

# 消化系统常见病溃疡性结肠炎中医诊疗指南 (基层医生版)



中华中医药学会脾胃病分会

沈洪<sup>1</sup>, 唐志鹏<sup>2</sup>, 唐旭东<sup>3</sup>, 张露<sup>1</sup>, 刘亚军<sup>1</sup>, 叶柏<sup>1</sup>, 温艳东<sup>4</sup>, 王凤云<sup>4</sup>, 吕林<sup>4</sup>

[<sup>1</sup>南京中医药大学附属医院(江苏省中医院), 南京 210029; <sup>2</sup>上海中医药大学附属龙华医院, 上海 200032; <sup>3</sup>中国中医科学院, 北京 100700; <sup>4</sup>中国中医科学院西苑医院, 北京 100091]

**关键词:** 溃疡性结肠炎; 中医; 诊疗; 指南; 基层医生版

**基金资助:** 国家重点研发计划(No.2017YFC1700104), 国家中医药管理局中医药行业科研专项(No.201407001)

2018年9月13日在重庆召开中华中医药学会团体标准指南第三次专家论证会, 形成《消化系统常见病溃疡性结肠炎中医诊疗指南(基层医生版)》终稿。前期编写、修改流程见参考文献[1-2]。

溃疡性结肠炎是一种由遗传背景与环境因素相互作用而导致的慢性炎症性疾病, 表现为结直肠黏膜的持续性炎症反应, 病变呈连续性, 累及直肠并不同程度地累及结肠, 临床以反复发作和缓解交替为特点。近年来, 我国溃疡性结肠炎的发病率和患病率呈快速上升趋势, 已成为临床常见病。中医药治疗本病具有临床疗效好、复发率低等特点。本指南参考国际临床实践指南制订方法和流程, 制定了溃疡性结肠炎的中医诊疗规范。指南主要针对基层临床的医疗特点和技术水平, 细化了中医辨证要点和治疗原则, 强调中医辨证论治的规范化和结合病情轻重分级管理, 指导基层临床医生规范处理。

## 范围

本指南规定了溃疡性结肠炎的流行病学特点、诊断及特征、治疗、并发症预防、康复调摄。

本指南适用于从事中医临床医疗工作的基层执业医师。

## 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。凡是注明日期的引用文件, 仅所注日期的版本适用于本指南。凡是不注明日期的引用文件, 其最新版本(包括所有的修改版本)适用于本指南。

《中华人民共和国药典》(以下简称《中国药典》)2015年版一部; 《中国药典》2015年版第一增补本; 《国家基本医疗保险、工伤保险和生育保险药品目录(2017年版)》[以下简称《医保目录(2017年版)》]。

## 术语及定义

下列术语和定义适用于本指南。

**溃疡性结肠炎:** 以结直肠黏膜连续性、弥漫性炎症改变为特征的慢性非特异性肠道炎症性疾病, 其病变主要局限于结直肠黏膜。根据其临床特点, 多属于中医“久痢”“肠澼”“泄泻”“便血”等范畴。

## 流行病学特点

溃疡性结肠炎在不同国家、地区、种族人群中的发病率不同, 有显著的地域和种族差异。欧洲、亚洲、北美洲最高发病率分别为24.3/10万、6.3/10万、19.2/10万<sup>[3]</sup>。亚洲国家的发病率呈逐年增高趋势, 发病率为7.6/10万~14.3/10万, 患病率为2.3/10万~63.6/10万<sup>[4]</sup>。分析1981年至2000年我国文献报道的10 218例溃疡性结肠炎患者, 发现10年间病例数上升了3.08倍<sup>[5]</sup>, 推测患病率约为11.6/10万<sup>[6]</sup>。流行病学调查显示, 南方(广东省中山市)发病率为2.05/10万, 北方(黑龙江省大庆市)发病率为1.64/10万<sup>[7-8]</sup>。

## 中医药治疗本病的优势

溃疡性结肠炎活动期主要病机是湿热蕴肠、气血失调, 通过清肠化湿、调气和血, 能够诱导临床缓解; 湿热致瘀、瘀热伤络是本病易出现血便的重要因素, 结合凉血化瘀可以提高脓血便的消失率; 清化温通结合调肝健脾可以有效缓解腹痛; 口服联合灌肠, 内外合治, 生肌敛疮, 可以促进黏膜愈合。缓解期脾虚为本, 湿热稽留, 久则及肾, 通过健脾补肾, 兼以清肠化湿, 可以维持病情缓解, 防止反复发作。溃疡性结肠炎患者可伴有不同程度的营养不良, 主要是由于脾胃虚弱、运化不健所致, 应用益气健脾可以改善消化功能, 提高营养吸收利用, 还能帮助诱导和维持疾病的缓解<sup>[9-11]</sup>。

