

本文引用:高 勇, 李克亚, 王真权. 王真权教授运用复方芩柏汤治疗湿热蕴结型溃疡性结肠炎的临床经验[J]. 湖南中医药大学学报, 2023, 43(1): 132-137.

王真权教授运用复方芩柏汤治疗湿热蕴结型 溃疡性结肠炎的临床经验

高 勇¹, 李克亚², 王真权^{2*}

1. 宁乡市人民医院, 湖南 宁乡 410600; 2. 湖南中医药大学第二附属医院, 湖南 长沙 410005

〔摘要〕 王真权教授认为溃疡性结肠炎急性活动期的病机关键在于“湿热”, “湿热”“气滞”“血瘀”贯穿溃疡性结肠炎急性活动期的全过程, 治疗应以清热燥湿为主, 行气止痛、化瘀止血为辅。强调: (1) 辨病辨证相结合。辨病是基础, 明确溃疡性结肠炎的疾病诊断后再辨证, 才能抓住其本虚标实的特点, 对其活动期和缓解期特点的认识更加准确, 使治疗更加具体。 (2) 湿热蕴结是溃疡性结肠炎急性活动期的关键病机, 湿热即是重要病因, 也是急性活动期致病的关键病机。 (3) 清热燥湿、顺势而为是溃疡性结肠炎急性活动期的关键治法。溃疡性结肠炎急性活动期发病初期以湿热蕴结为主, 而后湿阻气机, 瘀滞肠腑以致于血败肉腐。故临证之时应以清热燥湿为本, 以调和气血为辅, 祛除湿热之关键病因, 断瘀血之来路, 如此顺势而为, 防止病情进一步进展。 (4) 衷中参西、内外合治是溃疡性结肠炎急性活动期的重要治疗手段。通过中医辨证论治, 将复方芩柏汤颗粒剂通过口服和(或)保留灌肠的方式使药物直达病所, 改善黏膜屏障, 修复病变黏膜, 以达到治疗的目的。

〔关键词〕 溃疡性结肠炎; 复方芩柏汤; 王真权; 湿热蕴结; 辨证论治; 临床经验; 医案

〔中图分类号〕 R256

〔文献标志码〕 B

〔文章编号〕 doi:10.3969/j.issn.1674-070X.2023.01.021

Professor WANG Zhenquan's experience in treating ulcerative colitis of damp-heat accumulation pattern with Compound Qinbo Decoction

GAO Yong¹, LI Keya², WANG Zhenquan^{2*}

1. People's Hospital of Ningxiang, Ningxiang, Hunan 410600, China; 2. The Second Hospital of Hunan
University of Chinese Medicine, Changsha, Hunan 410005, China

〔Abstract〕 Professor WANG Zhenquan believes damp heat is the critical pathogenesis in the acute active stage of ulcerative colitis, and the damp heat exists throughout the stage with qi stagnation and blood stasis. The treatment should be clearing heat and drying dampness, supplemented by circulating qi, relieving pain, transforming stasis and stopping bleeding. He emphasizes as followed. Firstly, combine disease differentiation with pattern differentiation, with disease differentiation as the foundation. The key features of deficient root and excess tip can be known more accurately and treated more specifically in both active and remission stages when identifying the patterns are identified after definite diagnosis of ulcerative colitis. Secondly, in the acute active stage of ulcerative colitis, damp-heat accumulation is the critical pathogenesis because damp heat is both the key etiology and pathogenesis. Thirdly, the key method is to clear heat, dry dampness and follow the

〔收稿日期〕 2022-05-23

〔基金项目〕 湖南省中医药管理局项目(2021020); 长沙市自然科学基金项目(kq2202482); 湖南省自然科学基金项目(S2012J5043); 湖南省中医药管理局一般项目(201786)。

