



潰瘍性大腸炎的韓醫治療 3 例報告

梁珠勞

韓國慶熙叡堂韓醫院

摘要

潰瘍性大腸炎是以腹痛、腹瀉、裡急後重和黏液膿血便為主要臨床症狀的一種反復發作、長期遷延的慢性非特異性炎症性疾病^[1]。本病與結腸癌的發生有密切的關係，目前仍未確定其準確病因，常以直腸黏膜受累起始，並逐漸向近段侵襲累及結腸，少數可波及至回腸末段^[2]。多於青年時起病，以臨床發病，緩解與復發交替，以及病情遷延而嚴重危害患者的心身健康，甚至可引起抑鬱症等精神疾病，且隨著病程進展，結直腸癌的危險顯著增加^[3]。西醫對潰瘍性結腸炎的常規治療包括 5-aminosalicylic acid (mesalamine)，corticosteroids，immunosuppressants 等藥物治療，短期內雖可較好地控制症狀，但遠期效果仍不理想^[4]。

本病在中醫隸屬“久痢”、“痢疾”、“腸癖”範疇^[5]。此疾病的病因不外乎內因（先天、情志）及外因（外感六淫、飲食、過勞）所導致的身體的臟腑虧虛，氣血陰陽失調，經絡阻滯後產生一系列的病理產物（瘀、痰、濕、火、毒），而最終導致疾病的發生^[6]。

來看中醫的患者大部分已有多種西醫治療歷程，或仍持續服用許多西藥。初診時疾病的本態證型會改變或遷延成虛證，或存在其他藥物的副作用，所以治療時須細心地決定治療方向。

本文中有 3 例一般和特殊潰瘍性大腸炎症例。花了不少時間來研究各種止血藥，而不容易有效緩解其出血。雖然在此報告有效緩解難治性潰瘍性大腸炎，但其症例數不足而不能確立理論。以後收集更豐富症例再報告。

關鍵詞：潰瘍性大腸炎、中醫、久痢、腸癖

壹、潰瘍性大腸炎之西醫治療

潰瘍性大腸炎的病因不明確，典型的診斷方式為結腸鏡檢查搭配活體組織切片，標準治療是依侵犯範圍和疾病的危重度來決定，治療目的在緩解症狀及再生大腸黏膜，以長期維持症狀緩解及預防副作用^[7]。常用藥物有多種，包括 5-Aminosalicylates (sulfasalazine, mesalazine)，corticosteroids，免疫抑制劑



如 azathioprine 和生物療法如 infliximab, adalimumab, golimumab, tofacitinib, vedolizumab^{〔8〕}。而生物療法藥物有副作用，如腸外腫瘤、心衰、免疫弱化、結核發病增加等^{〔9-11〕}。長期罹患導致血液流失和炎症會誘發貧血及補充鐵劑^{〔12〕}。內服藥物治療反應不明確、或大量出血、或穿孔、或懷疑腫瘤時，手術切除為考慮的治療方法^{〔13〕}，其他有乳酸菌和大便微生物叢移植等方法^{〔14,15〕}。

