

## · 综 述 ·

## 溃疡性结肠炎中西医结合治疗研究进展\*

智慧综述,龙健,刘可云<sup>△</sup>审校

(湖北民族大学医学部,湖北恩施 445000)

**[摘要]** 溃疡性结肠炎(UC)是一种累及结肠和直肠的慢性肠道疾病,病程迁延不愈,属常见慢性消化系统疾病,加重期会引发并发症并导致死亡。临床多表现为血性腹泻、里急后重、便次增多、体重减轻等,导致患者身心和经济负担增加。临床治疗方式多样,大多数以西医治疗为主,中医治疗为辅。近年来,随着祖国医学的不断发展,越来越凸显出中医药治疗 UC 的优势。该文就近年来国内中西医对 UC 病因和治疗状况研究进行了综述,旨在为临床治疗提供参考依据。

**[关键词]** 溃疡性结肠炎; 中西医结合疗法; 研究进展; 综述

**DOI:**10.3969/j.issn.1009-5519.2023.08.021 **中图法分类号:**R574.62

**文章编号:**1009-5519(2023)08-1366-04 **文献标识码:**A

**Research progress of traditional Chinese and western medicine treatment of ulcerative colitis\***ZHI Hui, LONG Jian, LIU Keyun<sup>△</sup>

(Medical Department of Hubei Minzu University, Enshi, Hubei 445000, China)

**[Abstract]** Ulcerative colitis(UC) is a chronic intestinal disease involving the colon and rectum, which is a common chronic digestive system disease with a prolonged and unhealed course. In the exacerbation period, complications and death may occur. The clinical manifestations include bloody diarrhea, tenesmus, increased stool frequency, weight loss, etc., which increases physical, mental and economic burden of patients. There are various clinical treatments, most of which are based on western medicine, supplemented by traditional Chinese medicine. In recent years, with the continuous development of Chinese medicine, the advantages of traditional Chinese medicine in the treatment of UC have become increasingly prominent. This article reviewed the etiology and treatment status of UC by traditional Chinese and western medicine in recent years, aiming at providing reference for clinical treatment.

**[Key words]** Ulcerative colitis; Integrated traditional Chinese and western medicine treatment; Research progress; Review

溃疡性结肠炎(UC)是一种常见的炎症肠道疾病,可累及乙状结肠甚至扩散至整个结肠,严重时可发展为结肠癌。近年来,国内外 UC 患病率呈逐渐上升趋势,被认为是一种全球性疾病<sup>[1]</sup>。UC 患者临床多表现为血性腹泻、里急后重、便次增多、体重减轻等,其病因及机制复杂多样,至今未明确。西医认为与环境暴露、饮食习惯、氧化应激、肠道菌群失衡等紧密相关,治疗以氨基水杨酸、糖皮质激素、抗菌药物、益生菌等为主,但停药后易复发,严重影响 UC 患者的身体状况、生活质量和经济状况。根据 UC 的临床特点,中医学将 UC 归属于“痢疾”“久痢”等范畴<sup>[2]</sup>。病位在大肠,易受寒、热、湿邪气侵袭,后期影响至脾、

肾、肝脏<sup>[3]</sup>。中医诊治 UC 临床经验丰富,以整体观念为根本,依据个体差异辨证选药,具有临床效果显著、复发率低等优点,得到广大患者的认可。当前中西医在治疗 UC 方面均有研究,现将中西医结合治疗 UC 的研究进展综述如下。

**1 西医病因与发病机制**

**1.1 环境** 随着新兴工业化国家的不断发展,如环境的污染、饮食的改变等致使 UC 发病率迅速上升<sup>[4]</sup>。另有研究发现,纬度、高温、降水也会改变微生物的组成,进而影响 UC 的形成与发展<sup>[5]</sup>。