〔第一作者〕 高 勇, 女, 硕士, 主治医师, 研究方向: 肛肠疾病的中医药防治。

〔通信作者〕 * 王真权, 男, 主任医师, 博士研究生导师, E-mail: wangzhenquan123456@163.com。

progress. In the early acute active stage, damp-heat accumulation is the main pathogenesis followed by obstructed qi activity due to dampness, leading to stasis obstruction in the intestine and bloody abscess. So, he mainly treats by clearing heat and drying dampness, supplemented by harmonizing qi and blood in order to get rid of the key pathogen, damp heat, which may avoid the static blood. Such is the way to follow the progress of pathogenesis and to prevent development. Fourthly, the vital therapy is to integrate Chinese and western medicine and to combine oral administration and external application. Based on pattern differentiation, Compound Qinqin Decoction granule is taken both by oral administration and retention enema so that it can get to the diseased area directly, then improve the mucosal barrier and repair diseased mucosa, and finally cure the disease.

[**Keywords**] ulcerative colitis; Compound Qinqin Decoction; WANG Zhenquan; damp-heat accumulation; treatment based on pattern differentiation; clinical experience; medical case

溃疡性结肠炎归属于中医学“肠澼”“赤白”“赤沃”“痢疾”“泄泻”等范畴^[1],是一种常累及结、直肠黏膜及黏膜下层的慢性非特异性炎症性疾病,发病从直肠往上,呈倒灌性,可遍及全结肠,呈弥漫分布。临床上以腹痛、腹泻、黏液脓血便、里急后重等为主要症状,伴随不同程度的全身症状,病程冗长,迁延难愈,严重影响患者的生活质量^[2-3]。

王真权教授从事肛肠疾病的中医药防治临床、教学工作 30 余年,注重理论与实践相结合,善于治疗溃疡性结肠炎,临床经验丰富。王教授认为,溃疡性结肠炎的急性活动期病机关键在于“湿热”,“湿热”“气滞”“血瘀”贯穿于溃疡性结肠炎急性活动期的全过程,治疗应以清热利湿为主、行气活血为辅,采用复方芍药汤口服和(或)保留灌肠。此法与刘完素在《素问·病机气宜保命集》中提出的“行血则便脓自愈,调气则后重自除”有异曲同工之妙^[4]。兹将王教授治疗溃疡性结肠炎的经验总结如下。

1 辨病辨证相结合

辨病是着重于疾病病理变化全过程的认识,强调疾病的现象、本质及内在的生理病理变化规律;辨证则是侧重于疾病某阶段病理反映的概括,重点考虑的是某一个阶段病理变化的本质^[5]。正如徐大椿《兰台轨范·序》中所述:“欲治病者,必先识病之名。能识病名,而后求其病之所由生。知其所由生,又当辨其生之因各不同,而病状所由异,然后考其治之之法。”王教授认为,辨病是基础,只有明确了“病”再去辨证,更有利地抓住疾病自身的特点,才能对疾病的认识更加准确,使治疗更加具体,临证需将辨病、辨证相结合^[6]。

