

· 临床诊疗共识 ·

溃疡性结肠炎中医诊疗共识(2009)

中华中医药学会脾胃病分会

溃疡性结肠炎(ulcerative colitis, UC)是消化内科的常见疑难病。近年来国内外关于炎症性肠病(IBD, 包括 UC)的诊疗指南与共识意见相继更新发表,如 2004 年美国胃肠病学会(AGA)修订的临床指南中有关 UC 的诊断与评估推荐意见^[1]、英国胃肠病学会(BSG)的成人炎症性肠病处理指南^[2]和亚太消化系疾病周(APDW)制定的亚太地区炎症性肠病处理共识意见^[3],中华医学会消化病分会也在 2007 年修订了我国炎症性肠病诊断治疗规范的共识意见^[4]。目前国内尚无 UC 的中医诊疗指南及共识意见,2008 年中华中医药学会脾胃病分会组织成立全国专科专病“溃疡性结肠炎中医诊疗协作组”和“溃疡性结肠炎中医诊疗共识意见”起草小组,依据循证医学原则,广泛搜集循证资料,组织国内中医消化病专家就溃疡性结肠炎的证候分类、辨证治疗、诊治流程、疗效标准等一系列关键问题进行了充分讨论,并按照国际通行的德尔斐法进行了 3 轮投票,制订了“溃疡性结肠炎中医诊疗共识意见(草案)”。2009 年 10 月 16—19 日,中华中医药学会脾胃病分会第 21 届全国脾胃病学术会议在深圳召开,来自全国各地的近百名中医消化病学专家对共识意见(草案)再次进行了充分地讨论和修改,并以无记名投票形式通过了《溃疡性结肠炎中医诊疗共识意见》(表决选择:①完全同意;②同意,但有一定保留;③同意,但有较大保留;④不同意,但有保留;⑤完全不同意。如果 > 2/3 的人数选择①,或 > 85% 的人数选择① + ②,则作为条款通过),并由核心专家组于 2010 年 1 月 9 日在北京进行了最后的审定。现将全文公布如下,供国内外同道参考,并冀在应用中定期修订,不断完善。

1 概念及主要发病机制

1.1 定义 UC 是一种主要累及直肠、结肠黏膜和黏膜下层的慢性非特异性炎症,属于 IBD 范畴,临床主要表现为腹痛、腹泻、黏液脓血便等。

基金项目:“十一五”国家科技支撑计划课题资助项目(No. 2006BAI04A14)

通讯作者:张声生, Tel: 010 - 52176634, E-mail: ZSS2000 @ so-hu. com; 沈洪, Tel: 025 - 86617141, E-mail: shenhong999 @ 163. com

1.2 流行病学 UC 在西方国家相当常见,欧洲和北美 UC 的发病率为 10/10 万 ~ 20/10 万,患病率达 100/10 万 ~ 200/10 万;在亚洲 UC 的年发病率为 1.0/10 万 ~ 2.0/10 万,患病率为 4.0/10 万 ~ 44.3/10 万,我国推测 UC 患病率为 11.6/10 万。近年来随着生活水平的提高,饮食结构、生活习惯的改变,环境的变化,以及诊断技术的不断进步,我国 UC 的发病率逐年增高^[3,4]。

1.3 发病机制 UC 的病因及发病机制尚未明确。目前认为和遗传易感性、免疫调节紊乱、感染及环境等因素有关。遗传研究方面发现本病的发病有明显的种族差异和家族聚集性。西方国家的发病率明显高于东方国家。免疫学方面认为多种因素参与了 UC 的发病,这些因素可能触发一个连续的慢性免疫过程,中性粒细胞、巨噬细胞、肥大细胞、T 和 B 淋巴细胞、自然杀伤(NK)细胞等参与了此过程,这些效应细胞释放的抗体、细胞因子和炎症介质引起肠黏膜组织破坏和炎性病变。感染也是病因研究中备受关注的问题,感染可能作为 UC 发病的始动因子,引起免疫反应,或者作为抗原扳机引起肠道黏膜炎症反应。环境致病因素研究认为本病的发病系外因通过人体的自身免疫反应机制,导致肠上皮和组织细胞持久的损伤^[5,6]。