**1.2 饮食** 饮食可在一定程度上影响 UC 患病率。伴随蔬菜等高膳食纤维的食物减少,肉类、动物脂肪、

\* 基金项目:国家自然科学基金项目(31860287)。

<sup>△</sup> 通信作者, E-mail:33434246@qq.com。

糖类等低膳食纤维摄入量的增多会导致 UC 发病率增高<sup>[6]</sup>。

**1.3 氧化应激** 在 UC 结肠组织中核转录因子 E2 相关因子(Nrf2)表达与氧化应激有关,Nrf2 是重要的抗氧化转录因子,能激活其下游,血红素加氧-1(HO-1)等多种抗氧化酶的表达,随着氧化应激强度增加,Nrf2 含量增加<sup>[7]</sup>。张雪侠等<sup>[8]</sup>通过实验证明,四神丸具有显著抗氧化应激的作用,其作用机制可能与激活 Nrf2/HO-1 信号通路发挥抗氧化应激、抗炎作用有关。

**1.4 肠道菌群** 肠道菌群是人体肠道内种类繁多、数量庞大的微生物的统称,可分为有益菌、中性菌和有害菌 3 种,与健康者比较,UC 患者肠道微生物大肠杆菌和拟杆菌水平较高<sup>[9-10]</sup>。匡琪等<sup>[11]</sup>通过比较活动期 UC 患者与健康者肠道菌群发现,UC 患者体内存在肠道微生物失衡现象,致病菌数大量增加,机体免疫功能下降,加重肠道炎性反应。

## 2 中医病因及发病机制

**2.1 脾胃虚弱** 中医将 UC 的发病归于患者素体虚弱而导致脾虚不运,又因饮食不节、情志不舒、外感六淫等所致。《景岳全书·泄泻》云:“泄泻之本,无不由脾胃”,当脾胃虚弱、正气不足时外邪易侵袭机体而发病。脾脏喜燥恶湿,脾虚则水液失于运化而生湿,湿浊交阻、清浊不分、热灼伤络、混杂而下则见黏液脓血便<sup>[12]</sup>。故发病之本在脾虚,致病之标多属寒湿热。

**2.2 饮食失节** 《景岳全书·痢疾》云:“因热贪冷者,人之常事也,过贪生冷,所以致病。”胃主受纳腐熟水谷,脾主运化。脾健胃和则水谷化生气血以行营卫。若过食生冷极易导致寒湿内生,损伤脾阳,致气血搏结壅滞肠中,发为泄泻<sup>[13]</sup>。李华山教授认为,科学的饮食调控能减少 UC 的复发,忌食生冷油腻之品,忌过饥过饱,宜少食多餐<sup>[14]</sup>。故饮食与 UC 的发病密切相关,在一定程度上饮食是导致 UC 发病的一个重要因素。

**2.3 情志不畅** 情志因素也会诱导 UC 的发生。《血证论》云:“木之性主于疏泄之,而水谷乃化。”若肝的疏泄功能失常会引起脾运化功能的失常,气滞则肝气郁结,横逆乘脾,引发泄泻。故情志因素亦可影响 UC 患病率。在临床诊治时应注意对患者进行情志疏导,减少 UC 的复发。

## 3 治疗

**3.1 西医治疗** 西医治疗主要以药物对症治疗,控制炎症的发生,减少复发。

**3.1.1 水杨酸制剂** 多用于轻、中度 UC 及经激素治疗后缓解的重度 UC 患者,常用药物有美沙拉嗪、

柳氮磺吡啶等。长期服用会引起胃部不适、头痛、恶心等不良反应<sup>[15]</sup>。王淑敏等<sup>[16]</sup>将 106 例 UC 患者分为对照组和观察组,分别使用柳氮磺吡啶、美沙拉嗪治疗,结果显示,对照组和观察组有效率分别为 77.36%、92.45%,柳氮磺吡啶和美沙拉嗪对 UC 患者均具有良好的治疗作用,二者均适用于临床应用,但美沙拉嗪有效率高于柳氮磺吡啶。