王教授认为,溃疡性结肠炎发病包括活动期和

缓解期,总属本虚标实之证,标实关键在于湿热蕴结大肠,本虚多与脾胃虚弱有关,且为其迁延不愈的关键,饮食不节、情志不畅是重要的发病诱因^[7]。正如高鼓峰《医宗己任篇·痢疾》中指出:“至损庵以为种种痢疾,总由湿热入胃。”《诸病源候论·痢疾诸候》云:“凡痢皆由荣卫不足,肠胃虚弱,冷热之气乘虚入,客于肠间,肠虚则泄,故为痢也。”《素问·太阴阳明论》云:“食饮不节,起居不时者,阴受之。阳受之则入六腑,阴受之则入五脏。入六腑则身热不时卧,上为喘乎。入五脏则瞋满闭塞,下为飧泄,久为肠澼。”对于溃疡性结肠炎的治疗,急性活动期发病特点表现为湿热蕴结大肠,气机壅滞,传化失司,可致腹痛、腹泻;湿性重浊黏滞,症见大便黏滞不爽,病程缠绵难愈,肢体困重,纳呆,脘腹痞满;湿热壅滞肠腑日久,搏血成瘀,脉络受伤,肠腑受扰,肠络脂膜受损,症见黏液脓血便,肛门灼热,里急后重,舌质红,苔黄腻,脉弦滑数^[8]。王教授认为溃疡性结肠炎急性活动期治疗以祛邪为要,治宜清热化湿、行气活血。发病日久,病情反复,迁延不愈,进入缓解期,治疗应以扶正为主。缓解期的主要病机为脾虚湿恋,故脾虚湿蕴证最常见。因患病日久,脾失健运,水湿运化不利,湿滞大肠,症见大便黏滞不爽或大便溏泄,脘腹痞满,胀闷不舒,食少纳呆,舌质淡红,舌体胖或有齿印,苔薄白或薄黄,脉细弱或濡缓。治当健脾益气、清热化湿。亦可因湿热内蕴日久,脾虚久泄,损伤脾阳,阴寒内盛,伤及肾阳,脾肾阳虚,症见完谷不化,滑脱不禁,形寒肢冷,腹痛喜温喜按,或腰膝酸软,舌质淡胖,边有齿痕,苔薄白润,脉沉细。证属脾肾阳虚,治宜健脾补肾、温阳化湿^[9-10]。或脾肾阳虚,温煦失职,寒气凝滞,筋脉失于温养,故畏冷肢凉,土不制水,郁久化热,外寒内热,寒热错杂,症见下痢稀薄,形寒肢

冷,四肢不温,腹部灼热,烦渴,舌质红或淡红,苔薄黄,脉弦或弦细。证属寒热错杂,治宜温中补虚、清热化湿、调和寒热^[11-13]。将溃疡性结肠炎辨病与辨证相结合,根据其急性活动期及缓解期的不同发病特点,在辨证论治的基础上进行最具体的治疗。

2 湿热蕴结是急性活动期的关键病机

王教授认为,溃疡性结肠炎急性活动期时,湿热蕴结肠道,气血失调,迫血妄行,肠络损伤,湿热既是重要病因,也是急性活动期致病的关键病机。溃疡性结肠炎急性活动期症见黏液脓血便、腹痛、腹泻、肛门灼热、里急后重、口苦纳差、小便短赤、舌红苔黄腻、脉细滑数^[14]。溃疡性结肠炎活动期湿邪偏盛,易伤脾胃,脾胃运化失司,脾虚生湿,郁而发热,伤及肠道,传化失常,则有腹泻、腹痛;湿性重浊趋下,气机不畅,则有纳差、里急后重,如《素问·阴阳应象大论》中载:“湿盛则濡泻”。刘完素《素问·玄机原病式》记载:“然诸泻痢皆兼于湿,今反言气燥者,谓湿热甚于肠胃之内,而肠胃怫热郁结,而又湿主乎痞,以致气液不得宣通,因以成肠胃之燥,使烦渴不止也。”湿邪郁久化热,溃疡性结肠炎急性活动期则表现为湿热熏蒸肠道,脉络受伤,气血瘀滞,化为脓血,故可见黏液脓血便、肛门灼热、小便短赤,如《诸病源候论·痢疾诸候·脓血痢候》言:“积热蕴结,血化为脓,肠虚则泄,故成脓血痢也。”朱丹溪《丹溪心法·痢九》指出:“赤痢乃自小肠来,白痢乃自大肠来,皆湿热为本,赤热。”《类证治裁·痢疾论治》中言痢疾:“症由胃腑湿蒸热壅,致气血凝结,挟糟粕积滞,进入大小腑,倾刮脂液,化脓血下注。”脾虚则脉细,舌红苔黄腻、脉滑数均乃湿热之象^[15]。

