

本文引用:徐春霞,李荣军,杨小丽,王健,杨燕.从肺论治以荆芥连翘方结合针刺鬼眼穴治疗溃疡性结肠炎的临床观察[J].湖南中医药大学学报,2023,43(2):338-342.

从肺论治以荆芥连翘方结合针刺鬼眼穴治疗 溃疡性结肠炎的临床观察

徐春霞¹,李荣军¹,杨小丽¹,王健¹,杨燕²

1.泸州市中医医院脾胃病科,四川 泸州 646000;2.泸州市中医医院麻醉科,四川 泸州 646000

〔摘要〕 **目的** 观察从肺论治以荆芥连翘方结合针刺鬼眼穴治疗溃疡性结肠炎的临床效果。**方法** 将泸州市中医医院于2020年2月至2021年5月收治的101例溃疡性结肠炎患者,以随机数字表法分为对照组(51例)与观察组(50例),对照组给予美沙拉嗪灌肠治疗,观察组在对照组基础上给予荆芥连翘方结合针刺鬼眼穴治疗,两组均连续治疗1个月。比较两组治疗后的临床疗效、不良反应,治疗前后的中医证候积分、结肠镜检查结果评分(the baron score, Baron)、结肠黏膜愈合情况评分(colonic mucosal healing score, Geboes)及血清中肠道黏膜屏障功能指标D-乳酸(D-lactic acid, D-LA)、二胺氧化酶(diamine oxidase, DAO)的变化,随访1年观察两组疾病复发情况。**结果** 观察组总有效率为96.00%,对照组总有效率为84.31%,观察组总有效率高于对照组($P<0.05$)。治疗后,两组患者中医证候总积分、Baron评分、Geboes评分、D-LA及DAO水平均较治疗前下降($P<0.05$),且观察组患者治疗后中医证候总积分、Baron评分、Geboes评分、D-LA及DAO水平均低于对照组($P<0.05$)。两组均未见严重不良反应;观察组治疗后1年疾病复发率低于对照组($P<0.05$)。**结论** 从肺论治以荆芥连翘方结合针刺鬼眼穴治疗溃疡性结肠炎临床效果显著,患者疾病好转,恢复较好,且无严重不良反应,1年复发率低,安全可靠。

〔关键词〕 溃疡性结肠炎;美沙拉嗪;从肺论治;荆芥连翘方;针刺鬼眼穴;疗效;复发率;中医证候积分

〔中图分类号〕 R256.3

〔文献标志码〕 B

〔文章编号〕 doi:10.3969/j.issn.1674-070X.2023.02.026

Treatment of ulcerative colitis with Jingjie Lianqiao Decoction in combination with acupuncture at Guiyan (LU 11 and SP 1) from the viewpoint of "treating lung primarily"

XU Chunxia¹, LI Rongjun¹, YANG Xiaoli¹, WANG Jian¹, YANG Yan²

1. Department of Spleen and Stomach Diseases, Luzhou Hospital of Chinese Medicine, Luzhou, Sichuan 646000, China;

2. Department of Anesthesiology, Luzhou Hospital of Chinese Medicine, Luzhou, Sichuan 646000, China

〔Abstract〕 **Objective** To observe the clinical efficacy of Jingjie Lianqiao Decoction in combination with acupuncture at Guiyan (LU 11 and SP 1) in the treatment of ulcerative colitis from the viewpoint of "treating lung primarily". **Methods** A total of 101 patients with ulcerative colitis admitted to Luzhou Hospital of Chinese Medicine from February 2020 to May 2021 were randomly divided into control group (51 cases) and observation group (50 cases). The control group was treated with mesalazine enema, and the observation group was treated with Jingjie Lianqiao Decoction combined with acupuncture at Guiyan (LU 11 and SP 1) additionally. Both groups were treated continuously for one month. The clinical efficacy and adverse reactions of the two groups after treatment were compared. Before and after treatment, the TCM pattern score, Baron score, the colonic mucosal healing score (Geboes), and the serous levels of D-lactic acid (D-LA) and diamine oxidase (DAO) which were the indices of the intestinal mucosal