**3.1.2 糖皮质激素** 糖皮质激素一般用于中、重度 UC 患者以改善症状<sup>[17]</sup>。轻、中度患者一般口服泼尼松;重症患者需静脉滴注足剂量的糖皮质激素,如氢化可的松 300 mg/d 或甲泼尼龙 48 mg/d,待症状稳定后改为口服泼尼松<sup>[18]</sup>。故临床运用糖皮质激素治疗 UC 需根据患者具体情况进行选择,以防止并发症的发生。

**3.1.3 抗菌药物** 甲硝唑是 UC 患者临床普遍使用的抗菌药物之一,通常在手术治疗后或在体内出现炎症的情况下使用,具有抑制肠道厌氧菌的生成和增强免疫反应等功效<sup>[19]</sup>。

**3.1.4 益生菌** 益生菌通过调节肠道菌群的多样性指数和丰度达到减轻 UC 患者肠道炎性反应的目的。李丽等<sup>[20]</sup>研究表明,地榆可通过调节恢复肠道菌群多样性和改善肠道菌群对 UC 小鼠起到一定的治疗作用。

**3.2 中医治疗** 中医治疗 UC 注重病证结合、辨证论治,可分为中医内治法和外治法,取得了显著的临床疗效。

**3.2.1 中医内治法** 中医内治法是中医治疗 UC 患者的主要治疗方式,可分为大肠湿热、热毒炽盛、脾肾阳虚、脾虚湿阻、阴血亏虚、寒热错杂、肝郁脾虚 7 个证型<sup>[2]</sup>。

**3.2.1.1 大肠湿热证** 该证属常见证型,治以清热化湿、调气和血,选方为芍药汤加减。姚承俊等<sup>[21]</sup>发现,观察组在使用西药基础上联合芍药汤对改善大肠湿热证 UC 的有效率为 87.7%,高于单纯使用西药的对照组(71.0%)。

**3.2.1.2 热毒炽盛证** 治以清热祛湿、凉血解毒,选方为白头翁汤加减。代汝伟等<sup>[22]</sup>将 68 例 UC 患者分为对照组和治疗组,对照组给予氢化可的松琥珀酸钠保留灌肠联合美沙拉嗪肠溶片治疗,治疗组在对照组基础上使用加味白头翁汤治疗,治疗 4 周后发现,治疗组有效率为 94.00%,对照组有效率为 79.41%,治疗组显著有效。

**3.2.1.3 脾肾阳虚证** 《医宗必读·痢疾》云“痢之为证,多本脾肾”,脾肾为先后天相互滋生的关系,治以健脾补肾、温阳化湿,选方为附子理中丸联合四神

丸加减。张钊华<sup>[23]</sup>将四神丸用于 UC 大鼠模型中,结果显示,四神丸可能通过抑制促炎细胞因子的表达,改善肠道黏膜损伤达到治疗 UC 的目的。

**3.2.1.4 脾虚湿阻证** 脾虚湿蕴是致使 UC 发病的根本,治以燥湿健脾、理气和中,选方为参苓白术散加减。王福忠<sup>[24]</sup>采用参苓白术散加减治疗 UC,结果显示,此疗法较单纯使用柳氮磺吡啶具有更显著的疗效,对减轻炎性反应优势更大,临床使用安全性更高。

**3.2.1.5 阴血亏虚证** 该证见于 UC 久病患者,治以滋阴清肠、益气养血,选方为驻车丸联合四物汤加减。尹志辉等<sup>[25]</sup>将驻车丸合归脾汤用于治疗阴血亏虚证 UC 患者,结果显示,总有效率明显高于西药组,差异有统计学意义( $P < 0.05$ ),与西药组比较,不良反应更低。

**3.2.1.6 寒热错杂证** 治以温中补虚、清热化湿,选方为乌梅丸加减。彭昊<sup>[26]</sup>发现,加减乌梅丸联合美沙拉嗪治疗活动期轻、中度寒热错杂型 UC 在缓解临床症状、提高临床疗效和患者生活质量等方面均明显高于单纯使用美沙拉嗪者。