1.4 病因病机 中医学认为本病多因外感时邪、饮食不节(洁)、情志内伤、素体脾胃不足所致,基本病理因素有气滞、湿热、血瘀、痰浊等。本病病位在大肠,涉及脾、肝、肾、肺诸脏。湿热蕴肠,气滞络瘀为基本病机,脾虚失健为主要发病基础,饮食不调常是主要发病诱因。本病多为本虚标实之证,活动期以标实为主,主要为湿热蕴肠,气血不调;缓解期属本虚标实,主要为正虚邪恋,运化失健,且本虚多呈脾虚,亦有兼肾亏者。

不同症状的病机侧重点有所不同,以脓血便为主的病机重点是湿热蕴肠,脂膜血络受伤。以泄泻为主者分别虚实,实证为湿热蕴肠,大肠传导失司;虚证为脾虚湿盛,运化失健。以便血为主者,实证为湿热蕴肠,损伤肠络,络损血溢;虚证为湿热伤阴,虚火内炽,灼伤肠络,二者的病机关键均有瘀热阻络,迫血妄行。腹痛实证的主要病机是湿热蕴肠,气血不调,肠络阻滞,不通则痛;虚证为土虚木旺,肝脾失调,虚风内扰,

肠络失和^[7-9]。

2 诊断

2.1 临床表现 有持续或反复发作的腹泻,黏液脓血便伴腹痛、里急后重和不同程度的全身症状。病程多大于 6 周。可有关节、皮肤、眼、口腔及肝胆等肠道外表现^[4]。

2.2 相关检查 (1)结肠镜检查:病变多从直肠开始,呈连续性、弥漫性分布。表现为:①黏膜血管纹理模糊、紊乱或消失、充血、水肿、质脆、出血、脓血性分泌物附着,亦常见黏膜粗糙、呈细颗粒状;②病变明显处可见弥漫性、多发性糜烂或溃疡;③缓解期患者可见结肠袋囊变浅、变钝或消失,假息肉及桥形黏膜等。(2)钡剂灌肠检查:①黏膜粗乱和(或)颗粒样改变;②肠管边缘呈锯齿状或毛刺样,肠壁有多发性小充盈缺损;③肠管短缩,袋囊消失呈铅管样。(3)黏膜组织学检查:活动期和缓解期有不同表现。活动期:①固有膜内有弥漫性慢性炎性细胞、中性粒细胞、嗜酸性粒细胞浸润;②隐窝内有急性炎性细胞浸润,尤其是上皮细胞间有中性粒细胞浸润及隐窝炎,甚至形成隐窝脓肿,脓肿可溃入固有膜;③隐窝上皮增生,杯状细胞减少;④可见黏膜表层糜烂、溃疡形成和肉芽组织增生。缓解期:①中性粒细胞消失,慢性炎性细胞减少;②隐窝大小、形态不规则,排列紊乱;③腺上皮与黏膜肌层间隙增宽;④潘氏细胞化生^[4]。

2.3 诊断标准 排除细菌性痢疾、阿米巴痢疾、慢性血吸虫病、肠结核等感染性结肠炎以及缺血性结肠炎、放射性结肠炎、孤立性直肠溃疡、结肠克罗恩病后,可按下列标准诊断^[3,4]:(1)确诊:①腹泻或便血 6 周以上,结肠镜检查发现一个以上的下述表现:黏膜易脆、点状出血、弥漫性炎性糜烂、溃疡;或钡剂检查发现溃疡、肠腔狭窄或结肠短缩。同时伴有明确的黏膜组织学改变:活动期炎性细胞浸润、隐窝脓肿、杯状细胞缺失。缓解期隐窝结构异常(扭曲分枝)、隐窝萎缩。②手术切除或活检标本在显微镜下有特征性改变。(2)疑诊:①病史不典型,结肠镜或钡剂灌肠检查有相应表现;或有相应病史,伴可疑的结肠镜检查表现,无钡剂灌肠检查;或有典型病史,伴可疑的钡剂灌肠发现,无结肠镜检查报告。均缺乏组织学证据。②手术标本大体表现典型,但组织学检查不肯定。(3)诊断内容:完整的诊断应包括疾病的临床类型(初发型、慢性复发型、慢性持续型和暴发型)、严重程度(轻度、中度和重度)、病情分期(活动期、缓解期)、病变范围(直肠炎、左半结肠和广泛结肠)、肠外表现和并发症(大出血、穿孔、中毒性巨结肠和癌变等)。如:UC 初发

