DOI:10.13193/j.issn.1673-7717.2026.03.038

参苓白术散联合美沙拉秦治疗脾虚湿蕴证溃疡性结肠炎临床及安全性观察

李园园,常玲,许琦华,周颖,张旗林
(上海市第七人民医院,上海 200136)

摘要:目的 观察脾虚湿蕴证溃疡性结肠炎患者应用参苓白术散联合美莎拉嗪治疗的疗效以及用药安全性。方法 研究合计纳入82例脾虚湿蕴证溃疡性结肠炎患者(2021年3月—2024年3月收治),采取随机数字表法进行分组,根据治疗方法不同将患者分为单纯采取美沙拉秦治疗的美沙拉秦组以及采取参苓白术散联合美沙拉秦治疗的联合中医组,各组41例,观察两组疗效、症状消失时间(黏液脓血便、腹痛及腹泻)、治疗前后黏液脓血便、便溏腹泻、腹胀、腹痛、神疲肢倦等中医证候积分变化及改良梅奥评分(Mayo SCore,Mayo)及疾病活动指数(disease activity index,DAI)评分变化、肿瘤坏死因子α(tumor necrosis factor,TNF-α)、白细胞介素-8(interleukin-8,IL-8)及白细胞介素-17(interleukin-17,IL-17)指标变化,采取炎症性肠病生活质量量表(inflammatory bowel disease questionnaire,IBDQ)评估两组患者生活质量情况,对比两组患者治疗不良反应。结果 联合中医组患者治疗总有效率明显高于美沙拉秦组,症状消失时间(黏液脓血便、腹泻、腹痛)均比美沙拉秦组更短,$P<0.05$;两组患者治疗前黏液脓血便、便溏腹泻、腹胀、腹痛、神疲肢倦等中医证候积分、Mayo以及DAI评分、TNF-α及IL-8、IL-17、IBDQ评分比较,均$P>0.05$,两组患者治疗后黏液脓血便、便溏腹泻、腹胀、腹痛、神疲肢倦等中医证候积分、Mayo以及DAI评分、TNF-α及IL-8、IL-17、IBDQ评分均改善,联合中医组患者治疗后黏液脓血便、便溏腹泻、腹胀、腹痛、神疲肢倦等中医证候积分、Mayo以及DAI评分、TNF-α及IL-8、IL-17、IBDQ评分均优于美沙拉秦组,$P<0.05$;联合中医组患者不良反应率低于美沙拉秦组,$P<0.05$。结论 脾虚湿蕴证溃疡性结肠炎患者应用参苓白术散与美沙拉秦联合方案治疗作用良好,治疗后患者临床症状及生活质量明显改善,可较好促进患者恢复,治疗安全可靠。

关键词:参苓白术散;美沙拉秦;脾虚湿蕴证溃疡性结肠炎;临床疗效;中医证候积分;不良反应
中图分类号:R259.746.2 **文献标志码**:A **文章编号**:1673-7717(2026)03-0206-04

Clinical Efficacy and Safety of Shenling Baizhu Powder(参苓白术散) Combined with Methalazine in Treatment of Ulcerative Colitis with Spleen Deficiency and Dampness Syndrome

LI Yuanyuan,CHANG Ling,XU Qihua,ZHOU Ying,ZHANG Qilin
(Shanghai Seventh People's Hospital,Shanghai 200136,China)

Abstract:*Objective* To observe the clinical efficacy and safety of Shenling Baizhu Powder(参苓白术散) combined with methalazine in the treatment of ulcerative colitis with spleen deficiency and dampness syndrome. *Methods* A total of 82 ulcerative colitis patients with spleen deficiency and dampness syndrome admitted from March 2021 to March 2024 were divided into groups by random number table method. According to different treatment methods,the patients were divided into the methalazine group treated solely with methalazine and the combined TCM group treated with Shenling Baizhu Powder combined with methalazine, with 41 cases in each group. The therapeutic effect,the symptom remission time(mucous,pus and blood stools,abdominal pain and diarrhea),the changes of TCM syndrome scores such as mucous,pus and blood stools,loose stool diarrhea,abdominal distension,abdominal pain and fatigue before and after treatment,as well as the improved Mayo SCore(Mayo) and disease activity index (DAI) were observed in two groups. The changes in DAI scores,tumor necrosis factor-α(TNF-α),interleukin-8(IL-8) and interleukin-17(IL-17),and the quality of life of the two groups were assessed by inflammatory bowel disease quality of life questionnaire(IBDQ),and the adverse reactions were compared between the two groups. *Results* The total effective rate of the combined TCM group was significantly higher than that of the mesalazine group,and the symptom remission time(mucous,pus and blood stools,abdominal pain and diarrhea) was shorter than that of the mesalazine group($P<0.05$). The TCM syndrome scores such as mucous,pus and blood stools,loose stool diarrhea,abdominal distension,abdominal pain and fatigue of the two groups before treatment were not significant($P>0.05$). After treatment,the scores of TCM symptoms such as mucus,abscess, blood stool,loose stool diarrhea,abdominal distension,abdominal pain and fatigue,Mayo and DAI scores,the levels of TNF-α, IL-8 and IL-17,and IBDQ scores were improved in two groups. And these scores and levels in combined Chinese medicine

