DOI：10. 12209/CAIM202607200013

·中西医结合临床案例·

基于辨证施护应用中药保留灌肠联合艾灸治疗1例溃疡性结肠炎的护理报告

杜红艳[1]，温　琢[2]

（1. 中国藏学研究中心 北京藏医院 藏药浴科，北京，100029；
2. 北京中医药大学东直门医院通州院区 脾胃病科，北京，101100）

摘要：本文总结1例溃疡性结肠炎活动期患者的护理过程。临床予调节肠道菌群、抗炎抑酸、清热化湿及健脾止痢的口服药物，配合中药保留灌肠及艾灸方案开展干预。患者因反复腹痛腹泻处于敏感焦虑状态，常规使用的肛管粗硬易刺激肛门，导致药液在肠道内难以长时间保留，故改用一次性吸痰管，搭配注射器分次缓慢推注药液，以减轻患者不适感，提升药液肠道保留率。治疗1周后患者腹痛、腹泻及里急后重感得到缓解，但仍存在畏寒乏力、腹痛喜温的表现，遂加用八髎穴艾灸干预，以温补肾阳、散寒通络，续治1周后患者诸症明显改善。本病案提示，针对溃疡性结肠炎患者，遵循辨证施护、内外同治的原则，动态调整中医外治方案，可有效提升干预疗效，值得临床参考借鉴。

关键词：溃疡性结肠炎；中药保留灌肠；艾灸治疗；辨证施护

Nursing Report on Syndrome Differentiation-Based Nursing Combined with Retention Enema of Chinese Herbal Medicine and Moxibustion for a Patient with Ulcerative Colitis

DU Hongyan[1], WEN Zhuo[2]

（*1. Department of Tibetan Medicinal Bath, Beijing Tibetan Hospital, China Tibetology Research Center, Beijing, 100029;*
2. Department of Gastroenterology, Tongzhou Campus of Dongzhimen Hospital, Beijing University of Chinese Medicine, Beijing, 101100）

ABSTRACT: This paper summarizes the nursing process of one patient with active ulcerative colitis. Oral medications for intestinal flora regulation, anti-inflammation and acid suppression, clearing heat and resolving dampness, as well as invigorating the spleen to arrest dysentery were administered clinically, combined with retention enema of Chinese herbal medicine and moxibustion intervention. The patient was in a sensitive and anxious state due to recurrent abdominal pain and diarrhea. Conventional thick and rigid anal tubes tended to irritate the anus, making it difficult for the medicinal liquid to be retained in the intestine for a long time. Therefore, a disposable sputum suction tube was adopted, and the medicinal liquid was slowly injected in divided doses with a syringe to alleviate discomfort and improve the retention rate of the medicinal liquid in the intestine. After one week of treatment, the patient's abdominal pain, diarrhea and tenesmus were relieved, yet symptoms such as aversion to cold, lassitude and abdominal pain relieved by warmth persisted. Moxibustion at Baliao points was then added to warm and tonify kidney yang, dispel cold and unblock collaterals. After another week of treatment, all symptoms were markedly improved. This case indicates that for patients with ulcerative colitis, adherence to the principles of syndrome differentiation-based nursing and combined internal and external treatment, as well as dynamic adjustment of external treatment protocols of traditional Chinese medicine, can effectively enhance therapeutic effects, which is worthy of clinical reference.

收稿日期：2026－07－20

通信作者：温琢，E-mail：luxuanjinzuo@163. com

KEY WORDS: ulcerative colitis; retention enema of Chinese herbal medicine; moxibustion therapy; syndrome differentiation-based nursing

溃疡性结肠炎(UC)属于慢性非特异性炎症性肠病,其发病与免疫、遗传、肠道菌群及环境因素密切相关。近年国内发病率持续攀升,该病以反复腹痛腹泻、黏液脓血便与里急后重为核心临床表现,病程缠绵且易反复发作,患者常伴随焦虑敏感、营养失衡等身心问题,临床照护难度较高[1]。西医标准化疗护方案以调节肠道菌群、抗炎抑酸药物控制肠道炎症,同步落实饮食、肛周与心理护理,以诱导黏膜愈合、减少复发为核心目标。中医将本病归属于"休息痢"范畴。临床研究证实,中医治疗本类疾病具备多方法、多通路及多靶点的应用优势,临床疗效确切,安全性良好[2-4]。中药保留灌肠、艾灸是临床推荐的特色中医外治手段,需随证候变化动态调整干预方案。处于溃疡性结肠炎活动期的患者常存在肛门刺激耐受差、灌肠药液难以留存、病机由实转虚等现实难题,常规干预方案疗效受限。本文结合1例反复发病的活动期溃疡性结肠炎患者,总结优化灌肠操作配合动态辨证调整艾灸方案的护理全过程,为同类病例提供临床参考。