貳、潰瘍性大腸炎之中醫治療

依症狀來辨證有許多類型，以下整理內治和外治法^{〔16〕}

一、內治

1. **清熱利濕，調氣行血**：濕熱蘊結大腸。證見腹瀉，便下赤白黏凍或膿血，腹部疼痛，裡急後重，肛門灼熱，胸脘痞悶，小便短少，舌苔黃膩，脈滑數。芍藥湯等。
2. **溫化寒濕，行氣和血**：寒濕內蘊大腸。證見下赤白黏凍，白多赤少，或為純白凍，腹痛拘急，裡急後重，口淡乏味，中脘痞悶，不渴，頭重身倦，小便清白，舌質淡，苔白膩，脈濡緩。胃苓湯等
3. **清熱解毒，涼血除積法**：熱毒熾盛，蘊結大腸。發病急驟，腹瀉，腹痛極烈，後重特甚，便下膿血，多為紫紅色或呈血水狀，便次頻頻，噁心嘔吐，胸滿不食，壯熱淚盈眶，口渴，頭痛煩躁，甚則神昏，舌紅絳，苔黃燥，脈滑數或疾。白頭翁湯等。
4. **溫陽散寒，健脾除濕法**：脾陽虛弱。證見大便稀溏，完穀不化，腹痛喜按，面色不和，四肢欠溫，納差腹脹，小便清利，舌淡胖，苔薄白滑，脈沈遲弱。理中湯或附子理中湯等。
5. **溫補脾腎，苦澀止瀉**：反復發作，日久不癒，脾虛及腎，脾腎陽虛。證見久瀉不癒瀉下稀薄，夾有白凍，五更泄瀉，腹部綿綿作痛，食少神疲，形寒肢冷，腰膝酸軟，甚則四肢厥冷，滑脫失禁，舌淡苔白，脈沈細弱，尺部尤甚。四神丸，桃花湯，真人養臟湯加減。
6. **升發清陽，舉陷止瀉**：日久不癒，脾虛清氣不升。證见面色少華，頭昏眼花，口淡乏味，納食不香，腹墜脹，肛門下墜，腸鳴，大便稀溏，或黏液相兼，舌質淡，苔薄白，脈濡或濡細。補中益氣湯加減。
7. **抑木扶土，調和肝脾**：肝鬱脾虛。證見腸鳴腹痛，痛則作瀉，瀉後痛減，脘腹痞悶，噯氣少食，失氣頻作，舌苔薄白，脈弦細。痛瀉要方，四逆散等。
8. **消食導滯，理氣通降**：食積腸胃。證見泄瀉，瀉下臭如敗卵，或伴有不消化之物，噯腐，脘腹痞滿，麩食，舌苔厚，脈滑。保和丸，枳朮丸等。



9. **清肅肺氣，調腸止瀉**：肺失清肅，腸失傳導。腹瀉，腹痛，伴咳嗽喘急，胸悶，脘脹，喉間痰黏。清肺飲合瀉白散加味。
10. **行氣活血，健脾益氣**：長期不癒，氣虛氣滯兼有血瘀。證見腹痛拒按，腹瀉便下膿血，血色暗紫或夾血塊，或黏液，瀉下不爽，反復發作或遷延不癒，腸鳴腹脹，噯氣少食，胸肋脹滿，面色晦暗，舌紫或有瘀斑點，脈沈細而澀。血府逐瘀湯，膈下逐瘀湯加減。
11. **養陰和血，清腸止瀉**：陰虛腸燥。證見腹瀉，便下赤白膿血，或下鮮血黏稠，臍腹作痛，虛坐努責，食少，心煩口乾，舌質紅絳少苔，或舌光紅乏津，脈細數。駐車丸，人參烏梅丸等。
12. **溫中清陽，寒熱並用**：邪留正虛，寒熱挾雜，日久難癒。證見便次增多，時發時止，日久難癒，大便夾有黏液或見赤色，飲食減少，倦怠怯冷，嗜臥，臨廁腹痛裡急，舌質淡苔膩，脈濡軟或虛數。資生丸，連理湯等。

二、外治

1. **栓劑及灌腸**：在口服給藥同時，經肛門通過納入栓劑或者灌腸方式，使藥物得以快速作用于病變部位，並避免對消化道的干擾。對病變部位在乙狀結腸以下者，常用中藥栓劑清腸栓納肛清熱利濕^{〔17〕}。對病變部位較高或範圍廣者，則使用灌腸方式治療^{〔18〕}。