3 清热燥湿、顺势而为是急性活动期的关键治法

王教授认为,清热燥湿、顺势而为是溃疡性结肠炎急性活动期的关键治法。湿热阻滞气机,气滞血行受阻,瘀血壅滞肠腑,肠道失司,血败肉腐。同时,湿热之邪久蕴肠腑亦可直接伤及血络或阻滞气机,导致瘀血的产生。正如北宋杨士瀛在《仁斋直指方·治痢要诀》指出“痢出于积滞”“物积欲出,气滞而不与之出,故下坠里急,乍起乍出,日夜凡百余度。病

家所请,莫不求其止,孰知物积气滞致有如是之证耶?”朱丹溪《丹溪心法·痢九》所云:“赤白者,属气血受病;赤黑相兼,属湿热。”王清任《医林改错·隔下逐瘀汤所治症目》记载:“泻肚日久,百方不效,是总提瘀血过多,亦用此方。”《沈氏尊生书》中曰:“诸痢,暑湿病也,大抵痢之疡根,皆由湿蒸热壅,以致气血凝滞,渐至肠胃之病。”“湿热”“气滞”“血瘀”是溃疡性结肠炎急性发作期的重要病因病机。现代研究显示^[16],肠道炎症状态可激活纤溶-凝血级联反应,使机体处于高凝状态,血管中微血栓形成,血栓加重肠黏膜缺血、缺氧,使肠黏膜进一步损伤,两者相互作用,形成恶性循环。溃疡性结肠炎患者肠镜下可见病变黏膜粗糙、血管网紊乱,均为肠络瘀滞的表现。故辨证不仅局限于当下,亦要顺势而为,以清热燥湿为本,以调和气血为辅。湿热得以清除,关键病因得以去除,犹如釜底抽薪,气血得调,断瘀血之来路,使得气血运行畅达,达到“血行而不越,血止而不凝”的状态,使机体阴阳平衡得以恢复,防止病情进一步发展^[17]。王教授根据多年临床经验总结出以清热利湿、行气止痛、化瘀止血为主的复方芩柏汤,是治疗溃疡性结肠炎急性活动期湿热蕴结证的有效验方,该方在临床治疗中取得了良好疗效^[18-25]。

复方芩柏汤是在古方止痛如神汤的基础上化裁而来,中药组成:黄芩 12 g、黄柏 12 g、秦艽 10 g、当归 10 g、桃仁 10 g、防风 10 g、苍术 10 g、槟榔 10 g、泽泻 10 g、制大黄 10 g、延胡索 10 g。方中黄芩、黄柏性味苦寒,入大肠经,功擅清热燥湿、泻火解毒,为君药;防风、秦艽胜湿止痛,泽泻利水渗湿为臣药;延胡索、槟榔行气活血止痛,当归、桃仁活血祛瘀,大黄泻火解毒,导热外出,归大肠经,并有凉血祛瘀的作用,为佐使药。诸药合用,补泻并举,泻中有补,共奏清热燥湿、行气活血、止血镇痛之功,故下痢可愈^[26-27]。研究发现,方中苍术^[28]、当归^[29]、黄芩^[30]单用时均具有缓解炎症、保护肠道黏膜的作用。防风^[31]可通过调节结肠黏膜水通道蛋白 AQP4 和 AQP8 表达促进黏膜修复。现代药理学认为,复方芩柏汤颗粒剂口服和(或)保留灌肠可以改善肠黏膜屏障,利于肠上皮细胞增殖,从而增强黏膜屏障防御能力^[32]。复方芩柏汤对溃疡性结肠炎的治疗作用可能与其促进溃疡局部血运,促进溃疡面修复功能有关^[32],且其安全性较

高^[33]。复方芩柏汤改善肠黏膜屏障、促进溃疡修复功能作用的发挥可能与诸多信号通路及炎症因子相关,如PI3K/AKT-mTOR信号通路^[18]、TLR2/IkB- α /IL-1 β 信号通路^[25]、p38MAPK信号通路^[21],以及Th17/Treg细胞分化的特异性转录因子ROR γ t、Foxp3^[20],炎症因子(肿瘤坏死因子- α 、白细胞介素-6、白细胞介素-17、超敏C反应蛋白等)^[19]等。

