠、脾、胃、肝、肾,病性证素主要涉及湿、热、毒、瘀、寒、气滞(郁)、阳虚、阴虚、血虚。而关于UC中医证候要素的讨论,在古代医籍中也有记载。《诸病源候论》中提到“凡痢皆由荣卫不足,肠胃虚弱,冷热之气乘虚入客于肠间,虚则泄,故为痢也。”这体现了UC的病位以大肠为主,大肠虚弱,则寒热之邪乘虚而袭,导致腹泻。而“泄泻之本,无不由于脾胃”“痢之为证,多本脾肾……”“余知百病生于气也”,这都提示了UC病位虽以大肠为主,但其与脾、胃、肝、肾也有很大的关联。《圣济总录》有云:“夫泻痢两证,皆因肠胃先虚……”中提出了脾胃虚弱为UC发病的基础,脾胃虚弱,无力运化则失其分清泌浊之功,进而导致下痢清谷。“湿胜则濡泻”指出了湿盛困脾则脾虚,升降功能失常,出现腹胀及飧泄等症状。“暴注下迫,皆属于热”则是湿邪郁而化热或内生湿热,湿热壅滞,以致气血凝结,夹杂糟粕化成脓血下注。“又有骤受暑湿之毒,水谷倾囊而出,一昼夜七八十行……此则肠胃为热毒所攻。”则是指因暑湿之毒侵袭,热毒内盛,热郁湿蒸,进而导致腹泻不止。“腹肚作泻,久不愈者,必瘀血为本”指出了久病必瘀,脾虚湿盛日久易郁而化热,阻滞经络,从而化为瘀血,湿热瘀交结导致肠络受伤,出现里急后

重,解黏液脓血便的症状。“寒客下焦,传为濡泻”则指出了寒邪内客于脾,损伤脾阳,使其无力扶助胃气腐熟水谷,导致清浊不分,水入肠间,洞泄如水。“怒则气逆,甚则呕血及飧泄”指出肝气郁滞则失其疏泄,肝气横逆犯脾,脾虚则气机升降失常,出现腹部胀痛,大便稀溏,伴有不消化的食物残渣的症状。以上古代医籍内容不仅体现了湿、热、毒、瘀、寒、气滞(郁)是UC的病性证素,也是其发病因素。还揭示了UC的主要病机特点是以脾虚为本,湿热瘀毒为标^[11]。这也与本文所揭示的UC中医证候要素内容相一致,UC的中医证候要素以本虚标实为主要特征,其病位证素以大肠、脾、胃、肝、肾为主,病性证素以湿、热、毒、瘀、寒、气滞(郁)、阳虚、阴虚、血虚为主。

3 UC的辨证分型

中医辨证分型是中医辨证论治的关键环节,是中医治疗的一个重要原则,是医者根据患者的个体差异,具体症状体征等表现,对其疾病进行辨证分析,确定证型,制定针对性治疗用药的过程,可以提高整体中医治疗的效果。在中医辨证体系中,证候要素是具备动态性的,是具体的基础证,可以根据其病位证素及病性证素的不同组合,从而形成复杂又多变的临床证候类型,这既能充分地体现中医理论思想,又能对中医辨证的规范化有推动作用。所以,根据UC的中医证候要素中病位及病性证素的不同组合,主要可以形成大肠湿热证、热毒炽盛证、寒热错杂证、肝郁脾虚证、脾胃虚弱证、脾肾阳虚证、阴血亏虚共7个UC的中医证型。这7个证型也与《溃疡性结肠炎中医诊疗专家共识意见(2017)》^[12]中所划分的UC中医证型相一致。

