

# 基于卫气营血理论及窄带成像放大内镜技术探讨 溃疡性结肠炎肠镜下微观辨证的思路与方法\*

焦政<sup>1</sup> 白光<sup>1</sup> 李格格<sup>2</sup> 赵佳琪<sup>1</sup> 孟子惠<sup>1</sup> 刘方晓<sup>3</sup> 贾越博<sup>4</sup> 刘林<sup>1</sup> 李玉锋<sup>1</sup>

**[摘要]** 溃疡性结肠炎(ulcerative colitis, UC)是一种非特异性、慢性的炎症性肠病,近年来其发病率和患病率呈增长趋势,中医药在 UC 各阶段治疗中发挥着重要作用,疗效显著,相关研究表明,UC 病情演变规律病机变化符合卫气营血病情演变规律病机变化,本文以卫气营血辨证思维方法为切入点,将窄带成像放大内镜观察到的临床资料提炼、总结并归纳于卫气营血辨证体系中,对 UC 的本质属性及疾病特点进行新的诠释,以镜为眼,把内镜作为中医望诊的延伸,使 UC 辨证客观化,丰富 UC 中医望诊的内容。

**[关键词]** 溃疡性结肠炎;微观辨证;卫气营血;窄带成像

**DOI:**10.3969/j.issn.1671-038X.2023.09.05

**[中图分类号]** R574.62 **[文献标志码]** A

## The idea and method of microscopic syndrome differentiation of ulcerative colitis under colonoscopy were discussed based on the theory of Wei qi ying blood and narrow-band imaging amplification endoscopy

JIAO Zheng<sup>1</sup> BAI Guang<sup>1</sup> LI Gege<sup>2</sup> ZHAO Jiaqi<sup>1</sup> MENG Zihui<sup>1</sup> LIU Fangxiao<sup>3</sup>  
JIA Yuebo<sup>4</sup> LIU Lin<sup>1</sup> LI Yufeng<sup>1</sup>

(<sup>1</sup>Department of Spleen and Stomach Diseases, Affiliated Hospital of Liaoning University of Traditional Chinese Medicine, Shenyang, 110032, China; <sup>2</sup>School of Acupuncture and Tuina, Liaoning University of Traditional Chinese Medicine; <sup>3</sup>Graduate School of Liaoning University of Traditional Chinese Medicine; <sup>4</sup>Department of Gastroenterology, Shuguang Hospital Affiliated to Shanghai University of Traditional Chinese Medicine)

Corresponding author: LI Yufeng, E-mail: 987605667@qq.com

**Abstract** Ulcerative colitis(UC) is a non-specific and chronic inflammatory bowel disease(IBD). Its incidence and prevalence have increased in recent years. Traditional Chinese Medicine plays an important role in the treatment of UC at all stages. However, for some patients, intestinal manifestations observed under the endoscope are inconsistent with clinical symptoms collected through the four diagnostic methods of Traditional Chinese Medicine, causing difficulties in clinical Traditional Chinese Medicine syndrome differentiation. Studies have shown that the pathogenesis of UC disease evolution is consistent with the pathogenesis of Wei qi ying blood. This paper takes the thinking method of syndrome differentiation of Wei qi ying blood as the starting point. The clinical data observed by magnifying endoscopy with narrow-band imaging(ME-NBI) was summarized and summarized in the syndrome differentiation system of Wei qi ying blood, and the essential attributes and disease characteristics of UC were interpreted. The lens was taken as the eye. Taking endoscopy as an extension of Traditional Chinese Medicine observation, objectified the syndrome differentiation of UC and enriched the contents of Traditional Chinese Medicine observation of UC.

**Key words** ulcerative colitis; microscopic syndrome differentiation; Wei qi ying blood; narrow-band imaging

\*基金项目:国家中医药管理局中医药循证能力建设项目(No:2019XZZX-XH008);辽宁省中医大师(辽宁省名中医)白光传承工作室建设项目[No:辽中医药综合字(2022)12号];辽宁中医药大学自然科学类项目(No:2021LZY030, No:2021LZY017)

<sup>1</sup>辽宁中医药大学附属医院脾胃病科(沈阳,110032)

<sup>2</sup>辽宁中医药大学针灸推拿学院

<sup>3</sup>辽宁中医药大学研究生学院

<sup>4</sup>上海中医药大学附属曙光医院消化内科

通信作者:李玉锋, E-mail: 987605667@qq.com

**引用本文:**焦政,白光,李格格,等.基于卫气营血理论及窄带成像放大内镜技术探讨溃疡性结肠炎肠镜下微观辨证的思路与方法[J].中国中西医结合消化杂志,2023,31(9):681-685. DOI:10.3969/j.issn.1671-038X.2023.09.05.