基金项目:上海市青年科技英才扬帆计划项目(21YF1434700);上海市浦东新区科技发展基金事业单位民生科研专项(PKJ2022-Y11);上海中医药大学附属第七人民医院人才培养计划项目(XX2023-13)
作者简介:李园园(1992-),女,山东菏泽人,医师,学士,研究方向:消化道肿瘤,炎症性肠病。
通讯作者:张旗林(1976-),男,上海人,副主任医师,学士,研究方向:消化道肿瘤。

group were better than those in mesalazine group ($P<0.05$). The adverse reaction rate of the combined TCM group was lower than that of the mesalazine group ($P<0.05$). *Conclusion* The combination of Shenling Baizhu Powder and methalazine in the treatment of ulcerative colitis with spleen deficiency and dampness has a good effect, and the clinical symptoms and quality of life of the patients have been significantly improved after treatment, which can better promote the recovery of the patients, and the treatment is safe and reliable.

Keywords: Shenling Baizhu Powder (参苓白术散); mesalazine; ulcerative colitis with spleen deficiency and dampness syndrome; clinical effect; TCM syndrome scores; adverse reaction

溃疡性结肠炎是临床常见慢性非特异性炎症性疾病,疾病病因不明,发病后出现发热、腹痛及腹泻、便血等全身症状,是消化系统常见疾病之一,危害严重[1-3]。近年来,溃疡性结肠炎发病率升高,且呈低龄化,引起临床重视,须积极进行治疗[4-5]。溃疡性结肠炎疾病不易根除,疾病容易反复,影响患者日常生活,临床十分重视该药的临床治疗,不断探究该病的有效及安全性治疗方案,取得一定结果[6-8]。美沙拉秦为临床常用的治疗溃疡性结肠炎药物,药物效果良好,应用广泛[9]。中医对溃疡性结肠炎疾病认识较深,治疗该病具有较深体会[10-11]。临床总结发现,脾虚湿蕴证溃疡性结肠炎为较为常见中医证型,临床给予该病患者参苓白术散治疗,取得更为显著临床效果[12]。参苓白术散出自《太平惠民和剂局方》之中,该药属于中成药,用药方便具有较好止泻、化湿、健脾益气功效,治疗脾虚湿蕴证溃疡性结肠炎效果显著,在美沙拉秦用药基础上服药此药,可显著提升临床疗效,且用药安全可靠,值得深入探讨。故而本文纳入82例脾虚湿蕴证溃疡性结肠炎患者进行分组,探讨参苓白术散联合美沙拉秦用药的效果及安全性,报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

研究合计纳入82例脾虚湿蕴证溃疡性结肠炎患者(2021年3月—2024年3月收治)采取随机数字表法进行分组,将患者分为美沙拉秦组、联合中医组,各组41例。美沙拉秦组:41例,男女比例为20∶21;年龄29~68岁,平均(42.35±5.92)岁;病程2~9年,平均(5.23±0.39)年;疾病严重程度:轻度28例,中度13例;Baron内镜分级情况:Ⅰ级19例,Ⅱ级22例。联合中医组:41例,男女比例为19∶22;年龄28~69岁,平均(42.27±6.02)岁;病程2~8年,平均(5.18±0.43)年;疾病严重程度:轻度27例,中度14例;Baron内镜分级情况:Ⅰ级18例,Ⅱ级23例。美沙拉秦组、联合中医组患者临床资料比较,均$P>0.05$。临床伦理批号(2023-7th-HIRB-16)。