4 衷中参西、内外合治是急性活动期的重要治疗手段

在溃疡性结肠炎的治疗中,王教授常常强调中医药的运用,他提倡以中医临床思维为指导,结合西医现代治疗仪器和手段,将内服与外治法相结合,使药物直达病所,快速发挥药效,调节肠道免疫反应,改善肠道微环境。同时,因结直肠血管丰富,血液循环活跃,药液在肠道内能被组织充分吸收,保持最佳效能,促进病变肠黏膜的溃疡愈合,修复黏膜屏障^[34]。王教授认为,中药汤剂口服及保留灌肠操作简单,实用性强,疗效确切,在临床中使用较易推广。冷雪媛等^[14]发现,中药治疗溃疡性结肠炎时,黏膜病变部位的药物浓度与黏膜修复和病灶的消除呈正相关。杨曼曼等^[23]临床研究显示,复方芩柏汤颗粒剂保留灌肠时,在不同浓度下(6%、12%、24%),12%疗效最佳。对于局限于直肠(E1型)的轻-中度溃疡性结肠炎患者,王教授采用复方芩柏汤颗粒剂保留灌肠。对病变累及左半结肠或全结肠(E2、E3型)的轻-中度患者采用复方芩柏汤颗粒剂口服联合保留灌肠。复方芩柏汤颗粒剂灌肠液制作方法:将12g复方芩柏汤颗粒剂用200mL生理盐水溶解稀释,温度保持至37~39℃,备用。保留灌肠操作方法:灌肠前嘱患者排空大小便,嘱患者取左侧卧位,将一次性灌肠器肛管前端用石蜡油浸润后沿肛门轻插入直肠约15cm处,将药液灌入直肠,以患者感觉下腹部温暖、舒适为宜,控制灌肠速度每分钟70滴左右,30min内灌完即可,灌肠结束后嘱患者平卧位,臀部及床尾抬高10cm,使中药药液与肠壁充分接触,卧床休息2~3h,每日早晚各1次,连续1个月。根据患者耐受情况,初次灌肠时可酌情减少灌肠药量,后续逐步增加剂量。灌肠过程中若出现腹痛加剧、心慌不适、呼吸不畅等情况,应立即停止灌肠,并采取相应

急救措施。复方芩柏汤颗粒剂口服时,每日3次,每次6g。服用过程中如若出现胃脘部不适或既往有慢性胃炎等病史患者,建议其饭后服用。

5 医案举隅

5.1 广泛结肠炎案

张某,女,21岁。初诊:2018年2月24日。主诉:腹痛、腹泻、黏液脓血便6年,加重1个月。患者于2012年3月于外院行电子结肠镜检查示:结肠肝曲至直肠黏膜散在糜烂灶,以乙状结肠、直肠部位最严重,部分融合成片。提示:溃疡性结肠炎。遂予莎尔福1g口服,每日3次。腹痛、黏液脓血便减少,病情缓解。近年来,症状反复且逐渐加重。1个月前,因进食生冷食物后,上述症状再发加重,遂前来就诊。症见:大便2~3次/d,少量黏液,夹杂脓血,有排便不净感,黏滞不爽,伴腹痛,肠鸣音亢进,情绪不佳,舌质红,苔黄腻,脉弦滑。体格检查:生命体征平稳,左下腹有轻度压痛。中医诊断:久痢(湿热蕴结)。西医诊断:溃疡性结肠炎(E3型)。治法:清热燥湿、行气活血。拟复方芩柏汤口服联合保留灌肠,将6g复方芩柏汤颗粒剂用100mL生理盐水溶解稀释进行口服,每日3次,同时,将12g复方芩柏汤颗粒剂用200mL生理盐水溶解稀释,温度保持至37~39℃,进行保留灌肠,每日早晚各1次,疗程1个月。并嘱患者调畅情志,高热量、高营养、低纤维清淡饮食,规律作息,切勿过度劳累。辨证分析本病病机以湿热为本,病势缠绵难愈,治疗以清热燥湿为法。患者肠鸣音亢进,情绪不佳,考虑伴有肝郁气滞,治疗需兼顾行气活血。

