

引用:李敏,屈银宗.白头翁汤灌肠联合美沙拉嗪治疗溃疡性结肠炎 44 例临床观察[J].湖南中医杂志,2022,38(7):8-11,15.

白头翁汤灌肠联合美沙拉嗪 治疗溃疡性结肠炎 44 例临床观察

李 敏¹,屈银宗²

(1. 武汉市新洲区疾病预防控制中心,湖北 武汉,431400;

2. 湖北省中西医结合医院,湖北 武汉,430015)

[摘要] 目的:观察白头翁汤灌肠联合美沙拉嗪治疗溃疡性结肠炎(UC)大肠湿热证的临床疗效。方法:将 94 例 UC 大肠湿热证患者随机分为治疗组和对照组,每组各 47 例(但 2 组分别只有 44、45 例完成观察)。对照组给予美沙拉嗪缓释颗粒治疗,治疗组在对照组基础上加用白头翁汤灌肠治疗,疗程均为 4 周。比较 2 组治疗前后中医证候积分、疾病积重程度积分(Mayo 积分)、内镜下肠黏膜病变程度评分(Baron 评分)、黏膜损伤程度(Geboes 指数)及肠道菌群的变化。结果:2 组治疗后中医证候积分、Mayo 积分、内镜 Baron 评分及 Geboes 指数均较治疗前明显降低,且治疗组降低幅度大于对照组($P<0.05$);2 组治疗后肠球菌、肠杆菌数量明显减少,双歧杆菌、乳酸杆菌数量显著增多,且治疗组减少、增多幅度均大于对照组($P<0.05$)。结论:白头翁汤灌肠联合美沙拉嗪能够显著改善 UC 大肠湿热证患者的临床症状,提高临床疗效,促进肠黏膜恢复,其作用机制可能与改善肠道菌群紊乱有关。

[关键词] 溃疡性结肠炎;中医药疗法;白头翁汤;美沙拉嗪

[中图分类号] R259.746.2 **[文献标识码]** A **DOI:** 10.16808/j.cnki.issn1003-7705.2022.07.003

Clinical effect of enema with Baitouweng decoction combined with mesalazine in treatment of ulcerative colitis: An analysis of 44 cases

LI Min¹, QU Yinzong²

(1. Xinzhou District Center for Disease Control and Prevention, Wuhan 431400, Hubei, China;

2. Hubei Provincial Hospital of Integrated Traditional Chinese and Western Medicine, Wuhan 430015, Hubei, China)

[Abstract] Objective: To investigate the clinical effect of enema with Baitouweng decoction combined with mesalazine in the treatment of ulcerative colitis with large intestinal damp-heat syndrome. Methods: A total of 94 patients with ulcerative colitis with large intestinal damp-heat syndrome were randomly divided into treatment group and control group, with 47 patients in each group, and finally 44 patients in the treatment group and 45 in the control group completed observation. The patients in the control group were given mesalazine sustained-release granules, while those in the treatment group were given enema with Baitouweng decoction in addition to the treatment in the control group; the course of treatment was 4 weeks for both groups. The two groups were compared in terms of traditional Chinese medicine (TCM) syndrome score, Mayo score, endoscopic Baron score, Geboes index, and intestinal flora before and after treatment. Results: After treatment, both groups had significant reductions in TCM syndrome score, Mayo score, endoscopic Baron score, and Geboes index, and the treatment group had significantly greater reductions than the control group ($P<0.05$). After treatment, both groups had significant reductions in Entero-

第一作者:李敏,女,主治医师,研究方向:中西医结合治疗消化内科疾病

通信作者:屈银宗,男,主任医师,研究方向:中西医结合治疗消化内科疾病, E-mail: quyinzong@126.com

coccus and Enterobacter and significant increases in bifidobacteria and Lactobacillus, and the treatment group had significantly greater reductions and increases than the control group ($P < 0.05$). Conclusion: For patients with ulcerative colitis with large intestinal damp-heat syndrome, enema with Baitouweng decoction combined with mesalazine can significantly alleviate clinical symptoms, improve clinical outcome, and promote the recovery of intestinal mucosa, possibly by improving intestinal flora disturbance.