型、中度、活动期、左半结肠受累^[4,10]。

2.4 中医病名 根据本病临床表现特点,可归属中医“休息痢”、“久痢”和“肠癖”等病范畴。

2.5 证候分类标准 (1)大肠湿热证。主症:①腹痛,腹泻,便下黏液脓血;②舌质红,苔黄腻。次症:①肛门灼热;②里急后重;③身热,小便短赤;④口干口苦,口臭;⑤脉滑数。(2)脾虚湿蕴证。主症:①大便溏薄,黏液白多赤少,或为白冻;②舌质淡红,边有齿痕,苔白腻。次症:①腹痛隐隐;②脘腹胀满,食少纳差;③肢体倦怠,神疲懒言;④脉细弱或细滑。(3)寒热错杂证。主症:①下痢稀薄,夹有黏冻,反复发作;②舌质红,或舌淡红,苔薄黄。次症:①腹痛绵绵;②四肢不温;③腹部有灼热感,烦渴;④脉弦,或细弦。(4)肝郁脾虚证。主症:①腹痛即泻,泻后痛减;②常因情志或饮食因素诱发大便次数增多;次症:①大便稀溏,或黏液便;②情绪抑郁或焦虑不安;③暖气不爽,食少腹胀;④舌质淡红,苔薄白;⑤脉弦或弦细。(5)脾肾阳虚证。主症:①久泻不止,夹有白冻,甚则完谷不化,滑脱不禁;②形寒肢冷。次症:①腹痛喜温喜按;②腹胀,食少纳差;③腰酸膝软;④舌质淡胖,或有齿痕,苔薄白润;⑤脉沉细。(6)阴血亏虚证。主症:①排便困难,粪夹少量黏液脓血;②舌红少津,少苔或无苔。次症:①腹中隐隐灼痛;②午后低热,盗汗;③口燥咽干;④头晕目眩,心烦不安;⑤脉细数。

上述证候确定:主症必备,加次症 2 项以上即可诊断^[11-13]。

3 治疗

3.1 辨证治疗 (1)大肠湿热证。治法:清热化湿,调气行血。主方:芍药汤(《素问病机气宜保命集》)加减。药物:黄连、黄芩、白头翁、木香、炒当归、炒白芍、生地榆、白芍、肉桂(后下)、生甘草。(2)脾虚湿蕴证。治法:健脾益气,化湿助运。主方:参苓白术散(《太平惠民和剂局方》)加减。药物:党参、茯苓、炒白术、山药、炒薏苡仁、砂仁(后下)、陈皮、桔梗、木香、黄连、地榆、炙甘草。(3)寒热错杂证。治法:温中补虚,清热化湿。主方:乌梅丸(《伤寒论》)加减。药物:乌梅、黄连、黄柏、肉桂(后下)、细辛、干姜、党参、炒当归、制附片。(4)肝郁脾虚证。治法:疏肝理气,健脾和中。主方:痛泻要方(《景岳全书》引刘草窗方)合四逆散(《伤寒论》)加减。药物:陈皮、炒白术、炒白芍、防风、炒柴胡、炒枳实、党参、茯苓、炙甘草。(5)脾肾阳虚证。治法:健脾补肾,温阳化湿。主方:理中汤(《伤寒论》)合四神丸(《证治准绳》)加减。药物:党参、炮姜、炒白术、炙甘草、补骨脂、肉豆蔻、吴茱萸、五

味子、生姜、大枣。(6)阴血亏虚证。治法:滋阴清肠,养血宁络。主方:驻车丸(《备急千金要方》)加减。药物:黄连、阿胶(烔化)、当归、太子参、生地黄、麦冬、白芍、乌梅、石斛、山药、炙甘草。

3.2 随症加减 大便脓血较多者,加败酱草、秦皮、槐角;腹痛较甚者,加徐长卿、延胡索;便血明显者,加仙鹤草、紫草、槐花、地榆;大便白冻黏液较多者,加苍术、薏苡仁;伴发热者,加金银花、葛根;畏寒怕冷者,加干姜;里急后重,加槟榔、炒枳壳;久泻气陷者,加炙升麻、柴胡、荷叶;久泻不止者,加赤石脂、石榴皮、诃子;排便不畅、便夹脓血者,加制大黄^[12-14]。