1　临床资料

1.1　一般资料

患者男,54岁,职员,于2026年04月09日因"间断腹泻伴黏液血便10余年,加重1月余"入院。患者10余年前无明显诱因出现间断性腹泻,4~5次/d,为黏液血便,伴里急后重感,偶有腹胀、腹部隐痛,便后不适可自行缓解。2018年于脾胃科住院行肠镜检查示:结肠脾曲、降结肠、乙状结肠、直肠黏膜血管纹理消失,散布糜烂及溃疡。予以地衣芽孢杆菌、美沙拉嗪口服治疗后,大便次数较前减少。2019年、2020年因腹泻伴脓血便加重于脾胃科住院治疗。2020年加用激素治疗后症状缓解,此后患者逐渐将激素减量至停用,规律服用美沙拉嗪维持治疗。1月余前上述症状无明显诱因加重,大便每日10余次,为黏液脓血便,伴里急后重,便前左下腹部疼痛,便后缓解,就诊于脾胃科门诊,予以地衣芽孢杆菌0.5g,3次/d,美沙拉嗪1.2 g口服,3次/d,美沙拉嗪栓1 g塞肛,1次/d,干预后症状未缓解,遂收入院进一步治疗。患者既往体健,否认药物及食物过敏史。刻下症:入院当日晨排便5次,伴黏液及少量鲜血,伴里急后重感,左下腹绞痛,便后缓解,纳食减少,畏寒,眠欠安,小便色黄、尿量可。近期体重无明显下降。

1.2　查体

生命体征:体温(T)36.5℃,脉搏(P)98次/min,呼吸(R)20次/min,血压(BP)104/68 mmHg。

专科查体:腹部平坦,未触及包块,未见胃肠型及蠕动波,未见腹壁静脉曲张,腹软,无压痛,无反跳痛及肌紧张,肝脾肋下未触及,未扪及胆囊,莫菲氏征阴性,麦氏点无压痛,肝肾区无叩痛,肠鸣音4~5次/min,无亢进,移动性浊音(-)。

辅助检查:结肠镜(2026年04月13日)提示:横结肠、结肠脾曲、降结肠、乙状结肠及直肠黏膜弥漫性充血水肿、糜烂伴浅溃疡,符合溃疡性结肠炎表现。

阳性指标:动态红细胞沉降率(ESR)30 mm/H、粪便潜血实验(+)、血红蛋白(HGB)129.0 g/L、葡萄糖(GLU)6.6 mmol/L、总胆汁酸(TBA)13.60 μmol/L、白蛋白(ALB)37.8 g/L、纤维蛋白原(FIB)5.06 g/L、D-二聚体(D-Dimer)0.66 μg/mL。

1.3　诊断

中医诊断:休息痢(湿热内蕴证);西医诊断:溃疡性结肠炎(慢性复发型E2活动期)、反流性食管炎。

1.4　临床治疗

予患者Ⅱ级护理,中医内科护理常规,予清淡饮食。西医治疗予双歧杆菌四联活菌片1.5 g,3次/d、地衣芽孢杆菌活菌胶囊0.5 g,3次/d,调节肠道菌群;美沙拉嗪肠溶片1.2 g口服,3次/d,抗炎;注射用奥美拉唑钠静脉滴注,40 mg/次,2次/d,抑酸护胃;注射用甲泼尼龙琥珀酸钠静脉滴注,40 mg/次,1次/d,抗炎干预。中药口服予以清热化湿、健脾止痢的方药,1剂/d。中医外治予中药保留灌肠,1次/d,发挥健脾化湿功效;艾灸治疗选取神阙穴、足三里穴及三阴交穴,1次/d,以健脾和胃、调理肠腑。操作前嘱患者排空二便,先进行中药保留灌肠,指导患者尽量长时间保留药液,使药液充分作用于病变肠段;后续开展艾灸治疗,密切观察患者局部皮肤及整体反应,避免烫伤事件发生。患者自04月09日开始进行两项联合治疗,于04月22日结束疗程,治疗后患者腹痛腹泻症状明显改善,大便由脓血便转为蓬松糊状便。

