

芍药汤加减联合美沙拉嗪治疗溃疡性结肠炎的临床疗效观察

王威 周至军

300193 天津, 天津中医药大学第一附属医院脾胃科(王威), 老年病科(周至军)

通讯作者: 周至军, Email: zhijun-zhou@sohu.com

DOI: 10.3969/j.issn.1008-9691.2017.03.004

【摘要】 目的 观察中药芍药汤加减联合美沙拉嗪对溃疡性结肠炎(UC)患者的临床疗效。**方法** 采用前瞻性研究方法。选择 2015 年 8 月至 2016 年 8 月天津中医药大学第一附属医院收治的 UC 患者 98 例,按随机数字表法分为观察组与对照组,每组 49 例。对照组给予美沙拉嗪 1 g,每日 3 次;观察组在对照组基础上加服芍药汤(组成:芍药 30 g、黄连 15 g、当归 15 g、槟榔 6 g、大黄 6 g、黄芩 6 g、肉桂 6 g、炙甘草 6 g)加减,每日 1 剂,分早晚 2 次温服;两组疗程均为 6 周。比较两组患者治疗前后血清炎症因子白细胞介素(IL-1、IL-8)、肿瘤坏死因子- α (TNF- α)、C-反应蛋白(CRP)含量的差异,并观察临床疗效及不良反应发生情况。**结果** 两组治疗后血清 IL-1、IL-8、TNF- α 、CRP 含量均较治疗前明显降低,且以观察组的下降程度较对照组更显著[IL-1 (ng/L): 8.48 ± 3.05 比 9.38 ± 3.37 , IL-8 (ng/L): 10.15 ± 2.23 比 11.94 ± 2.30 , TNF- α (μ g/L): 122.13 ± 6.40 比 137.02 ± 7.35 , CRP (mg/L): 7.16 ± 1.93 比 8.02 ± 2.63 , 均 $P < 0.05$]。观察组治疗后总有效率显著高于对照组[91.84% (45/49) 比 77.55% (38/49), $P < 0.05$];观察组和对照组不良反应发生率比较差异无统计学意义[4.08% (2/49) 比 6.12% (3/49), $P > 0.05$]。**结论** 芍药汤加减配合美沙拉嗪治疗 UC 临床疗效显著,且不增加不良反应的发生。

【关键词】 芍药汤; 美沙拉嗪; 溃疡性结肠炎; 白细胞介素; 肿瘤坏死因子- α ; C-反应蛋白

基金项目: 国家中医药管理局科技支撑计划(2013BAI02B05)

An observation on clinical efficacy of paeoniae decoction add and subtract combined with mesalazine for treatment of ulcerative colitis Wang Wei, Zhou Zhijun

Department of Spleen and Stomach, First Affiliated Hospital of Tianjin University of Traditional Chinese Medicine, Tianjin 300192, China (Wang Wei); Department of Geriatrics, First Affiliated Hospital of Tianjin University of Traditional Chinese Medicine, Tianjin 300192, China (Zhou Zhijun),

