

中药口服配合灌肠治疗溃疡性结肠炎疗效和安全性的系统评价

侯理伟¹ 苏晓兰¹ 杨桂桂¹ 张嘉鑫^{1,2} 王庆国³ 魏玮¹

【摘要】 目的 系统评价中药汤剂口服配合中药灌肠治疗溃疡性结肠炎(UC)的疗效及安全性。方法 从万方数据库、维普中文科技期刊数据库(VIP)、中国知网全文期刊数据库(CNKI)和 Pubmed 英文数据库中检索关于中药口服配合灌肠治疗 UC 的临床随机对照试验文献,筛选出符合纳入标准及排除标准的文献,提取数据并做质量评价后,使用 RevMan5.2 软件对数据进行 Meta 分析。结果 共纳入 18 篇文献,1507 例患者;临床总有效率合并效应值 $RR = 1.24$, $95\% CI = [1.18 \sim 1.30]$, $P < 0.000 01$, 差异有统计学意义;高质量文献总有效率合并效应值 $RR = 1.31$, $95\% CI = [1.18 \sim 1.46]$, $P < 0.000 01$, 差异有统计学意义;近期黏膜愈合率合并效应值 $RR = 1.61$, $95\% CI = [1.35 \sim 1.93]$, $P < 0.000 01$, 差异有统计学意义;复发率合并效应值 $OR = 0.26$, $95\% CI = [0.12 \sim 0.56]$, $P < 0.001$, 差异有统计学意义。结论 中药口服配合灌肠治疗 UC 的临床总有效率及近期黏膜愈合率均高于柳氮磺胺吡啶片常规口服治疗;中药口服配合中药灌肠治疗 UC 复发率低于柳氮磺胺吡啶片常规口服治疗,且不良反应少;中医药的随机对照试验存在方法学质量的不足,需要大样本、高质量、多中心的随机对照试验进一步提供明确的证据。

【关键词】 溃疡性结肠炎; Meta 分析; 中药灌肠

【中图分类号】R574.62 **【文献标识码】**A

Systematic Review on the Therapeutic Effects and Safety of Ulcerative Colitis Treated with Oral Administration and Enema of Chinese Herbal Medicine

HOU Li-wei¹, SU Xiao-lan¹, YANG Gui-gui¹, ZHANG Jia-xin^{1,2}, WANG Qing-guo³, WEI Wei¹

(1. Wangjing Hospital, China Academy of Chinese Medical Sciences, Beijing 100102; 2. Dongzhimen Hospital, Beijing University of Traditional Chinese Medicine, Beijing 100700; 3. School of Basic Medicine, Beijing University of Traditional Chinese Medicine, Beijing 100029)

【Abstract】 Objective To review systematically the therapeutic effects and safety on ulcerative colitis(UC) treated with the oral administration and enema with Chinese herbal medicine. **Methods** The literatures were retrieved from Wanfang, VIP, CNKI and Pubmed English databases on the clinical randomized controlled trials(RCT) of UC treated with the oral administration and enema with Chinese herbal medicine. The literatures in compliance with the inclusive and exclusive criteria were screened. After the data extraction and quality evaluation, RevMan5.2 software was used for the Meta analysis on the data. **Results** Totally, 18 literatures were included, with 1507 patients involved. The differences in the merged effect values of clinical total effective rates were significant statistically [$RR = 1.24$, $95\% CI = (1.18 \sim 1.30)$, $P < 0.000 01$]. The differences in the merged effect values of the recent mucosal healing rate were significant statistically [$RR = 1.61$, $95\% CI = (1.35 \sim 1.46)$, $P < 0.000 01$]. The differences in the merged effect values of the recurrence rate were significant statistically [$OR = 0.26$, $95\% CI = (0.12 \sim 0.56)$, $P < 0.001$]. **Conclusion** The total effective rate and the recent mucosal healing rate in the treatment of UC with the oral administration and enema with Chinese herbal medicine were higher than the conventional oral medication of salazosulfapyridine tablets. The recurrence rate in the treatment with the oral administration and enema with Chinese herbal medicine is lower than the conventional oral medication of salazosulfapyridine tablets, with less adverse reactions.