[**Keywords**] ulcerative colitis; traditional Chinese medicine treatment; Baitouweng decoction; mesalazine

溃疡性结肠炎 (ulcerative colitis, UC) 是一种病变自直肠开始向近端发展甚至累及全结肠的炎症性肠疾病,临床上以持续或反复发作性腹泻、腹痛、黏液脓血便和里急后重以及结节红斑等肠外症状为主要表现^[1]。据报道,UC 发病率呈逐年上升的趋势,现已成为全球性疾病^[2]。本病易发生肠穿孔、中毒性巨结肠和消化道大出血等并发症,且后期发展为结肠癌和肠外癌的风险较高,不仅影响了患者的身心健康,而且给患者和社会造成了较大的经济负担^[3]。UC 治疗目标主要是维持临床症状的缓解及肠道黏膜的愈合,目前常用的治疗药物有 5-氨基水杨酸、硫唑嘌呤、类固醇激素、抗肿瘤坏死因子- α (TNF- α) 单克隆抗体等,部分患者对激素产生依赖或抵抗,长期使用免疫抑制剂增加了感染和患肿瘤的风险,而抗 TNF- α 生物制剂价格昂贵,临床应用尚未普及。本病属于中医学“久痢”“肠风”“脏毒”等范畴。中医药治疗具有疗效稳定、不良反应少、费用低廉等特点。我们结合临床工作经验,主张从“瘀”“毒”论治,采用白头翁汤灌肠联合美沙拉嗪治疗 UC,取得了显著的临床效果。现报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 前期预试验提示治疗组总有效率约为 95%,对照组约为 70%,根据样本计算公式: $n = (Z_{\alpha} + Z_{\beta})^2 2p(1-p) / (p_1 - p_2)^2$, 取 $\alpha = 0.05$, $\beta = 0.1$, 得出每组所需样本量约为 42 例,考虑有 10% 的失访患者,最终每组纳入样本量为 47 例。选取 2016 年 6 月至 2021 年 3 月就诊于湖北省中西医结合医院消化内科门诊以及住院治疗的大肠湿热型 UC 患者 94 例,采用随机数字表法将其分为治疗组和对照组,每组各 47 例。治疗组中,男 26 例,女 21 例;平均年龄 (39.55 ± 9.80) 岁;平均病程 (3.44 ± 1.22) 年;病情轻度者 13 例,中度者 34 例;E1 型 15 例,E2 型 32 例。对照组中,男 24 例,女 23 例;平均年龄 (40.32 ± 10.48) 岁;平均病程 $(3.37 \pm$

1.34) 年;病情轻度者 12 例,中度者 35 例;E1 型 17 例,E2 型 30 例。2 组基线资料比较,差异无统计学意义 ($P > 0.05$),具有可比性。本研究已通过本院医学伦理委员会审批,符合伦理学要求。

1.2 诊断标准

1.2.1 西医诊断标准 符合《炎症性肠病诊断与治疗的共识意见(2018 年·北京)》^[4] 中 UC 的诊断标准。1) 具有典型临床表现包括腹泻、黏液脓血便,常伴有阵发性结肠痉挛性疼痛等;2) 根据临床表现和结肠镜和(或)钡剂灌肠检查具有上述特征时可初步诊断本病;3) 符合上述诊断标准,结合黏膜组织活检和(或)手术切除标本组织病理学特征时可以确诊。

1.2.2 分型标准 符合 UC 蒙特利尔分型^[4]。E1 型:病变部位局限在直肠,病变炎症范围不超过直肠、乙状结肠交界处;E2 型:病变部位累及左半结肠,脾曲以远;E3 型:广泛结肠炎,病变范围累及脾曲以近乃至全结肠。

1.2.3 中医辨证标准 符合《溃疡性结肠炎中医诊疗专家共识意见(2017)》^[5] 中大肠湿热证的辨证标准。主症:腹泻黏液脓血便,腹痛,里急后重。次症:肛门灼热,身热不扬,口干口苦,小便短赤。舌脉:舌质红、苔黄腻,脉滑数。符合主症 2 项、次症 2 项,结合舌苔脉象即可明确辨证。

1.3 纳入标准 1) 符合上述西医诊断及中医辨证标准;2) 年龄 18~65 岁;3) 疾病处于活动期;4) 蒙特利尔分型为 E1、E2 型;5) 患者知情同意且能较好地遵从医嘱。

1.4 排除标准 1) 合并心肌梗死、肾衰竭、肝硬化等其他严重疾病;2) 合并其他胃肠道疾病,如肠息肉、肠癌等,且生命体征不平稳,并发肠穿孔、下消化道大出血、大肠癌等需手术治疗;3) 自行服用其他药物治疗或近期使用过抗生素、糖皮质激素、生物制剂及免疫制剂;4) 妊娠、哺乳期妇女;5) 对所用药严重过敏。

