

中国中西医结合学会
中华中医药学会发布
中华医学会

溃疡性结肠炎中西医结合诊疗指南

Guideline for the Diagnosis and Treatment of Ulcerative Colitis

with Integrated Chinese and Western Medicine

2023-05-31 发布

2023-05-31 实施

目 次

前言.....	I
引言.....	III
正文	
1 范围.....	1
2 规范性引用文件.....	1
3 术语和定义.....	1
4 诊断.....	2
5 治疗.....	3
6 诊疗流程.....	8
附录 A（资料性）编制方法.....	9
附录 B（资料性）证据综合报告.....	15
附录 C（资料性）引用的相关标准.....	20
附录 D（资料性）缩略词表.....	21
参考文献.....	22

前 言

本指南参照 GB/T 1.1-2020《标准化工作导则第 1 部分：标准文件的结构和起草规则》、《世界卫生组织指南制定手册》、GB/T 7714-2015《文后参考文献著录规则》、《中国制订/修订临床诊疗指南的指导原则（2022版）》有关规则起草。

本指南由中国中西医结合学会、中华中医药学会、中华医学会提出并归口。

本指南起草单位：中国中医科学院望京医院、河北省中医院、北京大学第一医院、河北医科大学第二医院、江苏省中医院、北京中医药大学东直门医院、美国凯斯西储大学/MetroHealth医疗中心、甘肃省中医院

指南负责人：魏玮（中国中医科学院望京医院），王化虹（北京大学第一医院），杨倩（河北省中医院）

执笔人：魏玮（中国中医科学院望京医院），王化虹（北京大学第一医院），杨倩（河北省中医院），张晓岚（河北医科大学第二医院），沈洪（江苏省中医院），杜宏波（北京中医药大学东直门医院），宋耿青（美国凯斯西储大学MetroHealth医疗中心），刘建平（河北省中医院），舒劲（甘肃省中医院）

主审人：魏玮（中国中医科学院望京医院），沈洪（江苏省中医院），王化虹（北京大学第一医院），杨倩（河北省中医院），张晓岚（河北医科大学第二医院），吴开春（空军军医大学西京医院），刘占举（上海市第十人民医院），吴小平（中南大学湘雅二医院），李景南（北京协和医院）

讨论专家（姓氏笔划）：医学专家：丁士刚（北京大学第三医院），王邦茂（天津医科大学总医院），王垂杰（辽宁中医药大学附属医院），王冬（河北医科大学第二医院），朱良如（华中科技大学同济医学院附属协和医院），任建林（厦门大学附属中山医院），刘凤斌（广州中医药大学第一附属医院），刘玉兰（北京大学人民医院），刘占举（上海市第十人民医院），刘迎娣（中国人民解放军总医院），孙晓红（北京协和医院），苏娟萍（山西省中医院），苏晓兰（中国中医科学院望京医院），李景南（北京协和医院），吴小平（中南大学湘雅二医院），吴开春（空军军医大学西京医院），吴坚炯（上海交通大学附属第一人民医院），张北平（广东省中医院），张发明（南京医科大学第二附属医院），张学智（北京大学第一医院），侯晓华（华中科技大学同济医学院附属协和医院），夏志伟（北京大学第三医院），唐艳萍（天津市南开医院），盛剑秋（解放军总医院第七医学中心），蓝宇（北京积水潭医院）。方法学专家：陈薇（北京中医药大学），刘建平（北京中医药大学循证医学中心）。药学专家：曹俊岭（北京中医药大学东方医院），王景红（中国中医科学院望京医院）。护理学专家：曹艳霞（中国中医科学院望京医院），陈一秀（中国中医科学院望京医院）。病理学专家：周炜洵（北京协和医院），张平（中国中医科学院望京医院）。

征求意见专家（姓氏笔划）：丁霞（北京中医药大学东直门医院），王美玲（山西省中西医结合医院），王志坤（河北省中医院），王林恒（北京中医药大学东方医院），王彦刚（北京中医药大学第三附属医院），王捷虹（陕西中医药大学附属医院），王雯（中国人民解放军联勤保障部队第九〇〇医院），王芬（中南大学湘雅三医院），方念（南昌市第一医院），令狐恩强（解放军总医院），田旭东（甘肃省中医院），冯培民（成都中医药大学附属医院），年卫东（北京大学第一医院），任顺平（山西中医药大学附属医院），安彦军（山西省中医院），孙晓红（中国中医科学院望京医院），迟莉丽（山东中医药大学附属医院），巩阳（沈阳军区总医院），朱莹（湖南中医药大学第二附属医院），肖小河（解放军302医院中西医结合中心），杜时雨（中日友好医院消化科），李天望（湖北省中医院），李佃贵（河北省中医院），李保双（中国中医科学院西苑医院），李振华（中国中医科学院西苑医院），刘华一（天津市中医药研究院附属医院），刘启泉（河北省中医院），刘思德（南方医科大学南方医院），刘涛（中国中医科学院望京医院），张旖晴（中国中医科学院望京医院），张川（北京同仁医院），张涛（中国中医科学院望京医院），张立平（北京中医药大学东方医院），汪芳裕（南京大学医学院附属金陵医院），汪红兵（首都医科大学附属北京中医医院），汪龙德（甘肃中医药大学附属医院），何凌（江西中医药大学附属医院），时昭红（武汉市第一医院），杜正光（首都医科大学附属北京中医医院），陈东风（陆军军医大学陆军特色医学中心大坪医院），陈朝元（福建省人民医院），陈鑫（天津医科大学总医院），郑培永（上海中医药大学附属龙华医院），鱼涛（陕西省中医医院），杨玲（华中科技大学同济医学院附属协和医院），杨小军（重庆市中医院），杨洋（中国中医科学院望京医院），金震东（海军军医大学附属长海医院），孟宪梅（包头医学院第二附属医院）

，赵心恺（海南省人民医院），赵东强（河北医科大学第二医院），郎晓猛（河北省中医院），郑国银（海军军医大学附属长海医院），徐宝宏（北京潞河医院），徐有青（北京天坛医院），贺胜铎（北京大学第一医院），徐杰（新疆自治区中医医院），胡玲（广州中医药大学第一附属医院），郝微微（上海中医药大学附属龙华医院），袁伟建（中南大学湘雅医院），原丽莉（山西大医院），索标（厦门市中医院），黄适（广西中医药大学附属瑞康医院），黄雅慧（西安市中医医院），黄恒青（福建中医药大学附属第二人民医院），黄穗平（广东省中医院），谢春娥（北京中医药大学东方医院），谢微杏（重庆市中医院），滕贵根（北京大学第一医院），储浩然（安徽中医药大学第二附属医院），蔡敏（海南省中医院），蔡毅东（中国中医科学院西苑医院），蔺蓉（武汉协和医院），潘华峰（广州中医药大学临床药理研究所）。

引言

1 背景信息

溃疡性结肠炎（Ulcerative colitis, UC）是一种病因不明的以结直肠黏膜呈连续性、弥漫性炎症改变为特点的慢性非特异性肠道疾病^[1]，临床表现为持续或反复发作的腹痛、腹泻、黏液脓血便、里急后重或不同程度的全身症状。黏液脓血便是UC最常见的症状。该病多反复发作，迁延难愈，目前其病因未明，缺乏根治疗法，且有明确癌变风险。一项荟萃分析^[2]表明UC患者转化为结直肠癌的10年累积概率为2%，20年为8%，30年为18%，有“绿色癌症”之称。流行病学资料显示，1990~2003年，我国UC患病率约为11.6/10万^[3]，可见当时UC在我国仍属少见病，然而，近20余年来门诊就诊人数呈快速增长趋势^[4]，预计到2025年我国炎症性肠病人数可达150万^[5]，已成为消化系统的常见病和难治病。氨基水杨酸制剂、糖皮质激素、免疫抑制剂和生物制剂等均是治疗UC行之有效的手段，但应用上述药物仍有部分患者病情未能有效控制。中西医结合治疗为UC患者提供新的治疗选择，在诱导缓解、预防复发以及达标治疗中均具有一定作用。

我国自1956年认识UC以来，陆续制订了多项UC相关中医、西医行业标准，中国中西医结合学会消化系统疾病专业委员会2010年制订的《溃疡性结肠炎中西医结合诊疗指南(草案)》对提高临床决策科学性和规范性具有一定推动作用，但至今未更新与修订。工作组以中西医临床问题为导向，遵循“循证为主、共识为辅”的原则，客观评价最新的UC中西医结合诊治证据，并充分讨论，广泛征求中西医临床、药理、病理、护理、方法学等多学科专家意见，最终形成一项基于循证医学证据、切实立足于整合中西医优势，取长补短，实现最佳疗效、最小毒副作用的UC中西医结合诊疗指南。

本指南参照最新国际、国内指南，汇聚中医、西医相关领域专家的诊疗经验和研究成果编制而成，力求以简明的语言阐释UC不同时期中西医治疗原则，以期协助中医院脾胃科、西医院消化科的中西医结合相关医疗人员更好地将中西医结合诊治经验应用于UC患者的救治工作中，为从事中西医结合工作的高校教育人员和科研人员拓宽思路。本指南首次基于循证医学证据将治疗UC的中成药、中药经典方剂、中医序贯疗法与西医诊疗理念相结合，从中医药结合西医分期、分度，中医疗法结合西医疗法两个维度体现中西医结合治疗理念，其科学性、实用性和依从性等需要在临床实践中不断验证，根据临床实践反馈意见进行更新完善。

2 构建临床问题

在本指南制定初期通过专家深度访谈和问卷调查初步确定临床问题，并通过专家共识，形成以下6个关键临床问题：

（1）轻中度活动期UC，服用氨基水杨酸制剂诱导缓解时，是否可联合中成药口服改善患者腹痛、腹泻、黏液脓血便、里急后重症状，促进内镜下黏膜愈合？

（2）轻中度活动期UC，服用氨基水杨酸制剂诱导缓解时，是否可以联合中药经典方剂口服改善腹痛、腹泻、黏液脓血便、里急后重症状，促进内镜下黏膜愈合？

（3）轻中度活动期UC，是否可以采用中药复方口服+灌肠诱导缓解后序贯中药复方口服预防复发？

(4) 活动期UC，在诱导缓解阶段，需要局部用药时，是否可使用中成药灌肠或纳肛改善腹痛、腹泻、黏液脓血便、里急后重症状，促进内镜下黏膜愈合？

(5) 中重度活动期UC，使用英夫利昔单抗诱导缓解时，是否可以联合中药经典方剂口服辅助改善腹痛、腹泻、脓血便症状，促进内镜下黏膜愈合？

(6) 激素依赖性UC，是否可以联合中药复方口服提高激素撤减比？

3 资金资助及利益冲突情况

本指南由2019年国家中医药管理局、国家卫生计生委、中央军委后勤保障部立项的重大疑难疾病中西医临床协作试点项目以及中医药传承与创新“百千万”人才工程（岐黄工程）资助。