DOI: 10.13935/j.cnki.sjzx.170401

基金项目: 国家自然科学基金资助项目(8157141346)

作者单位: 1. 中国中医科学院望京医院, 北京 100102; 2. 北京中医药大学东直门医院, 北京 100700; 3. 北京中医药大学基础医学院, 北京 100029

通讯作者: 魏玮, Email: sxxy@sina.com

The methodological quality of RCT in TCM is limited and the large - size sample high - quality and multi - central RCT is required to provide further definite evidences.

【Key words】 Ulcerative Colitis; Meta Analysis; Enema of Chinese Herbal Medicine

溃疡性结肠炎又名慢性非特异性溃疡性结肠炎(ulcerative colitis, UC), 目前发病原因不明, 临床表现主要为腹泻、腹痛、黏液脓血便, 可伴有不同程度的发热、消瘦、低蛋白血症、水与电解质平衡紊乱, 具有病程长、反复发作或长期不愈的特点, 严重影响患者生存质量。目前西医治疗以氨基水杨酸、糖皮质激素及免疫抑制剂为主, 存在价格昂贵、长期使用不良反应明显等不足之处, 而中医应用中中药口服结合中药灌肠治疗 UC 具有临床疗效好、安全性高、复发率低等效果。

纵览文献, 有关中医药治疗 UC 临床报道逐渐增多, 但研究结果参差不齐, 研究质量高低不一, 为了能从众多研究文献中进行科学分析、筛选、甄别进而得到一个更加真实可靠有理有据的有关中药治疗 UC 的临床疗效结论, 笔者遵循循证医学的验证原则检索了多个数据库(从 2005 年至 2016 年)中有关中药口服配合中药灌肠治疗 UC 的临床随机对照试验(Randomized controlled trial, RCT), 筛选符合标准的文献, 运用 RevMan5.2 软件进行 Meta 分析, 对其研究质量以及中药治疗 UC 的疗效性及安全性做出定量的系统评价。

1 资料与方法

1.1 文献来源

选择数据库中从 2005 年至 2016 年符合纳入与排除标准、采用中药口服加中药灌肠治疗, 并以常规西药柳氮磺胺吡啶(Salazosulfapyridine, SASP)为主口服作为对照治疗 UC 的临床随机试验研究。

1.2 检索策略

检索中国知网医学数据库(CNKI)、重庆维普全文数据库(VIP)、万方数据库及 Pubmed 数据库发表的有关中药口服配合中药灌肠治疗 UC 的 RCT 文献。以“溃疡性结肠炎”AND“中药灌肠”AND“柳氮磺胺吡啶”OR“西药”为主题、关键词高级检索或为任意字段基本检索, 英文数据库以“ulcerative colitis, enema, Salazosulfapyridine”为主题词或关键词高级检索。

1.3 纳入标准

(1) 纳入文献的研究必须为 RCT, 无论是否利用盲法; (2) 研究对象为非急性暴发型 UC 患者, 肠镜确诊; (3) 治疗组采用中药汤剂口服配合中药灌

肠疗法治疗, 对照组为西药 SASP 为主口服治疗; (4) 临床试验为同一个的多篇文献看作一篇, 治疗组有多个亚组, 则仅选取需要的治疗组和对照组; (5) 基线资料具有可比性; (6) 有明确的诊断标准及疗效评价标准; (7) 有明确的疗效结局指标: 临床疗效总有效率、肠镜近期黏膜愈合率、不良反应、复发率等。

1.4 排除标准

(1) 半随机或非随机对照试验; (2) 验案、经验总结、综述、动物实验观察等类型的文献; (3) 样本量低于 20; (4) 治疗组含有针灸、按摩或联合西药治疗方法, 对照组含有灌肠治疗等。

1.5 资料提取

提取数据主要包括: (1) 一般资料(首作者、发表时间); (2) 研究特征: 入组例数、干预措施、疗程、结局指标。由 2 名评价者独立进行数据提取和研究质量评价, 而后交叉核对所纳入研究的质量评价结果, 对有分歧的进行讨论或与第三方协商解决。质量评价采用 Jadad 质量评价表。