3.3 中成药治疗 (1)香连丸:口服,每次 3~6 g,每天 2~3 次;小儿酌减。适用于大肠湿热证。(2)参苓白术丸:口服,每次 6 g,每天 3 次。适用于脾虚湿蕴证。(3)乌梅丸:口服,每次 2 丸,每天 2~3 次。适用于寒热错杂证。(4)固肠止泻丸(结肠炎丸):口服,每次 4 g(浓缩丸),或每次 5 g(水丸),每天 3 次。适用于肝郁脾虚证。(5)补脾益肠丸:口服,每次 6 g,每天 3 次;儿童酌减;重症加量或遵医嘱。30 天为 1 个疗程,一般连服 2~3 个疗程。适用于脾虚证。(6)固本益肠片:口服,每次 8 片,每天 3 次。小儿酌减或遵医嘱。30 天为 1 个疗程,连服 2~3 疗程。适

用于脾虚或脾肾阳虚证。(7)结肠宁(灌肠剂):灌肠用。取药膏 5 g,溶于 50~80 mL 温开水中,放冷至约 37℃ 时保留灌肠,每天排便后 1 次,4 周为 1 个疗程。

3.4 其他疗法 (1)灌肠。中药灌肠治疗对 UC 有确切的疗效,治疗 UC 的常用灌肠中药有:①敛疮生肌类:儿茶、白及、赤石脂、枯矾、炉甘石和诃子等;②活血化瘀和凉血止血类:蒲黄、丹参、参三七、地榆、槐花、仙鹤草、血竭、侧柏叶和云南白药等;③清热解毒类:青黛、黄连、黄柏、白头翁、秦皮、败酱草、苦参、金银花、鱼腥草和白蔹等;④其他:石菖蒲、椿根皮、五倍子、锡类散^[15,16]。(2)针灸。治疗 UC 的针灸常用取穴有:脾俞、天枢、足三里、大肠俞、气海、关元、太冲、肺俞、神阙、上巨虚、阴陵泉、中脘、丰隆^[17]。

4 UC 诊治流程(图 1)

5 疗效评定

5.1 症状疗效评价标准

(1)主要症状单项的记录与评价:主要症状指腹痛、腹泻、黏液脓血便。①临床控制:症状消失;②显效:症状分级减少 2 级;③有效:症状分级减少 1 级;④无效:达不到以上标准者(主要症状分级记录:0 级:没有症状,积 0 分;Ⅰ级:症状轻微,不影响日常生活,积 1 分;Ⅱ级:症状中等,部分影响日常生活,积 2 分;Ⅲ