溃疡性结肠炎 (ulcerative colitis, UC) 是一种非特异性、慢性的炎症性肠病 (inflammatory bowel disease, IBD), 大多数先始于直肠, 向口侧端连续延伸, 严重者累及整个结肠。其发病机制尚不明确<sup>[1]</sup>, 可能与肠道菌群失调<sup>[2]</sup>、遗传、宿主免疫应答、外界环境等因素有关。临床以腹泻、腹痛、黏液脓血便为主要表现, 欧洲 ECCO 共识<sup>[3]</sup> 已将其归为终身性疾病, 目前现代医学常用 5-氨基水杨酸、激素、免疫抑制剂等<sup>[4-5]</sup> 药物以消除炎症、促进黏膜愈合为目的治疗 UC, 但远期疗效不明显且不良反应大, 中医药在 UC 整体治疗和各阶段的治疗中发挥着重要作用<sup>[6]</sup>, 疗效显著。辨证是施治的前提, 随着科学技术的不断进步, 窄带成像放大内镜 (magnifying endoscopy with narrow-band imaging, ME-NBI) 技术的发明, 可以从微观角度观察结肠黏膜的表面结构及表面血管, 大大扩展了传统中医望诊的视野, 有研究表明, UC 病情演变规律病机变化符合卫气营血病情演变规律病机变化, 可用卫气营血理论进行辨证<sup>[7]</sup>。本文以卫气营血辨证思维方法为切入点, 使用 ME-NBI 技术观察结肠黏膜表面结构、表面血管, 探讨其应用于 UC 的诊治思路, 以进一步丰富 UC 的临床诊疗方法。

### 1 卫气营血辨证理论在 UC 中的应用

卫气营血的名称首见于《黄帝内经》,《灵枢·营卫生会第十八》载:“人受气于谷……其清者为营, 浊者为卫, 营在脉中, 卫在脉外”,《灵枢·本脏》载:“卫气者……温分肉, 充皮肤, 肥腠理, 司开阖……”,《灵枢·邪客》云:“营气者……注之于脉, 化以为血”,《黄帝内经》中阐明了卫、气、营、血是人体 4 种基本物质, 分布于不同位置, 共同参与人的生命活动; 仲景将营气、卫气用于论述六经病的病机, 如伤寒 95 条:“太阳病, 发热, 汗出者, 此为营弱卫强”, 温病学家叶天士根据自己的临证经验, 在《黄帝内经》和《伤寒论》的基础上, 发展并创立了卫气营血辨证理论, 其根据温热邪气侵入人体后, 对机体的损伤程度不同, 将其分为 4 个阶段, 即卫、气、营、血四分证。叶氏云:“大凡看法, 卫之后方言气, 营之后方言血”。卫分证是气分证的轻、浅阶段, 二者仅有轻重程度的区别, 其本质相同; 营分证是血分证的轻、浅阶段, 二者亦只有轻重程度的区别, 其本质相同; 有学者认为, 卫气分证属于机体功能性的改变, 营血分属于机体实质性改变<sup>[8]</sup>。UC 的病机总体为素体脾胃虚弱, 外邪、饮食、情志等因素<sup>[9]</sup> 导致脾胃运化不利, 湿热、热毒<sup>[10]</sup> 之邪客于肠腑, 邪伤于卫, 正气充足, 卫气抗邪于外, 则不病, 若正气虚弱或病邪过盛, 则邪入气分, 肠腑传导失司, 气血相搏, 血气蕴积, 腑气损伤, 郁而化热, 热积不散, 热盛动血, 导致大肠脂膜血络损伤, 血肉腐坏, 化而为脓, 内溃成疡, 发为本病, 其病理演变规律与