通讯作者: 沈洪, 江苏省南京市汉中路155号南京中医药大学附属医院(江苏省中医院)消化科, 邮编: 210029

电话: 025-86617141转91603, E-mail: shenhong999@163.com

基于循证医学证据的临床研究<sup>[12-14]</sup>结果显示中医药在改善溃疡性结肠炎临床症状、诱导缓解、防止复发、提高生活质量、减少并发症等方面具有其特色和优势。基础研究证实,中医药能够从抗炎、调节免疫、黏膜修复等多个环节干预溃疡性结肠炎。

## 诊断及特征

### 1. 西医诊断

1.1 诊断要点 溃疡性结肠炎缺乏诊断的金标准,主要结合临床表现、内镜检查和组织病理学、实验室检查、影像学检查等进行综合分析,在排除感染性和其他非感染性肠病的基础上进行诊断。若诊断存疑,应在一定时间(一般是6个月)后进行内镜及病理组织学复查。

1.2 最低诊断标准 临床表现为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,病程在6周以上。内镜下特征表现为连续的、表浅的、弥漫的、融合的、分界清晰的结肠炎症和直肠受累,重度患者表现为黏膜质脆、自发性出血和深溃疡形成。需排除感染性肠炎、克罗恩病、缺血性肠病、嗜酸粒细胞性肠炎、白塞病等疾病<sup>[15]</sup>。

1.3 附加标准 钡灌肠、CT或MRI结肠显像见典型溃疡性结肠炎改变,大便隐血阳性,血沉、C反应蛋白或粪钙卫蛋白升高,血红蛋白、铁蛋白、白蛋白降低。

1.4 最特异性标准 本病无诊断金标准,但如果具有内镜下特征性表现,组织病理学具有以下特征,可作为最特异性标准:①结构特征:广泛的隐窝结构改变和黏膜萎缩;②上皮异常:黏蛋白损耗,潘氏细胞化生;③炎症特征:伴基底浆细胞增多的弥漫性黏膜全层炎细胞浸润,急性炎症导致的隐窝炎和隐窝脓肿<sup>[15-16]</sup>。

UC完整的诊断内容包括临床类型、病变范围、病情分期、严重程度、肠外表现和并发症。临床类型可分为初发型和慢性复发型。病变范围参照蒙特利尔分型,分为直肠型、左半结肠型和广泛结肠型。病情分期参照改良Mayo评分系统,分为活动期和缓解期。严重程度依据改良Truelove和Witts疾病严重程度分型,分为轻度、中度和重度。肠外表现包括关节损伤、皮肤黏膜表现、眼部病变、肝胆疾病、血栓栓塞性疾病等。并发症包括中毒性巨结肠、肠穿孔、下消化道大出血、上皮内瘤变和癌变<sup>[17]</sup>。

### 1.5 辅助检查

1.5.1 血液检查:血常规、血清白蛋白、肝功能、肾功能、血沉、C反应蛋白、自身抗体(如核周型抗中性粒细胞胞质抗体)、巨细胞病毒抗体及DNA定量、艰难梭菌毒素、HBV血清学指标(乙肝五项、HBV-DNA)、结核杆菌抗体、T-SPOT等。

1.5.2 粪便检查:粪便常规和培养(不少于3次)、粪便隐血、艰难梭菌毒素、巨细胞病毒、粪钙卫蛋白、乳铁蛋白等。

1.5.3 内镜检查:结肠镜及组织病理学检查,必要时行胶囊内镜,或小肠镜、胃镜及组织病理学检查。

1.5.4 影像学检查:钡灌肠、经腹肠道超声、腹部平片、CT或MRI结肠显像。

1.6 鉴别诊断 参照参考文献<sup>[17]</sup>。

1.6.1 克罗恩病:溃疡性结肠炎以脓血便多见,病变连续,绝大多数直肠受累,肠腔狭窄少见,内镜下溃疡表浅,黏膜弥漫性充血水肿、颗粒状,脆性增加,组织病理学见固有膜全层弥漫性炎症、隐窝脓肿、隐窝结构明显异常、杯状细胞减少。克罗恩病有腹泻,但脓血便较少见,多伴腹痛,病变呈节段性,直肠受累少见,肠腔狭窄多见,呈偏心性,肠镜下见纵行溃疡、卵石样外观,病变间黏膜外观正常(非弥漫性),组织病理学见裂隙状溃疡、非干酪样肉芽肿、黏膜下层淋巴细胞聚集。