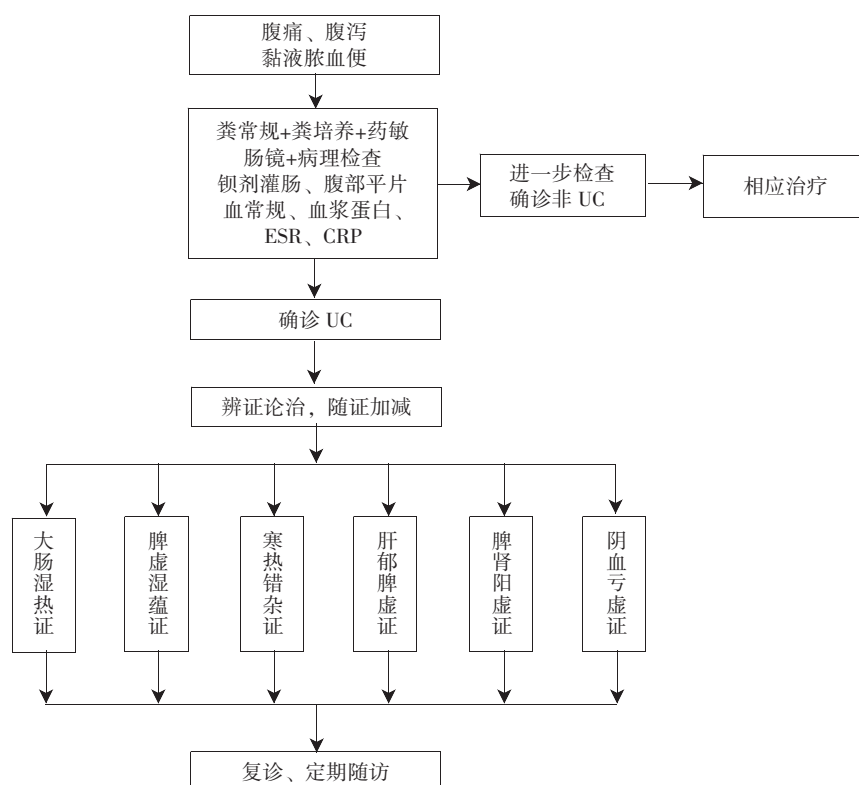


图 1 UC 诊治流程

级:症状严重,影响到日常生活,难以坚持工作,积 3 分)^[11]。

(2)主要症状总体疗效评定标准:按改善百分率 = [(治疗前总积分 - 治疗后总积分) ÷ 治疗前总积分] × 100%, 计算主要症状总体改善百分率。症状消失为痊愈, 症状改善百分率 ≥ 80% 为显效, 50% ≤ 症状改善百分率 < 80% 为进步, 症状改善百分率 < 50% 为无效, 症状改善百分率负值时为恶化。痊愈和显效病例数计算总有效率。

5.2 证候疗效评价标准 按照尼莫地平法计算公式: 疗效指数 = [(治疗前积分 - 治疗后积分) ÷ 治疗前积分] × 100%, 计算疗效指数^[11]。(1)临床缓解: 症状、体征明显改善, 疗效指数 ≥ 95%; (2)显效: 症状、体征明显改善, 70% 疗效指数 < 95%; (3)有效: 症状、体征有改善, 30% 疗效指数 < 70%; (4)无效: 症状、体征无明显减轻或加重者, 疗效指数 < 30%^[11]。

5.3 结肠镜评分标准 内镜下黏膜愈合已成为目前 UC 治疗的目标之一, 内镜评分具有重要作用。目前 Baron 内镜评分应用最广, 其标准为: (1)正常黏膜图像记 0 分; (2)轻度病变(血管纹理模糊, 黏膜充血但无出血)记 1 分; (3)中度病变(黏膜呈颗粒样变化, 中度接触性出血)记 2 分; (4)重度病变(黏膜溃疡并自发性出血)记 3 分。观察并评价治疗前后记分变化^[18,19]。

5.4 黏膜组织学评分标准(表 1) 肠黏膜组织学与内镜评分结合可准确评价 UC 黏膜愈合情况。Geboes 指数描述详细, 可重复性好, 效度高, 是 UC 理想的组织学评分指数, 已被用于许多临床试验, 作为药效评估的终点指标之一^[19,20]。

5.5 疾病严重度与活动度评估(表 2) 1987 年 Schroeder 将 Powell-Tuck 指数简化为改良的 Mayo 活动指数^[21]。该指数吸收了 Truelove-Witts 严重度指标和 Baron 内镜评分的优点, 简便易行, 目前已被广泛应用于临床试验, 是欧洲克罗恩病和结肠炎组织(ECCO) 推荐的理想疗效观察指数^[19]。并被亚太地区炎症性肠病处理共识意见和中华医学会消化病分会对我国炎症性肠病诊断治疗规范的共识意见所采纳。

6 生活质量评分标准 IBD 多发于青年人, 病程冗长, 长期的肠道和全身症状势必影响到患者的情感和社会能力。目前多采用 Guyatt 编制的 IBDQ 炎症性肠病的评价量表进行生活质量分析^[22]。IBDQ 量表包括 32 个定性和半定量的问题, 测量 IBD 患者生活的 4 个方面: 肠道症状[B] (10 个问题)、全身症状[S] (5 个问题)、情感能力[E] (12 个问题)、社会能力[SF]