1.6 统计学处理

采用 RevMan5.2 统计软件对纳入的文献进行 Meta 分析, 检验水准 $\alpha = 0.05$ 。通过 χ^2 检验和 I^2 检验对同类纳入研究的异质性进行评价, 只有同质的资料才能进行多个独立研究效应指标的合并。根据各研究结果分析异质性: 若 $P > 0.05$, $I^2 < 50\%$, 说明研究间具有同质性, 采用固定效应模型分析; 若 $P < 0.05$, $I^2 > 50\%$, 说明各研究结果间具有异质性, 采用随机效应模型分析, 并分析其异质性来源。本试验所选效应指标为分类变量, 对分类变量采用相对危险度 RR 或比值比 OR 及其 95% 可信区间(CI) 作为效应指标分析统计量。通过漏斗图读出纳入文献的偏倚情况。若某结局指标纳入的研究数量不足时, 可采用描述性分析。

2 结果

2.1 基本资料的提取

通过纳入标准与排除标准筛查后共纳入 18 篇文献, 包括患者 1507 例, 治疗组 800 例, 对照组 707 例。结果见表 1。

2.2 纳入文献的质量评价

本次纳入文献 Jadad 评分有 4 篇在 3 分以上,

表 1 纳入文献的基本资料

作者	发表年份	例数(治疗组/对照组)	试验组治疗方法	对照组治疗方法	疗程	病情程度	结局
高玉杰 ^[1]	2013	63/60	辨证中药合灌肠	SASP	2 个月	轻中	①②③
张运希 ^[2]	2015	30/30	调气解毒汤合愈肠汤灌肠	SASP	28 d	不明确	①②③
李楠 ^[3]	2011	62/31	参苓白术散口服灌肠	SASP	3 个月	不明确	①
徐大志 ^[4]	2013	31/31	葛根芩连汤口服灌肠	SASP	1 个月	不明确	①③
张淑伶 ^[5]	2008	31/31	自拟中药口服灌肠	SASP	30 d	不明确	①②④
张维 ^[6]	2011	36/36	芍药汤口服灌肠	SASP	1 个月	不明确	①③
贺才元 ^[7]	2015	50/50	肠炎方口服灌肠	SASP, 重者加氨苄青西林	1 个月	不明确	①②③
高原 ^[8]	2014	32/34	健脾理肠汤口服灌肠	SASP	2 个月	轻中重	①
张俊林 ^[9]	2013	118/62	自拟溃疡汤合灌肠	SASP	45 d	轻中重	①②④
黄荣 ^[10]	2009	40/40	自拟中药口服灌肠	SASP	3 个月	轻中	①②③④
何芳 ^[11]	2010	30/30	自拟中药口服灌肠	SASP	1 个月	不明确	①②③④
耿梅 ^[12]	2011	35/34	自拟中药口服灌肠	SASP	45 d	不明确	①②③
王雁梅 ^[13]	2013	30/30	葛根芩连五炭汤口服灌肠	SASP	40 d	轻中重	①
夏德纯 ^[14]	2008	36/35	自拟中药口服灌肠	SASP	2 个月	不明确	①
杨富志 ^[15]	2012	50/50	自拟中药口服灌肠	SASP	4 周	不明确	①②
刘国荣 ^[16]	2010	48/47	自拟中药口服灌肠	SASP	2 个月	不明确	①③
田海春 ^[17]	2009	48/46	自拟中药口服灌肠	SASP, 重者加强的松	2 个月	不明确	①
李洪娟 ^[18]	2014	30/30	自拟中药口服灌肠	SASP	1 个月	不明确	①

注: ①临床疗效总有效率; ②近期黏膜痊愈率; ③不良反应; ④复发率

均为高质量文献, 其余 14 篇文献均为 3 分。结果见表 2。

2.3 Meta 分析

2.3.1 中西药临床总有效率 Meta 分析漏斗图 散点集中在漏斗中上部, 对称性尚可, 存在较小偏倚, 多为发表偏倚。结果见图 1。

2.3.2 中西药临床疗效总有效率 Meta 分析 $P = 0.26$ $I^2 = 16%$, 可认为这 18 个 RCT 文献具有同质性, 采用固定效应模型分析, 合并效应量 RR 值为 1.24 $95\% CI = 1.18 \sim 1.30$ $P < 0.000 01$, 表明中西药两组间差异有统计学意义, 可认为中药口服配合中药灌肠对 UC 的治疗在整体临床疗效方面优于