1.6.2 急性细菌性感染性肠炎:常有不洁食物史,急性起病,常伴发热和腹痛,具有自限性,抗菌药物治疗有效,粪便检出病原体可确诊。

1.6.3 肠道寄生虫感染:如阿米巴肠病、肠道血吸虫病。阿米巴肠病有流行病学特征,果酱样大便,肠镜下见溃疡较深,溃疡间黏膜多属正常,确诊有赖于粪便或组织中找到病原体。肠道血吸虫病有疫水接触史,常有肝脾肿大,确诊有赖粪便检查见血吸虫卵或孵化毛蚴阳性。

1.6.4 肠结核:肠结核患者多有肠外结核,肠镜下可见环形溃疡,边缘呈鼠咬状,常伴有环形狭窄。溃疡性结肠炎病变连续,内镜下溃疡表浅,呈阿弗他溃疡,肠腔狭窄少见。活检如能找到干酪样坏死性肉芽肿或结核分枝杆菌可以确诊肠结核,结核菌素试验、结核杆菌抗体、T-spot阳性有助诊断。

1.6.5 真菌性肠炎:主要由白色念珠菌寄生于肠黏膜而致病,多与长期使用广谱抗生素或肾上腺皮质激素有关。诊断比较困难,需要采用真菌形态学检查、真菌培养、肠镜活检找菌丝和孢子、免疫学检查等综合判断。

1.6.6 艰难梭菌感染:确诊艰难梭菌感染可行粪便艰难梭菌毒素试验。

1.6.7 巨细胞病毒感染:确诊巨细胞病毒感染可行结肠镜下活检,HE染色找巨细胞包涵体以及免疫组化染色,血巨细胞病毒DNA定量。

1.6.8 肠道肿瘤:肠镜及X线钡灌肠检查有助于鉴别诊断,活检可确诊。

1.6.9 其他:缺血性结肠炎、放射性肠炎、嗜酸粒细胞性肠炎、过敏性紫癜、胶原性结肠炎、白塞病等应与本病相鉴别。

## 2. 中医辨证

### 2.1 辨证要点

2.1.1 结合病情分期辨证:活动期湿热蕴肠,气血不调,以实证为主;缓解期脾虚湿恋,运化失健,多属虚实夹杂<sup>[9-10]</sup>。

2.1.2 结合主症辨证:以脓血便为主症者的主要病机是湿蕴肠,肠络受损。以泄泻为主症者,实证为湿蕴肠,大肠传导失司;虚证为脾虚湿盛,大肠传导失司。以便血为主症者,实证为湿蕴肠,损伤肠络,络损血溢;虚证为湿伤阴,虚火内炽,灼伤肠络或脾气亏虚,气不摄血,血溢脉外。以腹痛为主症者,实证为湿蕴肠,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。

2.1.3 结合体质辨证:湿热质者,易感受湿邪之邪或湿易从热化,而成湿热证;阳虚质者,易感受寒湿之邪或湿易从寒化,而成寒湿证。

2.1.4 结合脏腑功能辨证:本病病位在大肠,但病机根本在脾,且与肾、肝、肺三脏密切相关。饮食不节,损伤脾胃,运化失健,湿浊内生,形成脾虚湿蕴证;情志失调,肝失疏泄,肝气横逆,克伐脾土,易成肝脾失调之证;先天不足,素体肾虚,或久病及肾,可见脾肾两虚之候;肺气失调,大肠不固,下利反复发作,古代医家归为痰泄证<sup>[11,18]</sup>。

2.1.5 结合病情程度辨证:轻中度患者以湿热为主,重度患者以热毒、瘀热为主,反复难愈者应考虑痰浊、血瘀和脾肾两虚的因素<sup>[19]</sup>。

## 2.2 分型

2.2.1 大肠湿热证:腹泻,便下黏液脓血,腹痛,里急后重,肛门灼热,腹胀,小便短赤,口干,口苦。舌质红,苔黄腻,脉滑<sup>[20]</sup>。

2.2.2 热毒炽盛证:便下脓血或血便,量多次频,腹痛明显,发热,里急后重,腹胀,口渴,烦躁不安。舌质红,苔黄燥,脉滑数<sup>[20]</sup>。

2.2.3 脾虚湿蕴证:便下黏液脓血,白多赤少,或为白冻,或便溏泄泻,夹有不消化食物,脘腹胀满,腹部隐痛,肢体困倦,食少纳差,神疲懒言。舌质淡红,边有齿痕,苔薄白腻,脉细弱或细滑<sup>[20]</sup>。

2.2.4 寒热错杂证:大便稀薄,夹有赤白黏冻,反复发作,肛门灼热,腹痛绵绵,畏寒怕冷,口渴不欲饮,饥不欲食。舌质红,苔薄黄,脉弦或细弦<sup>[20]</sup>。