OPEN ACCESS

表 1 八纲辨证

八纲	辨证结果	患者症状
表里	里证	病位在大肠，同时与脾、胃相关，故病位在里
寒热	热证（兼湿兼寒）	热象：下痢脓血、肛门灼热、里急后重、舌红；湿象：大便黏腻不爽、苔白腻
虚实	虚实夹杂证（本虚标实，标实为主）	发作期以标实为主，湿热壅滞肠道，气血瘀滞，属于实邪致病；病史十余年，乏力、畏寒为虚证表现
阴阳	阳证	热、实均属阳，湿热内蕴是典型的阳证

2 护理

2.1 护理评估

2.1.1 中医四诊

望诊：面色少华，神情倦怠，腹部平坦，舌红，苔白腻。闻诊：无咳嗽，言语流利，未闻及异常气味。问诊：大便每日十余次，伴黏液及少量鲜血，有里急后重感，左下腹绞痛，便后缓解，纳食减少，畏寒，眠欠安，小便色黄。切诊：皮温正常，腹软，腹部无压痛，脉弦滑。

2.1.2 八纲辨证

本例患者八纲辨证内容及结果，详见表 1。患者辨证为脾肾两虚、本虚标实、热夹湿之证，护理以温补脾肾、清热利湿、涩肠止泻及扶正祛邪为核心原则。

2.1.3 专科护理评估

Mayo 评分（Mayo Score）总分 0 ~ 12 分[5]，0 分为缓解期（无活动），1 ~ 2 分为轻度活动，3 ~ 5 分为中度活动，6 ~ 12 分为重度活动。本例患者评分为 6 分，属重度活动。

视觉模拟疼痛评分（Visual Analogue Scale，VAS）总分间 0 ~ 10 分，0 分为无痛，1 ~ 3 分为轻度疼痛，4 ~ 6 分为中度疼痛，7 ~ 10 分为重度疼痛。本例患者评分为 8 分，疼痛显著，已影响睡眠，需干预缓解。

焦虑自评量表（Self-Rating Anxiety Scale，SAS）总分 0 ~ 80 分，得分＜50 分为无焦虑，50 ~ 59 分为轻度焦虑，60 ~ 69 分为中度焦虑，得分≥70 分为重度焦虑。本例患者评分为 68 分，属中度焦虑。

中医证候积分总分 0 ~ 30 分，分值越高提示湿热内蕴证候越重，本例患者评分为 22 分。

营养风险筛查 2002（Nutritional Risk Screening 2002，NRS2002）总分为 7 分，总分≥3 分提示存在营养风险。本例患者评分为 3 分，存在营养风险。

布里斯托大便分类量表（Bristol Stool Form Scale，BSFS）将粪便形态分为 7 型，具体如下：1 型为硬球便：分散硬块、坚果状，排出困难；2 型为块状香肠便：香肠状、表面凹凸；3 型为裂纹香肠便：香肠状、表面有裂纹；4 型为光滑香蕉便：质地柔软光滑、香蕉状；5 型为软团便：软块、边缘清晰；6 型为糊状便：蓬松糊状、边缘模糊；7 型为水样便：呈水样，无固体成分。患者初次评估为 6 型糊状便，伴黏液血便。

2.2 护理诊断

①腹泻：与肠道湿热蕴结、脾虚失运、肠道气机阻滞及经络不通有关；②疼痛：与湿热之邪侵袭结肠刺激肠黏膜，导致肠黏膜充血、水肿有关；③焦虑：与病情迁延不愈易反复、担忧预后有关；④营养失调：低于机体需要量，与肠道吸收障碍、腹泻损耗有关；⑤知识缺乏：缺乏疾病管理、饮食、用药及复发预防相关知识。

2.3 护理计划

①通过中医适宜技术缓解腹痛、腹泻及黏液脓血便等症状，改善里急后重不适感；②落实中医特色护理，促进肠道黏膜修复，减轻疼痛，减少病情复发；③通过中医情志护理调节患者情志，缓解焦虑情绪，树立治疗信心；④指导患者合理饮食，改善营养状况，增强机体正气；⑤指导患者及家属掌握疾病相关知识及中医调护知识，提升患者自我护理能力。