Corresponding author: Zhou Zhijun, Email: zhijun-zhou@sohu.com

【Abstract】 Objective To investigate the clinical efficacy of paeoniae decoction (PD) add and subtract or modified PD combined with mesalazine for treatment of patients with ulcerative colitis (UC). **Methods** A prospective study was conducted, 98 patients with UC admitted to the First Affiliated Hospital of Tianjin University of Traditional Chinese Medicine from August 2015 to August 2016 were enrolled, and they were divided into an observation group and a control group by random number table, 49 cases in each group. The control group was treated with mesalazine 1 g, 3 times daily; the observation group was treated with paeoniae decoction (ingredients: paeonia 30 g, coptis chinensis 15 g, Chinese angelica 15 g, betel nut 6 g, Chinese rhubarb 6 g, baikal skullcap 6 g, cinnamon 6 g, licorice 6 g) add and subtract, on the basis of treatment of the control group, 1 dose daily, each dose was decocted 2 times and warm decoction was taken once in the morning and once in the evening; the therapeutic course in both group was consecutive 6 weeks. The contents of different inflammatory factors, interleukin (IL-1, IL-8), tumor necrosis factor- α (TNF- α), C-reactive protein (CRP) in serum were compared before and after treatment between the two groups, and the clinical curative effects and adverse reactions were observed in two groups. **Results** After treatment, the levels of serum IL-1, IL-8, TNF- α , CRP in two groups were significantly lower than those before treatment, and the degrees of decrease were more significant in the observation group than those in the control group [IL-1 (ng/L): 8.48 ± 3.05 vs. 9.38 ± 3.37 , IL-8 (ng/L): 10.15 ± 2.23 vs. 11.94 ± 2.30 , TNF- α (μ g/L): 122.13 ± 6.40 vs. 137.02 ± 7.35 , CRP (mg/L): 7.16 ± 1.93 vs. 8.02 ± 2.63 , all $P < 0.05$]. After treatment, the total effective rate in observation group was significantly higher than that in control group [91.84% (45/49) vs. 77.55% (38/49), $P < 0.05$]; the adverse reactions of observation group and control group had no statistical significant difference [4.08% (2/49) vs. 6.12% (3/49), $P > 0.05$]. **Conclusion** The clinical efficacy of add and subtract of paeoniae decoction combined with mesalazine for treatment of ulcerative colitis is prominent, and no increase of adverse reaction occurrence was seen.

【Key words】 Paeoniae decoction; Mesalazine; Ulcerative colitis; Interleukin; Tumor necrosis factor- α ; C-reactive protein

Fund program: Science and Technology Infrastructure Program of State Administration of Traditional Chinese Medicine of China (2013BAI02B05)

溃疡性结肠炎(UC)是临床常见的结肠和直肠慢性炎症性病变,其病因尚不明确,主要与过敏、精神、自身免疫及感染等因素有关^[1]。UC 具有治愈难度大、复发率高的特点,病变主要发生于结肠黏膜,以腹泻、黏液脓血便、腹痛和里急后重为主要临床症状^[2]。UC 的治疗包括手术、一般药物治疗,目前氨基水杨酸盐类、皮质类固醇类和免疫抑制剂仍然是治疗 UC 的主要药物,但因其存在不良反应大、复发率高、用药时间长等问题,使临床应用受到限制^[3]。本研观察芍药汤加美沙拉嗪治疗 UC 的临床疗效,现将结果报告如下。

1 资料与方法

1.1 诊断、纳入、排除标准

1.1.1 诊断标准: 西医诊断参照中华医学会消化病学分会制定的对炎症性肠病诊断治疗规范的建议标准^[4]。病情严重程度分为 3 级,Ⅰ级为轻度:红细胞沉降率(ESR)正常,无发热、贫血或脉搏加快,便血轻或无,腹泻每日少于 4 次;Ⅱ级为中度:介于轻度和重度之间;Ⅲ级为重度:ESR>30 mm/h,血红蛋白(Hb)<100 g/L,脉搏>90 次/min,体温>37.5℃,明显黏液血便,腹泻每日超过 6 次。中医诊断参照《实用中医消化病学》湿热内蕴证相关标准^[5]。症状主要为腹痛、便脓血、赤白相兼、里急后重、肛门后灼、小便短赤、舌苔黄腻、脉弦数。

1.1.2 纳入标准: ① 年龄 18~60 岁;② 符合上述诊断及辨证标准;③ 经内镜、病理组织学及实验室检查明确诊断为 UC;④ 病情严重程度为轻度及中度;⑤ 所有患者均能积极规范治疗 6 周。

