

doi:10.3969/j.issn.1671-038X.2018.02.01

溃疡性结肠炎中西医结合诊疗共识意见(2017年)

中国中西医结合学会消化系统疾病专业委员会

关键词:溃疡性结肠炎;中西医结合;诊疗

中图分类号:R574.62

文献标志码:A

文章编号:1671-038X(2018)02-0105-08

1 概念

溃疡性结肠炎(ulcerative colitis, UC)是一种病因尚不十分明确、以结直肠黏膜连续性、弥漫性炎症改变为特点的慢性非特异性肠道炎症性疾病,其病变主要限于大肠黏膜和黏膜下层。临床表现为腹泻、黏液脓血便、腹痛。病情轻重不等,多呈反复发作的慢性病程。临床类型可分为初发型、慢性复发型。初发型指无既往病史而首次发作,此型在鉴别诊断中要特别注意,涉及缓解后如何进行维持治疗。慢性复发型指临床缓解期再次出现症状,临床最常见。

2 西医诊断

2.1 临床表现

UC可发生于任何年龄,青壮年期多见,男女性别差异不大^[1],发病高峰年龄为20~49岁。临床以持续或反复发作的腹泻、黏液脓血便伴腹痛、里急后重为主要表现^[2],病程多在4~6周以上。可伴有皮肤黏膜、关节、眼和肝胆等肠外表现^[3]。其中皮肤黏膜表现如口腔溃疡、结节性红斑和坏疽性脓皮病;关节损害如外周关节炎、脊柱关节炎等;眼部病变如虹膜炎、巩膜炎、葡萄膜炎等;肝胆疾病如脂肪肝、原发性硬化性胆管炎、胆石症等^[4]。黏液脓血便是UC的最常见症状。超过6周的腹泻病程与多数感染性肠炎鉴别。

2.2 相关检查

2.2.1 常规检查 血常规、血生化、血沉、C反应蛋白、抗中性粒细胞胞浆抗体(pANCA)、抗酿酒酵母抗体(ASCA)、大便常规、大便隐血、大便培养和粪钙卫蛋白等。

2.2.2 结肠镜检查 病变多从直肠开始,累及结肠及直肠,呈连续性、弥漫性分布,表现为:①黏膜血管纹理模糊、紊乱、充血、水肿、易脆、自发或接触出血及脓性分泌物附着;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糜烂或溃疡;③可见结肠袋囊变浅、变钝或消失,假息肉及桥形黏膜

等^[5]。内镜下黏膜染色技术能提高内镜对黏膜病变的识别能力,结合内镜放大技术^[6],通过对黏膜上皮和隐窝结构的观察,有助于UC的诊断。

2.2.3 黏膜活检组织学检查 建议多段、多点活检。活动期和缓解期具有不同的组织学表现。

活动期:①固有层黏膜内弥漫性急慢性炎症细胞浸润,包括中性粒细胞、淋巴细胞、浆细胞和嗜酸粒细胞等,尤其是上皮细胞间中性粒细胞浸润及隐窝炎,乃至形成隐窝脓肿;②隐窝结构改变:隐窝大小、形态不规则,排列紊乱,杯状细胞减少等;③可见黏膜表面糜烂,浅溃疡形成和肉芽组织增生。

缓解期:①黏膜糜烂或溃疡愈合;②固有层黏膜内中性粒细胞减少或消失,慢性炎症细胞浸润减少;③隐窝结构改变:隐窝结构改变较活动期加重,如隐窝减少、萎缩,可见潘氏细胞化生(结肠脾曲以远)。

病理诊断应注明活动期或缓解期。如有隐窝上皮异型增生(上皮内瘤变)或癌变,应注明。

2.2.4 钡剂灌肠检查 主要改变为:①黏膜粗乱及(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。

2.2.5 手术切除标本病理检查 大体及组织学上符合UC的上述特点。

2.3 诊断

2.3.1 诊断要点 UC缺乏诊断的“金标准”,主要结合临床表现、内镜和病理组织学进行综合分析,在排除细菌性痢疾、阿米巴痢疾、慢性血吸虫病、肠结核、艰难梭菌感染等感染性结肠炎及缺血性结肠炎、放射性结肠炎等非感染性结肠炎的基础上,可按下列诊断标准诊断:①具有典型临床表现为临床疑诊;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;④初发病例如临床表现、结肠镜及或活检组织学改变不典型者,暂不确诊,继续随访观察。

2.3.2 疾病评估 ①病变范围:可参照蒙特利尔分

类(见表1)。②疾病活动的严重程度:UC分为活动期和缓解期,活动期的疾病按严重程度分为轻、中、重。可采用改良的 Truelove-Witts 疾病严重度程度分型(见表2)和改良的 Mayo 活动指数(见表3)。③主要症状及肠黏膜病变轻重分级(见表4)。