二诊:2018年3月27日。患者自诉黏液脓血便、腹痛较前缓解,肠鸣音亢进较前少见,较前易控制情绪。舌质红,苔黄腻,脉弦滑。药物及使用方法同前。

三诊:2018年4月26日。患者大便1次/d,成形,肉眼未见黏液脓血便,无明显腹痛及肠鸣音亢进,舌红,苔薄白,脉滑。分析患者病已向愈,继予复方芩柏汤颗粒剂保留灌肠,并停用口服汤剂,药物使用方法同前。

四诊:2018年5月26日。患者大便成形,1次/d,无腹痛、腹胀、肠鸣音亢进等不适症状,未见黏液脓

血便。继予复方芩柏汤颗粒剂保留灌肠,连续巩固治疗 1 个月后,无任何不适,随访 1 年未再复发。

按:患者平素饮食不洁,喜食生冷之品,不洁饮食伤脾败胃,脾失健运,湿邪内生,郁久化热,热迫大肠,肠络受损,故见下利脓血、黏滞不爽。情绪欠佳,肝气郁滞,阻滞气机,不通则痛,则见腹痛、肠鸣音亢进等症状。同时湿热易阻滞气机,加重气机郁滞,形成恶性循环。治疗时既要以湿热为本清热利湿,又需兼顾行气活血,清热利湿治其本,气行则血行防止疾病进一步发展,达到治疗效果。同时,从本病的发病特点和调摄预防的角度出发,考虑患者平素饮食不洁、情志不畅,嘱咐患者食用高热量、高营养、低纤维清淡食物、规律作息并及时疏导情绪,以上生活调摄方法对于疾病的恢复尤其重要。

5.2 左半结肠炎案

黄某,男,30 岁。初诊:2019 年 7 月 20 日。主诉:腹泻、黏液脓血便 4 个月余,加重 1 周。患者平素易怒,4 个月前,与家人发生争执后开始出现大便次数增多,4~5 次/d,可见黏液脓血便,自行口服头孢克肟胶囊后,效果不明显,病情持续。1 周前,进食辛辣食物后症状加重,遂前来就诊。症见:大便 6~7 次/d,黏液脓血便并左下腹痛及里急后重,偶有腹胀,无发热,情绪一般,舌质红,苔黄腻,脉滑数。体格检查:生命体征平稳,左下腹轻压痛。肠镜示:直肠、乙状结肠黏膜可见弥漫、连续性充血水肿。提示:溃疡性结肠炎。病理诊断:(直肠、乙状结肠)黏膜固有层内可见大量中性粒细胞,隐窝急性炎性细胞浸润并可见隐窝脓肿。中医诊断:泄泻(湿热蕴结)。西医诊断:溃疡性结肠炎(E2 型)。治法:清热燥湿、行气活血。拟复方芩柏汤保留灌肠,将 12 g 复方芩柏汤颗粒剂用 200 mL 生理盐水溶解稀释,温度保持至 37~39℃,进行保留灌肠,每日早晚各 1 次,疗程 1 个月。并嘱患者调畅情志,高热量、高营养、低纤维清淡饮食,规律作息,切勿过度劳累。辨证分析本病病机为饮食不洁,湿热下注,蕴结大肠,治疗以清热燥湿为主。因患者发病诱因与情绪失疏有关,治疗过程中调节情志至关重要。

二诊:2019 年 8 月 19 日。患者自诉腹泻次数较前减少,4~5 次/d,黏液脓血便较前缓解,舌脉同前。继予复方芩柏汤颗粒剂保留灌肠,药物使用方

法同前。

三诊:2019 年 9 月 18 日。患者自诉大便成形,2 次/d,无腹痛,未见明显黏液脓血便,舌红,苔薄白,脉弦滑。建议患者继续予复方芩柏汤颗粒剂保留灌肠 1 个月,药物使用方法同前。随访至今,未见复发。