1.1.3 排除标准: ① 具有肠道器质性病变;② 曾服用 5-氨基水杨酸与柳氮磺吡啶无效;③ 尚不能完全排除癌症;④ 合并心、肝、肾等严重原发性疾病;⑤ 不能完成试验,中途退出;⑥ 对药物过敏未能完成疗程或有药物禁忌证;⑦ 治疗结束后未按时复查肠镜;⑧ 中途病情加重、需加用糖皮质激素或(和)免疫抑制剂治疗。

1.1.4 伦理学: 本研究符合医学伦理学标准,并经医院医学伦理委员批准,所有治疗和检查方法取得患者或家属知情同意。

1.2 一般资料: 采用前瞻性研究方法。选择 2015 年 8 月至 2016 年 8 月天津中医药大学第一附属医院收治的 98 例 UC 患者,按随机数字表法分为观察组与对照组,每组 49 例。两组性别、年龄、病程等比较差异均无统计学意义(均 $P>0.05$;表 1),说明两组资料均衡,有可比性。

表 1 两组一般资料比较

组别	例数 (例)	性别(例)		年龄 ($\bar{x} \pm s$, 岁)	病程 ($\bar{x} \pm s$, 年)
		男性	女性		
对照组	49	27	22	33.14 $\pm$ 4.78	2.89 $\pm$ 1.43
观察组	49	26	23	32.91 $\pm$ 4.45	2.56 $\pm$ 1.35

1.3 治疗方法: 对照组口服美沙拉嗪(葵花药业集团佳木斯鹿灵制药有限公司,国药准字 H19980148) 1 g,每日 3 次;观察组在对照组治疗基础上加服芍药汤(组成:芍药 30 g、黄连 15 g、当归 15 g、槟榔 6 g、大黄 6 g、黄芩 6 g、肉桂 6 g、炙甘草 6 g);痢下赤多白少,或纯下血痢者,加牡丹皮 9 g、地榆 9 g 凉血止血;热毒重者,可加银花 9 g、白头翁 9 g 增强解毒之力。诸药共水煎,每日 1 剂,分早晚 2 次温服,两组疗程均为 6 周。

1.4 观察指标

1.4.1 血清炎症因子含量测定: 于治疗前和治疗后 6 周取患者静脉血,分离血清,采用酶联免疫吸附试验(ELISA)检测两组治疗前后血清炎症因子白细胞介素(IL-1、IL-8)、肿瘤坏死因子- α (TNF- α)、C-反应蛋白(CRP)含量。

1.4.2 临床疗效及不良反应: 观察两组临床疗效及治疗过程中胃肠道反应、皮疹、轻微头疼等不良反应发生情况。

1.5 疗效判定标准: ① 治愈:舌象、脉象恢复正常,临床主要症状消失,复查结肠镜提示结肠黏膜恢复正常;② 有效:舌象、脉象基本恢复正常,临床主要症状基本消失,复查结肠镜提示结肠黏膜轻度炎症反应或假息肉形成;③ 无效:治疗前后临床症状无改善,复查结肠镜提示无显著变化。总有效率=治愈率+有效率。

1.6 统计学处理: 使用 SPSS 20.0 统计软件处理数据,符合正态分布的计量资料以均数 $\pm$ 标准差($\bar{x} \pm s$)表示,采用 t 检验;计数资料采用 χ^2 检验。 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组血清炎症因子含量比较(表 2): 治疗前两组血清 IL-1、IL-8、TNF- α 、CRP 含量比较差异均无统计学意义(均 $P>0.05$),治疗后均较治疗前明显降低,且以观察组的降低程度更显著(均 $P<0.05$)。

2.2 两组临床疗效比较(表 3): 观察组治疗总有效率明显高于对照组($P<0.05$)。

2.3 不良反应: 观察组治疗过程中有 1 例出现胃部不适,偶有恶心,调整中药服用时间后上述症状改善,1 例出现轻微头痛,未予特殊干预后逐渐缓解;

对照组 1 例出现双上肢散在红色皮疹,动态观察 1 d 后自行消退,2 例轻微头疼,不影响继续治疗。两组皆无其他严重不良反应,且两组间不良反应发生率比较差异无统计学意义($P>0.05$;表 4)。