卫气营血病理演变规律基本相符, 故可从卫气营血角度进行辨证。

### 2 应用 ME-NBI 对 UC 微观辨证的优势

《灵枢·本脏》云:“视其外应……知其内藏, 则知所病矣”, 在临床中, 传统的中医常采用“有诸内必形于诸外”、“司外揣内”的认知方式, 有一定的局限性, 如病变以右半结肠为主的 UC, 患者肠道内病情往往较重, 但其外在表现大多数很轻, 部分患者甚至自觉“与常人无恙”, 现代辅助诊查技术的出现使医者可以直观掌握患者体内生理病理情况, 是传统中医望诊的延伸, 大大拓展了望诊的内容与范围, 为我们诊疗疾病提供了重要的临床信息。放大内镜 (magnifying endoscopy, ME) 是一种拥有高分辨率和高像素特点的消化内镜, 可将消化道中的病灶放大几十倍到上百倍, 窄带成像技术 (narrow-band imaging, NBI) 是应用滤光器, 使消化内镜发出的光源中只留下 415 nm 和 540 nm 的窄带光谱, 增强了所观察到消化道黏膜血管的图像, ME-NBI 在消化道炎性病变、癌前病变乃至消化道早癌中应用广泛, 因其可清晰地观察到消化道黏膜表面腺管及表面血管的形态, 从而可以达到判断病变性质及病情程度的目的, 在 UC 的诊断中发挥了重要的作用<sup>[11-12]</sup>。纵观国内外研究现状, UC 中医辨证仍存在缺乏现代化、客观化的问题, 其难以在病灶局部甚至微观角度下进行辨病和辨证论治。在 UC 诊治过程中望诊和问诊也会因患者个人特殊性 or 受教育程度的高低及年龄因素的影响, 难以获得客观可靠的临床资料。随着现代诊疗技术的发展, 各种检查技术不断涌现, 尤其在结肠溃疡样病变中, 通过消化内镜对结直肠的检查, 可以直接观察到患者病灶的活动度、病灶黏膜表面结构形态、病灶黏膜表面血管形态等内镜下表现, 根据内镜资料进行微观辨证, 打破中医望诊的局限性, 使辨证更加精准, 提高了中医药治疗 UC 的临床疗效。

### 3 肠镜下病灶黏膜表面结构、黏膜表面血管特征与卫气营血辨证

#### 3.1 UC 卫分证-微观辨证

“卫气”中卫字, 译保卫之意, 卫外而固也, 对于整个机体而言, 分布于体表, 大肠为六腑之一, 其内中空, 就此单个器官而言, 卫气分布于肠道黏膜的表面, 抵御外邪, UC 发病机制虽尚不明确, 但免疫异常与其密切相关。《灵枢·五癯津液别》云:“脾为之卫”, 脾胃为气血生化之源, 若脾虚, 则气血生化乏源, 正气虚弱, 则卫气不足, 易遭邪气侵袭。UC 患者素体脾胃虚弱, “卫气”不足, 热毒、湿热等邪气侵袭肠道时, 首先伤其卫分, 邪在卫表, 本阶段病情轻浅, 患者大多无明显临床症状, 此时结肠黏膜多趋近于正常, 或黏膜色泽轻度发红, 黏膜表面可见类圆形的腺管开口结构, 表面结构排列规则,

黏膜浅层隐约可见规则蜂窝样细小血管,黏膜深层可见清晰枝状血管;ME-NBI 表现为:清晰型,见图1。

### 3.2 UC 气分证-微观辨证

气分证,邪气由卫入里,导致肠腑功能失常的病变阶段,凡邪不在卫分,又未传入营(血)分,都可属气分证的范围,气分证的病理变化总的方面不外人体“气”的病变,气为维持人体生命活动的最基本物质,气的活动又是人体各种功能的主要动力,在病邪进入气分时,人体全身正气奋起抗邪,邪正相争,朱丹溪云:“赤痢属血,白属气”,故 UC 的气分证常表现以腹痛、腹泻、里急后重、下利黏液便为主,湿热、热毒之邪贯穿 UC 始终,且气分证为 UC 病情发展的转折点,若得以及时有效施治,则疾病可由气分证转为卫分证,若失治误治,则病情进一步进展,转为营血分证。病在气分,邪正相争,肠黏膜见充血、发红,肠腔内可见点状糜烂,黏膜表面见黏液苔状物附着,本阶段属于肠腑功能失常的病变阶段,黏膜表面腺管开口结构可见扩张、拉长,黏膜浅层隐约可见规则蜂窝样细小血管,黏膜深层树枝状血管减少、模糊、显示不清;ME-NBI 表现为:模糊型,见图2。