表1 蒙特利尔 UC 病变范围分类

分型	分布	结肠镜下所见炎症病变累及的最大范围
E1	直肠	局限于直肠,未达乙状结肠
E2	左半结肠	累及左半结肠(脾曲以远)
E3	广泛结肠	广泛病变累及脾曲以近乃至全结肠

表2 改良的 Truelove-Witts 疾病严重度程度分型

严重程度	排便/(次·d ⁻¹)	便血	脉搏/(次·min ⁻¹)	体温/℃	血红蛋白	血沉/(mm·h ⁻¹)
轻度	<4	轻或无	正常	正常	正常	<20
重度	≥6	重	>90	>37.8	<75%正常范围	>30

注:中度为介于轻、重度之间。

表3 改良的 Mayo 活动指数

项目	计分			
	0分	1分	2分	3分
腹泻	正常	超过正常 1~2 次/d	超过正常 3~4 次/d	超过正常 5 次/d 或以上
便血	未见出血	不到一半时间内出现便中混血	大部分时间内为便中混血	一直存在出血
内镜发现	正常或无活动性病变	轻度病变(红斑、血管纹理减少、轻度易脆)	中度病变(明显红斑、血管纹理缺乏、中度易脆、糜烂)	重度病变(自发性出血、溃疡形成)
医师评估病情	正常	轻度病变	中度病变	重度病变

注:每位受试者作为自身对照,从而评价排便次数的异常程度;每日出血评分代表 1 d 中最严重的出血情况;医师总体评价包括 3 项标准:受试者对于腹部不适的回顾、总体幸福感以及其他表现;总分之和<2 分且无单个分项评分>1 分为缓解期;3~5 分为轻度活动;6~10 分为中度活动;11~12 分为重度活动。

表4 UC 主要症状及肠黏膜病变程度分级

项目	1级(+)	2级(++)	3级(+++)
腹泻	≤3 次/d	3~5 次/d	>6 次/d
脓血便	少量脓血	中等量脓血	多量脓血或便新鲜血
腹痛	轻微;隐痛,偶发	中等度,隐痛或胀痛,每日发作数次	重度,剧痛或绞痛反复发作
里急后重	轻,便后消失	中等,便后略减轻	重,便后不减
充血水肿	轻度	中等度	重度
糜烂	无或轻度	中等度,可伴有出血,周边明显红肿	重度,触之有明显出血,周边显著红肿
溃疡	无或散在分布,数量<3 个,周边轻度红肿	散在分布,数量>3 个,周边明显红肿	分布多,表面布满脓苔,周边显著红肿

3 中医辨证

(1) 大肠湿热证

主症:①腹泻黏液脓血便;②腹痛;③里急后重。

次症:①肛门灼热;②身热不扬;③口干口苦;

④ 小便短赤。

舌脉:舌质红苔黄腻;脉滑数。

证型确定:具备主症 2 项和次症 1 或 2 项,参考舌脉象和理化检查。

(2) 脾虚湿阻证

主症:①大便稀溏,有少量黏液或脓血;②腹部隐痛;③食少纳差。

次症:①腹胀肠鸣;②肢体倦怠;③神疲懒言;