2.4 护理措施

2.4.1 中医特色护理

2.4.1.1 中药保留灌肠

遵医嘱予清热利湿、凉血止血及生肌敛疮中药灌肠方，组方为黄连片 10 g、关黄柏 10 g、生地榆 15 g、苦参 10 g、五倍子 10 g、三七 6 g（另煎），浓煎取汁 100 mL，1 次/d，共治疗 14 次。操作护理：嘱患者排空二便，取左侧卧位，臀部抬高 10 cm；药液温度控制在 38 ~ 40℃，选用细软肛管，缓慢插入肛门 15 ~ 20 cm，以 10 mL/min 速度缓慢滴入药液，减少肠道刺激。每一体位保持 15 min，嘱患者尽量保留药液 2 h 以上，使其充分作用于病变肠

段;全程观察患者有无不适,及时安抚处置。患者因反复腹痛腹泻情绪敏感焦虑,抵触灌肠治疗,且常规肛管粗硬易刺激肛门,导致药液在肠道难以长时间保留,故改用细软的一次性吸痰管,用注射器分次缓慢推注药液,同时与患者交谈转移其注意力,减轻不适感,提升药液保留率,优化治疗体验。

2.4.1.2 艾灸治疗

艾灸具纯阳之性,通十二经,有回阳救逆、理气血、逐寒湿与活血散瘀的作用[6]。初始选取神阙穴、足三里穴及三阴交穴,神阙穴属任脉,足三里穴属足阳明胃经,三阴交穴属足太阴脾经;艾灸此三穴可达到温阳固脱、健脾利湿、和胃止痛及扶正固本的功效,1 次/d,共治疗 14 次。操作时嘱患者充分暴露施灸部位,将艾炷点燃后放置灸盒内,每穴施灸 10 ~ 15 min,1 次/d,以局部皮肤潮红为度,避免烫伤。治疗 1 周后,患者自诉腹泻次数减少,但仍伴有腹痛及里急后重感,腹痛得热则缓、喜温喜按,畏寒、四肢不温,故调整护理方案,加灸八髎穴,1 次/d,共治疗 7 次。八髎穴位于腰骶部骶骨后孔处,分上髎、次髎、中髎及下髎,左右各 4 个,共 8 穴;该穴可总调周身气血、畅达全身气机,与全身经络组织相互联络,能激活并促进下焦气血运行,调节二便功能。

2.4.2 中医情志护理

情志内伤易造成脏腑气机失调,干扰气血津液代谢,进而诱发各类疾患。本例患者罹患溃疡性结肠炎十余年,病情迁延反复,长期病痛耗伤机体正气,同时带来较大心理及经济压力,致使患者焦虑不安、心神不宁,属中医“郁证”范畴。忧思过度易损伤脾胃,脾虚湿盛则加重肠道湿热蕴结,形成“情志失调—脾胃受损—病情加重”的恶性循环。尤其在中药灌肠操作时,患者精神紧张会造成药液留存时间缩短,直接影响治疗效果,因此疏导负性情绪在护理中十分关键。

护理过程中密切观察患者情绪状态,耐心倾听其病痛诉求,给予心理疏导与安慰,防止情志过激助长湿热之邪。指导患者借助舒缓音乐、静坐调息转移病痛注意力,调畅周身气机;营造安静整洁的病房环境,规避外界不良刺激,减少情绪波动诱发病情反复。同时争取家属的陪伴支持,帮助患者建立康复信心,促使患者情志安和、气机调畅,利于湿热消退、脾胃功能恢复,助力疾病好转。

2.4.3 饮食及起居护理

本例患者病程日久,处于活动期,证属湿热蕴脾,腹痛腹泻、黏液脓血便症状显著,肠道黏膜脆弱。饮食给予少渣、低脂且易消化的高营养膳食,减轻肠道负担、保护肠黏膜,可酌情食用薏苡仁、冬瓜等清热利湿食材;病情缓解后逐步过渡到健脾养胃类食物。严格忌辛辣生冷、粗纤维及易产气食物,戒除烟酒、咖啡,避免助湿生热加重泄泻。

起居方面嘱患者卧床休息,减少劳累,保证充足睡眠,降低肠道蠕动频次。因排便频次高,做好肛周护理,便后用温水清洁、软巾拭干,必要时外涂护臀霜,防范肛周破损感染;做好腹部防寒保暖,防止寒凉损伤脾阳加重腹泻。病情好转后可指导患者练习太极拳、八段锦等温和运动,健脾强体。向患者及家属开展健康宣教,普及疾病及中医调护知识,出院后保持规律作息、调畅情志,规避各类诱发因素,坚持规范用药,勿自行停药,定期复查肠镜,身体不适及时就诊。