### 3.3 UC 营血分证-微观辨证

叶氏云:“初为气结在经,久则血伤入络”,营血分证是病情进一步发展,邪气犯于营血分,灼伤营

血,甚则血热亢盛、动血耗血为主要病理变化的一类证候,其以便血、发热、腹痛、消瘦、口干等为临床主要表现,营血证也是 UC 整个病情阶段的活动期、重症期。《灵枢·痈疽第八十一》言:“营……稽留于经脉之中,则血泣而不行……壅遏而不得行,故热,大热不止,热盛则肉腐,肉腐则为脓”,此阶段病情较重,以黏膜实质性损害为主。叶氏云“营之后方言血”、“营分受热则血液受劫”,可见邪入营分时,常常波及血分,且二者之间没有绝对界限,在 UC 的病变过程中,邪入营血,主要损伤血络,湿热、热毒之邪炼血耗血,可出现营血亏虚;邪热破血妄行,肠络受损,可出现血溢脉外、出血;营血亏虚导致血液浓缩,血溢脉外导致离经之血,二者进一步往往可产生瘀血内停的病理表现,如《圣济总录》言:“毒热内郁,则变为瘀血”,又如《温疫论》载:“邪热久羁,无由以泄,血为热搏,其血必凝”,瘀血内结,病久累及肠络,形成肠内癥瘕,即现代医学所述低、高级别上皮内瘤变,进一步可发展为结直肠癌。营血分证 UC 肠道黏膜色泽以绛红、暗红为主,病灶处见重度的糜烂、溃疡形成,病灶表面附着污秽苔及血痂,严重者见自发性出血,黏膜表面原有血管纹理消失,其表面结构可出现隐窝开口亚型、绒毛亚型<sup>[13]</sup>、厚苔无结构型。ME-NBI 表现为:消失型-隐窝开口亚型,见图3;消失型-绒毛亚型,见图4;消失型-厚苔无结构亚型,见图5、6。