1.5 剔除、终止、脱落标准 1)入选后未使用试验药物,且无任何有效试验数据;2)观察对象试验期间病情恶化,或出现异常的实验室检测值无法继续使用,有可能发生危险事件,研究者认为应该停止临床试验;3)发生与药物有关的不良事件;4)受试者自己要求退出试验;5)受试者不能遵守用药方案要求,且临床疗程不足4周。

2 治疗方法

2组均予以一般治疗,主要包括卫生宣教、禁食辛辣刺激、戒烟限酒、保证睡眠、营养支持等。

2.1 对照组 给予美沙拉嗪缓释颗粒治疗。美沙拉嗪缓释颗粒(法国爱的发制药集团,进口药品注册证号:H20040726,规格:0.5 g/袋)口服,2袋/次,3次/d。

2.2 治疗组 在对照组的基础上加用白头翁汤灌肠治疗。方药组成:白头翁 30 g,黄柏 15 g,黄连 12 g,秦皮 15 g。以上中药均由我院煎药室统一煎制成200 ml/袋灌肠液。灌肠方法:灌肠之前嘱患者排空二便,灌肠液加温至40℃,夹闭肛管,灌肠袋内倒入灌肠液,液面应距肛门30 cm,润滑肛管前端10 cm,排尽肛管及灌肠袋内空气,患者取左侧卧位,垫枕抬高臀部10 cm,将肛管缓慢插入直肠10~15 cm左右,缓慢滴入药液,滴注时间为15~20 min,操作完毕后,夹闭并拔出肛管,并协助患者取舒适体位,抬高臀部,使药物尽可能保留60 min以上。1次/d。

2组患者均以2周为1个疗程,连续治疗2个疗程后进行疗效评估。

3 疗效观察

3.1 观察指标 1)中医证候评分。参考《中药新药临床研究指导原则》^[6],对2组治疗前后腹痛、腹泻、里急后重、脓血便等主要症状进行评分,根据其症状的无、轻、中、重度分别计0、1、2、3分,分值越高,表示症状越严重。2)疾病严重程度积分(Mayo积分)。Mayo积分可从总体上反应疾病的严重程度,主要包括内镜发现、排便次数、便血和医师总评价4个方面,根据其症状的严重程度分别计0、1、2、3分,积分越高,表示病情越严重^[4]。3)内镜下肠黏膜病变程度评分(Baron评分)。Baron评分反应UC患者内镜下肠黏膜病变程度,其中内镜下黏膜自发性出血有溃疡形成计3分;有中度接触性出血计2分;有病损但无出血计1分;血管纹理清晰无出血

计0分^[7]。4)黏膜损伤程度(Geboes指数)变化。Geboes指数评分系统纳入了UC中可见的黏膜损伤,包括隐窝结构、固有层慢性炎症、固有层嗜酸性粒细胞、固有层中性粒细胞、上皮内中性粒细胞、隐窝破坏和上皮表面损伤等,病情越重,其指数越大^[1]。5)肠道菌群。治疗前后采集自然排便的新鲜粪便3~5 g送至检验科,采用平板计数法分别计数双歧杆菌、乳酸杆菌、肠球菌、肠杆菌等肠道菌群变化。

3.2 统计学方法 采用SPSS 25.0统计软件进行数据分析,计量资料以均数±标准差($\bar{x} \pm s$)表示,采用t检验; $P < 0.05$ 表示差异具有统计学意义。

3.3 治疗结果 试验过程中,治疗组中因病情加重终止治疗1例,脱落2例,最终纳入病例44例;对照组中因病情加重终止治疗2例,无退出病例,最终纳入病例45例。

3.3.1 2组治疗前后中医证候评分比较 2组患者治疗后主要中医证候评分均较治疗前有所下降,且治疗组下降幅度均大于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$)。(见表1)

表1 2组治疗前后中医证候评分比较($\bar{x} \pm s$,分)

组别	例数	时间节点	腹痛	腹泻	里急后重	脓血便
治疗组	44	治疗前	2.36±0.65	2.09±0.68	2.25±0.78	2.43±0.59
		治疗后	1.11±0.54 ^{ab}	0.91±0.52 ^{ab}	0.91±0.60 ^{ab}	0.86±0.51 ^{ab}
对照组	45	治疗前	2.22±0.70	2.13±0.79	2.16±0.82	2.29±0.76
		治疗后	1.51±0.55 ^a	1.29±0.63 ^a	1.40±0.65 ^a	1.47±0.59 ^a