〔收稿日期〕 2022-07-01

〔基金项目〕 四川省中医药管理局科学技术研究专项课题(2020JC0071)。

〔第一作者〕 徐春霞,女,硕士研究生,主治医师,研究方向:脾胃病及肝病的中西医结合诊治,E-mail:412891308@qq.com。

barrier function were assessed respectively. The disease recurrence was observed in the two groups after 1 year of follow-up. **Results** The total effective rate in the observation group which was 96.00%, was higher than that in control group which was 84.31% ($P<0.05$). After treatment, the total score of TCM pattern, Baron score, Geboes score, D-LA and DAO levels of the patients in the two groups decreased compared with those before treatment ($P<0.05$), and these indices in observation group after treatment were lower than those in control group ($P<0.05$). No serious adverse reactions were observed in both groups. The recurrence rate of the disease in observation group was lower than that in control group one year after treatment ($P<0.05$). **Conclusion** Application of Jingjie Lianqiao Decoction combined with acupuncture at Guiyan (LU 11 and SP 1) in the treatment of ulcerative colitis from the viewpoint of "treating lung primarily" is safe and reliable, which can effectively improve the clinical symptoms and promote the recovery, with no serious adverse reactions and low one-year recurrence rate.

[**Keywords**] ulcerative colitis; mesalazine; viewpoint of "treating lung primarily"; Jingjie Lianqiao Decoction; acupuncture at Guiyan (LU 11 and SP 1); clinical efficacy; recurrence rate; TCM pattern score

溃疡性结肠炎病因尚不明确,属于结肠慢性非特异性炎症性疾病,腹泻、腹痛、黏液脓血便为该病主要临床症状^[1]。近年来,该病发病率呈上升趋势,对患者健康造成危害。有学者指出,该病发生与患者的精神心理因素相关^[2]。目前,临床治疗溃疡性结肠炎多采取药物治疗,美沙拉嗪为较为常用的抗炎药物,其治疗效果较好,给予患者美沙拉嗪灌肠治疗,可较好改善患者临床病症^[3]。但单纯西药治疗溃疡性结肠炎临床疗效并未达到最佳,且存在复发风险,故而在西药基础上给予患者中医治疗方案^[4]。中医学对溃疡性结肠炎认识较深,关于该病记载较多^[5]。临床发现,溃疡性结肠炎大肠湿热证为临床常见中医证型,既往中医辨证治疗多以祛湿清热解毒之法^[6]。中医学认为,肺与肠关系密切,若肺功能正常,则肠运化正常。从肺论治溃疡性结肠炎,以荆芥连翘方、针刺鬼眼穴治疗该病均能宣肺肃肺,改善肺之功效,通畅气机,改善肠之功效,达到治疗目的。本次纳入101例溃疡性结肠炎患者,分组探究从肺论治以荆芥连翘方结合针刺鬼眼穴的治疗效果与作用机制,报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

将泸州市中医医院于2020年2月至2021年5月收治的101例溃疡性结肠炎患者纳入本次实验,以随机数字表法分为对照组(51例)与观察组(50例)。观察组:女性19例,男性31例,年龄20~57(39.54±4.52)岁,病程0.5~4(1.99±0.47)年;严重程

度:轻度30例,中度20例。对照组:女性19例,男性32例,年龄21~59(39.66±4.49)岁,病程0.5~5(1.96±0.50)年;严重程度:轻度31例,中度20例。两组患者年龄、性别、疾病严重程度等一般资料比较,差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。该研究已通过本院伦理委员会批准(批准号:20200219),所有患者均已自愿签署知情同意书。

1.2 病例选择标准

1.2.1 诊断标准 西医诊断标准以《炎症性肠病诊断与治疗共识意见》^[7]中记载的溃疡性结肠炎诊断标准为主:患者持续反复腹泻、黏液脓血便伴腹痛。中医诊断标准以《溃疡性结肠炎中西医结合诊治共识》^[8]诊断溃疡性结肠炎大肠湿热证。主症:腹痛腹泻、黏液脓血便、里急后重、肛门灼痛、舌苔黄厚/腻;次症:小便短赤、口干口苦、脉滑数/濡数。