1.2 诊断标准

西医诊断溃疡性结肠炎参照《中国溃疡性结肠炎诊治指南》[13]:腹泻、腹痛等临床症状,结合病理组织学改变、内镜检查确诊。中医诊断脾虚湿蕴证溃疡性结肠炎参照《溃疡性结肠炎中西医结合诊疗共识意见(2017年)》[14]:主症-黏液脓血便、便溏腹泻、腹胀;次症-腹痛、神疲肢倦、食少纳差、里急后重;舌脉-苔白腻、舌质淡胖、脉细弱。

1.3 纳入排除标准

纳入标准:确诊为溃疡性结肠炎,中医辨证均为脾虚湿蕴证;患者均为轻中度溃疡性结肠炎;患者依从性好,可配合治疗及研究;患者自愿参与研究;伦理批准研究进行。排除标准:合并脏腑功能障碍患者;合并其他胃肠道疾病患者;药物过敏患者;重度症状患者;心理疾病及精神疾病患者;无法沟通患者等。

1.4 治疗方法

美沙拉秦组:本组患者均采取美沙拉秦(生产企业:Losan Pharma GmbH,国药准字:HJ20171358,规格:0.5 g)治疗。3次/d,1 g/次,口服4周时间。联合中医组:患者采取美沙拉秦治疗,治疗方法同美沙拉秦组,并联合参苓白术散进行治疗。参苓白术散由人参15 g,白术15 g,茯苓15 g,薏苡仁15 g,山药15 g,白扁豆10 g,莲子10 g,桔梗10 g,砂仁10 g,甘草10 g组成,水煎服,1服/d,用药4周时间。

1.5 观察指标

1.5.1 临床疗效观察 应用中医证候疗效评估[15],临床缓解-患者症状与体征基本消失,疗效指数在95%及以上;显效-患者症状及体征显著好转,疗效指数在95%内,70%及以上;有效-患者症状及体征一定程度好转,疗效指数在70%内,30%及以上;无效-患者症状及体征无改善,或加重,疗效指数在30%内。总有效率为临床缓解率、显效率、有效率之和。

1.5.2 症状消失时间观察 观察及比较两组患者黏液脓血便、腹泻、腹痛症状消失时间。

1.5.3 中医证候积分观察 观察及比较两组患者黏液脓血便、便溏腹泻、腹胀、腹痛、神疲肢倦等中医证候积分,黏液脓血便与便溏腹泻、腹胀积分为0分、2分、4分、6分,对应正常、轻度、中度及重度,腹痛、神疲肢倦积分0分、1分、2分、3分,对应正常、轻度、中度及重度[16]。

1.5.4 改良梅奥评分(Mayo SCore,Mayo)及疾病活动指数(disease activity index,DAI)评分观察 比较及观察两组患者治疗前后Mayo以及DAI评分情况。Mayo评分:评估腹泻及便血、内镜、医师评估等比较,总分为0~12分,越高表示患者的病情越为严重[17]。DAI评分:评估患者的疾病活动程度,积分越高表示患者的疾病活动度越强,越低越佳[18]。

1.5.5 肿瘤坏死因子α(tumor necrosis factor,TNF-α)与白细胞介素-8(interleukin-8,IL-8)及白细胞介素-17(interleukin-17,IL-17)指标观察 比较两组患者治疗前后TNF-α及IL-8、IL-17水平,测定方法为酶联免疫吸附法。

1.5.6 炎症性肠病生活质量量表(inflammatory bowel disease questionnaire,IBDQ)评分观察 观察及比较两组患者治疗前后IBDQ评分变化。IBDQ评分标准[19]:包括全身症状、情感能力、社会能力及肠道症状项目,总分为32~224分,分值越高表示患者的生活质量越好。

1.5.7 不良反应观察 比较两组患者不良反应情况。

1.6 统计学方法

采用excel表格收集两组患者原始试验数据,对两组患者治疗总有效率、不良反应率、中医证候积分、Mayo以及DAI评分、TNF-α及IL-8、IL-17、IBDQ评分等数据进行数据分析及处理,用SPSS 28.0软件处理数据,统计描述采用均数±标准差($\bar{x}\pm s$)的形式,计数资料且符合正态分布者,采用t检验,等级资料及不符合正态分布或者方差不齐进行秩和检验。计量资料实施t检验。$P<0.05$,差异有统计学意义。