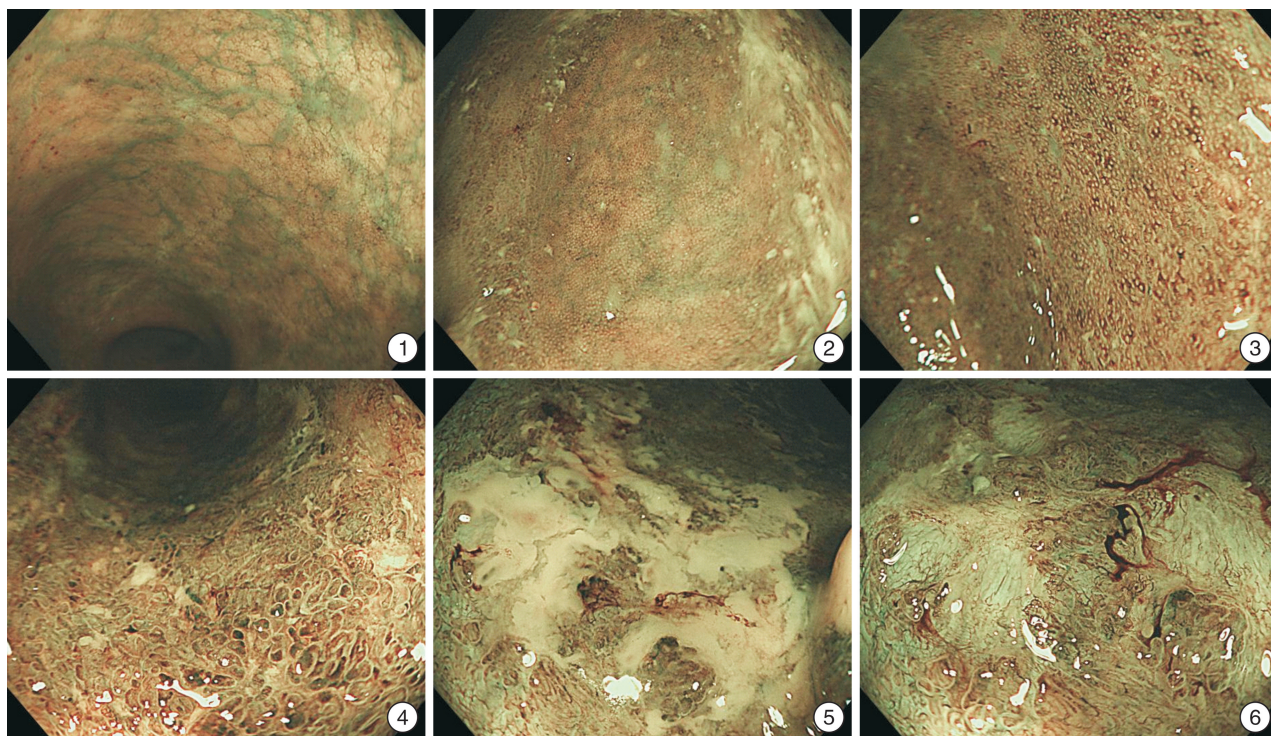


图1 清晰型; 图2 模糊型; 图3 消失型-隐窝开口亚型; 图4 消失型-绒毛亚型; 图5 消失型-厚苔无结构亚型(冲洗厚苔前); 图6 消失型-厚苔无结构亚型(冲洗厚苔后)

#### 4 验案举隅

患者,女,51岁,2019年4月16日初诊。主诉:腹痛下利脓血反复发作2年,加重1个月。现病史:患者2年前立春起病,左下腹隐痛伴黏液脓血便,里急后重,大便日行10余次,于当地医院行结肠镜检查示:UC(活动期),口服美沙拉嗪及固本益肠片治疗,服药后可暂时缓解,但一经停药病情反复,每因进食辛辣刺激食物、劳累等因素诱发加重;1个月前因进食火锅后病情再次加重,为寻求中医诊治前来就诊。当日肠道准备后,行结肠镜检查,内镜示:降结肠、乙状结肠、直肠见散在片状深溃疡样改变,表附污秽苔及陈旧性血痂,可见自发性出血,病灶以乙状结肠及直乙交界为重,结肠袋结构模糊,病损处肠腔略狭窄;ME-NBI见其病灶黏膜表面结构、黏膜表面血管特征表现为:消失型-厚苔无结构亚型。刻下:下腹疼痛伴黏液脓血便,发热,下午及夜间为甚,舌绛红,苔黄,脉细数。西医诊断:UC(E2型,Mayo 3分,消失型-厚苔无结构亚型);中医诊断:久痢(营血证)。治法:清热解毒、凉血散瘀。处方:赤芍9g,牡丹皮6g,白头翁15g,秦皮9g,马齿苋30g,黄连9g,白花蛇舌草30g,薏苡仁30g,地榆炭9g,三七6g,白及9g,青黛3g(冲服),木香6g。14剂,每日1剂,日2次温服。

二诊(2019年4月30日):诉左下腹疼痛减轻,大便日行5~6次,以黏液白脓为主,无发热,舌红,苔黄,脉数。二诊时肠镜示:乙状结肠、直肠见散在片状浅溃疡,表附白苔,未见血迹,结肠袋结构模糊;ME-NBI见其病灶黏膜表面结构、黏膜表面血管特征表现为:模糊型、消失型-隐窝开口亚型。西医诊断:UC(E2型,Mayo 2分,模糊型、消失型-隐窝开口亚型);中医诊断:久痢(气营证)。治法:清热化湿,宣畅气机。处方:上方去白头翁、赤芍、牡丹皮、地榆炭、三七、青黛,加苍术15g,陈皮15g,砂仁6g,藿香6g,佩兰9g。14剂,每日1剂,日2次温服。