**3.2.1.7 肝郁脾虚证** 该证与情志失调有紧密联系,治以疏肝理气、健脾化湿,选方为痛泻要方加减。痛泻要方为治疗泄泻的经典方剂。李芳等<sup>[27]</sup>发现,采用疏肝健脾颗粒联合中药灌肠治疗肝郁脾虚证 UC,较单纯采用柳氮磺吡啶肠溶片治疗效果更显著。

**3.3 中医外治法** 其属于中医特色疗法,相比于中医内治法可直接作用于病患处,临床运用广泛,主要包括针灸治疗、穴位贴敷等。

**3.3.1 针灸治疗** 针灸是中医传统的治疗方法,具有调整阴阳、疏通经络、扶正祛邪等作用。通常采用针刺天枢、关元、气海、足三里、上巨虚等穴位治疗 UC<sup>[28]</sup>,近年来取得了显著疗效。王飞等<sup>[29]</sup>将 80 例 UC 患者随机分为对照组和观察组,对照组给予柳氮磺吡啶肠溶片治疗,观察组在对照组基础上予以汤剂加针灸治疗,结果显示,观察组治疗方式可有效改善 UC 患者症状,疗效更好,且更安全。侯天舒等<sup>[30]</sup>通过针刺 UC 模型大鼠的天枢、足三里、上巨虚穴位后发现,电针治疗可明显上调 UC 大鼠肠道菌群的多样性指数和丰度值。

**3.3.2 穴位贴敷** 与口服药物比较,中药穴位贴敷具有不良反应小、取效快、药物直达病所等特点<sup>[31]</sup>,降低了药物不良反应发生率,在 UC 治疗中凸显出优势。莫耀定<sup>[32]</sup>将 100 例 UC 患者随机分为对照组和治疗组,对照组给予柳氮磺吡啶肠溶片治疗,治疗组给予柳氮磺吡啶肠溶片联合肠愈膏穴位贴敷治疗,结果显示,治疗组患者有效率为 94%,对照组患者有效

率为 80%,治疗组患者有效率明显高于对照组。陈俊余等<sup>[33]</sup>发现,与单纯使用美沙拉嗪肠溶片比较,采用穴位贴敷联合美沙拉嗪肠溶片有效率明显更高。

**3.4 中西医结合治疗** 中西医结合治疗 UC 在临床取得显著疗效。王海涛<sup>[34]</sup>将 72 例 UC 患者随机分为对照组和观察组,2 组均给予美沙拉嗪肠溶片口服治疗,观察组在此基础上服用连藤汤加减兼中药汤剂灌肠。连藤汤药用柴胡 15 g,黄连、白芍、连翘、忍冬藤、山药、赤芍、太子参、砂仁、龙血竭、皂角、炙甘草、刺黄芪、栀子各 10 g。中药汤剂灌肠药用为仙鹤草、黄柏各 20 g,地榆 15 g,五倍子 12 g,白及 10 g,三七粉 4 g,青黛 3 g。水煎取 80 mL,每次治疗前排空大便,治疗灌肠 2~4 h,结果显示,观察组患者有效率为 94.44%,对照组患者有效率为 75.00%。潘威进<sup>[35]</sup>将 56 例 UC 患者随机分为对照组和观察组,对照组采用美沙拉嗪肠溶片治疗,观察组采用美沙拉嗪肠溶片加补肾泻浊方治疗,最终有效率为 96.43%,高于对照组的 75.00%。

#### 4 小 结

由于 UC 的具体发病机制尚不明确清晰,但随着对 UC 病因和发病机制深入的研究,中西医在治疗 UC 方面均凸显出各自的特点。西医治疗的效果虽快速显著,但长期服用不良反应较多,加重了患者的身体与经济负担;中医强调病证结合,辨证论治,其优势在于治疗方式多样化、不良反应较小,缓解期服用可降低 UC 患者复发率。作为医者,应依据患者病情选择恰当的治疗方案,有效减轻患者的病痛。中西医在治疗中均存在各自优势和不足,因此,在诊治 UC 时应结合中西医各自的特点,扬长避短,减轻患者症状,降低复发率,最大限度地提高患者生活质量和幸福感。