3.1 大肠湿热证 常见腹部疼痛,解黏液脓血便,伴见里急后重及肛门烧灼感,舌红苔黄腻,脉滑数。肠镜下多见肠黏膜呈红色,充血水肿,有大面积的溃疡糜烂及大量粘稠的分泌物^[13]。从“痢由湿热所致。或饮食湿热之物,或感受暑湿之气,积于胃肠,……化为败浊……”中可以知道湿热之邪贯穿了UC发病、发展的始终,肠道湿热是引起UC发病的主要因素^[14]。因饮食或外邪等因素导致湿热蕴结,熏蒸胃肠以致肠络受损,夹滞以下利败浊脓血;湿热内盛,气机受阻,升降失常,腑气不通则见腹痛,里急后重及肛门灼热感;湿热熏蒸,伤津则见口干口苦,

邪热外达则见舌红苔黄腻,脉滑数等湿热之象。

3.2 热毒炽盛证 常见高热、腹部胀痛剧烈,口干渴,解脓血便或便血,伴见里急后重,舌红苔黄燥,脉数。肠镜下多见肠黏膜呈暗紫色或深红色,溃疡糜烂的面积较大,可伴见自发性出血或触后易出血^[15]。从“血痢者,热毒折于血,入大肠故也。”中可知热毒是UC的重要病理产物,UC是热毒等多种因素在一定条件作用下所导致的^[16]。由于各种原因导致热毒炽盛,燔灼营血以致血败肉腐而成脓,出现脓血便或便血;胃肠蕴热,热毒炽盛,气血凝结,阻滞气机,气郁则出现高热、腹部胀痛剧烈;火毒炽盛,易伤津耗血则出现舌红苔黄燥,脉数。

3.3 寒热错杂证 常见反复腹部隐痛,畏寒怕冷,饥不欲食,解赤白相间的脓血便并伴有肛门灼热感,舌淡红苔薄黄,脉弦。肠镜多见肠黏膜呈深红色或淡白色,表面粗糙,有假息肉样变,触之易出血,肠腔狭窄^[17]。张旭等^[18]通过对张声生教授治疗UC的经验总结发现寒热错杂与UC的发病密切相关,应用调节寒热来论治UC。这强调了寒热错杂在UC病程中的重要地位。脾虚日久,则湿热内盛,酿生浊毒以阻滞气机,使得阳气输布异常,阳虚则寒邪内生,寒气凝结则腹部隐痛,畏寒怕冷,舌淡红苔薄黄,脉弦;寒邪停滞肠间则解赤白相间的脓血便伴有肛门灼热感;寒邪内盛又反过来耗伤脾阳,所以饥不欲食。

3.4 肝郁脾虚证 常见腹部胀闷、疼痛,胸胁胀满,暖气纳差,解黏液血便,舌淡红苔薄白,脉弦细。肠镜下多见肠黏膜呈暗红色,局部充血水肿、血管模糊^[19]。从“木强侮土,故善泄也。”中可知肝气郁结也是引起UC的一个重要因素^[20]。情志失调则肝气郁结,肝失疏泄则横逆犯脾,使得气机阻滞,出现腹部胀痛,胸胁胀满,暖气;肝旺乘脾则脾虚失其运化,出现纳差,解黏液血便,舌淡红苔薄白,脉弦细。

3.5 脾胃虚弱证 常见腹部隐痛,纳差乏力,解黏液血便,舌淡胖苔薄白,脉细弱。肠镜下多见肠黏膜呈淡红色,水肿并伴有散在片状溃疡及较多分泌物^[21]。“痢由脾弱肠虚……肠虚不复,故赤白连滞”指出了脾胃虚弱为UC发病之本^[22]。脾胃虚弱则运化功能失常,气机阻滞则腹部隐痛,纳差乏力。脾虚则水湿内生,湿邪壅滞气机,通降不利,出现黏液脓血便,舌淡胖苔薄白,脉细弱。