2. 鍼灸治療

2-1. 鍼灸治療

鍼灸治療是通過調節神經內分泌系統，激活下丘腦-垂體-腎上腺皮質軸活性等，減輕腸道炎症反應，促進腸黏膜屏障機能恢復，校正腸道菌叢紊亂^{〔19,20〕}。

2-2. 穴位埋線

現代研究認為可調節中樞及植物神經，增強免疫系統功能，加速體內毒素排出，緩解腸道炎症^{〔21〕}。

2-3. 灸法

實驗證明灸法通過提高潰瘍性結腸炎大鼠腸道上皮細胞 TGF-β1，JAM1，occludin 等蛋白表達，來實現促進炎症癒合效果^{〔22〕}。

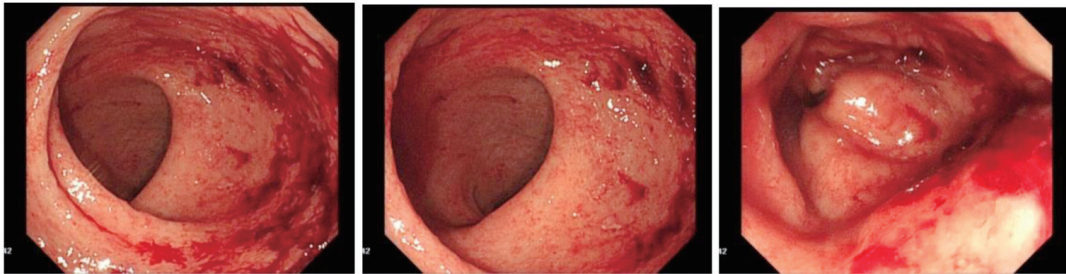
參、有效醫案

1. PI 0010**，金**，1965 年出生，女子

2016 年 8 月 30 日：約 6~7 週前開始腹痛及褐色分泌物，7 月 27 日發生腹痛泄



瀉，在內科醫院服用抗生素 7 日後，腹痛改善而大便樣相惡化（矢氣時黑褐色黏液及少量的紅血絲排出或大便表面有白色黏液），昨天在大型病院大腸經檢查確診潰瘍性大腸炎（ulcerative proctitis (#1-rectum); chronic active proctitis with cryptitis and crypt distortion）。主治醫師開 mesalazine 400mg/d（內服），mesalazine 500mg（坐藥）而病患不服內服藥只用坐藥。



患者的現症狀是腹痛（左下腹痛：排便時或後，壓迫時），溏便（現在無褐色偶有排便後血液幾滴排出，先硬後溏，1 日 1~2 次），脈緊澀。

處方：免疫過亢方（黃芩、黃連各 24g，黃柏 9g）加地榆、槐花各 12g，側柏葉 24g，防風、白芷各 12g，茯苓、澤瀉各 15g，紅棗 5 枚。

2016 年 9 月 9 日：腹痛消失（以前持續有酸痛），排便（早上 1 次，先正常後溏便）。處方如 8 月 30 日方。

2016 年 9 月 26 日：最近腹部脹氣多但腹不痛。處方如 8 月 30 日方，告知慢慢減服藥量。

2016 年 10 月 26 日：數日前起不服藥而無症狀。處方如 8 月 30 日方。

2023 年 10 月：因最近自己覺得認智有一些低下來診，但皆無復發潰瘍性大腸炎症狀。

2. PI. 002**，徐**，1965 年生，女子

乳癌，潰瘍性大腸炎

2006 年右側乳癌而手術和化放療，現在服 tamoxifen。

2010 年 11 月 27 日：2 週前發生血便和排便頻數，地區醫院大腸鏡檢查診斷潰瘍性大腸炎。現在 masalazine 400mg/d（內服），mesalazine 500mg（坐藥），葉酸。

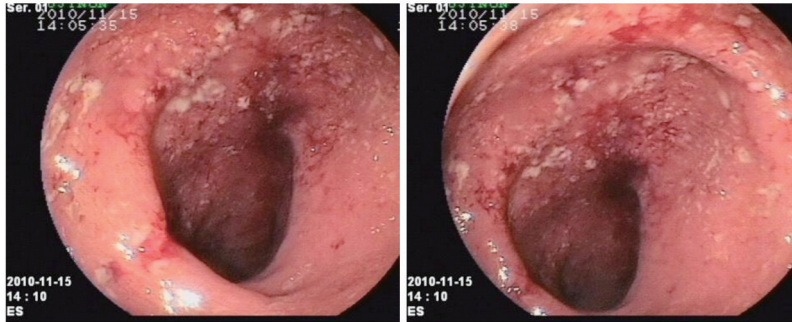
服藥前整天排便頻數，而服藥後排便 1 日 3~5 次，早上 2 次，溏便，排便時少量黏液及少量鮮紅色出血（夜間排便時排出不透明黏液或偶白色黏液），排便後或偶自發性腹絞痛，心下痞痛，厭食，脈細澀弱。