注:与本组治疗前比较,^a $P < 0.05$;与对照组治疗后比较,^b $P < 0.05$ 。

3.3.2 2组治疗前后 Mayo 积分、Baron 评分及 Geboes 指数比较 2组患者治疗后 Mayo 积分、Baron 评分、Geboes 指数均有所下降,且治疗组下降幅度均大于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$)。(见表2)

表2 2组治疗前后 Mayo 积分、Baron 评分及 Geboes 指数比较($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	时间节点	Mayo 积分(分)	Baron 评分(分)	Geboes 指数
治疗组	44	治疗前	6.93±2.13	2.39±0.58	3.95±1.29
		治疗后	2.89±1.02 ^{ab}	1.14±0.46 ^{ab}	1.68±0.74 ^{ab}
对照组	45	治疗前	6.87±2.19	2.42±0.66	3.76±0.98
		治疗后	3.64±1.19 ^a	1.40±0.58 ^a	2.16±0.82 ^a

注:与本组治疗前比较,^a $P < 0.05$;与对照组治疗后比较,^b $P < 0.05$ 。

3.3.3 2 组治疗前后肠道菌群变化比较 2 组治疗后双歧杆菌、乳酸杆菌等数量明显增多,肠球菌、肠杆菌等数量显著减少,且治疗组增多、减少幅度均大于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。(见表 3)

表 3 2 组治疗前后肠道菌群变化比较($\bar{x}\pm s$,cfu/ml)

组别	例数	时间节点	双歧杆菌	乳酸杆菌	肠球菌	肠杆菌
治疗组	44	治疗前	7.82±0.47	6.88±0.65	8.21±0.46	9.81±0.57
		治疗后	8.67±0.42 ^{ab}	7.96±0.64 ^{ab}	7.20±0.43 ^{ab}	8.57±1.34 ^{ab}
对照组	45	治疗前	7.96±0.56	6.95±0.68	8.17±0.47	9.69±0.63
		治疗后	8.41±0.51 ^a	7.69±0.56 ^a	7.56±0.45 ^a	9.04±0.68 ^a

注:与本组治疗前比较,^a $P<0.05$;与对照组治疗后比较,^b $P<0.05$ 。

4 讨 论

UC 的发病机制仍不十分明确,目前认为其与遗传易感性、免疫失调、环境因素、肠道菌群改变有关。其中肠道菌群紊乱近年来被认为是 UC 发病的重要机制之一。殷娟等^[8]研究发现 UC 患者体内双歧杆菌数量明显减少,肠球菌、肠杆菌数量明显增多;一项 Meta 分析结果亦提示活动性 UC 患者体内球孢梭菌、普氏杆菌、双歧杆菌等丰度比缓解期患者低^[9]。双歧杆菌、乳酸杆菌是人体内的优势菌群,在营养和免疫调节中发挥着重要作用,肠球菌、肠杆菌是条件致病菌,一定条件下可转变为病原菌^[10]。当肠道菌群发生紊乱时,一方面有害细菌直接侵入破坏肠上皮细胞,导致肠黏膜屏障被破坏;另一方面病原菌代谢产物如肠道短链脂肪酸(SCFAs)、乙酸等能够引起肠黏膜异常免疫反应,进而引起肠道炎症和肠黏膜损伤,两者形成恶性循环,导致 UC 发生发展^[11]。历代中医学家认为,UC 是在先天禀赋不足、脾胃功能不健基础上感受湿热之邪,或外感寒湿,郁而化热,或由饮食不节,气滞血瘀,脂膜血络受损,血败肉腐为疡,故大便常有脓血或血便,为大肠热毒表现。因此,UC 辨证应抓住“热毒”和“瘀血”2 个关键病理因素,治疗时不仅要清热解毒,更要凉血散瘀。

目前治疗 UC 临床常用药物有 5-氨基水杨酸、硫唑嘌呤、类固醇激素、抗 TNF- α 单克隆抗体等^[12]。美沙拉嗪是临床上治疗 UC 的一线药物,又称 5-氨基水杨酸,患者服用后,大部分药物能轻易到达结肠,通过抑制前列腺素、自由基、白三烯等炎症物质来达到治疗或缓解肠壁炎症的目的,其治疗 UC 有一定疗效,但该药长期服用会产生较多不良