2.2.5 肝郁脾虚证:大便稀溏,夹有黏液血便,常因情志因素诱发大便次数增多,腹痛即泻,泻后痛减,排便不爽,腹胀,肠鸣,饮食减少。舌质淡红,苔薄白,脉弦或弦细<sup>[20]</sup>。

2.2.6 脾肾阳虚证:久泻不止,大便稀薄,夹有白冻,或伴有完谷不化,甚则滑脱不禁,腹痛喜温喜按,腹胀,食少纳差,形寒肢冷,腰酸膝软。舌质淡胖,或有齿痕,苔薄白润,脉沉细<sup>[20]</sup>。

2.2.7 阴血亏虚证:大便干结,夹有黏液脓血,排便不畅,腹中隐隐灼痛,形体消瘦,口燥咽干,虚烦失眠,五心烦热。舌红少津或舌质淡,少苔或无苔,脉细弱<sup>[20]</sup>。

## 治疗

1. 基本原则 本病病机复杂,以清热化湿,调气和血为基

本原则,针对不同的证候特点结合健脾、调肝、补肾、温中、滋阴之法。临床又需根据病情分期、严重程度、病变部位的不同,采用不同的治疗和给药方法:①分期治疗:活动期清热化湿,调气和血,敛疮生肌;缓解期健脾益气,兼以补肾固本,佐以清热化湿<sup>[12-13]</sup>。②分级治疗:轻中度患者,活动期可用中医辨证治疗诱导病情缓解,缓解期可用中药维持缓解;重度患者则采用中西医结合治疗,中医治疗以清热解毒,凉血化瘀止血为主。由于重度患者的病情变化较快,应注意及时识别,综合判断,及时转诊至上级医院住院治疗。③分部治疗:直肠型或左半结肠型,采用中药灌肠或栓剂治疗;广泛结肠型,采用中药口服加灌肠,内外合治。通过上述治疗,达到诱导病情深度缓解(包括症状缓解、黏膜愈合、组织愈合),改善患者体质,提高生活质量,防止并发症,减少复发,降低手术率的目的。

## 2. 中医内治法

### 2.1 大肠湿热证

2.1.1 治法:清热化湿,调气和血。

2.1.2 推荐汤剂:芍药汤(推荐强度:强推荐使用;证据级别:低级别证据)。①处方来源:金代刘完素《素问病机气宜保命集》。②药物组成:黄连5g、黄芩10g、木香6g,炒当归10g、炒白芍15g、肉桂<sup>(后下)</sup>3g、甘草3g。③加减:大便脓血较多,加槐花、地榆、白头翁;大便白冻黏液较多,加苍术、薏苡仁、石菖蒲;腹痛较甚,加延胡索、徐长卿。④煎服法:水煎服,一日1剂,一日3次,每次150mL。

### 2.1.3 中成药

2.1.3.1 虎地肠溶胶囊(推荐强度:强推荐使用;证据级别:低级别证据)。①处方来源:《国家食品药品监督管理局国家标准 新药转正标准 第72册》。②药物组成:朱砂七、虎杖、白花蛇舌草、北败酱、二色补血草、地榆(炭)、白及、甘草。③功能主治:清热、利湿、凉血。用于非特异性溃疡性结肠炎湿热蕴结证,症见腹痛,下痢脓血,里急后重。④用法用量:口服,一次4粒,一日3次。孕妇慎用。

2.1.3.2 香连丸(推荐强度:强推荐使用;证据级别:专家共识)。①处方来源:《中国药典》2015年版一部、《医保目录(2017年版)》。②药物组成:黄连(吴茱萸制)、木香。③功能主治:清热燥湿,行气止痛。用于大肠湿热所致的痢疾,症见大便脓血、里急后重、发热腹痛;肠炎、细菌性痢疾见上述证候者。④用法用量:口服,一次3~6g,一日2~3次。

### 2.2 热毒炽盛证

2.2.1 治法:清热祛湿,凉血解毒。

2.2.2 推荐汤剂:白头翁汤(推荐强度:强推荐使用;证据级别:低级别证据)。①处方来源:东汉张仲景《伤寒论》。②药物组成:白头翁15g、黄连5g、黄柏10g、秦皮12g。③加减:便下鲜血、舌质红绛者,加紫草、茜草、生地榆、槐花、生地黄、牡丹