2.5 护理评价

护理干预 1 周后,患者腹泻约 8 ~ 9 次/d,仍为黏液脓血便,偶有腹部绞痛伴里急后重感,焦虑情绪明显改善,肛周皮肤完好,营养状况逐步改善;护理干预 2 周后,患者腹泻次数降至 4 ~ 5 次/d,大便由脓血便转为蓬松糊状便,便中脓血明显减少,偶有腹部绞痛,无里急后重感,排便后不适可自行缓解,下肢不温情况改善(详见表 2)。患者治疗前后的舌苔及大便性状对比情况,详见图 1 及表 3。

表 2 疗效评估

评估维度	04 月 09 日	04 月 15 日	04 月 21 日
Mayo/分	6	5	3
VAS/分	8	5	4
SAS/分	68	55	50
中医证候积分/分	22	19	16
NRS 2002/分	3	2	1
BSFS/型	6	6	6



图 1 治疗前后舌苔及大便性状对比情况

表3 治疗前后舌苔及大便性状对比情况

评估项目	04月09日(治疗前/活动期)	04月21日(治疗后/缓解期)	临床意义
舌色与舌尖	舌尖明显发红,提示心胃有热	舌尖红减轻,舌色整体趋于淡红	热象消退,肠道炎症的“火热”状态得到控制
舌苔	中后部黄厚腻苔,干燥粗糙	黄厚腻苔变薄、颜色变浅(淡白偏灰)	湿热毒邪消退,肠道炎症渗出、脓液分泌减少
舌底络脉	粗紫、迂曲明显,提示气血瘀滞	紫暗程度减轻,迂曲稍改善	肠道黏膜血液循环改善,炎症伴随的瘀阻状态缓解
大便性状	鲜红色/暗红色血水样便,伴黏液	鲜血明显减少,以黄褐色糊状便为主,混有少量黏液/陈旧性残渣	肠道活动性出血基本停止,黏膜糜烂面开始愈合,黏液脓血症状显著改善
整体状态	湿热毒邪壅盛+气血瘀阻,典型溃疡性结肠炎活动期表现	湿热瘀阻均减轻,向缓解期过渡	治疗有效,症状与舌象同步改善

3 结果和随访

患者接受两周中西医结合辨证施护干预后整体症状显著好转,患者于04月22日病情好转出院,出院时向患者及家属系统开展溃疡性结肠炎相关知识宣教,嘱其持续保持清淡少渣饮食、规律作息,坚持情志调摄与适度锻炼,规避劳累、饮食不节及情绪波动等诱发因素,规范服药与中医调养,严禁自行停药。出院后1个月电话随访,患者大便成形无脓血,腹痛未复发,情绪平稳;嘱其每半年复查肠镜,不适随诊。

4 讨论

UC是一种反复发作的慢性非特异性炎症性疾病,病变主要累及结肠或直肠黏膜及黏膜下层。其发病机制复杂,受免疫、遗传、肠道菌群、环境及精神心理多重因素影响,具有病程长、并发症多及存在癌变倾向的病理特点,属于临床难治性疾病。西医标准化诊疗以氨基水杨酸制剂、激素、微生态制剂控制肠道炎症,配合饮食、肛周与心理基础护理,核心目标是诱导黏膜愈合、降低复发率。中医学将溃疡性结肠炎归属于“痢疾”“便血”及“泄泻”等范畴。古籍有云“凡里急后重者,病在广肠最下之处,而其病本,则不在广肠而在脾肾”,“故治痢不知补虚者,非其治也”,防治需祛邪与补虚兼顾,消除邪气藏匿的内环境,阻断复发循环[7]。《诸病源候论·痢疾诸候》曰:“凡痢疾皆由荣卫不足,肠胃虚弱,冷热之气……故为痢也”[8]。故本病多因外感时邪、饮食不节、情志内伤,叠加素体脾肾不足而发病。结合患者刻下症与四诊合参结果,医师诊断为休息痢,证属湿热内蕴型。其病程迁延反复十余年,久病必虚,清代陈士铎《辨证录》亦云“病久必及于肾,久病必归于脾”[9]。临床治疗当采用以清热利湿为主,顾护正气、补虚扶正为辅的干预方案。本案采用中药内服联合中医外治相结合的模式,口服方药以清热化瘀、健脾化湿止痢;外治选用具有清热利湿、凉血止血、生肌敛疮功效的中药保留灌肠联合艾灸等治疗方式,寒热并调,协同增效。