(5 个问题), 范围 32 ~ 224 分, 准确性、可信度和反应度良好^[23]。

表 1 Geboes 指数

分级	指数	组织学表现	
0 级(结构改变)	0.0	无异常	
	0.1	轻度异常	
	0.2	轻中度弥漫性或多点异常	
	0.3	重度弥漫性或多点异常	
1 级(慢性炎细胞浸润)	1.0	不增多	
	1.1	轻度增多	
	1.2	中度增多	
	1.3	明显增加	
2 级(中性和嗜酸性粒细胞)	2A. 嗜酸性粒细胞		
	2A.0	不增多	
	2A.1	轻度增多	
	2A.2	中度增多	
	2A.3	明显增加	
	2B. 中性粒细胞		
	2B.0	不增多	
	2B.1	轻度增多	
	2B.2	中度增多	
	2B.3	明显增加	
	3 级(上皮层中性粒细胞)	3.0	无
		3.1	<30% 隐窝受累
		3.2	<50% 隐窝受累
3.3		>50% 隐窝受累	
4 级(隐窝破坏)	4.0	无	
	4.1	部分粒细胞浸润	
	4.2	隐窝减少	
	4.3	明确的隐窝破坏	
5 级(糜烂和溃疡)	5.0	无	
	5.1	可见上皮细胞附近炎症	
	5.2	点状糜烂	
	5.3	明确的糜烂	
	5.4	溃疡和肉芽组织	

表 2 Mayo 活动指数

项目	计分			
	0	1	2	3
腹泻	正常	超过正常 1 ~ 2 次/天	超过正常 3 ~ 4 次/天	超过正常 ≥ 5 次/天
出血	无	少许	明显	大便以血为主
黏膜表现	正常	轻度易脆	中度易脆	重度易脆伴渗出
医师评估病情	正常	轻	中	重

注: 总分之和 ≤ 2 分为症状缓解; 3 ~ 5 分为轻度活动; 6 ~ 10 分为中度活动; 11 ~ 12 分为重度活动

7 转归与随访 本病通过合理规范治疗多数患者病情可从活动期诱导进入缓解期。另有少数患者可出现中毒性巨结肠、大出血、穿孔、上皮内瘤样变等并发症, 应及时采取中西医结合及外科手术治疗。

UC 的中医中药治疗有一个从量变到质变过程, 只有坚持一段较长时间, 才能使疗效得到巩固, 所以治疗疗程要长, 一般不少于 3 个月, 还要不断随访, 最好前后约 6 ~ 12 月^[7], 才能判断其治疗效果。总之, 治疗疗

程要长,方法宜规范,应定期随访,病情缓解后应按需维持治疗,维持治疗时间尚无定论,可能是 3~5 年甚至终身服用,以防复发^[4]。

对本病结肠癌变的监测,建议对广泛性结肠炎患者发病 8~10 年后定期行结肠镜检查。伴有原发性硬化性胆管炎(PBS)的患者发生结肠癌风险较高,应经常进行监测。如发现异型增生,确诊为重度者,则建议行结肠切除术;确诊为轻度异型增生,应在 3~6 个月内复查结肠镜^[24]。

项目负责人:张声生 李乾构

共识执笔人:沈 洪 郑 凯 叶 柏

共识意见专家(按姓氏笔画排列):马贵同、马 骏、牛兴东、王垂杰、王新月、白 光、李佃贵、李军祥、李乾构、李振华、刘 敏、刘沈林、刘绍能、刘凤斌、朱生梁、劳绍贤、沈 洪、陈涤平、时昭红、汪红兵、杨春波、杨晋翔、杨胜兰、张声生、单兆伟、周学文、周福生、唐旭东、唐志鹏、黄穗平、魏 玮等 128 位专家。

参 考 文 献

[1] Kornbluth A, Sachar DB. Practice Parameters Committee of the American College of Gastroenterology. Ulcerative colitis practice guidelines in adults (update): American college of gastroenterology, practice parameters committee [J]. Am J Gastroenterol, 2004, 99(7):1371-1385.

[2] Carter MJ, Lobo AJ, Travis SP. IBD Section, British Society of Gastroenterology. Guidelines for the management of inflammatory bowel disease in adults [J]. Gut, 2004, 53(S5):V1-V16.

[3] 欧阳钦, Rakesh Tandon, KL Goh, 等. 亚太地区炎症性肠病处理共识意见(一) [J]. 胃肠病学, 2006, 11(4): 233-238.