1.2.2 纳入标准 (1)符合上述中西医诊断标准;(2)年龄20~60岁;(3)均为轻中度活动期溃疡性结肠炎;(4)患者自愿接受本次治疗。

1.2.3 排除标准 (1)病情严重者;(2)合并肿瘤者;(3)合并其他胃肠疾病者;(4)哺乳者、妊娠者;(5)精神异常者。

1.3 治疗方法

1.3.1 对照组 采取美沙拉嗪灌肠液(生产厂家:Vifor AG Zweigniederlassung Medicheemie Ettingen,规格:4 g/支,批号:20150127)灌肠治疗,于睡前左侧位,给予患者60 g美沙拉嗪灌肠液摇匀后于患者肛门缓慢挤入直肠内,灌肠后保持左侧位姿势30 min以上,每日1次,治疗1个月。

1.3.2 观察组 采取美沙拉嗪灌肠液灌肠,方法同对照组,并结合荆芥连翘方与针刺鬼眼穴治疗。荆芥连翘方:荆芥炭 12 g,白头翁 30 g,炒薏苡仁 20 g,仙鹤草 15 g,防风 15 g,黄芩 15 g,连翘 15 g,炒白术 15 g,炒党参 15 g,当归 15 g,黄连 12 g,枳壳 10 g,白芷 10 g,桔梗 10 g,黄芪 10 g,川芎 9 g,柴胡 9 g,血竭 3 g,甘草 6 g。随症加减中药:腹胀严重者加莱菔子 20 g、槟榔 15 g;腹痛严重者加延胡索 20 g、徐长卿 15 g;脓血严重者加地榆炭 12 g、白及 10 g;乏力严重者加黄芪 20 g;泻下清稀者加柯子肉 8 g、乌梅 9 g。本方每味中药均来源于泸州市中医医院中药房,均经医院中药鉴定专家鉴定确认,由中药房统一煎制(水煎 300 mL,武火煮沸,文火慢煮,每剂煎 2 次),每日 1 剂,分 2 次服用。针刺治疗:取鬼眼穴(隐白和少商),采取 0.25 mm×25 mm 一次性毫针顺经斜刺 5 mm,采用平补平泻法、小幅度捻转手法,以患者感受胀麻感为准,并留针 20 min,隔日针刺。治疗 1 个月。

1.4 观察指标

(1)治疗后,评估两组患者的临床疗效^[9]。完全缓解:患者腹痛腹泻、黏液脓血便、肛门灼痛、口干口苦等症状全部消失,结肠镜结果显示患者肠黏膜基本恢复正常;有效:患者腹痛腹泻、黏液脓血便、肛门灼痛、口干口苦等显著好转,结肠镜显示患者肠黏膜明显改善;无效:未达到以上指标的标准。总有效率=完全缓解率+有效率。(2)治疗前后,评估两组患者中医证候积分(腹痛腹泻、黏液脓血便、肛门灼痛、口干口苦等)改善情况,采取积分形式^[10]:无症状 0 分,轻度症状 1 分,中度症状 2 分,重度症状 3 分,总分越低表示症状越轻。(3)治疗前后,对两组患者的结肠镜检查结果进行评分(the baron score, Baron)^[11]:黏膜图像正常为 0 分,轻度病变为 3 分,中度病变为 6 分,重度病变为 9 分,分值越高表示黏膜病变越严重。(4)治疗前后,评估两组患者的结肠黏膜愈合情况评分(colonic mucosal healing score, Geboes)^[12]:该项分值越低,表示患者结肠黏膜越好。(5)治疗前后,采用酶联免疫吸附法测定 D-乳酸(D-lactic acid, D-LA)、二胺氧化酶(diamine oxidase, DAO)水平^[13]。(6)比较两组患者的不良反应,如恶心、呕吐等。(7)随访 1 年,比较两组患者的 1 年疾病复发情况。

1.5 统计学方法

采用 SPSS 24.0 软件进行统计学分析。计量资料以“ $\bar{x} \pm s$ ”的形式表示,满足方差齐性和正态分布时,采用 t 检验;计数资料以“例(%)”表示,采用 χ^2 检验。以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者的临床疗效比较

观察组总有效率为 96.00%,对照组总有效率为 84.31%,观察组总有效率高于对照组($P < 0.05$)。详见表 1。

表 1 两组患者的临床疗效比较[例(%)]

组别	<i>n</i>	完全缓解	有效	无效	总有效率/%
对照组	51	31(60.78)	12(23.53)	8(15.69)	84.31
观察组	50	38(76.00)	10(20.00)	2(4.00)	96.00
χ^2 值					3.865
<i>P</i> 值					0.049