3.6 脾肾阳虚证 常见腹部隐痛,面色㿠白,纳差乏力,形寒肢冷、腰酸膝软,常黎明前泻,大便清晰或夹杂黏液、不消化食物。舌淡胖边有齿痕,苔白,脉沉细。肠镜下多见肠黏膜呈淡红色,局部有溃疡或瘢痕,伴见假性息肉或黏膜桥^[23]。“在脾者病浅,在肾者病深”中指出了UC的发病过程与脾肾阳虚关系密切^[24]。脾虚则升降失常,气机阻滞,出现腹部隐痛;脾虚失其运化输布之功,湿邪内生,日久损其阳气,阳虚则不能腐熟水谷,出现大便清晰或夹杂黏液、不消化食物;脾阳虚衰则不能充养肾阳,久病及肾,肾阳虚则不能温养脾阳使脾更虚,脾失健运,肾失温煦,出现喜温喜按,面色㿠白,纳差乏力,形寒肢冷、腰酸膝软;常黎明前泻,舌淡胖边有齿痕,苔白,脉沉细。

3.7 阴血亏虚证 常见腹部隐痛,头晕面白,心烦不寐,潮热盗汗,解黏液脓血便伴有里急后重。舌红苔少,脉细数。肠镜下常见肠黏膜呈暗红色,局部有糜烂溃疡,表面粗糙伴见较多颗粒样隆起,触之易出血^[25]。“若今之患病最甚者,多见上下皆有热证而实非真热者……烦躁之为阴虚,而飞走之为阳虚也”指出了阴虚与UC病程缠绵难愈有关^[26]。各种原因导致的下利赤白脓血日久,则易耗血伤阴,血虚则不荣养头面,出现头晕面白;阴虚则火旺,虚火内盛,熏蒸血络致血瘀气阻,灼伤肠络,络损血溢,出现腹部隐痛,心烦不寐,潮热盗汗,解黏液脓血便伴有里急后重,舌红苔少,脉细数。

而李毅等^[27]通过对69篇UC文献进行分析,结果发现UC常见中医证型为大肠湿热证、脾胃虚弱证、肝郁脾虚证、脾肾阳虚证、寒热错杂证、血瘀肠络证、阴虚肠燥证,其中大肠湿热证最多见。李格格等^[28]通过对2018年8月—2021年2月辽宁省中医院76例UC病例进行统计发现UC中医证型中大肠湿热证最多见,占35.53%,热毒炽盛证最少,占5.26%,还有肝郁脾虚证、脾虚湿蕴证、脾肾阳虚证、寒热错杂证及阴血亏虚证。姜丰^[29]通过统计分析106列UC病例后发现UC中医证型主要有6种,分别是大肠湿热证、脾虚湿蕴证、脾肾阳虚证、肝郁脾虚证、寒热错杂证、热毒炽盛证,其中大肠湿热证占32.08%,是占比最多的。秦书敏等^[8]通过研究发现,UC中医证型主要以大肠湿热证、脾胃虚弱证、肝郁脾虚证、脾肾阳虚证、瘀阻肠络证、阴血亏虚证、

寒热错杂证为主,其中大肠湿热证是最为常见。且UC活动期以实证为主,多见大肠湿热证;缓解期以虚证为主,多见脾胃虚弱证及脾肾阳虚证;赵志敏^[30]则通过统计145例UC病例发现UC中医证型包括湿热内蕴证、脾胃虚弱证、脾肾阳虚证、肝郁脾虚证、阴血亏虚证及气滞血瘀证。其中UC活动期以湿热内蕴证为主,缓解期以脾胃虚弱证为主。综上所述,UC的常见中医证型有大肠湿热证、热毒炽盛证、寒热错杂证、肝郁脾虚证、脾胃虚弱证、脾肾阳虚证、阴血亏虚,其中大肠湿热证最多见。UC活动期以实证为主,多见大肠湿热证;缓解期以虚证为主,多见脾胃虚弱证。这也与本文运用UC中医证候要素的不同组合所得出的UC中医证型相一致,也进一步说明了中医证候要素在辨证过程中的重要性。