表 2 两组血清炎症因子含量比较($\bar{x} \pm s$)

组别	时间	例数(例)	IL-1 (ng/L)	IL-8 (ng/L)
对照组	治疗前	49	11.43 ± 5.43	19.20 ± 4.32
	治疗后	49	9.38 ± 3.37 ^a	11.94 ± 2.30 ^a
观察组	治疗前	49	12.34 ± 4.53	19.31 ± 5.22
	治疗后	49	8.48 ± 3.05 ^{ab}	10.15 ± 2.23 ^{ab}
组别	时间	例数(例)	TNF- α (μ g/L)	CRP (mg/L)
对照组	治疗前	49	185.13 ± 36.52	11.60 ± 2.52
	治疗后	49	137.02 ± 7.35 ^a	8.02 ± 2.63 ^a
观察组	治疗前	49	188.20 ± 35.32	11.90 ± 2.42
	治疗后	49	122.13 ± 6.40 ^{ab}	7.16 ± 1.93 ^{ab}

注:与治疗前比较,^a $P<0.05$;与对照组比较,^b $P<0.05$

表 3 两组临床疗效比较

组别	例数(例)	临床疗效[例(%)]			总有效率 [% (例)]
		治愈	有效	无效	
对照组	49	11 (22.45)	27 (55.10)	11 (22.45)	77.55 (38)
观察组	49	14 (28.57)	31 (63.27)	4 (8.16)	91.84 (45) ^a

注:与对照组比较,^a $P<0.05$

表 4 两组治疗过程中不良反应发生情况比较

组别	例数(例)	不良反应(例)			不良反应发生率 [% (例)]
		胃肠道反应	皮疹	轻微头疼	
对照组	49	0	1	2	6.12 (3)
观察组	49	1	0	1	4.08 (2)

3 讨论

随着人们生活水平的不断提高和饮食结构的改变,UC 在我国的发病率也呈不断上升趋势。UC 是炎症性肠病的一个主要类型,是一种原因不明、主要发生于结肠或直肠部位的慢性非特异性肠道炎症,其主要临床表现为腹痛、腹泻、便血等,肠道细菌感染可能是诱发炎症性肠病的重要因素^[6]。UC 可发生于任何年龄,无性别差异,且病程长、易反复发作。

UC 的发病机制可能与肠道黏膜组织免疫功能下降、肠道内慢性持续性感染、炎症介质增多有密切关系。IL-6 及 TNF- α 等因子参与了肠道炎症的发生发展,可促进和加重炎症级联反应,介导 UC 的发生^[7]。药物的有效治疗,能显著降低患者 TNF- α 和 IL-8 水平,减轻炎症反应,可能是其治疗 UC 的机制之一^[8]。血清 CRP 水平可反映 UC 患者病情活动情况及严重程度^[9]。研究表明,UC 的发病机制与炎症介质生成增多及免疫功能异常有关,如可抑制或阻断特异受体和免疫反应,可使 UC 患

者的病情得到有效缓解^[10-11]。给予 UC 患者糖皮质激素^[12]、氨基水杨酸制剂、免疫抑制剂等治疗可缓解和有效控制病情,恢复并维持肠道功能,提高患者生活质量,但其疗程长、复发率较高且不良反应明显而限制了临床的使用^[3]。