中药保留灌肠可将药物直接递送至结肠病变部位,避免肝脏首过代谢,显著提升局部药物浓度,快速控制急性炎症,明显提高症状缓解的速度与幅度[10]。用一次性吸痰管代替常规肛管是本案护理的一大亮点,以细软吸痰管代替传统硬质肛管,可减轻对患者肛门的刺激,缓解其焦虑情绪,延长药液在肠道的留存时间,最大化局部给药效果,提升治疗成效。此项操作充分践行因人施护、因病施护的护理原则。

足三里穴属足阳明胃经,艾灸足三里可温中健脾、和胃止痛,能有效改善脾胃虚寒型胃痛患者的脘腹冷痛、喜温喜按及纳差乏力等症状[11]。神阙穴搭配三阴交穴可温阳补气、健脾祛湿、安神助眠,适配久病虚寒、气血不足的患者。治疗1周后,该患者排便次数减少,但仍见黏液血便,伴里急后重感;腹痛喜温喜按、得热则缓,四肢不温,提示病邪虽渐消退,但中下焦阳气亏虚、寒湿阻滞经络的状态未得宣通。遂遵循辨证施护原则调整方案,加灸八髎穴以温通经脉,散寒逐瘀,此为本案护理第二大亮点。八髎穴归足太阳膀胱经,膀胱主司全身水液代谢,且膀胱经与足少阴肾经互为表里;任、督、冲三脉同出胞宫,为“一源三岐”,督脉总督一身阳气,主温煦濡养;任脉总调诸阴经气血[12]。续治1周后,患者畏寒、四肢不温症状显著改善。通过腰骶部艾灸直补命门真火、温散下焦寒湿,有效缓解肢冷、腹痛症状,实现由治标到固本的护理转变。全程恪守辨证施护原则,前期以中药灌肠、艾灸足三里通腑泄热、扶正固本;后期加灸八髎穴温补肾阳,随证候变化动态调整护理措施,充分体现中医同病异护、随证加减的诊疗特色与科学性。

本研究为单病例护理观察，护理方案的普适性与疗效稳定性存在一定局限。干预及随访周期较短，缺乏对患者远期复发及长期调理效果的持续观察；但该病案临床参考价值突出，可为同类久病活动期溃疡性结肠炎患者提供完整辨证施护范本。通过此病例可以发现，临床照护不可固守统一方案，需动态评估证候变化，灵活调整中医外治手段；针对肛门敏感、焦虑抵触灌肠的患者，改良管路操作与心理疏导同步开展，可有效提升治疗依从性；慢病护理不能只关注肠道局部症状，需兼顾脾胃、肾阳本虚问题，落实身心、饮食、起居一体化干预。未来可扩大样本量并开展多中心对照研究，延长随访周期，构建溃疡性结肠炎全周期慢病护理模式；依据病情动态优化干预方案，完善客观评价体系，结合“互联网+”模式，搭建线上随访与居家护理平台，实现院内外联动管理。融合多种中医护理技术，形成可推广、可复制的标准化居家护理新模式。

患者知情同意：病例报告公开得到患者或家属的知情同意。

利益冲突声明：作者声明本文无利益冲突。

参考文献

[1] 宋杰林，冀建斌，周正华. 溃疡性结肠炎中医证素分布及其与炎症指标和疾病严重程度的相关性研究[J]. 中国中西医结合消化杂志，2025，33(1)：24-29.
Song J L，Ji J B，Zhou Z H. Study on the distribution of syndrome elements of traditional Chinese medicine in ulcerative colitis and its correlation with inflammation indicators and severity[J]. Chin J Integr Tradit West Med Dig，2025，33(1)：24-29.（in Chinese）

[2] 谢军，张溪，李昌林. 基于肠黏膜屏障修复中医药治疗溃疡性结肠炎研究进展[J]. 辽宁中医药大学学报，2025，27(6)：177-182.
Xie J，Zhang X，Li C L. Research progress of traditional Chinese medicine in the treatment of ulcerative colitis based on repairing the intestinal mucosal barrier[J]. J Liaoning Univ Tradit Chin Med，2025，27(6)：177-182.（in Chinese）