本指南工作组成员均签署了“利益冲突声明书”，且已存档。本指南制定过程中“无利益冲突”，为此不会成为本指南制定的偏倚来源，无需进一步处理，所有参与本指南制定的成员均和药品生产企业没有任何经济利益往来。

溃疡性结肠炎中西医结合诊疗指南

1 范围

(1) 本指南介绍了规范性引用文件、术语和定义、西医诊断、中医辨证、中西医结合治疗、诊疗流程等。

(2) 本指南适用于中医院脾胃科、西医院消化科的中西医结合相关医疗人员及从事中西医结合工作的高校教育人员和科研人员。

2 规范性引用文件

下列文件对于本指南的应用是必不可少的，凡是注日期的引用文件，仅注日期的版本适用于本指南。凡是不注日期的引用文件，其最新版本适用于本指南。

GB/T 1.1-2020 标准化工作导则第1部分：标准化文件的结构和起草规则

GB/T 7714-2015 信息与文献 参考文献著录规则

ICD-11 国际疾病分类第十一次修订本

GB/T 16751.2-2021 中医临床诊疗术语 第2部分：证候

GB/T 15657-2021 中医病证分类与代码

中国制订/修订临床诊疗指南的指导原则(2022年)

3 术语和定义

下列术语和定义适用于本指南。

3.1

溃疡性结肠炎 *ulcerative colitis*

是一种病因不明，以结直肠黏膜呈连续性、弥漫性炎症改变为特点的慢性非特异性肠道疾病^[1]，临床表现为持续或反复发作的腹痛、腹泻、黏液脓血便、里急后重和不同程度的全身症状。黏液脓血便是UC最常见的症状。UC属于西医学炎症性肠病（inflammatory bowel disease, IBD）的范畴，与中医学“久痢”、“休息痢”和“大瘕泄”等病证较为相似^{[6][7]}。

3.2

久痢 *chronic dysentery*

痢疾久延不愈者。多因痢症久延，脾胃亏损，中气下陷所致。症见大便常带黏冻血液，腹部隐痛，虚坐努责，甚至脱肛，肌肉消瘦，神疲乏力，食欲减退等。《诸病源候论·痢病诸侯》：“夫久水谷痢者，由脾胃大肠虚弱，风邪乘之，则泄痢。虚损不复，遂连滞涉引岁月，则为久痢也。”

3.3

休息痢 *rest dysentery*

痢疾时止时发，久久不愈者。是以长期或反复发作的腹部隐痛，里急后重，粪质稀烂或便中带血为特点的痢疾。《圣济总录·卷第七十七·泄痢门》：“肠中宿挟痼滞，每遇饮食不节，停饮不消。即乍瘥乍发，故取名为休息痢，治疗当加之以治饮消削陈寒痼滞之剂则愈。”

3.4

大瘕泄 da jia xie

中医病名，即今之痢疾样病变。《难经·五十七难》：“大瘕泄者，里急后重，数至圊而不能便，茎中痛。”

4 诊断

4.1 西医诊断

临床表现、相关检查（实验室检查、结肠镜检查、黏膜组织活检）、诊断要点、临床类型、病变范围、病情分期、严重程度分级均参照《炎症性肠病诊断与治疗的共识意见（2018年·北京）》^[8]及ACG临床实践指南（2019）^[1]。

4.2 中医证型

推荐项目组前期制定的《溃疡性结肠炎中西医结合诊疗专家共识》^[9]中的8个证型：

（1）湿热蕴肠证

主症：①腹痛，腹泻，便下黏液脓血；②里急后重，肛门灼热。

次症：①身热；②小便短赤；③口干口苦；④口臭。

舌脉：舌质红，苔黄腻，脉滑数。

（2）热毒炽盛证

主症：①便下脓血或血便，量多次频；②发热。

次症：①里急后重；②腹胀；③口渴；④烦躁不安；⑤腹痛明显。

舌脉：舌质红，苔黄燥，脉滑数。

（3）浊毒内蕴证

主症：①大便脓血并重；②里急后重；③大便黏腻、排便不爽。

次症：①口干口苦、口黏；②头身困重；③面色秽滞；④小便短赤不利；⑤腹痛。

舌脉：舌质红，苔白厚腻，脉弦滑。

（4）脾虚湿蕴证

主症：①腹泻，夹有不消化食物；②黏液脓血便，白多赤少，或为白冻。

次症：①肢体倦怠，神疲懒言；②腹部隐痛；③脘腹胀满；④食少纳差。

舌脉：舌质淡边有齿痕，苔白腻，脉细弱或细滑。

（5）寒热错杂证

主症：①下痢稀薄，夹有黏冻；②反复发作。

次症：①四肢不温；②腹部灼热；③腹痛绵绵；④口渴不欲饮。

舌脉：舌质红或淡红，苔薄白腻微黄，脉弦或细弦。

（6）肝郁脾虚证

主症：①常因情志因素诱发大便次数增多；②大便稀烂或黏液便；③腹痛即泻，泻后痛减。

次症：①排便不爽；②饮食减少；③腹胀；④肠鸣。

舌脉：舌质淡红，苔薄白，脉弦或弦细。

(7) 瘀阻肠络证

主症：①腹痛拒按，痛有定处；②下利脓血，血色暗红或夹有血块。

次症：①面色晦暗；②腹部有痞块；③胸胁胀痛；④肌肤甲错；⑤泻下不爽。

舌脉：舌质暗红，有瘀点瘀斑，脉涩或弦。

(8) 脾肾阳虚证

主症：①久泻不止，大便稀薄；②夹有白冻，或伴有完谷不化，甚则滑脱不禁。

次症：①腹胀；②食少纳差；③腹痛喜温喜按；④形寒肢冷；⑤腰酸膝软。

舌脉：舌质淡胖，或有齿痕，苔薄白润，脉沉细。

注：以上8个证候的确定，凡具备主症2项，加次症2项即可诊断，舌脉仅供参考。

5 治疗

5.1 临床问题1：轻中度活动期UC，服用氨基水杨酸制剂诱导缓解时，是否可联合中成药口服改善患者腹痛、腹泻、黏液脓血便、里急后重症状，促进内镜下黏膜愈合？

推荐意见1：轻中度活动期UC，服用美沙拉秦诱导缓解时，联合五味苦参肠溶胶囊（III级证据 弱推荐）、虎地肠溶胶囊（II级证据 弱推荐）、乌梅丸（III级证据 弱推荐）、补脾益肠丸（III级证据 弱推荐）、参苓白术散（颗粒、丸）（III级证据 强推荐）可提高临床疗效（综合推荐：强推荐）。

推荐说明：（1）五味苦参肠溶胶囊主要适用于湿热蕴肠证的泄痢，UC患者便血症状较重者可联合使用。药物组成：苦参、地榆、青黛、白及、甘草。用法用量：每次4粒，每日3次，疗程8周。（2）虎地肠溶胶囊主要适用于湿热蕴肠证的泄痢，症见腹痛、下痢脓血、里急后重的UC患者可联合使用。药物组成：朱砂七、虎杖、地榆（炭）、北败酱、白花蛇舌草、二色补血草、白及、甘草。用法用量：一次4粒，一日3次，疗程4~6周。（3）乌梅丸主要用于治疗寒热错杂证的泄痢，寒热错杂证的UC可联合使用。药物组成：乌梅肉、黄连、黄柏、附子（制）、干姜、桂枝、细辛、花椒（去目）、人参、当归。用法用量：每次2丸，每日2~3次，疗程4~6周。（4）补脾益肠丸主要用于治疗脾虚证的泄泻，症见腹痛、腹泻、腹胀、肠鸣的UC患者可联合使用。药物组成：白芍、白术、补骨脂、赤石脂、当归、党参、防风、干姜、甘草、黄芪、荔枝核、木香、肉桂、砂仁、延胡索等。用法用量：每次6g，每日3次，疗程4~12周。（5）参苓白术散（颗粒、丸）主要用于脾虚湿盛证的泄泻，症见体倦乏力、食少便溏的UC患者可联合使用。药物组成：人参、茯苓、白术（炒）、山药、白扁豆（炒）、莲子、薏苡仁（炒）、砂仁、桔梗、甘草。用法用量：口服，散剂，一次6~9g，一日2~3次；丸剂，一次6g，一日3次；颗粒剂，一次1袋，一日3次，疗程4~12周。安全性：推荐意见的安全性证据尚不充分，工作组专家进行讨论后认为上述药物总体安全性良好，临床医生在使用时需注意观察患者实际用药安全性。

证据描述：（1）五味苦参肠溶胶囊：1项RCT研究^[10]（86例患者，III级证据）比较了五味苦参肠溶胶囊+美沙拉秦口服vs美沙拉秦口服治疗活动期轻中度UC的疗效，结果表明联合治疗组的临床有效率[RR=0.14, 95%CI (0.01, 0.27), P=0.04]高于美沙拉秦组，差异有统计学意义。纳入的研究未描述安全性。（2）虎地肠溶胶囊：1项RCT研究^[11]（355例，II级证据）对比了虎地肠溶胶囊组（试验组）、美沙拉秦肠溶片组、联合用药组治疗轻中度活动期UC的临床疗效，结果表明，联合用药组的总有效率[RR=1.13, 95%CI (1.03, 1.24), P=0.009]高于美沙拉秦组，差异有统计学意义，其余组间比较

差异无统计学意义； 试验组 [RR=1.23, 95%CI (1.04, 1.46), P=0.01] 和联合用药组 [RR=1.29, 95%CI (1.10, 1.51), P=0.002] 在改善脓血便症状方面疗效优于美沙拉秦组；联合用药组在改善里急后重症状方面疗效优于美沙拉秦组 [RR=1.36, 95%CI (1.05, 1.77), P=0.02]。纳入的研究未描述安全性，经与相关研究者联系后知悉，虎地肠溶胶囊IV期临床研究显示：该药不良反应罕见头晕、恶心、呕吐、咽痛等症状，其症状多轻微，且常为一过性，停药后基本可消失。（3）乌梅丸：2项RCT研究^{[12][13]}（147例，III级证据）比较了乌梅丸+美沙拉秦肠溶片vs美沙拉秦肠溶片治疗轻中度活动期UC的临床疗效，联合治疗组的临床有效率 [RR=1.19, 95%CI (1.05, 1.35), P=0.005] 高于单用美沙拉秦组，差异有统计学意义。后者报告治疗过程中两组患者均未见不良反应。（4）补脾益肠丸：1项Meta分析^[14]对比了补脾益肠丸+美沙拉秦口服 vs美沙拉秦口服治疗轻中度活动期UC的临床疗效，其中4项研究（435例患者，III级证据）合并效应量后结果表明，与单纯口服美沙拉秦相比，联合补脾益肠丸治疗组的临床有效率 [RR=1.26, 95%CI (1.11, 1.43), P=0.0005] 高于美沙拉秦组。纳入的4项研究，1项研究疗程中试验组出现3例不良反应，主要表现为恶心、食欲减退、乏力，对照组5例出现不良反应，表现为恶心、呕吐、头痛等，经对症处理后症状缓解；1项研究未见不良反应；1项研究试验组2例、对照组6例发生轻度不良反应，主要表现为上腹部不适、恶心、头晕等症状，但未影响治疗。（5）参苓白术散（颗粒、方）：1项Meta分析^[15]纳入了17项研究，对比了参苓白术散（颗粒、丸）+美沙拉秦肠溶片口服 vs 美沙拉秦肠溶片治疗轻中度活动期UC的临床疗效，其中12项研究（935例患者，III级证据）合并效应量后结果表明，联合治疗组的临床有效率 [RR=1.46, 95%CI (1.28, 1.66), P<0.001] 高于美沙拉秦组。纳入的12项研究中，1项研究对照组发生恶心2例，腹胀2例，试验组发生恶心2例，腹胀1例，均自行缓解；1项研究治疗期间，试验组恶心2例，头痛1例，对照组恶心3例，头痛2例。组间不良反应发生率均无统计学差异 (P>0.05)。另1项Meta分析^[16]中4项RCT研究（285例患者，III级证据）合并效应量后，联合治疗组的疾病活动指数 [MD=-1.46, 95%CI (-2.07, -0.85), P<0.001] 低于美沙拉秦组。2项RCT研究（177例患者，III级证据）合并效应量后，结果表明联合治疗组腹痛 [MD_天=-8.93, 95%CI (-10.42, -7.44), P<0.001]、腹泻 [MD_天=-10.31, 95%CI (-13.21, -7.40), P<0.001]、脓血便 [MD_天=-11.54, 95%CI (-14.28, -8.81), P<0.001] 症状消失时间均短于美沙拉秦组，差异有统计学意义。