中医学将 UC 归属于痢疾、腹痛、泄泻、肠风等病症范畴,其发病多因素体脾气不足,寒温失宜,感受湿热之邪,下注大肠,致腑气失调,湿热与气血相搏,化为黏液血便;或因过食生冷肥甘,损伤脾胃,脾运失健,湿浊壅塞肠道,郁而化热,热伤血络,化为脓血;同时与肝也有一定的关系^[13]。UC 的主要病机为湿热蕴结肠道,气血失调。中医辨证施治主要抓住湿、热、瘀 3 种病邪,以祛湿清热解毒、化瘀止血为基本组方原则,选择具有清热解毒、行气止痛、益气生肌、清肠止泻功效的药物,以达到攻补兼施,扶正祛邪的目的^[14]。另外有研究表明,中药对肠黏膜屏障具有保护作用,其机制可能是通过促进肠黏膜内杯状细胞大量增生,增加肠腔内黏液的分泌,通过清除肠道、肝脏和血浆中的氧自由基从而起到保护肠黏膜的作用^[15]。中药和中西医结合治疗在我国临床应用较普遍,中药疗效明显^[16],且有研究表明,中西医结合临床疗效优于单纯西药治疗^[17]。Gong 等^[18]发表了 1 篇关于复方苦参肠溶片治疗 UC 的临床随机对照试验(RCT),用复方苦参肠溶片治疗湿热瘀积型患者其有效性及安全性与美沙拉嗪相似。本研究加用的中药方剂中,黄芩与黄连性味苦寒,可清热燥湿解毒,从而解除致病之因;芍药养血和营、缓急止痛,配以当归活血养血;木香与槟榔行气导滞,以上 4 种药物配合使用,可调和气血。大黄性本苦寒沉降,联合黄芩或黄连则可清热燥湿,联合当归或白芍则可活血行气,加用肉桂可起到辛热温通的作用,不仅可助当归、白芍行血和营,而且可以防止呕逆拒药。诸药合用,可使湿去热清,气血调和,故下痢可愈。清热利湿法治疗大肠湿热证 UC 疗效明显,中药具有调节免疫、抑制炎症反应的作用,且毒副作用更低^[19]。

本研究结果显示,治疗后两组患者血清炎症因子 IL-1、IL-8、TNF- α 、CRP 含量较治疗前显著降低,且以观察组的下降程度更显著,两组治疗期间均未见明显不良反应,表明在西药治疗基础上加用芍药汤可以显著抑制 UC 患者 IL-1、IL-8、TNF- α 、CRP 的生成,减轻炎症反应,且不增加不良反应的发生。