皮;伴发热者,加金银花、葛根、黄芩。④煎服法:水煎服,一日1剂,一日3次,每次150mL。

2.2.3 中成药:葛根芩连丸(片、胶囊、颗粒、口服液)(推荐强度:强推荐使用;证据级别:低级别证据)。①处方来源:《中国药典》2015年版一部、《医保目录(2017年版)》。②药物组成:葛根、黄连、黄芩、炙甘草。③功能主治:解肌、清热、止泻,用于泄泻腹痛,便黄而黏,肛门灼热。④用法用量:口服,丸剂,一次3g,一日3次;片剂,一次3~4片,一日3次;胶囊,一次3~4粒,一日3次;颗粒,一次1袋,一日3次;口服液,一次1支,一日2次。

### 2.3 脾虚湿蕴证

2.3.1 治法:益气健脾,化湿和中。

2.3.2 推荐汤剂:参苓白术散(推荐强度:强推荐使用;证据级别:低级别证据)。①处方来源:宋代太平惠民和剂局《太平惠民和剂局方》。②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<sup>(后下)</sup>3g、山药20g、薏苡仁20g。③加减:大便白冻黏液较多者,加苍术、白芷;便中夹有脓血者,加黄连、败酱草、地榆;大便夹有不消化食物者,加神曲、山楂;久泻气陷者,加黄芪、升麻。④煎服法:水煎服,一日1剂,一日3次,每次150mL。

### 2.3.3 中成药

2.3.3.1 补脾益肠丸(推荐强度:强推荐使用;证据级别:低级别证据)。①处方来源:《中国药典》2015年版一部、《医保目录(2017年版)》。②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。③功能主治:补中益气,健脾和胃,涩肠止泻。用于脾虚泄泻证,临床表现为腹泻、腹痛、腹胀、肠鸣。④用法用量:口服,一次6g,一日3次。

2.3.3.2 参苓白术散(丸、颗粒)(推荐强度:强推荐使用;证据级别:低级别证据)。①处方来源:《中国药典》2015年版一部、《医保目录(2017年版)》。②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。③功能主治:补脾胃,益肺气。用于食少便溏,肢倦乏力。④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。

### 2.4 寒热错杂证

2.4.1 治法:温中补虚,清热化湿。

2.4.2 推荐汤剂:乌梅丸(推荐强度:强推荐使用;证据级别:低级别证据)。①处方来源:东汉张仲景《伤寒论》。②药物组成:乌梅10g、黄连5g、黄柏10g、桂枝6g、干姜6g、党参15g、炒当归10g、制附子<sup>(先煎)</sup>6g。③加减:大便伴脓血者,加秦皮、生地榆、仙鹤草;腹痛甚者,加白芍、徐长卿、延胡索。④煎服法:水煎服,一日1剂,一日3次,每次150mL。

2.4.3 中成药:乌梅丸(推荐强度:强推荐使用;证据级别:低级别证据)。①处方来源:《中国药典》2015年版一部、《医保目录(2017年版)》。②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。③功能主治:温脏止痢。用于久痢。④用法用量:口服,水丸一次3g,大蜜丸一次2丸,一日2~3次。

### 2.5 肝郁脾虚证

2.5.1 治法:疏肝理气,健脾化湿。

2.5.2 推荐汤剂:痛泻要方合四逆散(推荐强度:强推荐使用;证据级别:低级别证据)。①处方来源:明代张介宾《景岳全书》、东汉张仲景《伤寒论》。②药物组成:陈皮10g、白术12g、白芍15g、防风10g、炒柴胡10g、炒枳实10g、炙甘草6g。③加减:腹痛较甚者,加徐长卿、木瓜;排便不畅、里急后重者,加薤白、木香;大便稀溏者,加党参、茯苓、山药。④煎服法:水煎服,一日1剂,一日3次,每次150mL。

2.5.3 中成药:固肠止泻丸(胶囊)(推荐强度:弱推荐使用;证据级别:低级别证据)。①处方来源:《医保目录(2017年版)》、《中国药典》2015年版第一增补本。②药物组成:由乌梅、黄连、干姜、木香、罂粟壳、延胡索组成。③功能主治:调和肝脾,涩肠止痛。用于肝脾不和,泻痢腹痛,溃疡性结肠炎见上述证候者。④用法用量:口服,浓缩丸一次4g,水丸一次5g,一日3次;胶囊,一次6粒,一日3次。

### 2.6 脾肾阳虚证

2.6.1 治法:健脾补肾,温阳化湿。

2.6.2 推荐汤剂:附子理中丸合四神丸(推荐强度:强推荐使用;证据级别:低级别证据)。①处方来源:宋代太平惠民和剂局《太平惠民和剂局方》、明代王肯堂《证治准绳》。②药物组成:制附子<sup>(先煎)</sup>10g、党参15g、干姜6g、炒白术12g、炙甘草6g、补骨脂10g、肉豆蔻6g、吴茱萸3g、五味子6g。③加减:畏寒怕冷者,加益智仁、肉桂;久泻不止者,加赤石脂、石榴皮、诃子。④煎服法:水煎服,一日1剂,一日3次,每次150mL。