5.2 临床问题2：轻中度活动期UC，服用氨基水杨酸制剂诱导缓解时，是否可以联合中药经典方剂口服改善腹痛、腹泻、黏液脓血便、里急后重症状，促进内镜下黏膜愈合？

推荐意见2：轻中度活动期UC，服用美沙拉秦诱导缓解时，联合芍药汤(III级证据，强推荐)、痛泻要方(III级证据，强推荐)口服可提高临床疗效（综合推荐：强推荐）。

推荐说明：（1）芍药汤出自《素问病机气宜保命集》，主要适用于湿热蕴肠证的泄痢，轻中度活动期UC患者腹痛、里急后重症状比较明显时，推荐联合使用。药物组成：黄连5g、黄芩10g、木香6g、炒当归10g、炒白芍15g、肉桂3g^(后下)、槟榔6g、大黄3g、甘草3g。用法用量：水煎300ml，分2次温服，每次150ml，疗程4周。（2）痛泻要方出自《丹溪心法》，主要适用于肝郁脾虚证的泄泻，UC患者合并肠易激综合征样症状时^[17]，如伴有腹痛、腹泻，泻后腹痛明显改善者，推荐联合使用。药物组成：陈皮10g、炒白术12g、白芍15g、防风10g。用法用量：水煎300ml，分2次温服，每次150ml，疗程8~12周。安全性：推荐意见的安全性证据尚不充分，工作组专家进行讨论后认为上述药物总体安全性良好，临床医生在使用时需注意观察患者实际用药安全性。

证据描述：（1）芍药汤：1项RCT研究^[18]（127例患者，III级证据）比较了芍药汤+美沙拉秦肠溶片口服 vs 美沙拉秦口服治疗轻中度活动期UC的临床疗效，结果表明，联合治疗组基于Mayo评分的临床缓解率[RR=1.41, 95%CI (1.15, 1.71), $P<0.001$]、内镜应答率[RR=1.23, 95%CI (1.07, 1.40), $P=0.003$]、黏膜愈合率[RR=1.23, 95%CI (1.03, 1.46), $P=0.02$]显著高于美沙拉秦组。与美沙拉秦组相比，联合治疗组能更好改善腹痛[MD_{积分}=-0.39, 95%CI (-0.73, -0.05), $P=0.02$]、腹泻[MD_{积分}=-0.85, 95%CI (-0.61, -0.13), $P=0.02$]、黏液脓血便[MD_{积分}=-0.37, 95%CI (-0.83, -0.13), $P=0.007$]、里急后重[MD_{积分}=-0.49, 95%CI (-0.83, -0.15), $P=0.005$]症状，差异有统计学意义($P<0.05$)。纳入的研究未描述安全性。（2）痛泻要方：2项RCT研究^{[19][20]}（96例患者，III级证据）比较了痛泻要方+美沙拉秦口服 vs 美沙拉秦口服治疗轻中度活动期UC的临床疗效，合并效应量后结果表明，痛泻要方+美沙拉秦口服在降低主要症状（腹痛、腹泻、脓血便、里急后重）积分[MD_{积分}=-2.20, CI95%(-3.67, -0.73), $P=0.003$]方面优于单纯美沙拉秦口服。1项RCT的研究^[21]（40例患者，III级证据）结果表明，痛泻要方+美沙拉秦口服在降低Sutherland疾病活动指数[MD_{积分}=-1.66, CI95%(-2.41, -0.91), $P<0.001$]方面优于单纯美沙拉秦口服。纳入的3项研究均未描述安全性。

5.3 临床问题3：轻中度活动期UC，是否可以采用中药复方口服+灌肠诱导缓解后序贯中药复方口服预防复发？

推荐意见3：对于轻中度活动期UC，有条件的单位，可使用清肠化湿方口服+灌肠方保留灌肠诱导缓解，序贯扶正清肠方口服维持缓解、预防复发（III级证据，弱推荐）（综合推荐：强推荐）。

推荐说明：清肠化湿方主要用于湿热蕴肠证的UC。药物组成：黄连6g、黄芩10g、白头翁10g、煨木香10g、炒当归10g、炒白芍20g、生地榆10g、白芍10g、肉桂3g^(后下)、生甘草6g。用法用量：水煎300ml，分2次温服，每次150ml。灌肠方，药物组成：黄柏30g、石菖蒲20g、苦参10g、地榆30g、诃子10g、白及9g、三七粉3g^(冲)。用法用量：浓煎120ml，每晚1次，保留灌肠。第一阶段使用清肠化湿方口服+灌肠方保留灌肠诱导缓解。诱导缓解并维持治疗1周后进入第二阶段，采用扶正清肠方口服。扶正清肠方主要用于缓解期脾胃虚弱证UC患者的维持治疗。药物组成：炙黄芪20g、炒白术10g、炒苡仁30g、白及6g、白芷10g、炒白芍20g、桔梗6g、木香10g、黄连3g、地榆10g、补骨脂10g、炙甘草5g。用法用量：水煎300ml，分2次温服，每次150ml，疗程6个月。安全性：推荐意见的安全性证据尚不充分，工作组专家进行讨论后认为上述药物总体安全性良好，临床医生在使用时需注意观察患者实际用药安全性。

证据描述：1项RCT研究^[22]（204例患者，III级证据）比较了中医序贯疗法 vs 单纯美沙拉秦口服治疗轻中度活动期UC的半年复发率，结果表明清肠化湿方+灌肠方诱导缓解后序贯扶正清肠方维持治疗的半年复发率[RR=0.35, 95%CI (0.13, 0.94), $P=0.04$]低于单纯美沙拉秦口服，差异有统计学意义。纳入的1项研究随访期间中药组3例患者谷丙转氨酶（ALT）升高，1例尿素氮（BUN）升高；美沙拉秦组2例ALT升高，1例药物性皮炎，两组间差异无统计学意义。

5.4 临床问题4：活动期UC，在诱导缓解阶段，需要局部用药时，是否可使用中成药灌肠或纳肛改善腹痛、腹泻、黏液脓血便、里急后重症状，促进内镜下黏膜愈合？

推荐意见4：活动期UC，在诱导缓解阶段，需要局部用药时，可尝试使用锡类散（III级证据，强推荐）、康复新液（III级证据，弱推荐）灌肠（综合推荐：弱推荐）。

推荐说明：轻中度活动期UC需局部用药时，锡类散（疗程4~8周）和康复新液（疗程8周）可做为灌肠用药的一种选择，无需辨证。安全性：推荐意见的安全性证据尚不充分，工作组专家进行讨论后认为上述药物总体安全性良好，临床医生在使用时需注意观察患者实际用药安全性。

证据描述：（1）锡类散：一项Meta分析^[23]纳入6项研究，其中3项RCT研究（203例患者，III级证据）对比了锡类散局部使用 vs 美沙拉秦局部应用的临床疗效，合并效应量后结果表明，锡类散灌肠或纳肛治疗轻中度活动期UC的临床有效率[RR=0.97, 95%CI (0.87, 1.08), P=0.56]与美沙拉秦灌肠或纳肛相比差异无统计学意义。纳入的3项研究中，1项研究报告两组均未见不良反应，另外2项研究报告锡类散组的不良反应发生率低于美沙拉秦组[RR=0.25, 95%CI(0.09, 0.76), P=0.01]。一项Meta分析^[24]纳入12项RCT研究，其中11项研究（773例患者，III级证据）比较了锡类散灌肠+美沙拉秦口服 vs 美沙拉秦口服的临床疗效，合并效应量后结果表明，联合组的临床有效率[RR=1.19, 95%CI (1.12, 1.26), P<0.001]高于美沙拉秦组，纳入的研究中，1项研究报告2组均未见不良反应，1项研究2组均有头痛、呕吐、腹泻，但未交待具体例数；5项研究报告可见到食欲不振、恶心呕吐、头痛、皮疹、白细胞减少、腹胀、腹痛等可逆性不良反应，合并效应量后，两组间的不良反应发生率无统计学差异[RR=1.03, 95%CI(0.61, 1.72), P=0.92]。3项研究（227例患者，III级证据）比较了两组腹痛、便血症状消失时间，结果表明联合组的腹痛[MD_天=-2.92, 95%CI (-3.13, -2.71), P<0.001]、便血[MD_天=-3.40, 95%CI (-3.56, -3.16), P<0.001]症状消失时间短于美沙拉秦组。不良反应同上。（2）康复新液：一项Meta分析^[25]纳入9项RCT研究，其中2项研究（144例患者，III级证据）比较了康复新液灌肠vs美沙拉秦局部应用治疗轻中度活动期UC的临床疗效，结果表明康复新液灌肠组的临床有效率[OR=1.71, 95%CI (0.74, 3.95), P=0.21]不劣于美沙拉秦局部应用，纳入的研究中，1项研究报告了2组患者均未出现明显不良反应。一项Meta分析^[26]纳入23项RCT研究，其中22项研究（1610例患者，III级证据）比较了康复新液灌肠+美沙拉秦口服 vs 美沙拉秦口服的临床疗效，合并效应量后结果表明，联合组的临床有效率[RR=1.19, 95%CI (1.14, 1.23), P<0.01]高于美沙拉秦组，5项研究（370例，III级证据）合并效应量后结果表明，联合组的肠镜有效率[RR=1.18, 95%CI(0.98, 1.41), P<0.01]高于美沙拉秦组，纳入的研究中11篇文章报告了可逆性不良反应，包括恶心、呕吐、皮疹、腹痛、腹胀、口干、乏力、肛门局部不适、上腹不适等，两组间的不良反应发生率无统计学差异[RR=1.384, 95%CI(0.78, 2.32), P=0.28]。