综上所述,在西药治疗基础上加用芍药汤治疗

UC 疗效显著,可改善患者临床症状,有效降低多种血清炎性因子含量,但并不增加不良反应的发生,安全性较好,值得临床推广应用。

参考文献

- [1] 陈利坚,叶斌. 加味芍药汤联合美沙拉嗪治疗溃疡性结肠炎的疗效及对患者血清炎症因子的影响 [J]. 中华中医药学刊, 2014, 32 (5): 1042-1043.
Chen LJ, Ye B. Modified peony decoction combined with mesalazine in treatment of ulcerative colitis and its effect on serum inflammatory factors [J]. Chin Arch Tradit Chin Med, 2014, 32 (5): 1042-1043.
- [2] 王新月. 溃疡性结肠炎中西医结合治疗优势与对策 [J]. 中国中西医结合杂志, 2008, 28 (9): 779-780. DOI: 10.3321/j.issn:1003-5370.2008.09.002.
Wang XY. Advantage and strategy of integrative medicine in treating ulcerative colitis [J]. CJITWM, 2008, 28 (9): 779-780. DOI: 10.3321/j.issn:1003-5370.2008.09.002.
- [3] 孙达龙,陈凤媛,潘勤聪. 溃疡性结肠炎的药物治疗现状 & 进展 [J]. 中华全科医师杂志, 2014, 13 (11): 916-919. DOI: 10.3760/cma.j.issn.1671-7368.2014.11.012.
Sun DL, Chen FY, Pan QC. Current status and progress in the treatment of ulcerative colitis [J]. Chin J Gen Pract, 2014, 13 (11): 916-919. DOI: 10.3760/cma.j.issn.1671-7368.2014.11.012.
- [4] 中华医学会消化病学分会. 对炎症性肠病诊断治疗规范的建议 [J]. 中华消化杂志, 2001, 21 (4): 236-239.
Chinese Digestive Disease Association. Recommendations for the diagnosis and treatment of inflammatory bowel disease [J]. Chin J Dig, 2001, 21 (4): 236-239.
- [5] 李乾构,周学文,单兆伟. 实用中医消化病学 [M]. 北京: 人民卫生出版社, 2001: 446-462.
Li QG, Zhou XW, Shan ZW. Practical Chinese medicine gastroenterology [M]. Beijing: People's Medical Publishing House, 2001: 446-462.
- [6] 梁丽丽. 肠道细菌感染与炎症性肠病的关系研究 [J]. 实用检验医师杂志, 2016, 8 (2): 87-90. DOI: 10.3969/j.issn.1674-7151.2016.02.007.
Liang LL. The investigation of relationship between intestinal microflora and inflammatory bowel disease [J]. J Pract Lab Med, 2016, 8 (2): 87-90. DOI: 10.3969/j.issn.1674-7151.2016.02.007.
- [7] 曹秀红,张学彦,张晓娜. 白介素在溃疡性结肠炎发病机制中的研究进展 [J]. 世界华人消化杂志, 2011, 19 (30): 3143-3148.
Cao XH, Zhang XY, Zhang XN. Progress in understanding the role of interleukins in the pathogenesis of ulcerative colitis [J]. World Chin J Digestol, 2011, 19 (30): 3143-3148.
- [8] 王海英,师娜. 奥沙拉嗪治疗溃疡性结肠炎临床疗效及血清 IL-8、TNF- α 的变化观察 [J]. 临床和实验医学杂志, 2014, 13 (15): 1268-1270. DOI: 10.3969/j.issn.1671-4695.2014.15.019.
Wang HY, Shi N. Clinical efficacy of olsalazine for treatment of ulcerative colitis and variations on serum IL-8 and TNF- α [J]. J Clin Exp Med, 2014, 13 (15): 1268-1270. DOI: 10.3969/j.issn.1671-4695.2014.15.019.
- [9] 墙登梅. 血清 C 反应蛋白检测对评价溃疡性结肠炎病情的价值临床研究 [J]. 临床和实验医学杂志, 2012, 11 (3): 193-194. DOI: 10.3969/j.issn.1671-4695.2012.03.018.
Qiang DM. Clinical study on the value of serum C reactive protein test in evaluating the condition of ulcerative colitis [J]. J Clin Exp Med, 2012, 11 (3): 193-194. DOI: 10.3969/j.issn.1671-4695.2012.03.018.
- [10] 陈仲广,李鹏,汪斌. 白头翁汤治疗溃疡性结肠炎的临床应用及作用机制研究进展 [J]. 世界中西医结合杂志, 2013, 8 (1): 94-96. DOI: 10.3969/j.issn.1673-6613.2013.01.035.
Chen ZG, Li P, Wang B. The magazine, with Baitouweng Decoction in the treatment of ulcerative colitis clinical application and mechanism research progress of traditional Chinese medicine and Western medicine [J]. World J Integr Tradit West Med, 2013, 8 (1): 94-96. DOI: 10.3969/j.issn.1673-6613.2013.01.035.