4 总结

UC病程缠绵难愈,易反复发作,其发病机制尚未明确,病因复杂,目前认为是遗传学、免疫反应、肠道菌群、饮食、环境及心理^[31-33]等多种因素相互作用所导致的。本文通过对UC中医证候要素的现代及古代医家研究进行分析发现其中中医证候要素以本虚标实为主要特征,病位证素以大肠、脾、胃、肝、肾为主,病性证素以湿、热、毒、瘀、寒、气滞(郁)、阳虚、阴虚、血虚为主。从UC中医证候要素中可得知UC的发病特点是以脾虚为本,湿热瘀毒为标。中医证候要素之间的有机结合是中医证型的重要构成形式,本文通过对UC中医证候要素的结合及现代医家对UC中医证型的研究综合分析发现UC常见中医证型主要有大肠湿热证、热毒炽盛证、寒热错杂证、肝郁脾虚证、脾胃虚弱证、脾肾阳虚证、阴血亏虚,其中大肠湿热证最多见。UC活动期以实证为主,多见大肠湿热证,缓解期以虚证为主,多见脾胃虚弱证。辨证论治是中医诊疗的核心,而把握中医证候要素是辨证过程中的重要环节,在辨证过程中运用证候要素的内容可以帮助我们更进一步地揭示中医辨证的规律,把握病机特点,有助于提高中医辨证论治UC的规范性及有效性。

参考文献

- [1] 沈洪,唐志鹏,唐旭东,等.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.
- [2] NG SC,SHI HY,HAMIDI N,et al. Worldwide incidence and preva-