5.5 临床问题5：中重度活动期UC，使用英夫利昔单抗诱导缓解时，是否可以联合中药经典方剂口服辅助改善腹痛、腹泻、脓血便症状，促进内镜下黏膜愈合？

推荐意见5：中重度活动期UC，在诱导缓解阶段，英夫利昔单抗静脉输注联合芍药汤《素问病机气宜保命集》口服可提高临床疗效（III级证据，强推荐）（综合推荐：强推荐）。

推荐说明：芍药汤出自《素问病机气宜保命集》，主要适用于湿热蕴肠证的泄痢，UC患者腹痛、里急后重症状比较明显时可以联合使用。药物组成：黄连5g、黄芩10g、木香6g、炒当归10g、炒白芍15g、肉桂 3g^(后下)、槟榔6g、大黄3g、甘草3g，用法用量：水煎300ml，分2次温服，每次150ml，疗程12周。安全性：推荐意见的安全性证据尚不充分，工作组专家进行讨论后认为上述药物总体安全性良好，临床医生在使用时需注意观察患者实际用药安全性。

证据描述：1项RCT研究^[27]（68例患者，III级证据）结果表明，英夫利昔单抗静脉输注联合芍药汤口服在提高临床有效率[RR=1.23, 95%CI(1.00, 1.51), P=0.05]，降低腹痛[MD_{积分}=-0.34, 95%CI(-0.64, -0.04), P=0.03]、腹泻[MD_{积分}=-0.44, 95%CI(-0.69, -0.19), P=0.0007]、脓血便[MD_{积分}=-0.37, 95%CI(-0.61, -0.13), P=0.002]症状评分、Mayo评分[MD_{评分}=-0.83, 95%CI(-1.44, -0.22), P=0.007]、Baron评分[MD_{评分}=-0.40, 95%CI(-0.66, -0.14), P=0.003]方面均优于单用英夫利昔单抗，纳入的研究未报告不良反应。

5.6 临床问题6：激素依赖性UC，是否可以联合中药复方口服提高激素撤减比？

推荐意见6：激素依赖性UC，患者不接受升阶梯治疗或就诊单位无升阶梯治疗措施时，可在激素口服的基础上联合健脾清肠方辅助撤减激素（III级证据，弱推荐）（综合推荐：强推荐）。

推荐说明：健脾清肠方主要适用于脾虚湿盛兼夹湿热蕴肠证的UC患者。药物组成：党参15g、黄芪30g、马齿苋15g、生地榆15g、白及9g、三七9g、木香9g、陈皮9g、甘草6g。用法用量：水煎300ml，分2次温服，每次150ml，疗程12周。安全性：推荐意见的安全性证据尚不充分，工作组专家进行讨论后认为上述药物总体安全性良好，临床医生在使用时需注意观察患者实际用药安全性。

证据描述：1项RCT研究^[28]（60例患者，III级证据）观察了强的松+健脾清肠方口服对激素依赖性重度UC激素撤减的影响，结果表明强的松+健脾清肠方在诱导疾病缓解后激素撤减比率显著高于单纯强的松口服[RR=2.15, 95% CI(1.41, 3.28), P<0.001]，纳入的研究未报告不良反应。

5.7 其他推荐：轻中度活动期UC，服用柳氮磺吡啶诱导缓解时，联合参苓白术散方(III级证据，弱推荐)、固肠止泻丸(III级证据，弱推荐)、固本益肠片(III级证据，弱推荐)、补脾益肠丸(III级证据，弱推荐)口服可提高临床疗效（综合推荐：弱推荐）。

推荐说明：临床实践发现柳氮磺吡啶的临床疗效不劣于美沙拉秦，但其不良反应多于美沙拉秦，因其价格低廉，所以多数基层医院仍在继续使用，故将柳氮磺吡啶联合中（成）药诱导UC疾病缓解的综合推荐意见作弱推荐处理。（1）参苓白术散方出自《太平惠民和剂局方》，适用于脾虚湿盛证UC。药物组成：党参15g、白术10g、茯苓15g、甘草3g、桔梗6g、莲子肉15g、白扁豆15g、砂仁 3g^(后下)、山药20g、薏苡仁20g。用法用量：水煎300ml，分2次温服，每次150ml。疗程4~24周（2）固肠止泻丸主要用于肝脾不和证的泄痢，症见泻痢腹痛的UC患者，腹痛程度与情绪因素相关的UC患者可联合使用。药物组成：乌梅、黄连、干姜、木香、罂粟壳、延胡索。用法用量：每次5g，每日3次，疗程6周。（3）固本益肠片主要用于治疗脾肾阳虚证的泄泻，症见腹痛绵绵、大便清稀或有黏液及黏液血便、食少、腰酸乏力、形寒肢冷等症状的UC患者可联合使用。药物组成：党参、白术、炮姜、山药、黄芪、补骨脂、当归、白芍、延胡索、木香、地榆、赤石脂、儿茶、甘草。用法用量：每次4片，每天3次，疗程8周。（4）补脾益肠丸，用法用量同推荐意见1。安全性：推荐意见的安全性证据尚不充分，工作组专家进行讨论后认为上述药物总体安全性良好，临床医生在使用时需注意观察患者实际用药安全性。

证据描述：（1）参苓白术散方：4项RCT研究^{[29][30][31][32]}（380例患者，III级证据）比较了参苓白术散方+柳氮磺吡啶口服 vs 单纯柳氮磺吡啶口服治疗轻中度活动期UC的临床疗效，合并效应量后结果表明，联合治疗组的临床有效率[RR=1.35, 95%CI(1.13, 1.60), P<0.001]高于柳氮磺吡啶组，纳入的4项研究均未报告不良反应。（2）固肠止泻丸：1项RCT^[33]研究（86例患者，III级证据）比较了柳氮磺吡啶肠溶片+固肠止泻丸 vs 柳氮磺吡啶肠溶片治疗轻中度活动期UC的临床疗效，联合治疗组的临床有效率[RR=0.83, 95%CI(0.70, 0.98), P=0.03]、肠镜有效率[RR=0.85, 95%CI(0.73, 1.00), P=0.05]高于柳氮磺吡啶组，Baron评分[MD_{评分}=-1.60, 95%CI(-2.48, -0.72), P=0.004]低于柳氮磺吡啶组，差异有统计学意义。纳入的1项研究报告了对照组发生恶心1例，头晕1例，上腹部不适1例，试验组发生恶心2例，头晕1例，上腹部不适1例，两组不良反应发生率比较差异无统计学意义。（3）固本益肠片：1项RCT^[34]研究(194例患者，III级证据)结果表明，治疗轻中度活动期UC，与单纯柳氮磺吡啶肠溶片口服相比，固本益肠片联合柳氮磺吡啶可提高临床有效率[RR=1.25, 95%CI(1.10, 1.42), P=0.007]、肠镜有效率[RR=1.18, 95%CI(1.06, 1.31), P=0.003]，降低Baron评分[MD_{评分}=-0.52, 95%CI(-0.63, -0.41), P<0.001]和疾病活动指数[MD_{评分}=-3.21, 95%CI(-3.48, -2.94), P<0.001]，纳入的1项研究报告了两组均出现了恶心、头痛等轻微不良反应，未见严重的药物相关不良反应。（4）补脾益肠丸：

1项Meta分析^[14]对比了补脾益肠丸+柳氮磺吡啶口服 vs 柳氮磺吡啶口服治疗轻中度活动期UC的临床疗效,其中2项研究(278例患者,III级证据)合并效应量后,结果表明联合组的临床有效率[RR=1.13, 95%CI (1.04, 1.22), P=0.003]高于柳氮磺吡啶组,纳入的2项研究未报告不良反应。

6 诊疗流程

溃疡性结肠炎的诊断为排他诊断,排除一般肠炎、肠结核、阿米巴痢疾等疾病后,根据临床病史及腹痛、黏液脓血便、腹泻等症状,结合内镜下结肠黏膜表现及组织学检查方可作出诊断。

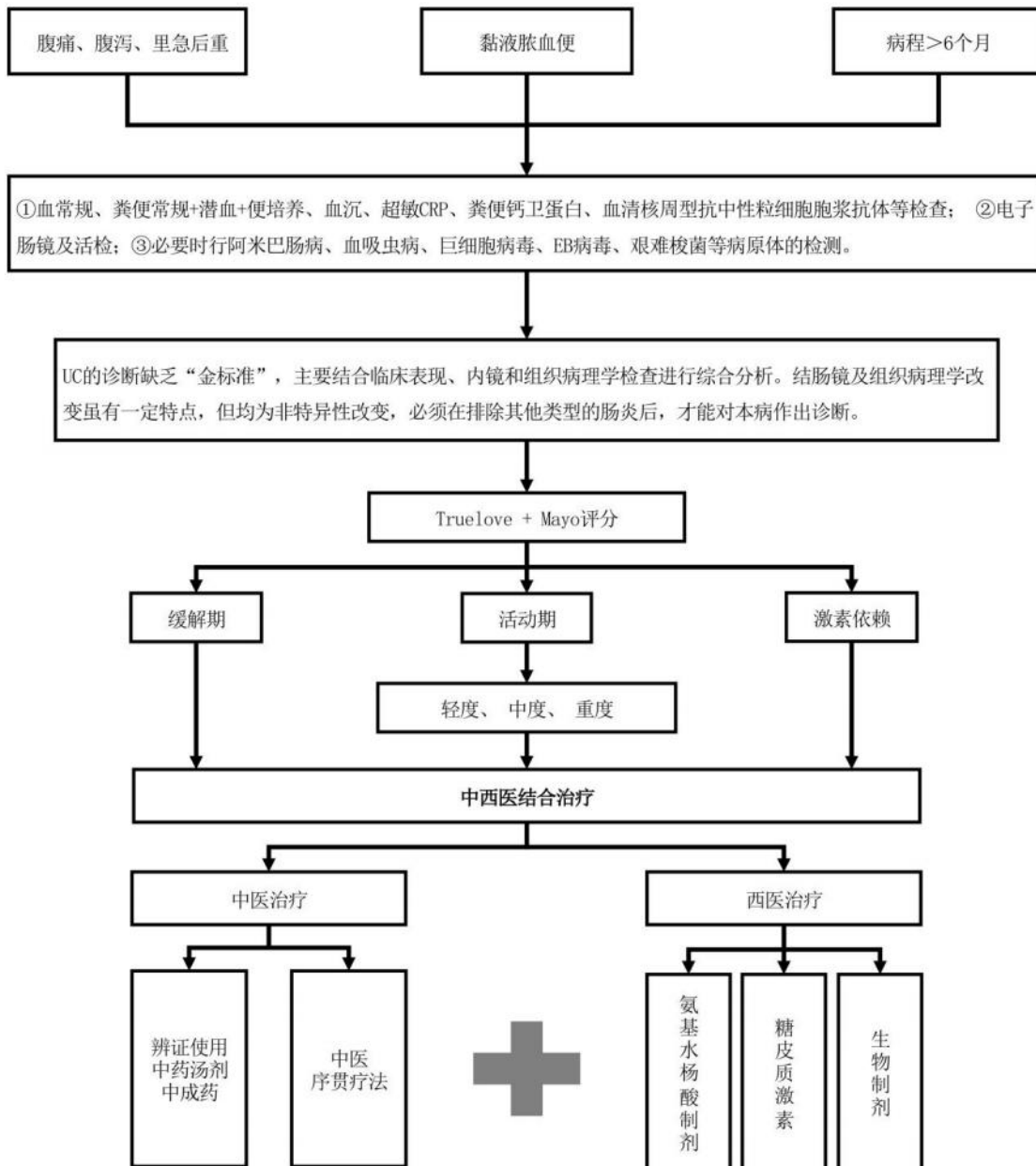


图1 诊疗流程图

附录 A

(资料性)