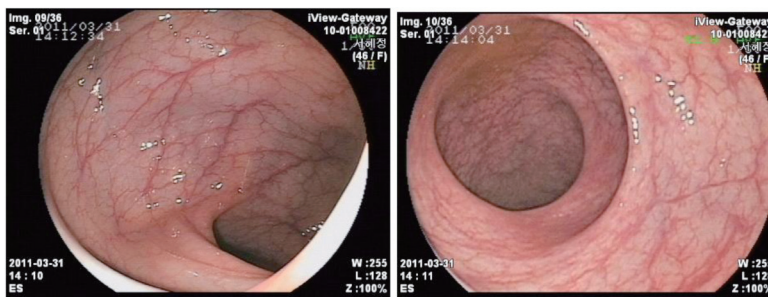
處方：免疫過亢方（黃芩 24g），地榆、槐花各 12g，側柏葉 30g，半夏 12g，茯苓、澤瀉各 18g，玄之草 18g。

約 3 個月持續治療後症狀緩解，其後爲了鞏固療效，6 個月間歇服用。

治療前



治療後



2016 年 5 月 17 日：最近疲勞後今天早上排便時有少量的白色黏液。

處方：免疫過亢方（黃芩 18g，黃連 24g）加茯苓、澤瀉各 9g，防風、白芷、地榆、槐花各 12g，黃耆 24g。

服藥 1 個月後症狀緩解。

2017 年 7 月：躁鬱症急性發作，以甘麥大棗合半夏厚朴湯加味方緩解。

2018 年 4 月：帶狀疱疹（左側顏面，CN V 1, 2br）發病，以桂麻各半湯加黃芩，龍膽草緩解。

2018 年 6 月 27 日：2 天前大清早排便時有少量的黏液，最近 2 週前起有便溏，約 1 個月前因朋友去世後心情不樂劇甚。

處方：2016 年 5 月 17 日方。

到 2023 年 6 月：發生過急性眩暈，左側乳房癌再發，亞急性潰瘍性大腸炎等等。慢慢斷續服藥（2 週藥服用 1 個月以上，偶不服藥數個月）而症狀時惡時好。對病患的潰瘍性大腸炎用過免疫過亢方芩連柏加重，側柏葉、地榆、槐花、防風、白



芷等等。眩暈急性發作時用大量的天麻（1 天到 72g 才會安靜）。對乳癌復發用通經方加減，併進行局部手術切除及服用女 hormone 轉換抑制劑。

2023 年 6 月 10 日：最近慢慢地黏液排出增加，而預定在 8 月 30 日做大腸內視鏡檢查。將近 13 年的治療歷程，患者覺得身心俱疲，但仍決定努力服藥到 8 月的檢查。現症是偶排出大量黏液偶血絲混在一起，排便 1 日數回，都是溏便。每次食含有辣椒抽出物（capsaicin）飲食後反復再發（食 kimchi 沒有發生問題，但攝取量不多）。

處方：免疫過亢方（黃芩 30g）加地榆 90g，槐花 36g，防風、白芷各 15g，茯苓、澤瀉各 9g。

2023 年 6 月 23 日：排便出血消失但而黏液排出如前。黏液量比較地多而時有黑色血絲混在。溏便如前。

處方：6 月 10 日方加茯苓 15g，澤瀉 15g，丹皮、赤芍各 36g。

2023 年 7 月 11 日：症狀如前。處方：6 月 23 日方加滑石 30g。

2023 年 7 月 26 日：症狀如前。處方如 7 月 11 日方。

2023 年 8 月 9 日：最近 2 週間有兩次黏液便而量少，但今日早上排便時有少量鮮紅出血。處方改補中益氣湯加乳香、沒藥各 12g，黃芩 36g，白芷 36g，茯苓、澤瀉各 18g。

2023 年 8 月 24 日：服 8 月 9 日處方過 1 週後大便完全正常（無出血無黏液無溏便，1 日 1~2 次）。處方：8 月 24 日處方中白芷加到 42g。