按:患者平素情绪欠佳,易怒,肝气横逆犯脾,脾失健运,湿热内生,湿热下注,蕴结大肠,肠络损伤,积热蕴结,血化为脓,故可见腹泻、黏液脓血便及里急后重。治疗应以清热燥湿为主,考虑患者情绪调节较差,且饮食不节,治疗过程中规律健康饮食及适时的情绪疏导及管理极其重要。

6 结语

本文简要介绍了王真权教授对溃疡性结肠炎的认识与临证经验。清热燥湿、行气止痛、顺势而为是王教授根据溃疡性结肠炎急性活动期的发病特点及多年临床经验总结出来的主要治疗思想。王教授认为,湿热蕴结是急性活动期的关键病机,“湿热”“气滞”“血瘀”贯穿溃疡性结肠炎急性活动期的全过程。因此,临床中根据不同患者的差异运用复方芩柏汤口服和(或)保留灌肠使药物直达病所、内外同调治疗湿热蕴结型溃疡性结肠炎,临床获益颇多。

参考文献

- [1] 张阳,王允亮,王志斌,等.溃疡性结肠炎病机特点探讨[J].中医杂志,2022,63(5):488-490.
- [2] 中华医学会外科学分会结直肠外科学组,中国医师协会肛肠医师分会炎症性肠病专业委员会.中国溃疡性结肠炎外科治疗指南[J].中华炎性肠病杂志,2022,6(1):7-16.
- [3] KUCHARZIK T, KOLETZKO S, KANNENGISSER K, et al. Ulcerative colitis—diagnostic and therapeutic algorithms[J]. Deutsches Arzteblatt International, 2020, 117(33/34): 564-574.
- [4] 龙丹,朱莹.从伏毒论治溃疡性结肠炎[J].南京中医药大学学报,2022,38(6):550-553.
- [5] 余利华,杨东杰,赵辉.基于圆运动理论运用加味白头翁汤治疗溃疡性结肠炎大肠湿热型临床研究[J].广西中医药,2022,45(1):8-11.
- [6] 尹园缘,宾东华,刘颖,等.溃疡性结肠炎病证结合动物模型的制备与评价[J].中国实验方剂学杂志,2022,28(15):207-215.
- [7] 谭思思,王真权,李克亚,等.从心脾论治溃疡性结肠炎[J].中医药临床杂志,2020,32(8):1438-1443.
- [8] 王东,张胜威,王华胜,等.消溃方灌肠治疗溃疡性结肠炎湿热内蕴证临床研究[J].河南中医,2022,42(10):1543-1546.
- [9] 杨一天,叶蔚,俞尚德.从肠腑论治溃疡性结肠炎经验分析[J].浙