SASP 口服治疗。结果见图 2。

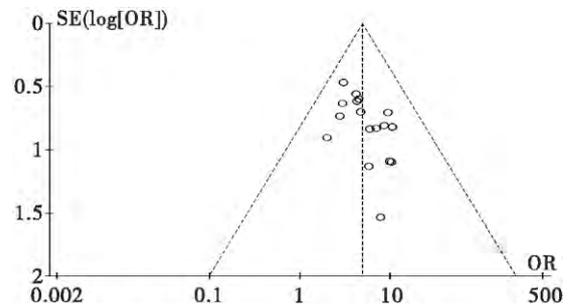


图 1 中西药临床总有效率 Meta 分析漏斗图

2.3.3 对 4 篇高质量文献单独进行临床疗效总有

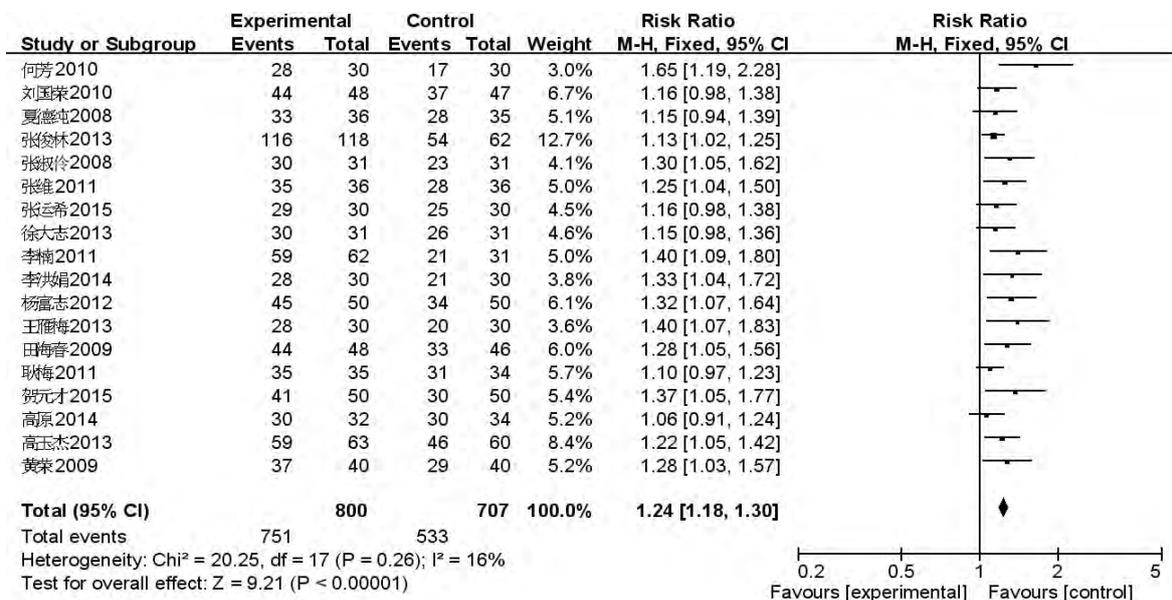


图 2 中西药临床疗效总有效率的 Meta 分析森林图

表 2 纳入文献的 Jadad 评分

作者	发表年份	基线相似性	随机分配	随机化隐藏	盲法	退出或失访	Jadad 评分
高玉杰 ^[1]	2013	YES	2	1	0	1	4
张运希 ^[2]	2015	YES	2	1	0	0	3
李楠 ^[3]	2011	YES	2	1	0	1	4
徐大志 ^[4]	2013	YES	2	1	0	0	3
张淑伶 ^[5]	2008	YES	2	1	0	1	4
张维 ^[6]	2011	YES	2	1	0	0	3
贺才元 ^[7]	2015	YES	2	2	0	1	5
高原 ^[8]	2014	YES	2	1	0	0	3
张俊林 ^[9]	2013	YES	1	1	0	1	3
黄荣 ^[10]	2009	YES	1	1	0	1	3
何芳 ^[11]	2010	YES	1	1	0	1	3
耿梅 ^[12]	2011	YES	1	1	0	1	3
王雁梅 ^[13]	2013	YES	2	1	0	0	3
夏德纯 ^[14]	2008	YES	1	1	0	1	3
杨富志 ^[15]	2012	YES	1	1	0	1	3
刘国荣 ^[16]	2010	YES	1	1	0	1	3
田海春 ^[17]	2009	YES	1	1	0	1	3
李洪娟 ^[18]	2014	YES	1	1	0	1	3