#### 参考文献

- [1] PORTER R J, KALLA R, HO G T. Ulcerative colitis: Recent advances in the understanding of disease pathogenesis [J]. *F1000Res*, 2020, 9: F1000.
- [2] 张声生, 沈洪, 郑凯, 等. 溃疡性结肠炎中医诊疗专家共识意见(2017) [J]. *中华中医药杂志*, 2017, 32(8): 3585-3589.
- [3] 艾永建, 何梦崎, 王一涛, 等. 经典方药治疗溃疡性结肠炎的研究进展 [J]. *中国中药杂志*, 2022, 47(21): 5797-5805.
- [4] NG S C, SHI H Y, HAMIDI N, et al. Worldwide incidence and prevalence of inflammatory bowel disease in the 21st century: A systematic

- review of population-based studies[J]. *Lancet*, 2017, 390(10114):2769-2778.
- [5] AAMODT G, BENGTONSON M B, VATN M H. Can temperature explain the latitudinal gradient of ulcerative colitis? Cohort of Norway[J]. *BMC Public Health*, 2013, 13:530.
- [6] 黎琮毅. 溃疡性结肠炎的中西医治疗进展[J]. *湖南中医杂志*, 2019, 35(8):158-161.
- [7] HARDER B, JIANG T, WU T, et al. Molecular mechanisms of Nrf2 regulation and how these influence chemical modulation for disease intervention[J]. *Biochem Soc Trans*, 2015, 43(4):680-686.
- [8] 张雪侠, 金建闻, 刘长河, 等. Nrf2/HO-1 通路在四神丸保护溃疡性结肠炎小鼠模型肠道损伤中的作用[J]. *中国中药杂志*, 2021, 46(16):4187-4192.
- [9] 张玉雯, 王佳佳, 巴寅颖, 等. 中医药调节溃疡性结肠炎常见证候肠道菌群的研究进展[J]. *世界中医药*, 2022, 17(20):2953-2958.
- [10] MARTEAU P, LEPAGE P, MANGIN I, et al. Review article: Gut flora and inflammatory bowel disease [J]. *Aliment Pharmacol Ther*, 2004, 20(Suppl 4):18-23.
- [11] 匡琪, 王爱祥, 向瑶. 心理因素、肠道菌群、环境与溃疡性结肠炎发病的关系分析[J]. *中国卫生统计*, 2021, 38(5):742-745.
- [12] 叶雪珂, 单国顺, 付郁, 等. 溃疡性结肠炎发病机制及中西医治疗的研究进展[J]. *中华中医药学刊*, 2022, 40(9):158-162.
- [13] 韩珊子. 溃疡性结肠炎的中医治疗进展[D]. 北京:北京中医药大学, 2014.
- [14] 张国霞, 李宇飞, 王晓锋, 等. 李华山教授治疗溃疡性结肠炎的临证经验[J]. *中国医药导报*, 2021, 18(20):120-123.