2023 年 9 月 6 日：8 月 30 日大腸鏡檢查結果是除了乙狀結腸附近的一部分微腫以外，其他部位都是正常粉紅色黏膜。

2023 年 10 月 24 日：韓藥中斷已 1 個月餘，消化症狀是本疾發病 10 餘年來最好狀態的。

3. PI. 00094**，李**，1967 年生，女子

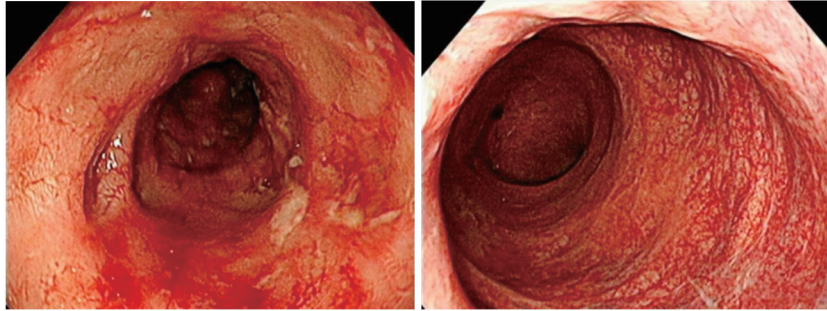
7 年來無法控制的潰瘍性大腸炎

2020 年 9 月 11 日：2015 年 6 月發病。當時有大量的腸出血和急性腹痛，全身關節痛（手指、足趾等）。已用過 pentasa（Mesalazine 1g），mesavant（Mesalazine 1200mg），Entocort（Budesonide（Micronized）），solondo（Prednisolone），Immuthera（Azathioprine），Cliper（Beclomethasone Dipropionate），MTX（Methotrexate），Remicade（Infliximab）。最近有打 Kynteles（Vedolizumab）。以下



Kynteles) 3次(預定8次)而症狀不變。7年中有2次症狀緩解,但過2~4個月後即復發。現使用 Asacol (Mesalazine) 坐藥及口服葉酸。

現症是腹痛(無定時發作),溏便,排便是少量鮮紅出血,腹部脹滿,少氣沈重甚,厭食極甚,貧血,體重減少(現在48kg,發病前53kg)。



處方: 免疫過亢方(黃芩30g,黃連24g),地榆、槐花、防風、白芷各12g,茯苓、澤瀉各15g,蒲公英30g。

2020年9月28日:大便及諸症如前,脫髮(打Kynteles後開始,每次洗髮時100根以上掉下而心裏煩惱極甚)。吃堅果類時腹脹滿甚。處方如9月11日方。

2020年10月31日:這禮拜三發熱嘔吐泄瀉(因家裏的事情緊張多)而翌日安定。但過勞後易發熱,泄瀉。9月29日打4次Kynteles,而因為脫髮病患不太願再打。最近Asacol中斷。大便溏便但稍有成形,大便微黑便已轉正常黃色。處方如9月11日方加丹皮30g。

2020年12月2日:11月23日再打Kynteles(第5次),兩下肢浮腫(不太甚而陷凹浮腫),小便有多泡而尿檢查無特異事項。大便如正常但吃辣食後見極少量鮮紅色便血。脫髮持續增惡而換醫院中斷Kynteles。處方如10月31日方。

2020年12月31日:大便正常,腹痛也無。排便1日1次。處方如10月31日方。

2021年2月1日:排便正常,脫髮如前而新出毛髮。處方如10月31日方。服中藥暫時中斷。

2021年5月10日:4月15日做kimchi之後,時常有一點腹部異常感。4月23日患者的生日食大量胡桃派後發生腹痛泄瀉。現在排便頻數1日數次(10次以下),裡急後重,少量的血便(擦時有看到血痕)和黏液。處方如10月31日方。

2021年5月17日:大便不易解而血便(坐在馬桶時血滴掉下來),兩側腹結穴壓痛強。5月10日方加三七根粉9g,朱砂粉9g(1日分3次,沖服)。

2021年5月24日:大便解少量而血滴掉下來如前(出血量少微增加)。處方改免疫過亢方(黃芩42g)加地榆24g,槐花18g,仙鶴草30g,三七根粉和朱砂粉各



9g（1日分3次，沖服）。

2021年6月14日：排便1日10次左右，出血如前（排便後有後重感而用力腹部會出血如水槍）。兩側腹結穴壓痛和自發痛改善。體重52.5kg（1個月前50kg）。處方5月24日方加重仙鶴草（41g）加丹皮30g。