三诊(2019年5月14日):无腹痛,大便日行2~3次,大便时有黏液,乏力,偶有肛门重坠,无发热,患者自觉症状消失,故拒绝口服聚乙二醇电解质散肠道准备,灌肠后进行部分结肠镜检查示:直肠黏膜见充血、发红,肠腔内可见点状糜烂,黏膜表面见黏液苔状物附着。ME-NBI见其病灶黏膜表面结构、黏膜表面血管特征表现为:模糊型。西医诊断为UC(E1型,Mayo 1分,模糊型)。中医诊断为卫气证,治法:健脾固卫,理气化湿。处方:党参15g,黄芪30g,白术15g,茯苓20g,薏苡仁30g,山药30g,莲子9g,桔梗6g,砂仁9g,木香6g,陈皮15g。每日1剂,日2次温服。续服28剂后诸症均平,大便日行1~2次,逐渐成型。定期

随诊半年,病情稳定,未再复发。

按语:患者下利黏液脓血便2年余,当属久痢范围,热毒之邪客于肠腑,大肠脂膜血络损伤,热积不散,热盛动血,病在营血分,遵叶氏“入血就恐耗血动血,直须凉血散血”,白师以赤芍、牡丹皮凉血散瘀;马齿苋泻热散血,能治诸淋疳痢;《潮州志·物产志》载:白花蛇舌草,茎叶榨汁饮服……可治一切肠病;青黛清热解毒,其质细腻,白师认为其可吸附于肠腔表面,直接作用于病所;既用马齿苋、白花蛇舌草、青黛等苦寒之品,则不必再用黄柏,故白头翁汤取白头翁、黄连、秦皮三味,苦寒之性减而解毒止痢之用存,黄连与木香相合,此为香连丸,《验方新编》载:此丸清邪热,导滞气,行瘀血,为治痢之圣药,服之神效;薏苡仁、地榆炭、三七、白及四药相合,止血排脓、生肌敛疮。二诊诸症改善,营血分邪热渐退,未见血便,故去白头翁、赤芍、牡丹皮、地榆炭、三七、青黛清热凉血止血之品,加苍术、陈皮、砂仁、藿香、佩兰之品以清化肠腑气分之湿热。三诊,邪实渐除,卫虚气滞尤存,方取参苓白术散之意健脾固卫,理气化湿。

#### 5 总结

UC是一病程较长、在“炎症-修复-愈合”这一病理过程中反复循环的疾病,有研究表明,UC患者患癌风险比正常人高出5.7倍,患病30年后发生结肠癌的概率约为18%<sup>[14-15]</sup>,而现阶段临床中常采用判定UC病情活动度、病情程度的方式,如Mayo内镜评分<sup>[16]</sup>,其并没有用ME-NBI观察黏膜表面微腺管及黏膜表面微血管,故无法发现UC“炎-癌”转变途径中癌前病变或早期结直肠癌,无法起到早诊早治的作用;此外,一些微小、轻浅的黏膜破溃,在普通白光内镜的观察下其病灶表现与周围正常黏膜近乎相同,难以辨别,仅应用普通白光内镜判定UC病情活动度、病情程度的方式已无法满足临床需要,但UC患者肠道内炎症较重,病情变化跨度大,肠道内黏膜表面结构及血管由最初正常状态-紊乱-消失-异常状态出现-恢复,在各个阶段其表现亦可出现不同种类亚型,究其ME-NBI表现、各病情阶段的内镜下分型,国内外学者目前尚无定论,中医药治疗UC疗效确切。在初期、轻症期,刘乐等<sup>[17]</sup>、夏美义<sup>[18]</sup>、许丙俊等<sup>[19]</sup>用玉屏风加味补益肺卫之气,从“卫气”角度<sup>[7]</sup>治疗UC均取得了良好的疗效;在活动期、重症期,缪志伟等<sup>[20]</sup>遵叶氏“凉血散血”之法用白头翁汤,从“营血”角度<sup>[7]</sup>治疗UC均取得了良好的疗效。卫气营血辨证体系由清代医家叶天士首创,其不仅可以有效指导外感热病的治疗,现阶段也广泛应用于内、外科各种疾病的辨证论治,国医大师赵绍琴、国医大师刘景源等认为卫气阶段属于功能的改变,营血阶段属于实质性病变,故笔者以肠腑黏膜是否有实质性

损害为标准,确定卫气分与营血分的分界线,将ME-NBI观察到的临床资料提炼、总结并归纳于卫气营血辨证体系中,对UC的本质属性及疾病特点进行新的诠释,以镜为眼,把内镜作为中医望诊的延伸,丰富了UC中医望诊的内容,使UC辨证客观化<sup>[21]</sup>,以便日后在UC的辨证施治中更好发挥中医药的优势。