### 2.6.3 中成药

2.6.3.1 固本益肠片(胶囊)(推荐强度:强推荐使用;证据级别:低级别证据)。①处方来源:《中国药典》2015年版一部、《医保目录(2017年版)》。②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。③功能主治:健脾温肾,涩肠止泻。用于脾肾阳虚所致的泄泻。症见腹痛绵绵、大便清稀或有黏液及黏液血便、食少腹胀、腰酸乏力、形寒肢冷、舌淡苔白、脉虚;慢性肠炎见上述证候者。④用法用量:口服,片剂,一次小片(0.32g/片)8片,大片(0.60g/片或0.62g/片)4片,一日3次;胶囊,一次4粒,一日3次。

2.6.3.2 四神丸(推荐强度:强推荐使用;证据级别:专家共识)。<sup>①</sup>处方来源:《中国药典》2015年版一部、《医保目录(2017年版)》。<sup>②</sup>药物组成:肉豆蔻(煨)、补骨脂(盐炒)、五味子(醋制)、吴茱萸(制)、大枣(去核)。<sup>③</sup>功能主治:温肾散寒,涩肠止泻。用于肾阳不足所致的泄泻,症见肠鸣腹胀、五更溏泻、食少不化、久泻不止、面黄肢冷。<sup>④</sup>用法用量:口服,一次9g,一日1~2次。

### 2.7 阴血亏虚证

2.7.1 治法:滋阴清肠,益气养血。

2.7.2 推荐汤剂:驻车丸合四物汤(推荐强度:强推荐使用;证据级别:专家共识)。<sup>①</sup>处方来源:唐代孙思邈《备急千金要方》、宋代太平惠民和剂局《太平惠民和剂局方》。<sup>②</sup>药物组成:黄连5g、阿胶9g、干姜3g、炒当归10g、熟地黄15g、白芍15g。<sup>③</sup>加减:大便干结者,加玄参、麦冬、火麻仁、瓜蒌仁;脓血便者,加白头翁、地榆、地锦草。<sup>④</sup>煎服法:水煎服,一日1剂,一日3次,每次150mL。

### 2.7.3 中成药

2.7.3.1 驻车丸(推荐强度:强推荐使用;证据级别:专家共识)。<sup>①</sup>处方来源:《中国药典》2015年版一部。<sup>②</sup>药物组成:黄连、炮姜、当归、阿胶。<sup>③</sup>功能主治:滋阴,止痢。用于久痢伤阴,赤痢腹痛,里急后重,休息痢。<sup>④</sup>用法用量:口服,每次6~9g,一日3次。

2.7.3.2 增液口服液(推荐强度:弱推荐使用;证据级别:专家共识)。<sup>①</sup>处方来源:《国家食品药品监督管理局国家药品标准 新药转正标准 第40册》。<sup>②</sup>药物组成:玄参、山麦冬、生地黄。<sup>③</sup>功能主治:养阴生津,增液润燥。用于阴津亏损之便秘,兼见口渴咽干、口唇干燥、小便短赤、舌红少津等。<sup>④</sup>用法用量:口服,一日3次,每次20mL。

## 3. 外治法

### 3.1 中药灌肠

3.1.1 锡类散(推荐强度:强推荐使用;证据级别:低级别证据)。<sup>①</sup>处方来源:《医保目录(2017年版)》。<sup>②</sup>药物组成:象牙屑、青黛、壁钱炭、人指甲(滑石粉制)、珍珠、冰片、人工牛黄。<sup>③</sup>功能主治:解毒化腐。<sup>④</sup>用法用量:灌肠用,一次1g,单独或配合其他药物保留灌肠,一日1次。

3.1.2 康复新液(推荐强度:强推荐使用;证据级别:低级别证据)。<sup>①</sup>处方来源:《医保目录(2017年版)》。<sup>②</sup>药物组成:美洲大蠊干燥虫体提取物。<sup>③</sup>功能主治:通利血脉,养阴生肌。用于金疮、外伤、溃疡、瘰疬、烧伤、烫伤、褥疮之创面。<sup>④</sup>用法用量:灌肠用,一日1次,一次100mL,保留灌肠。