2021年6月29日：排便時與矢氣同時排出黏液，後重如前，排便後出來血滴。2~3天前起下午的排便次數減少。厭食如前，體重51.2kg。處方如6月14日方。

2021年7月13日：排便次數減少而便血如滴如前。體重50.7kg。處方如6月14日方加地榆60g。

2021年7月21日：血便改善（不像以前如水槍排出，昨天沒有如早上的排便出血），飲食無味。處方如7月13日方加地榆82g。

2021年8月5日：大便如正常而微滑，便血很少只是大便末端有少量的粉紅色出血，食慾改善（空腹時自覺餓感），體重51.5kg。處方如7月13日方加地榆90g。

2021年8月27日：排便出血改善（這週只有4次在衛生紙出血痕跡）但溇便。處方如8月5日方去三七根粉，去硃砂。

2021年9月16日：出血改善（偶排便末端有少量粉紅出血樣顏色）。處方如8月27日方。

2021年10月15日：排便如正常，最近無出血痕跡，患者已減量服藥次數（1日1~2次）。處方如8月27日方。

2021年11月18日：排便如常1日1次，大便性狀正常黃色無血痕。患者已數週前中斷服藥。

2021年12月3日：最近檢查ESR=34。大便正常。

2021年12月10日：昨天中午吃白蘿蔔 kimch 和生蘿蔔後運動中忽然發生急性腹痛，排便時確認少量出血，所以急著來診。處方免疫過亢方（黃芩54g）加茯苓、澤瀉各15g，丹皮45g，赤芍24g，地榆90g，白芷21g。大腸、脾、胃井穴放血，針刺風池、尺澤、三陰交。

2022年1月10日：偶有腹微鈍痛感而無出血。2021年12月20日檢查ESR=52，CRP=0.50。已不服韓藥數週。

2022年3月3日：幾天前飲她女兒留下的牛乳後發生腹微痛，那之後每天早上排便後出少量黏液，從昨天起排便後出血3滴以上。處方如2021年12月10日方。



2022年3月23日：排便1日3~4次，血便改善（初排便時少量粉紅色而後無出血狀）。

2022年4月15日：昨天起無便血無腹痛，排便早晚1次1日2次。體重51.5kg。處方如2022年3月3日方。

2022年7月15日：今日檢查ESR=33。已停服中藥數個月，而潰瘍性大腸炎的症狀完全不見，體重回復52.8kg，除了太辣的kimchi以外無何禁忌飲食。但今天的ESR還比較高，西醫建議再開始Kynteles或最少服maealamine，而病患不願服西藥再來看診。處方是免疫過亢方（黃芩30g，知母24g，地骨皮42g）加玄參15g，麥門冬21g，地榆42g。

患者直到9月初，才服7月15日的處方。

2022年10月17日：昨天血液檢查ESR=19。中斷服韓藥。

2023年4月11日：昨天血液檢查ESR=18。

2023年10月底現在一切症狀維持安定。

肆、結論

潰瘍性大腸炎是一種消化系統的慢性難治性疾病。傳統的概念下本疾屬“久痢”、“痢疾”、“腸癖”，有整理以辨證細分為12種以上基本類型^[16]，而且現代醫家改進的內癰^[23]，毒^[24]，濁毒^[25]，本虛標實，虛實夾雜^[26]，寒熱夾雜^[27]，氣滯血瘀^[28]，脾陽虛^[29]，伏毒^[30]等，都考慮該病的各個發病之病因及對應法。

依中西醫結合的觀點來看，潰瘍性大腸炎是一種自體免疫疾患，依個人觀念上基本接近方向是從瘀熱腫毒論治。在傷寒金匱有關“下痢”的處方有桂枝人參湯、葛根黃芩黃連湯、四逆湯、梔子豉湯、甘草瀉心湯、生薑瀉心湯、小青龍湯、小承氣湯、柴胡加芒硝湯，調胃承氣湯、桂枝湯、白通湯、白通加豬膽汁湯、真武湯、通脈四逆湯、豬苓湯、四逆散、豬膚湯、桃花湯、大承氣湯、烏梅丸、白頭翁湯、葛根湯、黃芩湯、麻黃升麻湯、四逆加人參湯、當歸四逆湯、甘遂半夏湯、小半夏湯、訶黎勒散等許多處方，而發病初期治療著手時，可考慮處方是葛根湯、葛根黃芩黃連湯、黃芩湯、各瀉心湯、承氣湯等。後世方如黃連解毒湯、溫清飲、荊芥連翹湯、清瘟敗毒飲、防風通聖散、免疫過亢方、地骨皮飲等等隨症加減。