反应,如引起患者胃肠道疼痛、头痛、恶心等症状^[13]。白头翁汤出自仲景《伤寒论》,方中白头翁性苦寒直入血分,善清大肠湿热而为君,能清热解毒燥湿、凉血止痢;黄连为治痢要药,能清热燥湿厚肠,黄柏善清下焦湿热,两者俱为臣药;佐以苦涩性寒之秦皮,清热燥湿而兼收涩止痢,四药合用,共奏清热燥湿解毒、凉血止痢之效。现代药理学研究证实,白头翁、黄连、黄柏中的有效成分能够抑制大肠埃希菌、金黄色葡萄球菌等微生物的生长,且具有抗感染作用^[14-16]。中药灌肠具有直达病所、避开首过效应等优势^[17],通过白头翁汤灌肠联合美沙拉嗪口服治疗 UC,可达到清热解毒凉血之功效,减少不良反应的发生,改善患者的临床症状^[18]。

本研究结果显示,白头翁汤灌肠联合美沙拉嗪可降低中医证候评分、Mayo 积分、Baron 评分、Geboes 指数,增加肠道双歧杆菌、乳酸杆菌等优势菌群数量,减少肠球菌、肠杆菌等致病菌数量,且改善程度均优于单用美沙拉嗪治疗($P<0.05$)。说明白头翁汤灌肠联合美沙拉嗪治疗 UC 的综合疗效优于单用美沙拉嗪,值得临床推广。但本研究还存在一些不足之处,一是本次研究纳入病例数量偏少,可能会降低统计效应,带来偏倚风险;二是本研究随访的时间仍不够长,无法评判远期疗效,有待在未来的研究中改进。

参考文献

[1] 李军祥,陈詒. 溃疡性结肠炎中西医结合诊疗共识意见(2017 年)[J]. 中国中西医结合消化杂志,2018,26(2):105-111.

[2] NG SC,SHI HY,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,2018,390(10114):2769-2778.

[3] PEERY AF,CROCKETT SD,MURPHY CC,et al. Burden and cost of gastrointestinal,liver,and pancreatic diseases in the united states:Update 2018[J]. Gastroenterology,2019,156(1):254-272.

[4] 吴开春,梁洁,冯志华,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] 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.

[6] 郑筱萸. 中药新药临床研究指导原则[M]. 北京:中国医药科技出版社,2002:129-133.

[7] 吴越,陈秋雨,陈中霞,等. 经腹肠道超声在炎症性肠病诊断与评估中的应用和进展[J]. 胃肠病学,2021,26(1):57-61.

热解毒以消热毒蕴结之咽喉肿痛。上药合用,使气滞得解,瘀血得除,痰浊得化,咽喉得润,结散肿消音开。本方疏肝解郁而不耗气,活血化瘀而不伤血,全方有行气活血、化痰散结、解毒利咽之功效。本观察结果显示,与对照组比较,治疗组功能恢复情况更佳,VAS评分、复发率更低,生存率更高,差异均有统计学意义($P<0.05$ 或 $P<0.01$)。2组术后并发症比较,差异无统计学意义($P>0.05$),表明会厌逐瘀汤加味可提高患者术后康复效果,利于喉功能恢复。同时,治疗组术后3年的复发率低于对照组,表明中药会厌逐瘀汤加味治疗可降低复发率,可能与该方对喉的消肿止痛作用有关,可有效治疗咽炎,进而一定程度地减轻炎症反应,减少对喉部组织的刺激,从而避免诱发喉癌复发^[14]。且其3年生存率治疗组优于对照组,表明长期服用会厌逐瘀汤加味可提高患者生存率。