3.1.3 结肠宁(灌肠剂)(推荐强度:强推荐使用;证据级别:低级别证据)。<sup>①</sup>处方来源:《中华人民共和国卫生部药品

标准 新药转正标准 第十册》。<sup>②</sup>药物组成:蒲香、丁香蓼。<sup>③</sup>功能主治:活血化瘀,清肠止泻。用于慢性结肠炎性腹泻(慢性菌痢、慢性结肠炎、溃疡性结肠炎)。<sup>④</sup>用法用量:灌肠用。取药膏5g,溶于50~80mL温开水中,放冷至约37℃时保留灌肠,每天大便后1次,4周为1个疗程。

3.2 针灸 常用取穴有中脘、气海、神阙等任脉穴位,脾俞、胃俞、大肠俞等背俞穴,天枢、足三里、上巨虚等足阳明胃经穴位;三阴交、阴陵泉、太冲等足三阴经穴位。治疗方法多用针刺、灸法或针灸药结合<sup>[20]</sup>。

### 并发症预防

并发症包括中毒性巨结肠、肠穿孔、下消化道大出血、上皮内瘤变和癌变。

中毒性巨结肠发病危险因素包括低钾血症、低镁血症、肠道准备以及使用止泻剂等。穿孔是急性重度患者最严重的并发症,其发生与不恰当的全结肠镜检查和中毒性巨结肠延误手术治疗相关。重度患者的早期诊断、更为有效的药物治疗以及早期手术可以降低中毒性巨结肠、穿孔、大出血的发生率。因此,应避免使用抗胆碱能药、止泻药、非甾体抗炎药及阿片类药物等可能引起结肠扩张的药物。重度活动性患者在使用糖皮质激素的基础上结合清肠化湿、凉血解毒等方法治疗。对于激素抵抗型患者,应及早考虑转换治疗(环孢素、他克莫司、英夫利昔),并注意早期识别出可能需要接受结肠切除术的患者,及时转换治疗<sup>[15]</sup>。

肠镜监测有利于肠癌的早期检出进而改善预后。肠镜筛查建议从出现症状8年后开始,评估病变范围并排除上皮内瘤变。除直肠炎,所有患者都需采取监测策略。高风险人群(过去5年中出现狭窄和上皮内瘤变,原发性硬化性胆管炎,广泛、严重的活动性炎症者)需每年进行监测;中度风险人群(广泛的轻中度炎症,炎症后的息肉,一级亲属在50岁或以上诊断肠癌者)需2~3年检查一次肠镜;其余人群每5年检查一次肠镜<sup>[15]</sup>。

### 康复调摄

1. 起居 注意生活调摄,起居规律,注意个人卫生,避免不洁食物,防止肠道感染。适度体育锻炼,可以选择太极拳、太极剑、气功等节奏和缓的非竞技体育项目。

2. 饮食 活动期选择低脂流质或低脂少渣半流质饮食,如含优质蛋白的淡水鱼肉、瘦肉、蛋类等,但避免含乳糖蛋白食品,如牛奶;重度患者可予肠内营养制剂;摄入充足的蛋白质,避免过于辛辣、油炸食物。观察患者对食物的耐受性,选择合适的食物。同时应结合患者的证型与体质因素,如湿热证患者慎食羊肉等温性食品,虚寒证患者避免进食生冷食物如海鲜、冷饮、冷菜冷饭等。饮食日志的记录有助于患者日常的饮食监测,找出不耐受的饮食以避免食用<sup>[21]</sup>。

3. 心理 保持心理健康可以减少复发。注意劳逸结合,情绪稳定,积极向上,学习处理疾病的各种办法和对策,避免不良刺激,避免精神过度紧张<sup>[22]</sup>。

4. 监测 重视对本病癌变的监测,根据风险程度的不同定期肠镜检查。

项目组长:唐旭东。

指南执笔人员:沈洪、唐志鹏、唐旭东、张露、刘亚军、叶柏、温艳东、王凤云、吕林。

指南参与专家(按姓氏笔画排序):丁霞、马群、王邦才、王华宁、王忠、王垂杰、王彦刚、王宪波、王晓素、王捷虹、王敏、戈焰、孔文霞、叶松、叶蔚、田旭东、田耀洲、白光、冯培民、吕宾、朱西杰、朱莹、任顺平、刘力、刘凤斌、刘华一、刘启泉、刘绍能、刘静生、刘震、孙志广、苏娟萍、李吉彦、李延萍、李军祥、李学军、李勇、李艳彦、李振华、李健、李慧臻、杨胜兰、杨晋翔、杨倩、杨翠兰、时昭红、吴耀南、冷炎、汪龙德、汪红兵、迟莉丽、张北平、张志华、张烁、张雅丽、陈苏宁、陈涤平、孟立娜、季光、金小晶、周正华、周其华、鱼涛、庞树玲、郑立升、郑昱、郑培永、赵文霞、赵宇明、郝微微、胡玲、胡鸿毅、查安生、钦丹萍、姜莉云、袁红霞、党中勤、徐进康、徐健众、郭晓燕、黄绍刚、黄适、黄恒青、黄穗平、龚向京、梁超、董明国、蒋健、储浩然、舒劲、曾斌芳、谢胜、谢晶日、蔡敏、潘洋、魏玮。