在本文報告的證例是同一疾病而不一樣經過的。第1證例是比較的單純的，症狀初期發生即來診，治療經過非常順利，症狀緩解後已經過7年而不復發，患者吃太辣飲食也沒有問題。第2證例是已有患過乳癌，第1次發作時依一般的治



療方法緩解幾年，第2次發作時用過一些處方而效果不太理想，最後好不容易緩解了。第3證例是已經過7年韓洋方治療，其7年中有2次緩解期（2週~3個月，但不是完全治癒而是出血比較的少一些）。在本院臨床經過也不簡單，好不容易緩解後也每次吃辣飲食或太飽即馬上復發，復發後也不容易緩解，治療過程中得有一些特異事項。中醫通用大腸經引經藥兼止血藥有防風、白芷、地榆、槐花、側柏葉、仙鶴草等。在本草備要有值得深想的內容。“防風有祛濕效能可用於痛瀉（腸鳴腹痛，瀉時有痛）”。“白芷行手足陽明治腸風痔漏，活血排膿（腸有敗膿、血淋露腥穢、治臍腹冷痛須此排之）”。“地榆主治腸風（血善者為腸風，隨感而見也）”。“槐花主治五痔腸風”。數年間進退兩難的第2例使用大量白芷後才緩解。第3證例的經過過程中用過上述藥物和三七根、硃砂等其他止血藥物而效果不顯著，到最後使用大量地榆後顯效。

本病的治療目標不在症狀緩解而在長期間預防復發，懷疑再發是依各種檢查來決定為最簡單的方法，但第1、2案例是有症狀而所有的檢查沒有異常的。所以根據各個症例的特性來決定治療目標是現狀況最合適方法。但到現在治療經驗不足不能確認，以後獲得更多證例再報告。

參考文獻

1. Ungaro R, Mehandru S, Allen PB, Peyrin-Biroulet L, Colombel JF. Ulcerative colitis. *Lancet*. 2017; 389(10080):1756-1770.
2. 張心願、梁樑、丁榮琴等，潰瘍性結腸炎的中醫治療進展。河南外科學雜誌，2022；28(4):176-178。
3. 丁文俊、崔龍，《炎症性腸病外科治療專家共識》解讀—潰瘍性結腸炎的外科治療。結直腸肛門外科，2020；26(6):641-643, 646。
4. Kucharzik T, Koletzko S, Kannengiesser K, Dignass A. Ulcerative colitis-diagnostic and therapeutic algorithms. *Dtsch Arztebl Int*. 2020; 117(33-34):564-574.
5. 張聲生、沈洪、鄭凱等，潰瘍性結腸炎中醫診療專家共識意見。中華中醫藥雜誌，2017；32(8):3585-3589。
6. 張曉明等，中醫學理論指導下的潰瘍性結腸炎病因病機研究進展。Chinese Archives of Traditional Chinese Medicine. 2023；(09):46-52。
7. Chen JH, Andrews JM, Kariyawasam V, et al. Review article: acute severe ulcerative colitis - evidence-based consensus statements. *Alimentary Pharmacology & Therapeutics*. 2016; 44(2):127-144.
8. Akiho H, Yokoyama A, Abe S, et al. Promising biological therapies for ulcerative colitis: A review of the literature. *World Journal of Gastrointestinal Pathophysiology*.