- [11] 于海食,洪缨,王玉蓉. 溃疡性结肠炎发病机制 [J]. 实用医学杂志, 2010, 26 (2): 323-325. DOI: 10.3969/j.issn.1006-5725.2010.02.079.
Yu HS, Hong Y, Wang YR. Pathogenesis of ulcerative colitis [J]. J Pract Med, 2010, 26 (2): 323-325. DOI: 10.3969/j.issn.1006-5725.2010.02.079.
- [12] 江学良,权启镇,孙自勤,等. 糖皮质激素对重度溃疡性结肠炎患者淋巴细胞粘附分子表达的影响 [J]. 中华危重病急救医学, 1998, 10 (6): 366-367.
Jiang XL, Quan QZ, Sun ZQ, et al. Effect of glucocorticoids on the expression of lymphocyte adhesion molecules in patients with severe ulcerative colitis [J]. Chin Crit Care Med, 1998, 10 (6): 366-367.
- [13] 陈锦锋,陈建林,韩宇斌,等. 芍药汤合白头翁汤治疗轻中度溃疡性结肠炎 (湿热内蕴型) 30 例疗效观察 [J]. 新中医, 2008, 40 (7): 47-48. DOI: 10.3969/j.issn.0256-7415.2008.07.030.
Chen JF, Chen JL, Han YB, et al. The treatment of mild to moderate ulcerative colitis Peony Decoction Pulsatilla Decoction (damp heat syndrome) clinical observation of 30 cases [J]. J New Chin Med, 2008, 40 (7): 47-48. DOI: 10.3969/j.issn.0256-7415.2008.07.030.
- [14] 潘启明,朱怀珍,何东亮,等. 中西医结合治疗溃疡性结肠炎 35 例 [J]. 中国中西医结合急救杂志, 2008, 15 (1): 19. DOI: 10.3321/j.issn:1008-9691.2008.01.019.
Pan QM, Zhu HZ, He DL, et al. Treatment of 35 cases of ulcerative colitis with integrated traditional Chinese and western medicine [J]. Chin J TCM WM Crit Care, 2008, 15 (1): 19. DOI: 10.3321/j.issn:1008-9691.2008.01.019.
- [15] 陈德昌,景炳文,杨兴易,等. 大黄对肠黏膜屏障保护作用的机制探讨 [J]. 中华危重病急救医学, 1996, 8 (8): 449-450.
Chen DC, Jing BW, Yang XY, et al. Protective mechanism of rhubarb on intestinal mucosal barrier [J]. Chin Crit Care Med, 1996, 8 (8): 449-450.
- [16] 杨风利,于婧辉. 摄血复肠汤灌肠联合回医按摩与各单用法治疗溃疡性结肠炎的疗效比较 [J]. 中国中西医结合急救杂志, 2015, 22 (6): 619-621. DOI: 10.3969/j.issn.1008-9691.2015.06.016.
Yang FL, Yu JH. A clinical observation on efficacy of enema of Shexue Fuyang decoction combined with massage of Hui medicine for treatment of patients with ulcerative colitis [J]. Chin J TCM WM Crit Care, 2015, 22 (6): 619-621. DOI: 10.3969/j.issn.1008-9691.2015.06.016.
- [17] 代文英,梁佳勤,许梦珂. 中西医结合治疗溃疡性结肠炎 80 例疗效观察 [J]. 内蒙古中医药, 2014, 33 (25): 37. DOI: 10.3969/j.issn.1006-0979.2014.25.035.
Dai WY, Liang JM, Xu MK. Curative effect observation of 80 cases of ulcerative colitis treated by combination of TCM and Western medicine [J]. Nei Mongol J Tradit Chin Med, 2014, 33 (25): 37. DOI: 10.3969/j.issn.1006-0979.2014.25.035.
- [18] Gong Y, Zha Q, Li L. Efficacy and safety of Fufangkushen colon-coated capsule in the treatment of ulcerative colitis compared with mesalazine: a double-blinded and randomized study [J]. J Ethnopharmacol, 2012, 141 (2): 592-598. DOI: 10.1016/j.jep.2011.08.057.
- [19] 刘思邈,唐艳萍. 清热利湿法治疗大肠湿热证溃疡性结肠炎 30 例 [J]. 中国中西医结合外科杂志, 2012, 18 (5): 441-444. DOI: 10.3969/j.issn.1007-6948.2012.05.003.
Liu SM, Tang YP. Clearing away heat and eliminating dampness in the treatment of 30 cases ulcerative colitis patients with large intestinal damp heat syndrome [J]. Chin J Surg Integr Tradit West Med, 2012, 18 (5): 441-444. DOI: 10.3969/j.issn.1007-6948.2012.05.003.

(收稿日期: 2017-05-11)