- [15] 屈元婷, 丁家园, 何莹, 等. 美沙拉嗪治疗老年溃疡性结肠炎的疗效及应用安全性分析[J]. *大医生*, 2021, 6(6):80-81.
- [16] 王淑敏, 崔龙灿. 柳氮磺吡啶与美沙拉嗪治疗溃疡性结肠炎的临床效果比较[J]. *临床医学研究与实践*, 2022, 7(25):63-65.
- [17] WHEELER J G, SLACK N F, DUNCAN A, et al. The diagnosis of intra-abdominal abscesses in patients with severe Crohn's disease[J]. *Q J Med*, 1992, 82(298):159-167.
- [18] 方震, 杨雪, 蔺晓源, 等. 溃疡性结肠炎的中西医结合治疗研究进展[J]. *湖南中医杂志*, 2021, 37(12):181-183.
- [19] SEYEDIAN S S, NOKHOSTIN F, MALAMIR M D. A review of the diagnosis, prevention, and treatment methods of inflammatory bowel disease[J]. *J Med Life*, 2019, 12(2):113-122.
- [20] 李丽, 冯壮壮, 王慧, 等. 地榆对急性溃疡性结肠炎大鼠肠道菌群的影响[J]. *天然产物研究与开发*, 2021, 33(8):1274-1281.
- [21] 姚承佼, 李奕霖, 罗利红, 等. 芍药汤调控 Th17/Treg 细胞平衡改善大肠湿热证溃疡性结肠炎炎症反应的机制研究[J]. *世界科学技术-中医药现代化*, 2021, 23(8):2635-2642.
- [22] 代汝伟, 高志远, 刘秀丽, 等. 加味白头翁汤治疗热毒炽盛型溃疡性结肠炎的疗效[J]. *西北药学杂志*, 2022, 37(4):157-161.
- [23] 张钊华. 四神丸对脾肾阳虚型溃疡性结肠炎模型大鼠 TLR2/IRAK4/NF- $\kappa$ B 信号通路的影响[D]. 兰州:甘肃中医药大学, 2022.
- [24] 王福忠. 参苓白术散加减辅治溃疡性结肠炎临床观察[J]. *实用中医药杂志*, 2022, 38(9):1561-1563.
- [25] 尹志辉, 刘少琼, 成立祥. 驻车丸合归脾汤治疗阴血亏虚型溃疡性结肠炎 39 例小结[J]. *中医药导报*, 2008, 14(10):29-30.
- [26] 彭昊. 加减乌梅丸治疗寒热错杂型活动期溃疡性结肠炎的临床疗效观察[D]. 南京:南京中医药大学, 2021.
- [27] 李芳, 陈旭. 疏肝健脾颗粒联合中药灌肠与柳氮磺吡啶治疗溃疡性结肠炎(肝郁脾虚型)的临床疗效对比[J]. *中国医药指南*, 2022, 20(26):111-113.
- [28] 龚砚砚, 刘亚军. 基于数据挖掘针灸治疗活动期溃疡性结肠炎选穴规律分析[J]. *中国民间疗法*, 2022, 30(4):48-51.
- [29] 王飞, 毕信亚, 周莉, 等. 温阳止泻汤联合温针灸治疗脾肾阳虚型溃疡性结肠炎疗效观察[J]. *现代中西医结合杂志*, 2020, 29(31):3496-3499.
- [30] 侯天舒, 韩晓霞, 杨阳, 等. 电针对溃疡性结肠炎大鼠肠道微生态的保护作用[J]. *针刺研究*, 2014, 39(1):27-34.
- [31] 胡冬青, 曹志群. 穴位贴敷疗法在消化系统疾病中的应用[J]. *河南中医*, 2012, 32(9):1248-1251.