2 结果

2.1 对比美沙拉秦组及联合中医组疗效

联合中医组总有效率(95.12%)明显高于美沙拉秦组

(80.49%),$P<0.05$。见表1。

表1 两组脾虚湿蕴证溃疡性结肠炎患者临床治疗作用

单位:例(%)

组别	例数	临床缓解	显效	有效	无效	总有效
美沙拉秦组	41	16	9	8	8	33(80.49)
联合中医组	41	25	8	6	2	39(95.12)*

注:*与美沙拉秦组比较,$P<0.05$。

2.2 对比美沙拉秦组、联合中医组患者症状消失时间(黏液脓血便、腹泻、腹痛)

联合中医组患者症状消失时间(黏液脓血便、腹泻、腹痛)均比美沙拉秦组指标更短,$P<0.05$。见表2。

表2 两组脾虚湿蕴证溃疡性结肠炎患者症状消失时间($\bar{x}\pm s$)

单位:d

组别	例数	黏液脓血便	腹泻	腹痛
美沙拉秦组	41	11.25±2.53	8.45±0.87	6.73±0.55
联合中医组	41	9.04±1.13*	5.84±0.69*	4.95±0.23*

注:*与美沙拉秦组比较,$P<0.05$。

2.3 治疗前后中医证候积分

两组患者治疗前黏液脓血便、便溏腹泻、腹胀、腹痛、神疲肢倦等中医证候积分比较,$P>0.05$。治疗后两组患者中医症候积分均下降,联合中医组各项分值均低于美沙拉秦组,$P<0.05$。见表3。

表3 两组脾虚湿蕴证溃疡性结肠炎患者治疗前后中医证候积分比较($\bar{x}\pm s$)

单位:分

组别	例数	治疗时间	黏液脓血便	便溏腹泻	腹胀	腹痛	神疲肢倦
美沙拉秦组	41	治疗前	4.34±0.26	4.38±0.31	3.84±0.25	1.94±0.25	1.89±0.30
		治疗后	1.02±0.21*	1.00±0.16*	0.85±0.11*	0.65±0.10*	0.54±0.08*
联合中医组	41	治疗前	4.27±0.36	4.41±0.27	3.79±0.30	1.99±0.29	1.92±0.28
		治疗后	0.35±0.09*#	0.40±0.05*#	0.28±0.06*#	0.18±0.07*#	0.15±0.04*#

注:*与本组治疗前比较,$P<0.05$;#与美沙拉秦组比较,$P<0.05$。

2.4 治疗前后Mayo以及DAI评分

两组患者治疗前Mayo以及DAI评分比较,$P>0.05$,治疗后两组患者Mayo以及DAI评分均下降,联合中医组患者Mayo以及DAI评分低于美沙拉秦组,$P<0.05$。见表4。

表4 两组脾虚湿蕴证溃疡性结肠炎患者治疗前后Mayo以及DAI评分($\bar{x}\pm s$)

单位:分

组别	例数	治疗时间	Mayo评分	DAI评分
美沙拉秦组	41	治疗前	8.03±2.15	6.04±0.77
		治疗后	3.44±0.57*	2.85±0.45*
联合中医组	41	治疗前	7.99±0.214	5.99±0.83
		治疗后	2.02±0.38*#	1.34±0.27*#

注:*与本组治疗前比较,$P<0.05$;#与美沙拉秦组治疗后比较,$P<0.05$。

2.5 对比美沙拉秦组、联合中医组患者治疗前后TNF-α及IL-8、IL-17水平

两组患者治疗前TNF-α及IL-8、IL-17水平比较,$P>0.05$。两组患者治疗后指标均下降,联合中医组均低于美沙拉秦组,$P<0.05$。见表5。

2.6 对比美沙拉秦组、联合中医组患者治疗前后IBDQ评分

两组患者治疗前IBDQ评分比较,$P>0.05$。治疗后两组患者IBDQ评分均提升,联合中医组患者IBDQ评分高于美沙拉秦组,$P<0.05$。见表6。

2.7 不良反应

联合中医组患者治疗不良反应率比美沙拉秦组更低,$P<0.05$。见表7。

表5 两组脾虚湿蕴证溃疡性结肠炎患者TNF-α及IL-8、IL-17水平比较($\bar{x}\pm s$)