- lence of inflammatory bowel disease in the 21st century; a systematic review of population-based studies [J]. Lancet, 2017, 390 (10114): 2769-2778.
- [3] 倪晓霞, 王庆芬, 刘晓玲, 等. 中药保留灌肠治疗溃疡性结肠炎疗效的荟萃分析[J]. 药学服务与研究, 2019, 19(1): 52-58.
- [4] 顾思臻, 薛艳, 张玉丽, 等. 口服中药复方治疗溃疡性结肠炎临床疗效 Meta 分析[J]. 中国中西医结合消化杂志, 2018, 26(12): 981-986.
- [5] TAN SS, WANG ZQ, LI YK, et al. Treatment of ulcerative colitis from heart and spleen [J]. Clin. J. Tradit. Chin. Med, 2020, 32(8), 1438 - 1443.
- [6] 裴银奇, 赵党生, 王子艳. 基于数据挖掘方法对溃疡性结肠炎中医证候要素分布的文献分析[J]. 亚太传统医药, 2017, 13(10): 51-52.
- [7] 刘艳, 李毅, 高麦仓, 等. 基于因子分析和复杂网络技术的溃疡性结肠炎证素分布特点研究[J]. 现代中西医结合杂志, 2019, 28(17): 1825-1828, 1833.
- [8] 秦书敏, 张海燕, 吴皓萌, 等. 基于现代文献的溃疡性结肠炎证候及证素分布特点研究[J]. 环球中医药, 2021, 14(3): 389-394.
- [9] 李鹏帆. 295 例溃疡性结肠炎的临床特点及中医证候研究[D]. 上海: 上海中医药大学, 2020.
- [10] 李毅, 刘艳, 许永攀, 等. 基于因子分析与聚类分析的老年溃疡性结肠炎中医证候特点研究[J]. 山东中医杂志, 2017, 36(9): 756-760, 765.
- [11] 符小聪, 张涛, 邱燕婷, 等. 从“脾虚为本, 湿热瘀毒为标”探讨健脾清热活血方分期论治溃疡性结肠炎的关键问题[J]. 江西中医药, 2020, 51(6): 9-11.
- [12] 张声生, 沈洪, 郑凯, 等. 溃疡性结肠炎中医诊疗专家共识意见 (2017) [J]. 中华中医药杂志, 2017, 32(8): 3585-3589.
- [13] 安彦军, 乔钰. 溃疡性结肠炎中医微观辨证初探[J]. 世界最新医学信息文摘, 2019, 19(63): 248, 252.
- [14] 张天涵, 沈洪, 朱磊. 溃疡性结肠炎大肠湿热证与血液高凝状态的相关性研究[J]. 中华中医药杂志, 2020, 35(8): 4156-4158.
- [15] 韦德锋. 溃疡性结肠炎中医证候与肠镜象相关性研究[D]. 南宁: 广西中医药大学, 2018.
- [16] 乔伊娜, 朱西杰, 李卫强. 朱西杰教授治疗溃疡性结肠炎经验总结[J]. 中国民族民间医药, 2017, 26(11): 86-88.
- [17] 黄晓涛. 活动期溃疡性结肠炎的证型分布及治法规律研究: 附 99 例溃疡性结肠炎临床资料分析[D]. 成都: 成都中医药大学, 2014.
- [18] 张旭, 周强, 吴兵, 等. 张声生从“寒热”“气血”论治溃疡性结肠炎[J]. 中华中医药杂志, 2018, 33(7): 2885-2887.
- [19] 汪浩. 溃疡性结肠炎中医证型与结肠镜象相关性分析[J]. 世界最新医学信息文摘, 2015, 15(51): 133-134.
- [20] 李娜, 郝旭蕊, 李维康, 等. 刘启泉从肝脾论治溃疡性结肠炎经验浅析[J]. 中华中医药杂志, 2020, 35(2): 735-737.
- [21] 张丽娟. 溃疡性结肠炎内镜下表现与中医证型的相关性研究[D]. 济南: 山东中医药大学, 2016.
- [22] 牛少娟, 张晓艳, 丁晓坤, 等. 溃疡性结肠炎病因病机述评[J]. 河南中医, 2019, 39(5): 799-801.
- [23] 汪伟. 溃疡性结肠炎中医虚实证候特点与肠黏膜象、组织病理学相关性研究[D]. 合肥: 安徽中医药大学, 2018.
- [24] 李明坤, 吕冠华. 温阳法辨治溃疡性结肠炎探讨[J]. 山西中医, 2021, 37(9): 1-3.
- [25] 赵新芳, 林红, 周云, 等. 100 例溃疡性结肠炎内镜表现、病理表现与中医证型的关系[J]. 中国医药指南, 2015, 13(23): 187-188.
- [26] 欧智海, 张天彬, 陈国忠, 等. 陈国忠教授治疗溃疡性结肠炎经验[J]. 河北中医, 2020, 42(5): 654-657.
- [27] 李毅, 刘艳, 刘力. 溃疡性结肠炎的中医辨证分型统计分析[J]. 中医药导报, 2016, 22(11): 94-95, 98.
- [28] 李格格, 白光, 焦政. 溃疡性结肠炎中医证型与肠镜象的相关性[J]. 中华中医药学刊, 2022, 40(2): 90-93, 266.
- [29] 姜丰, 王惠娟. 溃疡性结肠炎中医证型与肠外表现的相关性研究[J]. 中国中西医结合消化杂志, 2022, 30(5): 360-363.
- [30] 赵志敏. 溃疡性结肠炎常见中医证型调查及其与肠道菌群的相关性研究[J]. 四川中医, 2021, 39(8): 52-55.
- [31] UNGARO R, MEHANDRU S, ALLEN PB, et al. Ulcerative colitis [J]. Lancet, 2017, 389(10080): 1756-1770.
- [32] 刘新悦, 王天城, 孙娟. 肠道菌群与溃疡性结肠炎关联性的研究进展[J]. 牡丹江医学院学报, 2022, 43(5): 138-141.
- [33] 吴宾, 吴雄健. 饮食在溃疡性结肠炎发病机制中的影响[J]. 赣南医学院学报, 2021, 41(1): 78-85.

(修回日期: 2024-03-27 编辑: 巩振东)