编制方法

1 主要技术内容

1.1 编制依据和原则

(1) 本指南依据中国中西医结合学会关于中西医结合诊疗方案的制定程序进行编制。

(2) 指南编制遵循的原则：遵循“循证为主、共识为辅”的原则，主要参考《GB/T 1.1-2020》标准化工作导则第1部分：标准化文件的结构和起草规则的要求撰写。具体制定过程中对不同研究类型证据质量评价、证据质量分级及其相应的推荐意见形成方法、共识初稿的自我评价等遵循相应的原则或标准。系统评价、随机对照试验的方法学质量评价及证据分级均统一参考“基于证据体的中医药临床证据分级标准建议”^[35]。详见编制说明，百度云盘编制说明链接：<https://pan.baidu.com/s/1bCNnMN5E7EHq95CEKZNtLg> 密码：eqju。

1.2 技术内容

本指南的编制严格按照规范步骤进行，首先成立标准编制工作组，通过专家访谈收集重要的临床问题，召集多学科专家进行论证，基于专家投票结果遴选出关键的临床问题，然后根据PICO原则对临床问题进行解构；解构后对临床问题进行证据检索、评价和综合，基于所形成的证据体进行证据质量评价和分级；基于证据分级结果，形成推荐意见，组织专家对推荐意见进行论证，通过GRADE网格计票法确定推荐强度和方向。

2 编制过程

2.1 工作流程图

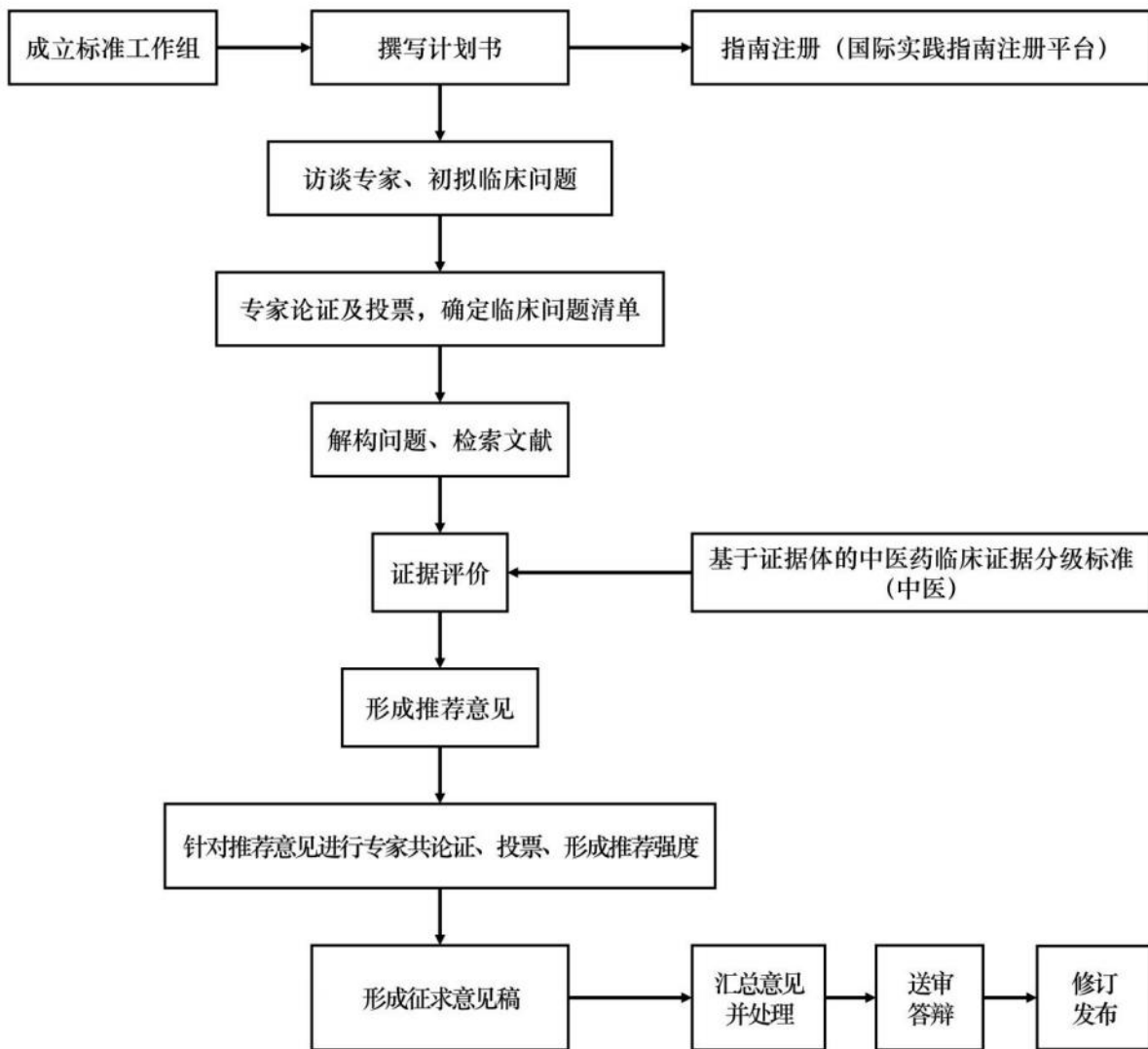


图2 指南制定流程图

2.2 临床问题确定

2.2.1 专家访谈

(1) 以如何开展UC的中西医结合治疗工作为导向，访谈该领域中医、西医专家，初步拟定临床问题。

(2) 初步拟定的临床问题：①单纯口服中成药或联合氨基水杨酸制剂治疗轻中度活动期UC，在改善腹痛、腹泻、黏液脓血便、里急后重症状及促进内镜下黏膜愈合方面是否优于单用氨基水杨酸制剂？②单纯中成药灌肠或纳肛治疗轻中度活动期UC，在改善腹痛、腹泻、黏液脓血便、里急后重症状及促进内镜下黏膜愈合方面是否优于氨基水杨酸制剂局部应用？③治疗中重度活动期UC，芍药汤联合英夫利昔单抗在改善腹痛、腹泻、脓血便症状及促进内镜下黏膜愈合方面是否显著优于单用英夫利昔单抗？④对于轻中度UC，针刺序贯穴位埋线在促进黏膜愈合和预防复发方面是否优于单纯口服氨基水杨酸制剂？⑤对于轻中度UC，中药口服+灌肠方诱导缓解后序贯扶正清肠方在预防复发方面是否优于单纯氨基水杨酸制剂口服？⑥对于轻中度活动期UC，丹参粉针剂滴注联合氨基水杨酸制剂口服在改善凝血指标方面是否优于单用氨基水杨酸制剂？⑦对于轻中度活动期UC，单纯口服青黛（单味药）是否能达到临床应答和临床缓解？是否安全？⑧对于激素依赖性重度UC，与单纯激素口服相比，健脾清肠方+激素口服治疗的激素撤减比是否更低？⑨口服

中药经典方剂联合氨基水杨酸制剂治疗轻中度活动期UC，在改善腹痛、腹泻、黏液脓血便、里急后重症状及促进内镜下黏膜愈合方面是否显著优于单用氨基水杨酸制剂？

2.2.2 专家论证及投票

(1) 针对初步确定的临床问题，召集中西医临床、方法学专家进行论证，进一步凝练临床问题，然后对临床问题进行投票表决，保留重要性较强的临床问题。

(2) 最终确定的关键临床问题，见表1。

表 1 临床问题清单

序号	临床问题	票数	投票轮数
1	轻中度活动期UC，服用氨基水杨酸制剂诱导缓解时，是否可联合中成药口服改善患者腹痛、腹泻、黏液脓血便、里急后重症状，促进内镜下黏膜愈合？	31/34	1
2	轻中度活动期UC，服用氨基水杨酸制剂诱导缓解时，是否可以联合中药经典方剂口服改善腹痛、腹泻、黏液脓血便、里急后重症状，促进内镜下黏膜愈合？	30/34	1
3	轻中度活动期UC，是否可以采用中药复方口服+灌肠诱导缓解后序贯中药复方口服预防复发？	26/34	1
4	活动期UC，在诱导缓解阶段，需要局部用药时，是否可使用中成药灌肠或纳肛改善腹痛、腹泻、黏液脓血便、里急后重症状，促进内镜下黏膜愈合？	31/34	1
5	中重度活动期UC，使用英夫利昔单抗诱导缓解时，是否可以联合中药经典方剂口服辅助改善腹痛、腹泻、脓血便症状，促进内镜下黏膜愈合？	28/34	1
6	激素依赖性UC，是否可以联合中药复方口服提高激素撤减比？	31/34	1

2.3 证据检索与综合

选用Cochrane library、Embase、Pubmed、CNKI期刊全文数据库、万方数据知识服务平台、维普数据库、中国生物医学文献数据库等数据库进行文献检索。根据纳入标准、排除标准纳入符合标准的研究。将文献导入Review Manager 5.3进行证据综合，形成证据体。

2.4 证据等级和推荐

本指南证据质量评价和证据分级参考“基于证据体的中医药临床证据分级标准建议^[35]”。根据不同结局按照升降级因素对证据体进行评级。形成包括“临床问题/药物、研究类型及数量、效应值及可信区间、证据等级、是否升级或降级、升级或降级因素、结论”等条目的证据概要表，基于证据结果形成初步推荐意见。然后组织相关领域专家针对推荐意见进行论证、投票，通过GRADE网格计票法^[36]确定推荐强度。“推荐意见”除了“C”格以外的任何1格票数超过50%，则达成共识，可直接确定推荐方向及强度，A格为强推荐，B格为弱推荐，C格为不确定，D格为弱不推荐，E格为强不推荐；若无任何1格超过50%，但“C”格某一侧两格总票数超过70%，也算达成共识和推荐方向，推荐强度为“弱”。推荐意见汇总见表2。