效率的 Meta 分析 $P = 0.75$, $I^2 = 0\%$, 可认为这 4 篇 RCT 文献具有同质性, 采用固定效应模型分析, 合并效应量 RR 值为 1.31, 95% CI = 1.18 ~ 1.46, $P < 0.00001$, 中西药两组间差异有统计学意义, 可以肯定中药口服配合中药灌肠对 UC 的治疗在整体临

床疗效方面优于 SASP 口服治疗。结果见图 3。

2.3.4 对 9 篇文献进行近期黏膜愈合率的 Meta 分析 $P = 0.65$, $I^2 = 0\%$, 可认为这 9 篇 RCT 文献具有同质性, 采用固定效应模型分析, 合并效应量 RR 值为 1.61, 95% CI = 1.35 ~ 1.93, $P < 0.00001$, 中西药两组间差异有统计学意义, 可认为中药口服配合中药灌肠对 UC 的治疗在早期黏膜愈合率方面优于 SASP 口服治疗。结果见图 4。

2.3.5 对 3 篇文献进行复发率的 Meta 分析 $P = 0.29$, $I^2 = 19\%$, 可认为这 3 篇 RCT 文献具有同质性, 采用固定效应模型分析, 合并效应量 OR 值为 0.26, 95% CI = 0.12 ~ 0.56, $P = 0.0005$, 中西药两组间差异有统计学意义, 另有 1 篇文献^[10]指出治疗后西药组 1 年后复发, 中药组无复发, 结合 Meta 分析可认为中药口服配合中药灌肠对 UC 的治疗在复发率方面低于 SASP 口服治疗。结果见图 5。

2.4 安全性评价

有 9 项研究观察了药物的不良反应, 其中 1 项研究^[4]对照组出现了 5 例恶心、纳差、腹胀等不良反应, 表明从整体来看 SASP 出现不良反应的概率高于中药治疗。