组别	例数	治疗时间	TNF-α/(ng/L)	IL-8/(ng/L)	IL-17/(pg/mL)
美沙拉秦组	41	治疗前	55.95±6.82	50.62±5.92	57.62±4.73
		治疗后	36.56±4.82*	42.15±4.82*	36.45±3.33*
联合中医组	41	治疗前	56.02±6.79	5.59±6.02	57.72±4.65
		治疗后	25.34±3.82*#	35.48±2.99*#	29.10±2.75*#

注:*与本组治疗前比较,$P<0.05$;#与美沙拉秦组治疗后比较,$P<0.05$。

表6 两组脾虚湿蕴证溃疡性结肠炎患者治疗前后IBDQ评分($\bar{x}\pm s$)

单位:分

组别	例数	治疗前	治疗后
美沙拉秦组	41	108.34±6.23	155.23±7.23*
联合中医组	41	108.28±6.30	184.36±6.69*#

注:*与本组治疗前比较,$P<0.05$;#与美沙拉秦组治疗后比较,$P<0.05$。

表7 两组脾虚湿蕴证溃疡性结肠炎患者治疗不良反应

单位:例(%)

	例数	恶心	头晕	头痛	总不良反应
美沙拉秦组	41	2	1	1	4(9.76)
联合中医组	41	0	0	0	0(0.00)*

注:*与美沙拉秦组比较,$P<0.05$。

3 讨论

近年来,溃疡性结肠炎疾病发病率显著上升,危害严重[20-21]。美沙拉秦治疗溃疡性结肠炎临床疗效显著,该药可较好抑制肠壁炎症,促进患者病情好转,临床应用广泛[22-23]。为了进一步提升溃疡性结肠炎患者治疗作用,在给予患者美沙拉秦治疗的同时,联合中医治疗,取得一定临床效果,值得深入探讨[24]。

中医将溃疡性结肠炎纳入“肠风”“泄泻”“腹痛”“肠澼”“痢疾”等范畴[25-27]。溃疡性结肠炎病机复杂,该病属于本虚标实之证,其病变主要在于大肠,发病与脾虚息息相关[28-30]。临床发现,脾虚湿蕴证溃疡性结肠炎为临床常见中医证型[31]。中医认为,脾虚湿蕴证溃疡性结肠炎主要病机为脾虚,脾虚乃该病发病基础,脾虚生湿,湿阻机体,久湿化热,湿热与脾虚蕴结,外邪入侵,阻碍气机运行,脾失健运,加重湿热,故而当采取清热化湿、健脾温中及通络之法治疗[32-33]。参苓白术散治疗脾虚湿蕴证溃疡性结肠炎具有较好效果,参苓白术散属于中成药,患者用药方便,接受度高,故而患者比较认可。参苓白术散中人参、茯苓及白术共为君药,可益气、健脾渗湿。莲子与山药可止泻、健脾益气等;白扁豆、薏苡仁具可健脾渗湿,共为臣药。桔梗可宣肺利气、通调水道,砂仁可行气化滞、醒脾和胃,共为佐药。甘草为使药,具有较好健脾和中、益气解毒等功效。诸药配伍具有较好止泻、化湿、健脾益气等功效。现代药理指出,参苓白术散中人参具有调节中枢神经系统,抗疲劳及抗氧化,调节免疫功能及抗炎作用;白术具有抗炎镇痛、保肝、修复胃黏膜及抑菌、调节免疫功能作用;茯苓可增强机体免疫力,还具有较好利尿作用;薏苡仁具有较好镇静、镇痛作用;山药具有抗疲劳及健脾作用;白扁豆可增强患者脾胃功能,促进机体消化;莲子可清热降火、促进睡眠;桔梗具有抗炎及增强机体免疫功能作用;砂仁可抗炎抑菌、止痛及调节肠胃功能;甘草可调节免疫、保护肝脏、抗炎及解毒作用[34-35]。本次数据显示,联合中医组患者治疗总有效率明显高于美沙拉秦组,症状消失时间(黏液脓血便、腹泻、腹痛)均比美沙拉秦组更短,黏液脓血便、便溏腹泻、腹胀、腹痛、神疲肢倦等中医症候积分、Mayo以及DAI评分、IBDQ评分等指标均优于美沙拉秦组,$P<0.05$,提示