表2 推荐意见汇总表

推荐编号	内容	证据级别	推荐强度
推荐1	轻中度活动期UC，在诱导缓解阶段，服用美沙拉秦时，联合五味苦参肠溶胶囊可提高临床疗效。	II	弱推荐
推荐2	轻中度活动期UC，在诱导缓解阶段，口服美沙拉秦应答不良（4周足量症状无改善）时，可联合虎地肠溶胶囊改善脓血便、里急后重症状。	II	弱推荐
推荐3	轻中度活动期UC，在诱导缓解阶段，服用美沙拉秦时，联合乌梅丸可提高临床疗效。	III	弱推荐
推荐4	轻中度活动期UC，在诱导缓解阶段，口服柳氮磺吡啶应答不良（4周足量症状无改善）时，联合固肠止泻丸可提高临床疗效。	III	弱推荐
推荐5	轻中度活动期UC，在诱导缓解阶段，服用氨基水杨酸制剂时，联合补脾益肠丸可提高临床疗效。	III	弱推荐
推荐6	轻中度活动期UC，在诱导缓解阶段，服用柳氮磺吡啶时，联合固本益肠片可提高临床疗效。	III	弱推荐
推荐7	轻中度活动期UC，在诱导缓解阶段，服用美沙拉秦时，联合参苓白术散（颗粒、丸）可提高临床疗效。	III	强推荐
推荐8	轻中度活动期UC，在诱导缓解阶段，需要局部用药时，可尝试使用锡类散灌肠或纳肛。	III	强推荐
推荐9	轻中度活动期UC，在诱导缓解阶段，需要局部用药时，可尝试使用康复新液保留灌肠。	III	弱推荐
推荐10	中重度活动期UC，在诱导缓解阶段，英夫利昔单抗联合芍药汤口服，可更好改善腹痛、腹泻、脓血便症状、内镜下黏膜表现。	III	强推荐
推荐11	轻中度活动期UC，有条件的单位，可使用清肠化湿方口服+灌肠方保留灌肠诱导缓解，序贯扶正清肠方口服维持缓解、预防复发。	III	弱推荐
推荐12	激素依赖性UC，患者不接受升阶梯治疗或就诊单位无升阶梯治疗措施时，可尝试在激素口服的基础上联合健脾清肠方辅助撤减激素。	III	弱推荐
推荐13	轻中度活动期UC，口服美沙拉秦诱导缓解时，联合芍药汤《素问病机气宜保命集》口服可提高临床疗效。	III	强推荐
推荐14	轻中度活动期UC，口服美沙拉秦诱导缓解时，联合痛泻要方《景岳全书》口服可提高临床疗效。	III	强推荐
推荐15	轻中度活动期UC，口服柳氮磺吡啶诱导缓解时，联合参苓白术散方《太平惠民和剂局方》口服可提高临床疗效。	III	弱推荐

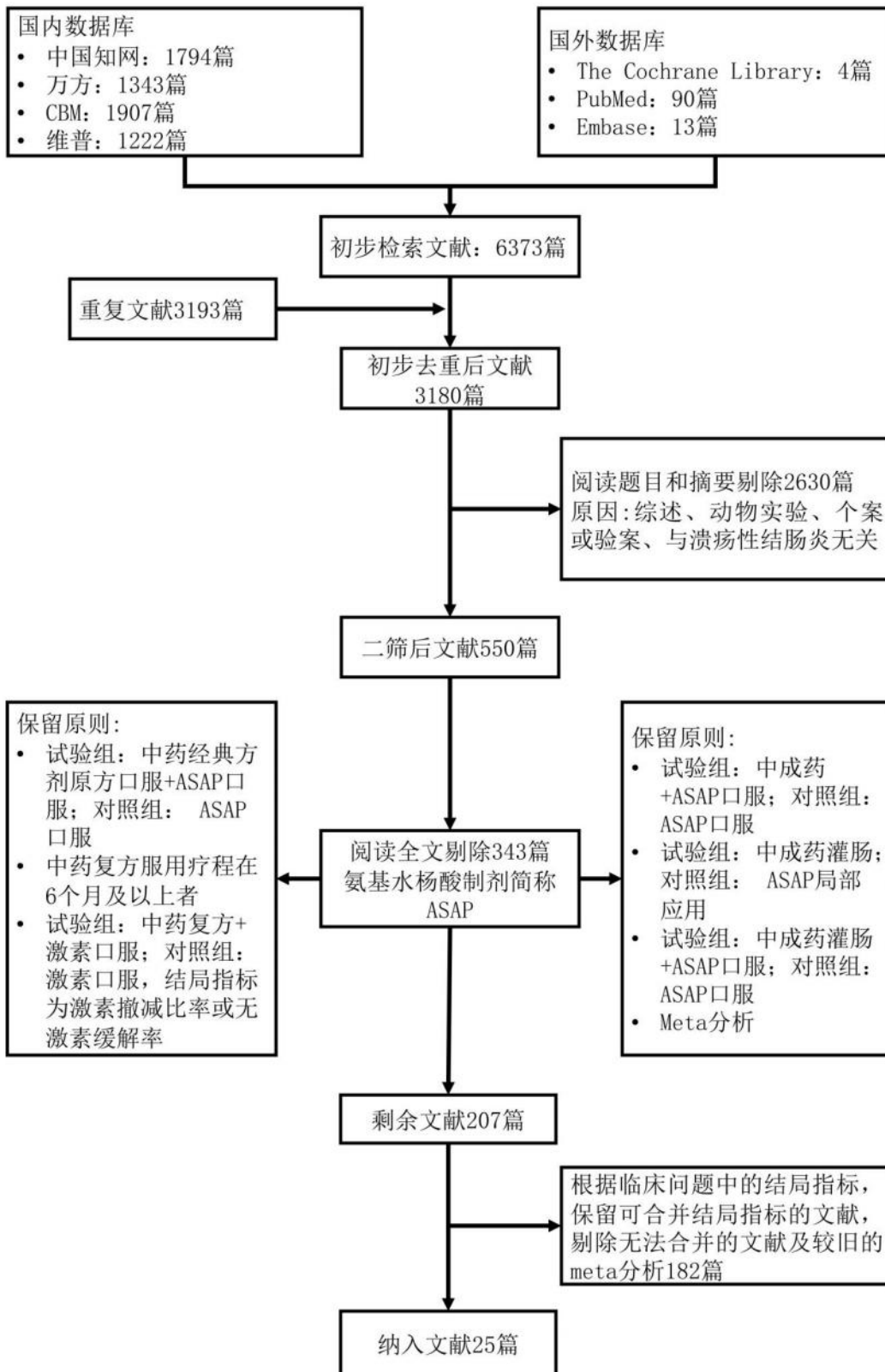


图3 文献筛选流程图

2 证据的筛选

研究的纳入标准：①文献中明确诊断为溃疡性结肠炎或溃疡性肠炎；②干预措施：中（成）药单用或合并西医治疗；③对照措施：单独服用激素或口服氨基水杨酸制剂或局部使用氨基水杨酸制剂或英夫利昔单抗”；④结局指标：不做限定；⑤研究设计类型：优先考虑随机对照试验（randomized controlled trial, RCT）；通过 NoteExpress 文献管理软件进行题录和文献全文管理。

3 证据的综合

两位项目组成员参照《基于证据体的中医药临床证据分级标准建议》^[35]中RCT方法学质量评价标准，独立对纳入的RCT进行风险偏倚评估（随机序列的产生、随机化隐藏、盲法、不完整结局报告、选择性报告结局、样本量计算），如有分歧则通过协商或请第三方进行裁决。纳入的数据导入Review Manager 5.3软件计算效应值及可信区间。二分类变量用相对危险度（Relative risk, RR）的95% 置信区间（Confidence intervals , CI)表示，连续变量则用均值差（mean difference , MD) 的95% CI表示。

4 证据等级评价

本指南证据证据分级参考“基于证据体的中医药临床证据分级标准建议^[35]”。根据不同结局按照升降级因素对证据体进行评级。形成包括“临床问题/药物、研究类型及数量、效应值及可信区间、证据等级、是否升级或降级、升级或降级因素、结论”等条目的证据概要表。

证据概要表

临床问题1/药物	P（研究对象）	I（干预措施）	C（对照措施）	O（结局指标）
五味苦参肠溶胶囊	溃疡性结肠炎患者	五味苦参肠溶胶囊+美沙拉秦	美沙拉秦	临床有效率
研究类型及数量	1个RCT			
效应值及可信区间	临床有效率[RR=0.14, 95%CI (0.27, 0.01), P =0.04]			
证据等级	III 级证据			
是否升级或降级	降级			
升级或降级因素	未描述随机隐藏的方法，未提及如何计算样本含量，未涉及盲法			
结论	口服五味苦参肠溶胶囊+美沙拉秦治疗轻中度活动期UC的临床疗效优于单纯美沙拉秦口服。			

临床问题1/药物	P（研究对象）	I（干预措施）	C（对照措施）	O（结局指标）
虎地肠溶胶囊	溃疡性结肠炎患者	虎地肠溶胶囊，虎地肠溶胶囊+美沙拉秦	美沙拉秦	临床有效率脓血便症状疗效/里急后重症状疗效
研究类型及数量	1个RCT			
效应值及可信区间	总有效率[RR=1.13, 95%CI(1.03, 1.24), P=0.009]；脓血便症状疗效 [RR=1.23, CI95%(1.04, 1.46), P=0.01]； [RR=1.29, 95%CI(1.10, 1.51), P=0.002]；里急后重症状疗效 [RR=1.36, 95%CI(1.05, 1.77), P=0.02]。			
证据等级	II级证据			
是否升级或降级	降级			
升级或降级因素	未描述随机隐藏的方法，未提及如何计算样本含量			
结论	虎地肠溶胶囊能够对轻、中度活动期溃疡性结肠炎患者的症状有改善作用，和美沙拉秦联用效果更佳。			

临床问题1/药物	P（研究对象）	I（干预措施）	C（对照措施）	O（结局指标）
乌梅丸（中成药）	溃疡性结肠炎患者	乌梅丸（中成药）+美沙拉秦	美沙拉秦	临床有效率
研究类型及数量	2个RCT			
效应值及可信区间	临床有效率[RR=1.19, 95%CI (1.05, 1.35), P=0.005]			
证据等级	III级证据			
是否升级或降级	降级			

升级或降级因素	未描述随机隐藏的方法，未采用盲法，未提及如何计算样本含量
结论	轻中度活动期UC，美沙拉秦口服联合乌梅丸口服可提高临床疗效。

临床问题1/药物	P（研究对象）	I（干预措施）	C（对照措施）	O（结局指标）
补脾益肠丸	溃疡性结肠炎患者	补脾益肠丸+美沙拉秦	美沙拉秦	临床有效率
研究类型及数量	4个RCT			
效应值及可信区间	临床有效率[RR=1.26, 95%CI (1.11, 1.43), P=0.0005]			
证据等级	III级证据			
是否升级或降级	降级			
升级或降级因素	未描述随机隐藏的方法，未采用盲法，未提及如何计算样本含量			
结论	轻中度活动期UC，美沙拉秦口服联合补脾益肠丸口服可提高临床疗效。			