### 参 考 文 献

- [1] 中华中医药学会脾胃病分会. 消化系统常见病慢性非萎缩性胃炎中医诊疗指南(基层医生版). 中华中医药杂志, 2019,34(8):3613-3618
- [2] 中华中医药学会脾胃病分会. 消化系统常见病功能性消化不良中医诊疗指南(基层医生版). 中华中医药杂志, 2019,34(8):3619-3625
- [3] Molodecky N A, Soon I S, Rabi D M, et al. Increasing incidence and prevalence of the inflammatory bowel diseases with time, based on systematic review. *Gastroenterology*, 2012,142(1):46-54
- [4] Prideaux L, Kamm M A, De Cruz P P, et al. Inflammatory bowel disease in Asia: A systematic review. *Gastroenterol Hepatol*, 2012,27(8):1266-1280
- [5] Jiang X L, Cui H F. An analysis of 10218 ulcerative colitis cases in China. *World J Gastroenterol*, 2002,8(1):158-161
- [6] APDW 2004 Chinese IBD Working Group. Retrospective analysis of 515 cases of Crohn's disease hospitalization in China: Nationwide study from 1990-2003. *J Gastroenterol Hepatol*, 2006,21(6):1009-1015
- [7] Zeng Z R, Zhu Z H, Yang Y Y, et al. Incidence and clinical characteristics of inflammatory bowel disease in a developed region of Guangdong province, China: A prospective population-based study. *J Gastroenterol Hepatol*, 2013,28(7):1148-1153
- [8] Yang H, Li Y M, Wu W, et al. The incidence of inflammatory bowel disease in Northern China: A prospective population-based study. *PLoS ONE*, 2014,9(7):e101296
- [9] 沈洪, 朱磊. 重视溃疡性结肠炎的中西医结合治疗. *中国中西医结合消化杂志*, 2016,24(8):571-574
- [10] 张声生, 赵鲁卿. 溃疡性结肠炎的中医治疗策略和思考. *中国中西医结合消化杂志*, 2016,24(6):411-413
- [11] 朱磊, 沈洪, 顾培青, 等. 沈洪教授治疗溃疡性结肠炎的经验探析. *中华中医药杂志*, 2015,30(7):2381-2383
- [12] 沈洪, 张声生, 王垂杰, 等. 中药分期序贯治疗轻中度溃疡性结肠炎临床观察. *中华中医药杂志*, 2012,27(7):1788-1791
- [13] 沈洪, 张声生, 王垂杰, 等. 中药分期序贯治疗轻中度溃疡性结肠炎111例疗效观察. *中医杂志*, 2011,52(13):1108-1111
- [14] 仝战旗, 杨波, 董新元, 等. 复方苦参结肠溶胶囊治疗湿热内蕴型溃疡性结肠炎多中心、随机、双盲、对照研究. *中国中西医结合杂志*, 2011,31(2):172-176
- [15] 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 and Colitis*, 2017,11(6):649-670
- [16] Dignass A, Eliakim R, Magro F, et al. Second European evidence-based consensus on the diagnosis and management of ulcerative colitis part 1: definitions and diagnosis. *Journal of Crohn's and Colitis*, 2012,6(10):965-990
- [17] 中华医学会消化病学分会炎症性肠病学组. 炎症性肠病诊断与治疗的共识意见(2018年·北京). *中华消化杂志*, 2018,38(5):292-311
- [18] 袁红刚, 沈洪. 沈洪从脏腑辨证治疗溃疡性结肠炎经验撷菁. *辽宁中医杂志*, 2019,46(5):949-951
- [19] 刘大铭, 王新月. 难治性溃疡性结肠炎中医病因病机探讨. *中医杂志*, 2011,52(24):2156-2157
- [20] 中华中医药学会脾胃病分会. 溃疡性结肠炎中医诊疗专家共识意见(2017). *中华中医药杂志*, 2017,32(8):3585-3589
- [21] 周天羽, 宫照东, 陈民. 周学文辨治溃疡性结肠炎临证经验. *辽宁中医杂志*, 2015,42(4):710-712
- [22] 刘忻颖, 陈胜良. 精神心理因素在溃疡性结肠炎中作用的研究进展. *胃肠病学*, 2018,23(3):173-176

(收稿日期: 2019年4月15日)