Ouyang Q, Rakesh Tandon, KL Goh, et al. Asia-Pacific consensus on the treatment of inflammatory bowel disease (I) [J]. Chin J Gastroenterol, 2006, 11(4):233-238.

[4] 中华医学会消化病学分会炎症性肠病协作组. 对我国炎症性肠病诊断治疗规范的共识意见 [J]. 胃肠病学, 2007, 12(8):488-495.

Cooperative Group of Inflammatory Bowel Disease, Chinese Society of Digestive Diseases, Chinese Medical Association. Chinese consensus on standard management of inflammatory bowel disease [J]. Chin J Gastroenterol, 2007, 12(8):488-495.

[5] 潘国宗. 溃疡性结肠炎的病因和发病机制 [J]. 现代消化及介入诊疗, 2008, 13(2):103-104.

Pan GZ. Etiology and pathogenesis of ulcerative colitis [J]. Modern Dig Interv, 2008, 13(2):103-104.

[6] 宫健伟. 溃疡性结肠炎发病机制概述 [J]. 胃肠病学, 2007, 12(1):58-60.

Gong JW. Review of pathogenesis in ulcerative colitis [J]. Chin J Gastroenterol, 2007, 12(1):58-60.

[7] 徐景藩. 溃疡性结肠炎反复发作的防治对策 [J]. 江苏中医药, 2006, 21(7):14-15.

Xu JF. Strategy on prevention and treatment of recurrent ulcerative colitis [J]. Jiangsu J Tradit Chin Med, 2006, 21(7):14-15.

[8] 沈洪. 溃疡性结肠炎治疗用药的几个特点 [J]. 江苏中医药, 2006, 21(7):15-16.

Shen H. Several characteristics of drugs used to treat ulcerative colitis [J]. Jiangsu J Tradit Chin Med, 2006, 21(7):15-16.

[9] 王新月, 田德禄. 溃疡性结肠炎病因病理特点与中医辨证思路 [J]. 北京中医药大学学报, 2007, 30(8):554-556.

Wang XY, Tian DL. Etiological and pathological characteristics of ulcerative colitis and TCM differentiation and treatment [J]. J Beijing Univ Chin Med, 2007, 30(8):554-556.

[10] 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.

[11] 郑筱萸主编. 中药新药临床研究指导原则(试行) [M]. 北京:中国医药科技出版社, 2002, 129-134.

Zheng XY, editor. Guiding principle of clinical research on new drugs of traditional Chinese medicine [M]. Beijing: China Medic-Pharmaceutical Sciences and Technology Publishing House, 2002:129-134.

[12] 李乾构, 周学文, 单兆伟主编. 中医消化病诊疗指南 [M]. 北京:中国中医药出版社, 2006:80-84.

Li QG, Zhou XW, Shan ZW, editors. Guidelines for diagnosis and treatment of digestive disease in traditional Chinese medicine [M]. Beijing: China Press of Traditional Chinese Medicine, 2006:80-84.

[13] 陈治水, 危北海, 张万岱, 等. 溃疡性结肠炎中西医结合诊治方案(草案) [J]. 中国中西医结合消化杂志, 2005, 13(2):133-136.

Chen ZS, Wei BH, Zhang WD, et al. Diagnostic and therapeutic regime for ulcerative colitis with integration of Chinese and Western medicine (draft) [J]. Chin J Integr Tradit West Dig Med, 2005, 13(2):133-136.

[14] 张伯臾主编. 中医内科学 [M]. 上海:上海科学技术出版社, 1985:151-161.

Zhang BY, editor. Chinese internal medicine [M]. Shanghai: Shanghai Science and Technology Publishing House, 1985:151-161.