参考文献

- [1] 牛俊涛,刘曙光,闫培,等. miR-497 靶向 CDK6 抑制喉鳞状细胞癌生长的实验研究[J]. 中华耳鼻咽喉头颈外科杂志,2019,54(2):126-132.
 - [2] 陈玲,吴沛霞. 喉部分切除术患者吞咽功能评估的研究进展[J]. 中华现代护理杂志,2018,24(26):3217-3220.
 - [3] 李振东,路铁. 诱导化疗与手术综合治疗对中晚期下咽癌的疗效比较[J]. 中华耳鼻咽喉头颈外科杂志,2018,53(12):918-924.
 - [4] 张芸,龚建忠,陈彦帆,等. 喉癌根治切除术后配合中西医结合
- (上接第11页)
- [8] 殷娟,唐西怀,贾晶晶. 溃疡性结肠炎患者的肠道菌群分布与血清 TNF- α 、IL-6 水平的相关性[J]. 检验医学与临床,2019,16(23):3421-3426.
 - [9] PROSBERG M, BENDTSEN F, VIND I, et al. The association between the gut microbiota and the inflammatory bowel disease activity: A systematic review and meta-analysis[J]. Scand J Gastroenterol, 2016, 51(12):1407-1415.
 - [10] 谈望晶,朱向东,申睿,等. 溃疡性结肠炎与肠道菌群的研究进展[J]. 陕西中医药大学学报,2018,41(2):109-114.
 - [11] SHEN ZH, ZHU CX, QUAN YS, et al. Relationship between intestinal microbiota and ulcerative colitis; Mechanisms and clinical application of probiotics and fecal microbiota transplantation[J]. World J Gastroenterol, 2018, 24(1):5-14.
 - [12] 贾立伟,孙辉,李欣,等. 溃疡性结肠炎药物治疗的研究进展[J]. 北京医学,2018,40(1):63-68.
 - [13] FORD AC, KHAN KJ, ACHKAR JP, et al. Efficacy of oral vs. topical, or combined oral and topical 5-aminosalicylates, in ulcerative

治疗 88 例临床观察[J]. 安徽医药,2015,19(11):2212-2214.

- [5] 马士崙,王晓敏,韩跃峰,等. 381 例喉癌保留喉功能的手术治疗[J]. 中国中西医结合耳鼻咽喉科杂志,2016,24(5):347-352.
- [6] 殷蔚伯,余子豪,徐国镇,等. 肿瘤放射治疗学[M]. 北京:中国协和医科大学出版社,2008:402-403.
- [7] 刘欣欣,王浩彦,张曼林,等. 改良版英国医学研究会呼吸困难量表评分及肺功能测定对慢性阻塞性肺疾病患者运动能力的预测价值研究[J]. 临床内科杂志,2016,33(6):404-406.
- [8] 叶素琼. 洼田饮水试验对喉癌术后评估及中医康复措施研究[J]. 内蒙古中医药,2017,5(10):25-26.
- [9] 宗行万之助. 疼痛的估价——用特殊的视觉模拟评分法作参考[J]. 疼痛学杂志,1994,2(4):153.
- [10] 常敏强,闻朱音,章载良,等. 两种垂直部分喉切除术对声门型喉癌患者喉部功能、术后拔管率及生存率的影响[J]. 中国基层医药,2019,26(8):902-905.
- [11] GULPEMBE BOZKURT, KORKUT AY, PINAR SOYTAS, et al. The role of red cell distribution width in the locoregional recurrence of laryngeal cancer[J]. Brazilian Journal of Otorhinolaryngology, 2018, 85(3):231-233.
- [12] 余晓旭,袁霏,冯勇,等. 老年喉癌患者手术治疗后复发的相关因素探讨[J]. 西部医学,2018(1):103-105,109.
- [13] 胡小琴,郑国峰,朱金龙,等. 喉部分切除术治疗喉癌患者临床疗效及预后影响相关因素分析[J]. 浙江创伤外科,2017,22(3):519-521.
- [14] 李晓明,宋琦. 喉癌治疗后复发外科处理的要点和关键问题[J]. 中华耳鼻咽喉头颈外科杂志,2019,54(5):394-398.

(收稿日期:2021-08-11)

colitis; Systematic review and meta-analysis[J]. Am J Gastroenterol, 2012, 107(2):167-176, 177.

- [14] 单琳琳,陆为民,张卿. 清溃愈疡汤对溃疡性结肠炎肠道菌群、炎症应激及相关因子水平的影响[J]. 中国病原生物学杂志,2019,14(10):1211-1214.
- [15] 李鹏帆,罗月,顾思臻,等. 基于网络药理学探讨白头翁汤治疗溃疡性结肠炎的作用机制[J]. 中国中西医结合消化杂志,2020,28(7):527-533.
- [16] 缪志伟,王晓瑜,严晶,等. 白头翁汤加减联合美沙拉嗪治疗溃疡性结肠炎的 Meta 分析[J]. 上海中医药杂志,2018,52(7):16-25.
- [17] 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.
- [18] 查正霞,刘艳丽,许琼明. 白头翁中三萜皂苷类成分的药理研究进展[J]. 中药新药与临床药理,2020,31(1):120-124.

(收稿日期:2021-11-11)