脾虚湿蕴证溃疡性结肠炎患者应用参苓白术散联合美沙拉秦治疗作用良好,可较好改善患者临床症状及提升患者生活质量。TNF-α及IL-8、IL-17为临床常见炎症因子,溃疡性结肠炎发病后指标显著上升,而参苓白术散联合美沙拉秦治具有较好抗炎抑菌作用,故而可较好降低脾虚湿蕴证溃疡性结肠炎炎症水平,促进患者病情好转。联合中医组患者不良反应率低于美沙拉秦组,$P<0.05$,提示本次治疗安全可靠,分析原因为中药具有较好解毒及改善胃肠道功能作用,可缓解患者恶心呕吐等不良反应,故而更为安全可靠。

综上所述,脾虚湿蕴证溃疡性结肠炎应用参苓白术散联合美沙拉秦治疗作用显著,患者症状改善,生活质量提升,恢复更快,治疗安全可靠。

参考文献

[1] 娄莹莹,李佃贵,杨倩,等. 基于PERK/eIF2α/ATF4/CHOP信号通路探讨化浊解毒消痈方对溃疡性结肠炎小鼠结肠黏膜的保护作用[J]. 中成药,2023,45(10):3415-3419.
[2] 肖秋萍,钟友宝,喻松仁,等. 脾虚湿蕴证溃疡性结肠炎模型构建及T淋巴细胞变化的研究[J]. 中国实验动物学报,2023,31(10):1241-1249.
[3] 王帅,杨跃辉,李闯闯,等. 布拉氏酵母菌散联合美沙拉秦治疗溃疡性结肠炎患者的治疗效果[J]. 中国临床药理学杂志,2023,39(16):2320-2324.
[4] 张全辉,王万春,邓永文,等. 基于JAK/STAT3信号通路探讨"金汁"粪菌移植对小鼠溃疡性结肠炎的改善作用[J]. 中成药,2023,45(11):3784-3788.
[5] 李建升,姜川,郭林,等. 美沙拉嗪肠溶片联合保留灌肠对溃疡性结肠炎患者的临床研究[J]. 中国临床药理学杂志,2023,39(6):781-785.
[6] 陈莉,李小刚,王建丰,等. 老年溃疡性结肠炎患者血清IL-33及粪钙卫蛋白水平表达的临床意义及对预后的影响[J]. 中国老年学杂志,2023,43(9):2094-2097.
[7] 鲁慧东,李艳梅. 白术内酯Ⅲ通过调节JAK2/STAT3信号通路减轻溃疡性结肠炎模型小鼠肠道损伤[J]. 中国病理生理杂志,2023,39(1):142-149.
[8] 徐志红,陈磊垚,许立,等. 木兰花碱对溃疡性结肠炎模型大鼠的治疗作用及其机制[J]. 医药导报,2023,42(1):16-23.
[9] 张诗静,黄卓健,陶屈源,等. 单细胞转录组测序溃疡性结肠炎脾虚湿蕴证患者的免疫细胞分子特征[J]. 中国组织工程研究,2023,27(33):5357-5362.
[10] 陈岩勤,李燕,杨盛刚,等. 姜黄素对小鼠溃疡性结肠炎疗效及免疫作用机制[J]. 中国老年学杂志,2023,43(10):2468-2472.
[11] 叶志明,刘冰,张陆勇. 常春藤皂苷元对葡聚糖硫酸钠诱导小鼠溃疡性结肠炎的作用及机制研究[J]. 中药新药与临床药理,2023,34(12):1721-1728.
[12] 杨万荷,崔路佳,张东艳,等. 九味白术汤对急性溃疡性结肠炎大鼠肠黏膜免疫屏障及miR-155/SOCS-1轴的影响[J]. 中成药,2023,45(7):2393-2397.
[13] 中华医学会消化病学分会炎症性肠病学组,中国炎症性肠病诊疗质量控制评估中心. 中国溃疡性结肠炎诊治指南(2023年·西安)[J]. 中华消化杂志,2024,44(2):73-99.
[14] 但文利,赵鑫,鲁星妤,等. 基于网络药理学及实验验证探究葛根素治疗溃疡性结肠炎的作用机制[J]. 中国免疫学杂志,2024,40(5):1055-1063.
[15] 袁翠林,汪湘,潘建锋. 清肠汤联合心身同治疗法对热盛血瘀型溃疡性结肠炎HGF/c-MET表达的影响[J]. 中华中医药学刊,2023,41(2):247-250.