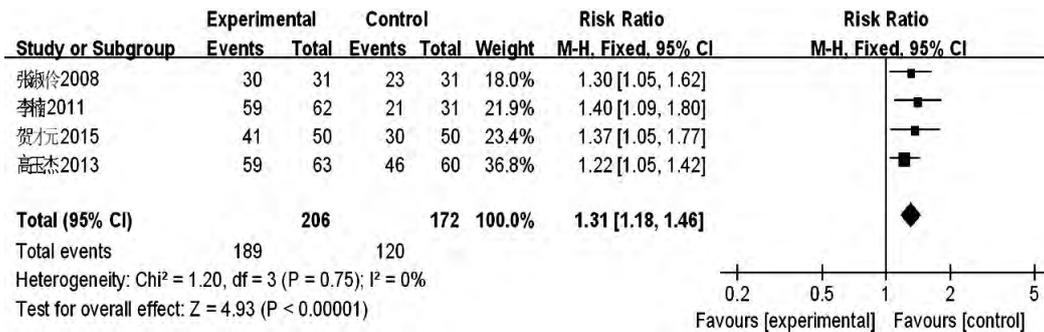


图 3 高质量文献临床疗效总有效率的 Meta 分析森林图

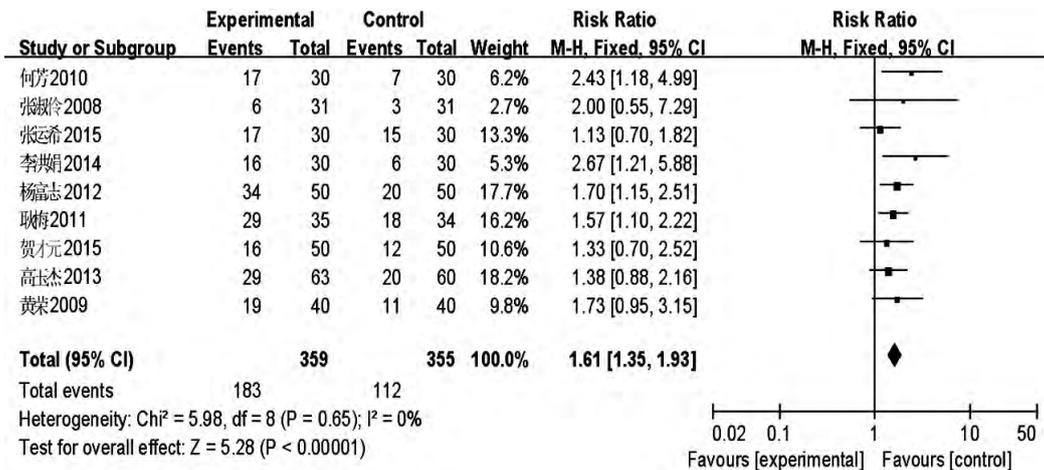


图 4 近期黏膜愈合率的 Meta 分析森林图

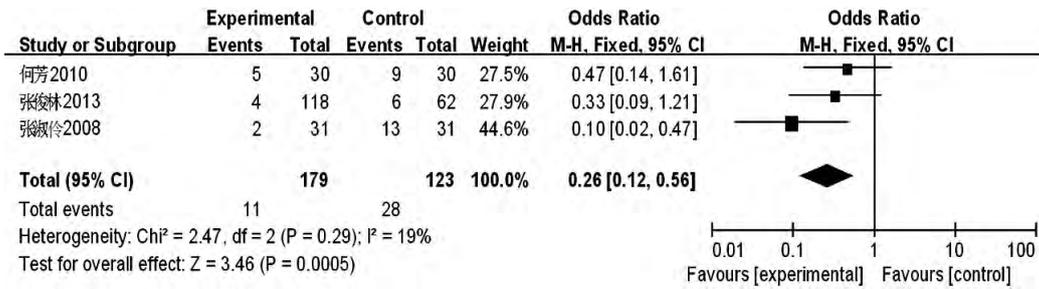


图5 复发率的 Meta 分析森林图

3 讨论

中医无 UC 的病名 根据其临床表现可归为“痢疾”“泄泻”“大瘕泄”“肠风”等范畴,我们认为本病初期以湿热证为主,而中期多为虚实夹杂、寒热错杂证候,病久则多为正虚。“正气内存,邪不可干”,脾肾阳虚是其内在发病基础,贯穿疾病始终,因此,中医通过辨证施治,能有效缓解腹泻、黏液脓血便的症状。中药灌肠能使药物直接到达病灶并作用于局部黏膜,改善局部血液循环及黏膜通透性,从而促进溃疡黏膜愈合。另外可根据结肠镜下黏膜情况,并结合症状分型,即做到宏观与微观相结合,如结肠镜下见肠黏膜红肿、糜烂,辨证多为湿热内蕴型;如镜下见黏膜苍白水肿,多为脾胃虚弱型。

中医药诊疗特色是发挥优势的基础,中医的特色诊疗包括:整体观念、个体化治疗、治未病、综合治疗。在整体观念下的辨证论治是中医诊疗疾病的特色,明确病因病机,根据辨证分型给予相应治疗原则。施治时强调个体化治疗,针对不同的患者考虑其年龄、性别、体质、职业特点、病程长短、发病原因、饮食生活习惯、地理环境不同及临床表现等,分清主次,明辨脏腑寒热虚实,予以主方不同加减。《金匱要略·脏腑经络先后病脉证治》阐述“夫治未病者,见肝之病,知肝传脾,当先实脾。”强调“治未病”的重要性。治未病思想主要包括三个部分:疾病未发生时,重视其调摄养生,顾护正气,防止疾病发生;二是疾病初露端倪时及时采取干预措施,防止疾病发生、发展,将疾病扼杀在萌芽状态;三是愈后防复,患者病愈后,因体质、生活习惯、饮食习惯的原因,疾病有复发的可能,对患者进行体质、饮食、生活习惯方面的有利调整进行指导,以减少疾病的复发。中药灌肠、针灸、摩腹等多种外治法相结合,能够降低药物不良反应、减少疾病的复发。