**利益冲突** 所有作者均声明不存在利益冲突

### 参考文献

- [1] 娄莹莹,李佃贵,霍永利,等.溃疡性结肠炎特色病机“浊毒损膜伤络”及其意义[J].中国中西医结合杂志,2022,42(6):749-753.
- [2] 沈洪,朱磊,邢敬.溃疡性结肠炎癌变的中西医防治策略[J].中国中西医结合消化杂志,2023,31(3):157-162.
- [3] Magro F, Gionchetti P, Eliakim R, et al. Third European evidence-based consensus on diagnosis and management of ulcerative colitis. part 1: definitions, diagnosis, extra-intestinal manifestations, pregnancy, cancer surveillance, surgery, and ileo-anal pouch disorders [J]. J Crohns Colitis, 2017, 11(6): 649-670.
- [4] 吴开春,梁洁,冉志华,等.炎症性肠病诊断与治疗的共识意见(2018年·北京)[J].中国实用内科杂志,2018,38(9):796-813.
- [5] 王化虹.使用生物制剂治疗溃疡性结肠炎的思考[J].中国中西医结合消化杂志,2023,31(4):255-259.
- [6] 沈洪,邢敬.中西医结合治疗溃疡性结肠炎的优势及临床应用[J].医学研究生学报,2019,32(6):586-590.
- [7] 刘翠荣,沈洪,张露.从卫气营血论治溃疡性结肠炎辨证思路[J].辽宁中医杂志,2020,47(3):117-119.
- [8] 宋素花.温病卫气营血辨治的动态思维观探讨[J].辽宁中医杂志,2011,38(12):2364-2366.
- [9] 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.
- [10] 陆宇平,王长洪,高文艳,等.溃疡性结肠炎的临床辨证探析[J].中华中医药学刊,2011,29(6):1239-1241.
- [11] Bisschops R, Bessissow T, Joseph JA, et al. Chromoendoscopy versus narrow band imaging in UC: a prospective randomised controlled trial[J]. Gut, 2018, 67(6):1087-1094.
- [12] 林波,栗兴,黄虹玉,等.普通白光内镜、超声内镜及放大内镜结合窄带显像在早期胃癌内镜治疗适应症中的临床价值[J].四川大学学报(医学版),2022,53(1):154-159.
- [13] 郭涛,杨爱明,周炜洵,等.窄带光成像肠镜下黏膜血管形态对溃疡性结肠炎患者肠上皮增殖的预测价值[J].中华消化杂志,2022,42(1):30-35.
- [14] Yamamoto-Furusho JK, Sanchez-Morales GE. Factors associated with the presence of extraintestinal manifestations in patients with ulcerative colitis in a Latin American country[J]. Inflamm Intest Dis, 2020, 5(4): 200-204.
- [15] 陈玉林,董甲庆.复方谷氨酰胺颗粒与肠内营养治疗溃疡性结肠炎临床研究[J].陕西医学杂志,2020,49(1):115-117.
- [16] Lewis JD, Chuai SK, Nessel L, et al. Use of the noninvasive components of the mayo score to assess clinical response in Ulcerative Colitis[J]. Inflamm Bowel Dis, 2008, 14(12):1660-1666.
- [17] 刘乐,叶柏.叶柏教授应用玉屏风散加味治疗溃疡性结肠炎的经验[J].中医药学报,2015,43(3):92-95.
- [18] 夏美义.玉屏风散加味汤治疗溃疡性结肠炎 98 例[J].陕西中医,1997,18(7):322-322.
- [19] 许丙俊,郝宗东.玉屏风散加味治疗溃疡性结肠炎 37 例[J].陕西中医,2000,21(6):268-268.
- [20] 缪志伟,王晓瑜,张晓光,等.新加白头翁汤治疗活动期溃疡性结肠炎的临床疗效评价[J].中国中西医结合消化杂志,2021,29(2):93-96.
- [21] 李格格,白光,焦政.溃疡性结肠炎中医证型与肠镜象的相关性[J].中华中医药学刊,2022,40(2):90-93.

(收稿日期:2023-04-12)