[16] 龙鑫月,弓艳霞,唐艳萍. 葛根芩连汤加减联合美沙拉嗪治疗大肠湿热型溃疡性结肠炎临床效果及其对肠道菌群、免疫功能和炎症水平的调节[J]. 中华中医药学刊,2024,42(1):118-121.
[17] 陈泰宇,唐学贵,蒋小东,等. 四逆汤对溃疡性结肠炎大鼠TLR4/NF-κB信号通路相关因子及肠道菌群的影响[J]. 中华中医药学刊,2023,41(10):83-87.
[18] 吴航,陈莉娟,杨维建,等. 中医药治疗溃疡性结肠炎及其肺损伤的机制研究[J]. 中国中医基础医学杂志,2023,29(2):339-344.
[19] 王金鑫,黎丽群,黄晓燕,等. 基于"厚肠"理论的中医药调控黏液屏障干预溃疡性结肠炎的机制研究进展[J]. 中国药房,2023,34(21):2671-2677.
[20] 梁彪,卢宇畅,尹相宜,等. 国内中医药防治溃疡性结肠炎临床试验注册现况分析[J]. 中国中医药信息杂志,2023,30(10):63-68.
[21] 纪柯伊,吴宿慧,李寒冰,等. 基于中医"祛腐生肌"理论探讨自噬在溃疡性结肠炎中的作用及中药干预的研究进展[J]. 湖南中医药大学学报,2023,43(5):955-960.
[22] 井晓峰,秦焕,陆莎,等. 基于体质分型的中医药多途径治疗溃疡性结肠炎的疗效分析[J]. 广西医学,2023,45(15):1899-1903.
[23] 张雅丽,王炳予,高婷婷,等. 线粒体自噬在溃疡性结肠炎中作用及中医药干预的研究进展[J]. 现代中西医结合杂志,2024,33(8):1163-1168.
[24] 马祥雪,温永天,尹晓岚,等. 从"脾为之卫"理论探讨肠道黏膜免疫与溃疡性结肠炎的中医机制[J]. 世界科学技术-中医药现代化,2024,26(3):640-645.
[25] 杨士成,海英. 眼针治疗溃疡性结肠炎中医理论基础探析[J]. 辽宁中医药大学学报,2023,25(3):155-158.
[26] 范飒,段晓宇,祝康杰,等. 中医药治疗肝郁脾虚型溃疡性结肠炎的临床及机制研究进展[J]. 国际中医中药杂志,2024,46(2):265-269.
[27] 张伟,邹孟龙,徐寅,等. 核受体PPARγ在溃疡性结肠炎中的作用及中医药干预研究进展[J]. 中国实验方剂学杂志,2024,30(8):233-244.
[28] 张文基,王志斌,陈昕冉,等. 基于"脾为之卫"理论探讨中医药治疗溃疡性结肠炎的免疫学策略[J]. 中国医药导报,2023,20(35):50-53.
[29] 周琼阁,王凯,席作武,等. 基于肠道微环境探讨中医药防治溃疡性结肠炎的机制[J]. 中国实验方剂学杂志,2023,29(7):222-229.
[30] 孟凡艳,张杨,柳越冬. 基于"土壅木郁"理论探讨溃疡性结肠炎合并情志不畅的发病机制及中医辨治思路[J]. 上海中医药杂志,2023,57(12):55-58.
[31] 沈照峰,刘小娟,朱磊,等. 基于复杂网络和隐结构模型的溃疡性结肠炎中医证候要素及辨证规律研究[J]. 中医杂志,2023,64(3):280-287.
[32] 景姗,顾玮,刘小丽,等. 基于TLR-4/MyD88/NF-κB对健脾化滞散治疗溃疡性结肠炎的机制进行拆方研究[J]. 中国免疫学杂志,2024,40(5):1075-1081.
[33] 李昊天,谢晶日,孙志文. 谢晶日教授辨治溃疡性结肠炎经验[J]. 浙江中医药大学学报,2023,47(6):624-628.
[34] 罗彩云,杨会举,刘佃温. 刘佃温治疗溃疡性结肠炎常用药队[J]. 中医学报,2023,38(2):345-350.
[35] 盛红艳,张薇. 地榆槐花汤保留灌肠联合美沙拉嗪治疗脾虚湿蕴型溃疡性结肠炎的临床疗效及对患者内镜表现、肠黏膜屏障功能的影响[J]. 中国中西医结合消化杂志,2023,31(8):577-582.