2.2 两组患者治疗前后中医证候总积分比较

治疗前,两组患者中医证候总积分比较,差异无统计学意义($P > 0.05$)。治疗后,两组患者中医证候总积分均低于治疗前($P < 0.05$),且观察组低于对照组($P < 0.05$)。详见表 2。

表 2 两组患者治疗前后中医证候总积分比较($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	<i>n</i>	治疗前	治疗后	<i>t</i> 值	<i>P</i> 值
对照组	51	10.12±0.56	3.95±0.45	60.730	0.000
观察组	50	9.98±0.61	1.56±0.39	83.052	0.000
<i>t</i> 值		1.202	28.500		
<i>P</i> 值		0.235	0.000		

2.3 两组患者治疗前后 Baron 评分、Geboes 评分比较

治疗前,两组患者 Baron 评分、Geboes 评分比较,差异均无统计学意义($P > 0.05$)。治疗后,两组患者 Baron 评分、Geboes 评分均低于治疗前($P < 0.05$),且观察组均低于对照组($P < 0.05$)。详见表 3。

2.4 两组患者治疗前后 D-LA 及 DAO 水平比较

治疗前,两组患者 D-LA 及 DAO 水平比较,差异均无统计学意义($P > 0.05$)。治疗后,两组患者 D-LA 及 DAO 水平均低于治疗前($P < 0.05$),且观察组均低于对照组($P < 0.05$)。详见表 4。

表 3 两组患者治疗前后 Baron 评分、Geboes 评分比较($\bar{x}\pm s$, 分)

组别	n	Baron 评分		t 值	P 值	Geboes 评分		t 值	P 值
		治疗前	治疗后			治疗前	治疗后		
对照组	51	3.63±0.55	1.09±0.26	29.817	0.000	3.02±0.49	0.82±0.25	28.561	0.000
观察组	50	3.61±0.53	0.48±0.10	41.035	0.000	3.00±0.50	0.44±0.20	33.614	0.000
t 值		0.186	15.618			0.203	8.443		
P 值		0.853	0.000			0.839	0.000		

表 4 两组患者治疗前后 D-LA 及 DAO 水平比较($\bar{x}\pm s$)

组别	n	D-LA/(mmol/L)		t 值	P 值	DAO/(IU/mL)		t 值	P 值
		治疗前	治疗后			治疗前	治疗后		
对照组	51	7.20±0.81	5.36±0.55	13.421	0.000	7.60±0.88	5.61±0.25	15.535	0.000
观察组	50	7.19±0.80	3.18±0.35	32.472	0.000	7.58±0.85	4.00±0.44	26.448	0.000
t 值		0.062	23.812			0.116	22.550		
P 值		0.950	0.000			0.908	0.000		

2.5 两组患者的不良反应情况比较

两组均未见如恶心、呕吐等严重不良反应。

2.6 两组患者治疗后 1 年复发情况比较

治疗后 1 年,对照组复发 5 例(9.80%),观察组无复发(0.00%),观察组复发率低于对照组($\chi^2=5.157$, $P=0.023$)。

3 讨论

溃疡性结肠炎为西医病名^[14],《古今医鉴》卷八曰:“夫肠澼者,大便下血也”。中医学将其归属于“痢疾”“泄泻”“便血”“肠澼”范畴^[15-17]。本病发病病机较为复杂,与外邪(寒、风、暑、燥、湿、火)关系密切^[18-20]。《灵枢·论疾诊尺》记载:“春伤于风,夏生后泄肠澼”,其指出外邪入侵机体而发生泄泻、肠澼。《幼科全书》记载:“如泄泻黄稠,腹痛作热……此湿热也”,可见湿热之邪为诱导该病的主要因素。溃疡性结肠炎大肠湿热证较为多见,故而临床多从湿热着手论治。《素灵微蕴》卷四记载:“肺与大肠表里同气,肺气化精,滋灌大肠,则肠滑便易。”本研究认为,肺和中焦脾胃关系密切,肺失宣降则津液异常,气滞湿阻,久而化热,湿热蕴肺下移肠间,大肠失司,气滞血凝、血败肉腐、化脓而引发溃疡性结肠炎。故而从肺论治,采取荆芥连翘方治疗溃疡性结肠炎大肠湿热证^[21]。其中,荆芥炭可发表、祛风、理血;白头翁可清热解毒、凉血止痢;炒薏苡仁可健脾利水、利湿、清热;仙鹤草可收敛止血、补虚;防风可收敛止泻、止痛止血;黄芩可清热燥湿、凉血、泻火解毒;连