临床问题1/药物	P（研究对象）	I（干预措施）	C（对照措施）	O（结局指标）
参苓白术散（颗粒、丸）	溃疡性结肠炎患者	参苓白术散（颗粒、丸）+美沙拉秦	美沙拉秦	临床有效率/疾病活动指数/腹痛、腹泻症状积分
研究类型及数量	12个/4个/2个RCT			
效应值及可信区间	临床有效率[RR=1.46, 95%CI (1.28, 1.66), P<0.001]; 疾病活动指数[(MD=-1.46, 95%CI (-2.07, -0.85), P<0.001]; 腹痛[(MD _天 =-8.93, 95%CI (-10.42, -7.44), P<0.001]、腹泻[(MD _天 =-10.31, 95%CI (-13.21, -7.40), P<0.001]、脓血便[(MD _天 =-11.54, 95%CI (-14.28, -8.81), P<0.001]症状消失时间。			
证据等级	III级			
是否升级或降级	降级			
升级或降级因素	未描述随机隐藏的方法，未采用盲法，未提及如何计算样本含量			
结论	参苓白术散（颗粒、丸）联合美沙拉秦口服在降低疾病活动指数，改善腹痛、腹泻、脓血便症状方面优于单纯美沙拉秦口服。			

临床问题2/药物	P（研究对象）	I（干预措施）	C（对照措施）	O（结局指标）
芍药汤（原方）	溃疡性结肠炎患者	芍药汤+美沙拉秦口服	美沙拉秦	临床有效率/内镜应答率/腹痛、腹泻、黏液脓血便症状积分
研究类型及数量	1个RCT			
效应值及可信区间	临床缓解率[RR=1.41, 95%CI (1.15, 1.71), P<0.001]、内镜应答率[RR=1.23, 95%CI (1.07, 1.40), P=0.003]、黏膜愈合率[RR=1.23, 95%CI (1.03, 1.46), P=0.02]、腹痛[MD=-0.39, 95%CI (-0.73, -0.05), P=0.02]、腹泻[MD=-0.85, 95%CI (-0.61, -0.13), P=0.02]、黏液脓血便[MD=-0.37, 95%CI (-0.83, -0.13), P=0.007]、里急后重症状[MD=-0.49, 95%CI (-0.83, -0.15), P=0.005]			
证据等级	III级			
是否升级或降级	降级			
升级或降级因素	未描述随机隐藏的方法，未采用盲法，未提及如何计算样本含量			

结论	对于轻中度UC，美沙拉秦肠溶片+芍药汤口服在改善腹痛、腹泻、黏液脓血便等症状、促进黏膜愈合方面均优于单纯口服美沙拉秦。
----	---

临床问题2/药物	P (研究对象)	I (干预措施)	C (对照措施)	O (结局指标)
痛泻要方 (原方)	溃疡性结肠炎患者	痛泻要方+美沙拉秦	美沙拉秦	主要症状积分/疾病活动指数
研究类型及数量	2个/1个RCT			
效应值及可信区间	主要症状 (腹痛、腹泻、脓血便、里急后重) 积分 [MD=-2.20, CI95%(-3.67, -0.73), P=0.003]; Sutherland 疾病活动指数 [MD=-1.66, CI95%(-2.41, -0.91), P<0.001]			
证据等级	III级			
是否升级或降级	降级			
升级或降级因素	未描述随机隐藏的方法, 未采用盲法, 未提及如何计算样本含量			
结论	对于轻中度UC, 美沙拉秦肠溶片+痛泻要方口服在改善症状和疾病活动指数、促进黏膜愈合方面均优于单纯口服美沙拉秦。			

临床问题3/药物	P (研究对象)	I (干预措施)	C (对照措施)	O (结局指标)
清肠化湿方口服+灌肠方	溃疡性结肠炎患者	清肠化湿方+灌肠方	美沙拉秦	半年复发率
研究类型及数量	1个RCT			
效应值及可信区间	半年复发率 [RR=0.35, 95%CI (0.13, 0.94), P=0.04]			
证据等级	III级证据			
是否升级或降级	降级			
升级或降级因素	未描述随机隐藏的方法, 未采用盲法, 未提及如何计算样本含量			
结论	对于轻中度活动期UC, 清肠化湿方口服+灌肠方保留灌肠诱导缓解, 序贯扶正清肠方口服可用于维持缓解、预防复发。			

临床问题4/药物	P (研究对象)	I (干预措施)	C (对照措施)	O (结局指标)
锡类散/锡类散栓	溃疡性结肠炎患者	锡类散/锡类散栓或联合美沙拉秦口服	美沙拉秦	腹痛、腹泻、黏液脓血便症状积分/有效率
研究类型及数量	3个/11个/3个RCT			
效应值及可信区间	临床有效率 [RR=0.97, 95%CI (0.87, 1.08), P=0.56]; 临床有效率 [RR=1.19, 95%CI (1.12, 1.26), P<0.001]; 腹痛 [MD=-2.92, 95%CI (-3.13, -2.71), P<0.001]、便血 [MD=-3.40, 95%CI (-3.56, -3.16), P<0.001]			
证据等级	III级证据			
是否升级或降级	降级			
升级或降级因素	未描述随机隐藏的方法, 未采用盲法, 未提及如何计算样本含量			
结论	锡类散局部应用的临床疗效不劣于美沙拉秦局部应用; 服用美沙拉秦时联合锡类散局部应用可更好改善腹痛、便血等症状。			

临床问题4/药物	P (研究对象)	I (干预措施)	C (对照措施)	O (结局指标)
康复新液灌肠	溃疡性结肠炎患者	康复新液灌肠或联合美沙拉秦口服	美沙拉秦	临床有效率/黏膜愈合率/肠镜疗效
研究类型及数量	2个/22个/5个RCT			
效应值及可信区间	临床有效率 [OR=1.71, 95%CI (0.74, 3.95), P=0.21]; 临床有效率 [RR=1.19, 95%CI (1.14, 1.23), P<0.01]; 肠镜有效率 [RR=1.18,			

	95% CI (0.98, 1.41), P<0.01]
证据等级	III级证据
是否升级或降级	降级
升级或降级因素	未描述随机隐藏的方法, 未采用盲法, 未提及如何计算样本含量
结论	康复新液灌肠临床疗效不劣于美沙拉秦; 服用美沙拉秦时联合康复新液局部应用灌肠可提高临床有效率和肠镜有效率。

临床问题5/药物	P (研究对象)	I (干预措施)	C (对照措施)	O (结局指标)
芍药汤联合英夫利昔单抗	溃疡性结肠炎患者	芍药汤口服+英夫利昔单抗	英夫利昔单抗	腹痛、腹泻、黏液脓血便症状积分/临床有效率/Mayo评分/Baron Score
研究类型及数量	1个RCT			
效应值及可信区间	临床有效率 [RR=1.23, 95% CI (1.00, 1.51), P=0.05], 腹痛 [MD=-0.34, 95% CI (-0.64, -0.04), P=0.03]、腹泻 [MD=-0.44, 95% CI (-0.69, -0.19), P=0.0007]、脓血便 [MD=-0.37, 95% CI (-0.61, -0.13), P=0.002] 症状评分、Mayo评分 [MD=-0.83, 95% CI (-1.44, -0.22), P=0.007]、Baron评分 [MD=-0.40, 95% CI (-0.66, -0.14), P=0.003]			
证据等级	III级证据			
是否升级或降级	降级			
升级或降级因素	未描述随机隐藏的方法, 未采用盲法, 未提及如何计算样本含量			
结论	中重度UC, 在诱导缓解阶段, 英夫利昔单抗联合芍药汤口服在改善腹痛、腹泻、脓血便症状、内镜下黏膜表现方面优于单纯使用英夫利昔单抗。			

临床问题6/药物	P (研究对象)	I (干预措施)	C(对照措施)	O (结局指标)
健脾清肠方	溃疡性结肠炎患者	健脾清肠方+强的松口服	强的松口服	激素撤减比率
研究类型及数量	1个RCT			
效应值及可信区间	激素撤减比 [RR=2.15, 95% CI (1.41, 3.28), P<0.001]			
证据等级	III级证据			
是否升级或降级	降级			
升级或降级因素	未描述随机隐藏的方法, 未采用盲法, 未提及如何计算样本含量			
结论	治疗激素依赖性UC, 与单纯强的松口服相比, 强的松口服联合健脾清肠方可提高激素撤减比。			

其他推荐/药物	P (研究对象)	I (干预措施)	C (对照措施)	O (结局指标)
参苓白术散方	溃疡性结肠炎患者	参苓白术散方+柳氮磺吡啶	柳氮磺吡啶	临床有效率
研究类型及数量	4个RCT			
效应值及可信区间	临床有效率 [RR=1.35, 95%CI (1.13, 1.60), P<0.001]			
证据等级	III级			
是否升级或降级	降级			
升级或降级因素	未描述随机隐藏的方法, 未采用盲法, 未提及如何计算样本含量			
结论	与单纯柳氮磺吡啶口服相比, 参苓白术散方联合柳氮磺吡啶口服可提高临床有效率。			

其他推荐/药物	P (研究对象)	I (干预措施)	C (对照措施)	O (结局指标)
固肠止泻丸	溃疡性结肠炎	固肠止泻丸+	柳氮磺	临床有效率/Baron

	患者	柳氮磺吡啶	吡啶	评分/肠镜疗效
研究类型及数量	1个RCT			
效应值及可信区间	临床有效率[RR=0.83, 95%CI (0.70, 0.98), P=0.03]、肠镜有效率[RR=0.85, 95%CI (0.73, 1.00), P=0.05]、Baron评分[MD=-1.60, 95%CI (-2.48, -0.72), P=0.004]			
证据等级	III级证据			
是否升级或降级	降级			
升级或降级因素	未描述随机隐藏的方法, 未采用盲法, 未提及如何计算样本含量			
结论	轻中度活动期UC, 柳氮磺吡啶口服联合固肠止泻丸口服可提高临床疗效。			

其他推荐/药物	P (研究对象)	I (干预措施)	C (对照措施)	O (结局指标)
固本益肠片	溃疡性结肠炎患者	固本益肠片+柳氮磺吡啶	柳氮磺吡啶	临床有效率/Baron评分e/疾病活动指数
研究类型及数量	1个RCT			
效应值及可信区间	临床有效率[RR=1.25, 95%CI (1.10, 1.42), P=0.007]、肠镜有效率[RR=1.18, 95%CI (1.06, 1.31), P=0.003], Baron评分[MD=-0.52, 95%CI (-0.63, -0.41), P<0.001]、疾病活动指数[MD=-3.21, 95%CI (-3.48, -2.94), P<0.001]			
证据等级	III级证据			
是否升级或降级	降级			
升级或降级因素	未描述随机隐藏的方法, 未采用盲法, 未提及如何计算样本含量			
结论	轻中度活动期UC, 柳氮磺吡啶口服联合固本益肠片口服可提高临床疗效。			