[3] 唐运媛，林奕，吴东升，等. 加味芍药汤联合艾灸对湿热型溃疡性结肠炎患者外周血中性粒细胞与淋巴细胞比值、血小板与淋巴细胞比值的影响[J]. 陕西中医，2025，46(6)：782-786.
Tang Y Y，Lin Y，Wu D S，et al. Effects of modified Shaoyao decoction combined with moxibustion on peripheral blood neutrophil to lymphocyte ratio and platelet to lymphocyte ratio in patients with ulcerative colitis of dampness-heat type[J]. Shaanxi J Tradit Chin Med，2025，46(6)：782-786.（in Chinese）

[4] 刘秋宁，祝雨田，叶阳，等. 葛根芩连汤联合氨基水杨酸类药物治疗溃疡性结肠炎疗效的Meta分析[J]. 世界中西医结合杂志，2025，20(5)：936-948.
Liu Q N，Zhu Y T，Ye Y，et al. Meta-analysis of Gegen Qinlian decoction combined with aminosalicylatesin the treatment of ulcerative colitis[J]. World J Integr Tradit West Med，2025，20(5)：936-948.（in Chinese）

[5] 黄婷婷，唐伟，陈久红，等. 清热祛湿方联合锡类散灌肠治疗轻中度大肠湿热证溃疡性结肠炎的效果观察[J]. 临床误诊误治，2025，38(9)：92-96.
Huang T T，Tang W，Chen J H，et al. Observation on the efficacy of enema with Qingre qushi recipe combined with xilei powder in the treatment of mild to moderate damp-heat syndrome of ulcerative colitis[J]. Clin Misdiagnosis Mistherapy，2025，38(9)：92-96.（in Chinese）

[6] 孙楠. 艾灸佐治溃疡性结肠炎的临床观察[J]. 山东医学高等专科学校学报，2023，45(3)：179-180.
Sun N. Clinical observation on moxibustion in the treatment of ulcerative colitis[J]. J Shandong Med Coll，2023，45(3)：179-180.（in Chinese）

[7] 张景岳. 景岳全书[M]. 李玉清，主校. 北京：中国医药科技出版社，2011：280.

[8] 张卓然. 基于不同病期溃疡性结肠炎大鼠模型探讨中医寒热证实质及转化规律[D]. 北京中医药大学，2024.

[9] 张振坤，王鹏. 陈士铎《辨证录》从脏腑五行生克辨治痨瘵[J]. 江苏中医药，2023，55(9)：24-27.
Zhang Z K，Wang P. Differentiation and treatment of tuberculosis from five elements of Zang fu organ in CHEN Shiduo's collecting record of differentiation of symptoms and signs[J]. Jiangsu J Tradit Chin Med，2023，55(9)：24-27.（in Chinese）

[10] 于耕，王旭，丁琳，等. 中药肠道给药治疗溃疡性结肠炎作用机制的研究进展[J]. 南京中医药大学学报，2025，41(10)：1300-1311.
Yu G，Wang X，Ding L，et al. Research progress on the mechanism of intestinal administration of Chinese medicine in treating ulcerative colitis[J]. J Nan-

jing Univ Tradit Chin Med, 2025, 41(10): 1300-1311. (in Chinese)

[11] 许美琳. 艾灸足三里联合穴位按摩在脾胃虚寒型胃痛患者护理中的应用及对疼痛缓解的效果观察[J]. 医学研究前沿, 2025(8): 50-52.
Xu M L. Moxibustion combined with acupoint massage at Zusanli in patients with spleen and stomach deficiency cold type stomach pain application in nursing and observation of the effect on pain relief[J]. Front Med Res, 2025(8): 50-52. (in Chinese)

[12] 李卉, 段云风, 高烽笑, 等. 王健八髎灸疗法临床应用探析[J]. 吉林中医药, 2025, 45(10): 1156-1159.
Li H, Duan Y F, Gao F X, et al. Clinical application of moxibustion at the eight Liao points by Professor Wang Jian[J]. Jilin J Chin Med, 2025, 45(10): 1156-1159. (in Chinese)

声明:此案例经过本平台同行评议,全文开放获取,采用知识共享(CC BY 4.0)许可协议,作者可在其他媒体再次发表。