翘可疏散风热、清热解毒;炒白术可健脾益气、燥湿利水;炒党参可补中益气、养阴生津;当归可补血、活血、调经止痛、润燥滑肠;黄连可清热解毒、燥湿止泻;枳壳可宽中理气、消胀;白芷可散寒解表、祛风除湿;桔梗可宣散肺气、祛痰;黄芪固表补气;川芎可活血化瘀;柴胡可和解少阳、和解表里、疏肝升阳;血竭可活血、散瘀、止痛;甘草清热解毒、调和诸药。随症加减中药,腹胀严重者加莱菔子与槟榔以消食化积、降气;腹痛严重者加延胡索、徐长卿以镇痛止痛;脓血严重者加地榆炭、白及以凉血、止血;乏力严重者加黄芪补气固表、补虚;泻下清稀者加诃子肉、乌梅以收敛止泻。本方诸药配伍,共行宣肺理气、清热燥湿、解毒、活血化瘀、凉血止血、镇痛止痛之功效,使得肺气宣、气机畅通、泻止,治疗溃疡性结肠炎大肠湿热证临床效果显著^[21-24]。

针刺具有扶正祛邪之功效,针刺鬼眼穴治疗溃疡性结肠炎具有较好的临床效果,值得应用与研究^[25-27]。《针灸经外奇穴图谱》中指出,鬼眼穴即隐白与少商。针刺隐白具有温脾扶脾之功效,大肠功能传导与脾关系密切,针刺隐白可调节脾胃运化功能,促进患者肠道功能恢复;大肠与肺关系密切,从肺论治,而针刺少商可开泻、通经,可宣肺肃肺,从而调节肠道功能,改善溃疡性结肠炎患者病症,达到治疗目的^[28-30]。本次结果显示,观察组总有效率比对照组高,提示从肺论治以荆芥连翘方结合针刺鬼眼穴治疗溃疡性结肠炎临床效果显著。两组均未见严重不良反应,可见本次治疗较为安全可靠。治疗后,观察

组患者中医证候总积分、Baron 评分、Geboes 评分等指标均优于对照组,提示从肺论治以荆芥连翘方结合针刺鬼眼穴可较好改善溃疡性结肠炎患者临床症状。D-LA 与 DAO 为常用的血清中肠道黏膜屏障功能评估指标,其水平越高表明肠道黏膜屏障功能越差,本次治疗后两组患者 D-LA 及 DAO 水平显著下降,可见患者经治疗后肠道黏膜屏障功能有所改善,且观察组优于对照组。观察组患者 1 年疾病复发率比对照组低,提示从肺论治以荆芥连翘方结合针刺鬼眼穴可降低溃疡性结肠炎患者治疗后复发风险。