尽管临床经验表明中医药治疗 UC 具有良好的疗效以及潜在的优势,但仍然缺乏严谨遵循科研设

计原则的临床试验,作为证明疗效的证据。探索严谨的科研设计方法,是发挥中医优势的科学依据,是使中医走向科学化的必经之路。Meta 分析和传统综述不同之处在于,分析结论是由合并效应量 RR 的值及其检验 P 值决定,统计学上只要满足 RR 值 > 0.95% CI 不包括 0, P < 0.05,可认为治疗组和对照组之间的差异具有统计学意义,但由于该研究某个结局指标样本例数较低,降低检验效能,需要临床大样本、高质量的文献纳入研究提供确凿的证据。高质量文献少的原因有:(1)有 9 篇文献只提到随机法,未作详细描述,无法判定是否真正遵循随机原则;(2)试验组用药为中药口服合并灌肠,治疗组为西药口服,两者区别明显,很难具备盲法条件;(3)只有 1 篇详细记录了脱落的数目和理由,3 篇文献做了 1 年或 1 年以上的随访,其余文献随访时间仅为半年或者未作随访。故中医的临床研究应根据中医自身特点结合临床试验标准在药物剂型上做些改变,积极探索单盲或者双盲的模式,明确、规范随机方法,对于失防和退出做出相关描述和理由分析,提高 UC 的随访率、延长随访时间,更有利于提高中医临床研究的质量及对评价中药治疗 UC 的长期疗效性。

笔者选用的文献均是对非急性爆发性 UC 的研究,以轻、中度患者为主,不能表明中医治疗重度或者急性爆发性 UC 患者的疗效优于 SASP 口服治疗,且 SASP 以治疗轻、中度为主,病情严重者需加用糖皮质激素、免疫抑制剂治疗,或采用中西医结合疗法治疗才能达到迅速控制病情的效果。

参 考 文 献

[1]高玉杰.辨证分型联合中药保留灌肠治疗溃疡性结肠炎随机平行对照研究[J].实用中医内科杂志,2013,27(4):45-47.
 [2]张运希,汤建光,苏东平.中药内服加灌肠治疗溃疡性结肠炎临床研究[J].光明中医,2015,30(6):1225-1226.
 [3]李楠.参苓白术散合中药灌肠治疗溃疡性结肠炎 62 例[J].中医研究,2011,24(9):46-47. (下转第 460 页)

理中汤为治太阴虚寒证的主方,因其温运中阳、调理中焦,故取名“理中汤”。《金匱要略》称其为人参汤,治虚寒性的胸痹证,惟前方用炙甘草,本方用甘草不炙,两方用药、剂量、煎服法等皆相同,惟前方用甘草。人参汤功能温中祛寒,健脾益气,其治疗之偏于正阳不足者,其证当有四肢不温、大便稀溏、舌淡苔白、脉象沉迟细缓等症。方中干姜温中祛寒;人参补中益气,气充则阳旺;白术健脾燥湿,助运化水湿;甘草甘缓补中,调和诸药。诸药配伍,深得辛甘化阳之意,有助阳益气之妙,以达振阳气,消阴寒,复脾气的目的。

理中丸为一方二法,既可制成丸剂,亦可煎汤服用,只是改汤剂为蜜丸如鸡子黄大,以沸汤和丸,研碎,温服,日 3 丸,夜 2 丸为准。病情缓而需久服者,可用丸;病势急或服丸效差者,当用汤剂。服药后,腹中由冷而转有热感者,说明有效,可续服;若腹中未热,说明效不显或无效,是病重药轻,当增加丸药的服用量,由一丸加至三四丸,或改用汤剂。为增强药物疗效,温养中气,服药后约一顿饭的时间,可食热粥并温覆以取暖。理中汤有随症加减,若口渴而欲饮水的,则属脾虚而津液不布,则应增加白术的剂量,补脾以行津液;若中寒甚而腹痛者,则应增加干姜的剂量以暖脾寒。