其他推荐/药物	P (研究对象)	I (干预措施)	C (对照措施)	O (结局指标)
补脾益肠丸	溃疡性结肠炎患者	补脾益肠丸+柳氮磺吡啶	柳氮磺吡啶	临床有效率
研究类型及数量	2个RCT			
效应值及可信区间	临床有效率[RR=1.13, 95%CI (1.04, 1.22), P=0.003]			
证据等级	III级证据			
是否升级或降级	降级			
升级或降级因素	未描述随机隐藏的方法, 未采用盲法, 未提及如何计算样本含量			
结论	轻中度活动期UC, 柳氮磺吡啶口服联合补脾益肠丸口服可提高临床有效率。			

附录 C

(资料性)

引用的相关标准

1 临床类型^[37]

初发型：指无既往病史而首次发作。

慢性复发型：指临床缓解期再次出现症状，临床上最多见。

2 疾病严重程度判断标准

UC 患者入院后可根据症状及实验室指标对病情作出初步评估，分级标准参照改良的 Truelove 和 Witts 疾病严重程度分型标准^[38]。

改良 Truelove 和 Witts 疾病严重程度分型

严重程度分型	排便次数	便血	脉搏(次/min)	体温(°C)	血红蛋白	红细胞沉降率(mm/1h)
轻度	<4	轻或无	正常	正常	正常	<20
重度	≥6	重	>90	>37.8	<75%的正常值	>30

*中度介于轻、重度之间

3 病变范围

推荐采用蒙特利尔分型^[39]

UC 病变范围的蒙特利尔分型

分型	分布	结肠镜下所见炎症病变累及的最大范围
E1	直肠	局限于直肠，未达乙状结肠
E2	左半结肠	累及左半结肠(脾曲以远)
E3	广泛结肠	广泛病变累及脾曲以近乃至全结肠

4 病情分期

UC 活动期、缓解期的判断标准参照改良 Mayo 评分系统^[40]。评分≤2 分且无单个分项评分>1 分为临床缓解，3~5 分为轻度活动，6~10 分为中度活动，11~12 分为重度活动，

评估 UC 活动性的改良 Mayo 评分系统

项目	计分			
	0分	1分	2分	3分
排便次数 ^a	正常	超过正常，1~3次/天	超过正常，3~4次/天	超过正常，>5次/天
便血 ^b	无	不到一半时间内出现便中混血	大部分时间内为便中混血	一直存在出血
内镜发现	正常或无活动病变	红斑，血管纹理模糊，轻微接触出血	重度炎症，血管纹理消失，糜烂，接触出血	可见溃疡，黏膜有自发性出血
医师评估病情 ^c	正常	轻度	中度	重度

注：a)每位受试者作为自身对照，从而评价排便次数的异常程度；b)每日出血评分代表1d中最严重的出血情况；c)医师总体评价包括3项标准：受试者对于腹部不适的回顾、总体幸福感和其他表现，如体格检查发现和受试者表现状态。

附录 D

(资料性)

缩略词表

缩略词	英文全称	中文全称
UC	Ulcerative Colitis	溃疡性结肠炎
IBD	Inflammatory Bowel Disease	炎症性肠病
ACG	American College of Gastroenterology	美国胃肠病学会
RR	Relative Risk	相对危险度
MD	Mean Difference	均值差
RCT	Randomized Controlled Trial	随机对照试验
CI	Confidence Intervals	置信区间
ml	Milliliters	毫升
ALT	Alanine Transaminase	谷丙转氨酶
BUN	Blood Urea Nitrogen	尿素氮

参 考 文 献

- [1] Rubin DT, Ananthakrishnan AN, Siegel CA, et al. ACG Clinical Guideline: Ulcerative Colitis in Adults[J]. Am J Gastroenterol. 2019,114(3):384-413.
- [2] Eaden JA, Abrams KR, Mayberry JF. The risk of colorectal cancer in ulcerative colitis: a meta-analysis[J]. Gut. 2001,48(4):526-535.
- [3] APDW2004 Chinese IBD Working Group. Retrospective analysis of 515 cases of Crohn's disease hospitalization in China: nationwide study from 1990 to 2003[J]. J Gastroenterol Hepatol. 2006,21(6):1009-1015.
- [4] Wang Y, Ouyang Q; APDW 2004 Chinese IBD working group. Ulcerative colitis in China: retrospective analysis of 3100 hospitalized patients[J]. J Gastroenterol Hepatol. 2007,22(9):1450-1455.
- [5] Kaplan GG. The global burden of IBD: from 2015 to 2025[J]. Nat Rev Gastroenterol Hepatol. 2015,12(12):720-727.
- [6] 沈洪,唐志鹏,唐旭东,等.消化系统常见病溃疡性结肠炎中医诊疗指南(基层医生版)[J].中华中医药杂志,2019,34(09):4155-4160.
- [7] 张声生.溃疡性结肠炎中医诊疗共识意见[J].中华中医药杂志,2010,25(06):891-895.
- [8] 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(09):796-813.
- [9] 中国中西医结合学会.溃疡性结肠炎中西医结合诊疗专家共识[J].中国中西医结合杂志,2023,43(01):5-11.
- [10] 焦英伟,刘强,余兆惠.复方苦参结肠溶胶囊联合美沙拉嗪对改善溃疡性结肠炎患者生活质量的临床研究[J].山西医药杂志,2019,48(23):2932-2934.
- [11] 沈洪,朱磊,胡乃中,等.虎地肠溶胶囊联合美沙拉秦肠溶片治疗活动期溃疡性结肠炎多中心、随机对照、双盲双模拟的临床研究[J].中国中西医结合杂志,2019,39(11):1326-1331.
- [12] 李克亚,王真权,彭美瑶.乌梅丸治疗溃疡性结肠炎(脾肾虚寒,寒中蕴热证)的疗效及对肠道微生态的影响[J].中医药导报,2020,26(16):85-89.
- [13] 魏华.乌梅丸联合5-氨基水杨酸治疗溃疡性结肠炎的临床研究[J].现代药物与临床,2016,31(05):650-653.
- [14] 邢潇潇,郭建波,李华山.补脾益肠丸治疗溃疡性结肠炎的系统评价与Meta分析[J].海南医学院学报,2022,28(01):41-47+57.
- [15] 尹园缘,詹敏,宾东华.参苓白术散联合美沙拉秦治疗溃疡性结肠炎的Meta分析[J].中医药导报,2021,27(08):176-181.
- [16] 柴瑞婷,张明雨,范珉珉,等.参苓白术散联合美沙拉嗪治疗溃疡性结肠炎的Meta分析[J].中国民族民间医药,2021,30(04):56-63.
- [17] 赵海燕,胡乃强,黄适,等.痛泻要方治疗腹泻型肠易激综合征临床研究的Meta分析[J].中医药导报,2017,23(04):78-81.
- [18] 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(08):2635-2642.
- [19] 俞媛,王卿华,陈媛洁,等.痛泻要方对溃疡性结肠炎患者中医证候及肠道菌群的影响[J].湖南中医杂志,2020,36(12):12-14.
- [20] 刘远成,李永海,吕文辉,等.痛泻要方辅助治疗轻中度肝郁脾虚型溃疡性结肠炎直肠型合并焦虑状态临床研究[J].中医药临床杂志,2020,32(10):1914-1918.
- [21] 俞媛,王卿华,陈媛洁,等.痛泻要方对溃疡性结肠炎患者免疫功能及肠道黏膜屏障的调节作用[J].中国中西医结合消化杂志,2020,28(11):858-862.
- [22] 陆玥琳,沈洪,张声生,等.中医序贯疗法对溃疡性结肠炎维持缓解的疗效观察[J].南京中医药大学学报,2011,27(02):118-120.
- [23] 陈慕媛,李辉标,陈新林,等.锡类散对比美沙拉秦治疗溃疡性结肠炎Meta分析[J].辽宁中医杂志,2018,45(11):2266-2270.
- [24] 陈慕媛,李辉标,陈新林,等.锡类散联合美沙拉秦治疗溃疡性结肠炎的Meta分析[J].中成药,2018,40(11):2407-2414.
- [25] 李辉标,陈新林,陈慕媛,等.康复新液对比氨基水杨酸类药物治疗溃疡性结肠炎Meta分析[J].辽宁中医杂志,2018,45(07):1353-1356.
- [26] 黄蝶.康复新液联合美沙拉秦治疗溃疡性结肠炎疗效与安全性的Meta分析[J].海峡药理学,2022,34(03):126-131.

- [27] 谭高展,孙俊,屈银宗,等.芍药汤联合英夫利昔单抗治疗中重度溃疡性结肠炎临床观察[J].山西中医,2020,36(07):23-26.
- [28] 张亚利,郭倩,戴彦成,等.健脾清肠方对脾虚湿热型激素依赖溃疡性结肠炎患者GR α 表达的影响[J].中国中西医结合消化杂志,2014,22(12):706-709+713.
- [29] 曾祥武.参苓白术散联合维柳芬治疗溃疡性结肠炎的临床效果观察[J].中国医疗前沿,2013,8(22):26-27.
- [30] 秦来昌.参苓白术散治疗溃疡性结肠炎75例临床观察[J].中医临床研究,2012,4(13):76-77.
- [31] 宋顺福.参苓白术散治疗气虚型溃疡性结肠炎59例[J].江西中医药,2013,44(06):50-51.
- [32] 周静洁,胡学军.参苓白术散治疗轻中度溃疡性结肠炎临床疗效分析及对预后的影响[J].安徽医药,2017,21(04):735-737.
- [33] 吴光辉,郭兰洁.固肠止泻丸联合柳氮磺吡啶治疗溃疡性结肠炎的临床研究[J].现代药物与临床,2018,33(06):1410-1414.
- [34] 吕歆.固本益肠片联合柳氮磺胺吡啶治疗轻中度溃疡性结肠炎的疗效观察[J].现代药物与临床,2018,33(03):560-563.
- [35] 陈薇,方赛男,刘建平.基于证据体的中医药临床证据分级标准建议[J].中国中西医结合杂志,2019,39(03):358-364.
- [36] 刘芳,陈耀龙.意见不一致时的策略:应用GRADE网格对临床实践指南达成共识[J].中国循证医学杂志,2009,9(07):730-733.
- [37] Harbord M, Eliakim R, Bettenworth D, et al. Third European Evidence-based Consensus on Diagnosis and Management of Ulcerative Colitis. Part 2: Current Management[J]. J Crohns Colitis. 2017,11(7):769-784.
- [38] RUELOVE SC, WITTS LJ. Cortisone in ulcerative colitis; final report on a therapeutic trial[J]. Br Med J. 1955,2(4947):1041-1048.
- [39] Satsangi J, Silverberg MS, Vermeire S, et al. The Montreal classification of inflammatory bowel disease: controversies, consensus, and implications[J].Gut.2006,55(6):749-753.
- [40] Rutgeerts P, Sandborn WJ, Feagan BG, et al. Infliximab for induction and maintenance therapy for ulcerative colitis. N Engl J Med. 2005,353(23):2462-2476.