综上所述,从肺论治以荆芥连翘方结合针刺鬼眼穴治疗溃疡性结肠炎临床效果显著,无严重不良反应,且患者 1 年复发风险低,安全可靠。

参考文献

- [1] 刘 琼,成 哲,陈 广.溃疡性结肠炎中医治疗进展[J].中国中医基础医学杂志,2021,27(7):1191-1194.
- [2] 沈 洪.构建溃疡性结肠炎中医药全链条干预策略的思考[J].南京中医药大学学报,2021,37(6):812-816.
- [3] 刘慧泽,吴本升,陈玉根,等.NLRP3 炎症小体与溃疡性结肠炎及中医药调控的研究进展[J].现代中西医结合杂志,2021,30(34):3862-3867.
- [4] 徐丽娜,林旭榕,李 雪,等.综合性中医护理干预对肝郁脾虚型溃疡性结肠炎患者感知病耻感、生活质量及免疫功能的影响[J].长春中医药大学学报,2021,37(1):186-188.
- [5] 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.
- [6] 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.
- [7] 中华医学会消化病学分会炎症性肠病学组.炎症性肠病诊断与治疗共识意见(2012 年·广州)[J].胃肠病学,2012,17(12):763-781.
- [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疗共识(2010·苏州)[J].现代消化及介入诊疗,2011,16(1):66-70.
- [9] 厉 越,高凌卉,韩昌鹏.从肺与大肠相表里角度谈溃疡性结肠炎的中医治疗[J].辽宁中医杂志,2021,48(3):50-52.
- [10] 郑筱萸.中药新药临床研究指导原则(试行)[M].北京:中国医药科技出版社,2002:129-134.
- [11] 何建伟,丁益宏,韩晓梅,等.愈疡合剂直肠滴注疗法对溃疡性结肠炎大肠湿热型患者中医证候、血清 IL-6、IL-10、TNF- α 水平的影响[J].四川中医,2021,39(10):98-101.
- [12] 孟 梦,周 强,朱春洋,等.张声生教授辨治溃疡性结肠炎中医临证经验[J].世界中医药,2022,17(6):838-842.
- [13] 刘 静,韦美岐,李 平,等.基于黏膜免疫的中医药治疗溃疡性结肠炎机制研究进展[J].环球中医药,2022,15(5):895-901.
- [14] 邵文雪,许二平.中医药治疗溃疡性结肠炎热点主题和前沿趋势可视化分析[J].中医学报,2022,37(2):431-438.
- [15] 吴毅娟,郭海霞,孙兴红,等.溃疡性结肠炎中医证候及其生物标记物研究进展[J].辽宁中医药大学学报,2022,24(2):136-140.
- [16] 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.
- [17] 张梁坤,陈 健,谷文超,等.半夏泻心汤联合中药灌肠治疗溃疡性结肠炎 Meta 分析[J].山东中医药大学学报,2022,46(1):64-71.
- [18] 郝 琳,王惠娟.轻法频下治疗大肠湿热型溃疡性结肠炎[J].国际中医中药杂志,2022,44(3):347-349.
- [19] 李陈垚,刘艳梅,董 筠.从五脏一体整体观谈溃疡性结肠炎的治疗[J].环球中医药,2022,15(1):104-107.
- [20] 杨 丹,晏利姣,麦秋露,等.脐疗治疗溃疡性结肠炎效果的系统评价和 Meta 分析[J].中华现代护理杂志,2022,28(1):32-41.
- [21] 黄 璐,黄 耘,付雷一雄.益气解毒化腐方治疗溃疡性结肠炎患者的疗效及其对炎症反应、免疫功能的影响[J].临床消化病杂志,2022,34(2):96-100.
- [22] 李云从,刘星星.白头翁汤治疗溃疡性结肠炎的作用机制研究进展[J].华中科技大学学报(医学版),2022,51(2):267-271.
- [23] 刘宁博,孙慧霞,袁 媛,等.肠玄府理论在溃疡性结肠炎治疗中的运用探赜[J].吉林中医药,2022,42(5):503-506.
- [24] 张筱雨,姜 璐,张云松.从“火郁发之”论治溃疡性结肠炎[J].中国中医急症,2022,31(2):258-261.
- [25] 崔丹阳,盛天骄,耿 晓,等.结肠炎奇效颗粒对活动期溃疡性结肠炎有效性及安全性分析[J].临床军医杂志,2022,50(1):20-22.
- [26] 杨振斌,邱 伟,王庆娜,等.近 5 年溃疡性结肠炎的中医灌肠疗法研究概况[J].现代中西医结合杂志,2020,29(31):3521-3525.
- [27] 王德芳,赵 明,李晓艳.针刺结合黄芩汤化裁方治疗溃疡性结肠炎活动期(湿热蕴结证)的疗效观察[J].中医药导报,2022,28(2):71-75.
- [28] 王 昆,韦 梅.芍药汤加减结合针刺治疗溃疡性结肠炎湿热蕴结证活动期疗效观察[J].现代中西医结合杂志,2020,29(7):763-766.
- [29] 高艺格,张立平,姚玉璞.“助阳扶火”温灸针刺法联合清肠温中方治疗轻中度溃疡性结肠炎的临床研究[J].天津中医药大学学报,2020,39(5):541-546.
- [30] 何润安,闫海源.芍药汤联合穴位针刺对活动期溃疡性结肠炎患者临床表现、肠镜和结肠病理改变的影响[J].贵州医药,2020,44(10):1589-1590.

(本文编辑 匡静之)