- [15] 康健,单兆伟. 药物保留灌肠治疗溃疡性结肠炎的中西医结合研究概况和进展[J]. 中原医刊, 2002, 29(4):38-39.
- Kang J, Shan ZW. Study and progress on drug retention enema methods in treating ulcerative colitis based on integration of traditional and Western medicine[J]. Cent Plains Med J, 2002, 29(4):38-39.
- [16] 姜挺,夏冰,李春,等. 中药保留灌肠治疗溃疡性结肠炎疗效的系统评价[J]. 医药导报, 2006, 25(10):1016-1019.
- Jiang T, Xia B, Li C, et al. Effects of retention enema with traditional Chinese medicine in the treatment of ulcerative colitis: a systematic appraisal[J]. Herald Med, 2006, 25(10):1016-1019.
- [17] 王晓梅,吴焕淦,刘慧荣,等. 中医学对溃疡性结肠炎病因病机及其针灸治疗取穴特点评述[J]. 辽宁中医杂志, 2007, 34(7):891-893.
- Wang XM, Wu HG, Liu HR, et al. Review of etiology and pathogenesis of ulcerative colitis and acupoint selection in traditional Chinese medicine [J]. Liaoning J Chin Med, 2007, 34(7):891-893.
- [18] Baron JH, Connell AM, Lennard-Jones JE. Variation between observers in describing mucosal appearances in proctocolitis [J]. Br Med J, 1964, 1:89-92.
- [19] 欧阳钦,苗新普. 炎症性肠病评估指标的临床应用[J]. 中华消化杂志, 2009, 29(3):209-212.
- Ouyang Q, Miao XP. Clinical application of evaluation index of inflammatory bowel disease[J]. Chin J Dig, 2009, 29(3):209-212.
- [20] Geboes K, Riddell R, Ost A, et al. A reproducible grading scale for histological assessment of inflammation in ulcerative colitis[J]. Gut, 2000, 47(3):404-409.
- [21] Schroeder KM, Tremaine WJ, Ilstrup DM. Coated oral 5-aminosalicylic acid therapy for mildly to moderately active ulcerative colitis. A randomized study[J]. N Eng J Med, 1987, 317(26):1625-1629.
- [22] 周璐,陆星华. 炎症性肠病患者的健康相关生存质量[J]. 中华内科杂志, 2004, 43(5):392-394.
- Zhou L, Lu XH. Health-related quality of life in patients with inflammatory bowel disease[J]. Chin J Intern Med, 2004, 43(5):392-394.
- [23] Guyatt G, Mitchell A, Irvine EJ, et al. A new measure of health status for clinical trials in inflammatory bowel disease[J]. Gastroenterology, 1989, 96(3):804-810.
- [24] 欧阳钦, Rakesh Tandon, KL Goh, 等. 亚太地区炎症性肠病处理共识意见(二)[J]. 胃肠病学, 2006, 11(5):301-304.
- Ouyang Q, Rakesh Tandon, KL Goh, et al. Asia-Pacific consensus on the treatment of inflammatory bowel disease (II) [J]. Chin J Gastroenterol, 2006, 11(5):301-304.

(收稿:2010-03-08 修回:2010-03-15)

全国中西医结合基础理论研究学术研讨会征文通知

为了系统总结近年来中西医结合基础理论研究及临床实践应用的最新成果,深入研讨中西医结合基础理论的思路与方法,集中展示我国近期在该领域的研究成果与进展,定于2010年10月15—17日在湖南省长沙市(会议地点:留芳宾馆,14日全天报到)召开“第六届全国中西医结合基础理论研究学术研讨会”。会议由中国中西医结合学会基础理论研究专业委员会主办,中南大学湘雅医学院承办。现将征文事项通知如下。

征文内容 (1)中西医结合基础理论研究及临床应用进展、思路与方法;(2)中西医结合各科实验研究和临床应用研究;(3)中西医结合基础理论研究人才培养;(4)其他。

征文要求 (1)来稿免收审稿费,所投稿件须为尚未公开发表的论文;(2)论文要求主题明确,资料充分,数据可靠,论点鲜明。来稿请寄全文,要求4 000字以内,并附400字以内的中英文结构式摘要及关键词。稿件一律用Word文档格式排版;(3)稿件须加盖单位公章,注明作者姓名、工作单位、邮编,如属省部级以上课题者请注明。

投稿方法 论文发至 E-mail:huangx59@163.com 或 xw3134@sina.com。邮件主题栏请注明“基础理论研究学术会议征文”字样;截止日期:2010年7月30日(以发送时间为准);经评审录用的论文将收入大会学术论文集,组委会将给论文作者邮寄会议通知,并在会议期间颁发论文证书。

联系方式 (1)湖南省长沙市湘雅路87号(邮编410008)中南大学湘雅医院,黄熙(13974976416);(2)广州中医药大学,富文俊(15918464103)、史亚飞(13798046294)。