- [20] SHORE S A. The metabolic response to ozone [J]. *Front Immunol*, 2019, 10:2890.
- [21] 赵美一, 王焕玲, 刘金锋. 臭氧治疗安全性和有效性的研究进展[J]. *中国疼痛医学杂志*, 2019, 25(5):383-386.
- [22] 陈珊雅, 彭良玉, 王喜连, 等. 臭氧抑制溶血磷脂酸引起的神经病理性疼痛和背根神经髓鞘相关糖蛋白及 TNF- $\alpha$  上调[J]. *中国疼痛医学杂志*, 2021, 27(1):41-46.
- [23] 韦英成, 梁晓行, 吴肖梅, 等. 臭氧在临床疼痛医学中的应用及研究进展[J]. *中国全科医学*, 2020, 23(23):2969-2974.
- [24] HAO K, TANG S, XIE H, et al. Application of ozone therapy in interventional medicine[J]. *J Interv Med*, 2019, 2(1):8-11.
- [25] KARATIEIEVA S Y, SEMENENKO S B, BAKUN O V, et al. Application of ozone therapy in surgical practice[J]. *Wiad Lek*, 2018, 71(5):1076-1079.
- [26] VIEBAHN-HAENSLER R, LEÓN-FERNÁNDEZ O S. Ozone in medicine. The low-dose ozone concept and its basic biochemical mechanisms of action in chronic inflammatory diseases[J]. *Int J Mol Sci*, 2021, 22(15):7890.
- [27] SMITH N L, WILSON A L, GANDHI J, et al. Ozone therapy: An overview of pharmacodynamics, current research, and clinical utility [J]. *Med Gas Res*, 2017, 7(3):212-219.
- [28] 陈新武, 张静. 康复干预联合医用臭氧治疗创伤性膝关节滑膜炎[J]. *武警后勤学院学报(医学版)*, 2016, 25(4):312-313.
- [29] 吴纯西, 杜建龙, 沈旭平, 等. 超声与臭氧在创伤性膝关节滑膜炎诊疗中的临床观察[J]. *中华全科医学*, 2015, 13(8):1244-1246.
- [30] 赵利剑, 王平, 郎建伟. 医用臭氧注射联合加味四妙汤治疗慢性膝关节滑膜炎 50 例临床观察[J]. *湖南中医杂志*, 2018, 34(1):71-73.
- [31] 张居东. 医用臭氧关节腔内注射治疗膝关节滑膜炎 50 例疗效观察[J]. *中国优生优育*, 2014, 20(3):172-174.
- [32] OGUZ H, YILDIZGOREN M T. Ozone therapy for the treatment of recurrent pigmented villonodular synovitis of the knee[J]. *Med Gas Res*, 2020, 10(3):142-143.
- [33] 余斌, 陈辉强, 卢昌怀, 等. 关节内注射不同浓度臭氧对类风湿关节炎大鼠 TNF- $\alpha$ 、TNFR I 和 TNFR II 的影响[J]. *南方医科大学学报*, 2011, 31(6):1055-1058.
- [34] 杨鑫, 单文亚, 张建福, 等. 臭氧联合梔黄止痛散外敷治疗膝关节创伤性滑膜炎疗效观察[J]. *中国民族民间医药*, 2018, 27(6):108-110.
- [35] 曹方, 袁月, 宋柏林. 针灸治疗膝关节滑膜炎临床取穴配伍规律研究[J]. *中华中医药杂志*, 2018, 33(5):2112-2115.
- [36] 葛毅力, 冯小娥. 玻璃酸钠联合臭氧注射治疗膝关节创伤性滑膜炎 76 例[J]. *中国民间疗法*, 2013, 21(12):13-14.
- [37] 李龙天. 曲安奈德与臭氧联合治疗创伤性膝关节滑膜炎[J]. *中国实用医药*, 2011, 6(17):51-52.

(收稿日期:2022-07-23 修回日期:2023-01-12)

(上接第 1369 页)

- [32] 莫耀定. 肠愈膏穴位贴敷治疗大肠湿热型慢性溃疡性结肠炎的效果[J]. *中医临床研究*, 2019, 11(35):41-43.
- [33] 陈俊余, 王剑, 程丽敏. 穴位贴敷配合药物治疗湿热内蕴型溃疡性结肠炎疗效观察[J]. *上海针灸杂志*, 2018, 37(10):1144-1147.
- [34] 王海涛. 中西药合用治疗溃疡性结肠炎疗效观察[J]. *实用中医药杂志*, 2022, 38(4):596-597.
- [35] 潘威进. 补肾泻浊方联合美沙拉嗪治疗溃疡性结肠炎 28 例[J]. *浙江中医杂志*, 2022, 57(1):34.

(收稿日期:2022-09-16 修回日期:2023-01-28)