- 2015; 6(4):219-227.
9. Axelrad JE, Lichtiger S, Yajnik V. Inflammatory bowel disease and cancer: The role of inflammation, immunosuppression, and cancer treatment. *World Journal of Gastroenterology (Review)*. 2016; 22(20):4794-4801.
 10. Stevens JP, Ballengee CR, Chandradevan R, et al. Performance of Interferon-Gamma Release Assays for Tuberculosis Screening in Pediatric Inflammatory Bowel Disease. *Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition*. 2019; 69(4):e111-e116.
 11. Lee CK, Wong SH, Lui G, et al. A Prospective Study to Monitor for Tuberculosis During Anti-tumour Necrosis Factor Therapy in Patients With Inflammatory Bowel Disease and Immune-mediated Inflammatory Diseases. *Journal of Crohn's & Colitis*. 2018; 12(8):954-962.
 12. Goddard AF, James MW, McIntyre AS, Scott BB. (British Society of Gastroenterology). Guidelines for the management of iron deficiency anaemia. *Gut*. 2011; 60(10):1309-1316.
 13. Magro F, Gionchetti P, Eliakim R, et al. Third European Evidence-based Consensus on Diagnosis and Management of Ulcerative Colitis. Part 1: Definitions, Diagnosis, Extra-intestinal Manifestations, Pregnancy, Cancer Surveillance, Surgery, and Ileo-anal Pouch Disorders. *Journal of Crohn's & Colitis*. 2017; 11(6):649-670.
 14. Borody TJ, Brandt LJ, Paramsothy S. Therapeutic faecal microbiota transplantation: current status and future developments. *Current Opinion in Gastroenterology*. 2014; 30(1):97-105.
 15. Costello SP, Hughes PA, Waters O, et al. Effect of Fecal Microbiota Transplantation on 8-Week Remission in Patients With Ulcerative Colitis: A Randomized Clinical Trial. *JAMA*. 2019; 321(2):156-164.
 16. 魏淑娥等，治療潰瘍性大腸炎十二法。中醫研究，2006；9(4):46-48。
 17. 魏淑娥等，治療潰瘍性大腸紅珠、戴小玲、林江，基於腸道菌群探討清腸栓治療UC的作用機制。中醫藥學報腸炎十二法。中醫研究，2021；49(11):38-42。
 18. 楊秀薇、楊蓉，柳氮磺胺吡啶聯合康復新液治療潰瘍性結腸炎的臨床研究。結直腸肛門外科，2017；23(3):364-367。
 19. 陳小朝、楊向東、嶽朝馳，穴位強化埋線療法在潰瘍性結腸炎中的應用。中國肛腸病雜誌，2020；40(1):77-78。
 20. 楊瀟、李彩榮、劉欣豔，八髎穴導氣針法聯合溫針灸治療脾腎陽虛型潰瘍性結腸炎臨床觀察。針灸臨床雜誌，2021；37(7):29-32。
 21. 龔鴻，穴位埋線治療潰瘍性結腸炎對患者腸黏膜的影響。現代中西醫結合雜，2020；29(3):288-29。



22. 沈亞、崔雲華、施征等，艾灸對葡聚糖硫酸鈉誘導的潰瘍性結腸炎大鼠結腸黏膜屏障影響的觀察。針灸推拿醫學（英文版），2022；20(1):1-11。
23. 焦君良、要麗瑛、李士軍等，從癰論治潰瘍性結腸炎初探。中國中西醫結合脾胃雜誌，2000；8(2):100-101。
24. 劉端勇、陳愛民、趙海梅等，從毒探討活動期潰瘍性結腸炎的發病機制。中國中醫基礎醫學雜誌，2004；10(4):251-252。
25. 史春林、陳建權、劉建平，濁毒理論在潰瘍性結腸炎中的應用。河北中醫，2010；32(5):666-667。
26. 朱立、王新月，潰瘍性結腸炎病因病機理論探討。吉林中醫藥，2010；30(1):10-11。
27. 陳寶明，劉渡舟教授驗案按（二）。大同醫學專科學校學報，1997；2(14):37。
28. 章陽、葉晨玉，淺談非特異性潰瘍性結腸炎從瘀論治。甘肅中醫，2005；18(1)：4-5。
29. 韋鵬飛、胡雙元、張怡等，基於脾“苦欲補瀉”理論從脾陰論治潰瘍性結腸炎。北京中醫藥大學學報，2022；45(6):643。
30. 林燕、李建，基於“毒損腸絡”理論的潰瘍性結腸炎復發病機探微。中國臨床醫生，2012；40(11):9-10。

通訊作者：梁珠勞

聯絡地址：Kyunghee Yedang Oriental Medical Clinic, 412, dreampia B/D, 958-1
Yeongtong-dong, Yeongtong-Gu, Suwon-si, Kyonggi-Do, Republic of
Korea

聯絡電話：+82-31-202-2662

E-mail：kkals@hanmail.net

受理日期：2023年10月27日；接受日期：2023年10月31日