7 小 结

《伤寒杂病论》中仲景 318 首方,药同方异者 15

首,这些方剂都是在组方药物不变的前提下,通过加减药物的用量从而直接决定药力的大小;或是通过药物之间用量的比例变化,达到改变方剂配伍关系的效果,从而决定变方的功用及主治证候的主要方面。综上所述,我们可以窥探张仲景用药组方之严格,从而提示后学,在临床组方遣药之时,不但需要考虑方剂的药物组成,而且应该重视药物用量及其量效配伍的比例。

参 考 文 献

- [1] 藤晶, 张爱莲. 桂枝汤[M]. 北京: 中国医药科技出版社, 2005: 29-32.
- [2] 柯琴. 伤寒来苏集[M]. 王晨, 校注. 北京: 中国中医药出版社, 1998: 20.
- [3] 张家礼. 张家礼金匱要略讲稿[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2009: 459-460.
- [4] 张仲景. 金匱要略[M]. 何任, 整理. 北京: 人民卫生出版社, 2005: 81.
- [5] 李志庸. 张景岳医学全书[M]. 北京: 中国中医药出版社, 1998: 958-959.
- [6] 王子接. 绛雪园古方选注[M]. 赵小青, 点校. 北京: 中国中医药出版社, 1993: 3.
- [7] 刘渡舟. 新编伤寒论类方[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2013: 12-15.
- [8] 汪琥. 伤寒论辨证广注附中寒论辨证广注[M]. 影印平阳季东壁刻本. 上海: 上海卫生出版社, 1958: 239.

(收稿日期: 2016-12-01)

(上接第 449 页)

- [4] 徐大志, 张维. 葛根芩连汤配合中药保留灌肠治疗溃疡性结肠炎 31 例临床观察[J]. 中医药导报, 2013, 19(2): 57-58.
- [5] 张淑伶. 中药内服配合灌肠治疗湿热型溃疡性结肠炎临床观察[J]. 北京中医药, 2008, 27(6): 440-441.
- [6] 张维. 中药内服与灌肠联合治疗湿热型溃疡性结肠炎 36 例[J]. 中国中医药信息杂志, 2011, 18(12): 69-70.
- [7] 贺才元, 罗正明. 中药灌肠联合肠炎方治疗溃疡性结肠炎随机平行对照研究[J]. 实用中医内科杂志, 2015, 29(3): 96-98.
- [8] 高原, 牛兴东, 肖成. 健脾理肠汤加中药灌肠治疗脾虚湿热型溃疡性结肠炎临床观察[J]. 四川中医, 2014, 32(12): 112-114.
- [9] 张俊林. 中药内服结合保留灌肠治疗慢性溃疡性结肠炎 118 例[J]. 光明中医, 2013, 28(5): 1049-1050.
- [10] 黄荣. 口服中药联合中药灌肠治疗溃疡性结肠炎的疗效观察[J]. 中国现代医生, 2009, 47(29): 70-71.
- [11] 何芳. 香丹四逆散配合灌肠治疗慢性溃疡性结肠炎 30 例[J]. 实用中医内科杂志, 2010, 24(8): 44-45.

- [12] 耿梅. 中药灌肠加内服治疗难治性溃疡性结肠炎 35 例[J]. 中国中医药现代远程教育, 2011, 9(6): 22-23.
- [13] 王雁梅, 任京力, 王瑞芳, 等. 葛根芩连五炭汤口服加灌肠治疗活动期溃疡性结肠炎 30 例[J]. 中医研究, 2013, 26(12): 29-32.
- [14] 夏德纯. 内服中药结合保留灌肠治疗慢性溃疡性结肠炎 36 例临床观察[J]. 中医药导报, 2008, 14(2): 24.
- [15] 杨富志. 中药内服加灌肠治疗溃疡性结肠炎 50 例[J]. 光明中医, 2012, 27(2): 270-271.
- [16] 刘国荣. 中药内服配合保留灌肠治疗慢性溃疡性结肠炎 48 例临床观察[J]. 中医药导报, 2010, 16(3): 56-57.
- [17] 田海春. 内外合治慢性溃疡性结肠炎 48 例临床观察[J]. 中医药导报, 2009, 15(5): 32-33.
- [18] 李洪娟, 侯广云, 曹玲, 等. 内服中药配合中药灌肠治疗溃疡性结肠炎 30 例的疗效观察[J]. 中国实用医药, 2014, 9(7): 184.

(收稿日期: 2017-02-08)