- 江中医杂志,2022,57(8):563-564.
- [10] 梁运特,孙平良.肖振球教授辨证治疗溃疡性结肠炎经验[J].河北中医,2021,43(1):18-20.
- [11] 刘嫣然.溃疡性结肠炎中医体质、中医证型分布规律及其相关性研究[D].济南:山东中医药大学,2021.
- [12] 李影迪,梁茂新.溃疡性结肠炎中医辨证存在的问题与对策[J].中华中医药杂志,2021,36(12):7212-7215.
- [13] 郭 淳.基于文献及病例回顾的溃疡性结肠炎中医治法规律研究[D].广州:广州中医药大学,2021.
- [14] 冷雪媛,范 恒,陈倩云.范恒教授复方苦参汤治疗溃疡性结肠炎临床经验[J].光明中医,2021,36(18):3073-3075.
- [15] 周一多,易浩然,贾明艳,等.清热燥湿类经典方剂治疗溃疡性结肠炎的研究进展[J].实用中西医结合临床,2022,22(4):126-128.
- [16] 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.
- [17] 苏晓兰,杨 晨,张 涛,等.魏玮从“虚、滞、郁、瘀”论治溃疡性结肠炎经验[J].中医药导报,2021,27(2):185-187,192.
- [18] 肖 佑,肖 超,肖 戈,等.复方芩柏颗粒剂通过靶向干预 miR-199-3p 对溃疡性结肠炎的改善作用[J].中国临床药理学杂志,2020,36(9):1100-1103.
- [19] 李克亚,王真权,张佳敏.复方芩柏颗粒剂对溃疡性结肠炎大鼠结肠组织中 ROR γ t、Foxp3 表达的影响[J].中成药,2019,41(6):1411-1415.
- [20] 李克亚,王真权,张佳敏.芩柏汤对溃疡性结肠炎大鼠病理损伤的干预研究[J].中医药导报,2019,25(5):47-50.
- [21] 陆文洪,罗雯鹏,王真权.复方芩柏颗粒剂对溃疡性结肠炎大鼠结肠黏膜 p-p38MAPK、CK2 表达的影响[J].湖南中医杂志,2018,34(4):136-137.
- [22] 肖 超,王真权.复方芩柏汤对溃疡性结肠炎大鼠肠黏膜屏障的影响[J].湖南中医杂志,2017,33(7):170-172.
- [23] 杨曼曼,罗雯鹏,李克亚,等.芩柏颗粒保留灌肠治疗湿热蕴结型溃疡性结肠炎 37 例临床观察[J].湖南中医杂志,2017,33(12):10-12.
- [24] 张佳敏.芩柏汤联合美沙拉嗪对溃疡性结肠炎大鼠血清炎症因子的影响[D].长沙:湖南中医药大学,2019.
- [25] 刘 雯,侯晨辉,李 江.芩柏汤通过调节 TLR2/I κ B- α /IL-1 β 通路保护溃疡性结肠炎大鼠肠黏膜的研究[J].中成药,2022,44(8):2659-2663.
- [26] 王海萍.清热化湿饮联合针刺治疗溃疡性结肠炎临床疗效及对血清炎症因子的影响[J].湖北中医药大学学报,2020,22(2):78-80.
- [27] 赵洪超,关书博,王 丹.黄柏不同炮制方法对溃疡性结肠炎小鼠药效的影响[J].世界中医药,2021,16(4):608-611.
- [28] 林 雄,瞿领航,许 静,等.苍术挥发油和苍术醇提取物对溃疡性结肠炎模型小鼠的改善作用及其效果比较[J].吉林大学学报(医学版),2022,48(5):1247-1255.
- [29] HUANG Y J, ZHANG Y F, WAN T, et al. Systems pharmacology approach uncovers Ligustilide attenuates experimental colitis in mice by inhibiting PPAR γ -mediated inflammation pathways[J]. Cell Biology and Toxicology, 2021, 37(1): 113-128.
- [30] 张 霞,杜文泽,赵汉清,等.汉黄芩苷对溃疡性结肠炎大鼠促炎因子、氧化应激标志物水平的影响及黏膜修复作用[J].中国老年学杂志,2022,42(12):2994-2998.
- [31] 屈 映,张书信,傅丽元,等.荆芥、防风对溃疡性结肠炎大鼠结肠黏膜 AQP4 和 AQP8 表达的影响[J].中国中药杂志,2020,45(15):3719-3725.
- [32] 邓 鹏,王晓燕,唐 凯,等.复方芩柏颗粒剂口服配合保留灌肠治疗溃疡性结肠炎 36 例[J].湖南中医杂志,2015,31(4):54-55.
- [33] 陆文洪,罗雯鹏,肖 戈.芩柏加减方治疗溃疡性结肠炎效果及安全性观察[J].世界中医药,2022,17(8):1110-1113.
- [34] 赵 颖,张小琴.中医药修复肠黏膜屏障治疗溃疡性结肠炎的研究进展[J].中国中医急症,2021,30(5):936-940.

(本文编辑 周 旦)