④面色萎黄。

舌脉:舌质淡胖或有齿痕,苔白腻;脉细弱或濡缓。

证型确定:具备主症2项和次症1或2项,参考舌脉象和理化检查。

(3)脾肾阳虚证

主症:①久病不愈,大便清稀或伴有完谷不化;②腹痛绵绵,喜温喜按;③腰膝酸软;④形寒肢冷。

次症:①五更泻或黎明前泻;②食少纳差;③少气懒言;④面色皤白。

舌脉:舌质淡胖或有齿痕,苔白润;脉沉细或尺脉弱。

证型确定:具备主症2项和次症1或2项,参考舌脉象和理化检查。

(4)肝郁脾虚证

主症:①腹痛则泻,泻后痛减,②大便稀溏,或有少许黏液便;情绪紧张或抑郁恼怒等诱因可致上述症状加重。

次症:①胸闷喜叹息;②暖气频频;③胸胁胀痛。

舌脉:舌质淡红,苔薄白;脉弦细。

证型确定:具备主症2项和次症1或2项,参考舌脉象和理化检查。

(5)瘀阻肠络证

主症:①腹痛拒按,痛有定处;②泻下不爽;③下利脓血、血色暗红或夹有血块。

次症:①面色晦暗;②腹部有痞块;③胸胁胀痛;④肌肤甲错。

舌脉:舌质暗红,有瘀点瘀斑;脉涩或弦。

证型确定:具备主症2项和次症1或2项,参考舌脉象和理化检查。

(6)寒热错杂证

主症:①腹痛冷痛,喜温喜按;②下痢稀薄,夹有黏冻;③肛门灼热;④口腔溃疡。

次症:①四肢不温;②腹部有灼热感。

舌脉:舌质红苔薄黄,脉沉细。

证型确定:具备主症2项和次症1或2项,参考舌脉象和理化检查。

(7)热毒炽盛证

主症:①发病急骤,暴下脓血或血便;②腹痛拒按;③发热。

次症:①口渴;②腹胀;③小便黄赤。

舌脉:舌质红绛,苔黄腻;脉滑数。

证型确定:具备主症2项和次症1或2项,参考舌脉象和理化检查。

辨证说明:证型确定以就诊当时的证候为准,具备2个证者称为复合证(2个证同等并存,如脾肾阳

虚与肝郁脾虚证)或兼证型(1个证为主,另1个证为辅,前者称主证,后者称兼证,如脾虚湿阻兼大肠湿热证)。

4 治疗

4.1 治疗原则

UC的治疗目标是诱导并维持临床缓解、促进黏膜愈合、防止并发症和改善患者生存质量^[7];治疗需根据分级、分期、分段的不同而制定。分级指按疾病的严重程度,采用不同的药物和不同治疗方法;分期指疾病分为活动期和缓解期,活动期以诱导缓解临床症状为主要目标,缓解期应继续维持缓解,预防复发;分段治疗指确定病变范围以选择不同给药方法,远段结肠炎可采用局部治疗,广泛性结肠炎或有肠外症状者以系统性治疗为主。其临床治疗方法包括病因治疗与对症治疗、整体治疗与肠道局部治疗、西医药治疗与中医药治疗相结合。

4.2 西医治疗

4.2.1 活动期的处理

(一)轻度UC的处理

可选用氨基水杨酸制剂,如柳氮磺胺吡啶(SASP)4~6 g/d,分次口服;或用5-氨基水杨酸^[8](5-ASA),3~4 g/d,分次口服。病变分布于远段结肠者可酌用SASP栓剂0.5~1 g/次,2次/d;但SASP长期应用会出现不同程度的不良反应,常见头痛、头晕、胃肠道不良反应等症状,亦有过敏反应,男性不育等,但上述不良反应停药后可恢复正常^[9]。或用相当剂量的5-ASA制剂灌肠。疗效不佳时可用氢化可的松琥珀酸钠盐灌肠液100~200 mg/次,每晚1次保留灌肠。

(二)中度UC的处理

可用上述剂量氨基水杨酸类制剂治疗。反应不佳者,改口服皮质类固醇激素,常用泼尼松 $0.75 \sim 1 \text{ mg} \cdot \text{kg}^{-1} \cdot \text{d}^{-1}$,分次口服。对于激素无效或激素依赖或激素抵抗患者,可用免疫抑制剂^[10]硫唑嘌呤或6-巯基嘌呤等。(治疗时常会将氨基水杨酸与巯基嘌呤类药物合用^[11],但氨基水杨酸有可能会增加巯基嘌呤类药物骨髓抑制的毒性)。当激素及上述免疫抑制剂治疗无效时,或激素依赖或不能耐受上述药物治疗时,可考虑使用抗TNF- α 单抗(英夫利西或阿达木单抗)^[12]治疗。

(三)重度UC的处理

一般病变范围较广,病情重,发展快,作出诊断后应及时住院治疗^[13],给药剂量要足。

(1)一般治疗:①补液、补充电解质,防治水电解质、酸碱平衡紊乱,特别注意补钾。便血多、血红蛋白过低者适当输红细胞。病情严重者暂禁食,予胃

肠外营养。②大便培养排除肠道细菌感染,如有艰难梭菌或巨细胞病毒(CMV)感染则做相应处理。③忌用止泻剂、抗胆碱能药物、阿片制剂、NSAIDs等避免诱发中毒性巨结肠。④对中毒症状明显考虑合并细菌感染者应静脉使用广谱抗菌素。⑤密切监测患者生命体征及腹部体征变化,及早发现和合并症。

(2)静脉用激素:为首选治疗。甲泼尼龙龙40~60 mg/d,或氢化可的松300~400 mg/d(剂量再大不会增加疗效,剂量不足则会降低疗效)。

(3)转换治疗的判断:在静脉用足量激素治疗大约5 d仍然无效,则应转换治疗方案。

(4)转换治疗方案选择:①环孢素 $2\sim 4\text{ mg}\cdot\text{kg}^{-1}\cdot\text{d}^{-1}$ 静脉滴注,治疗期间检测血药浓度及不良反应,4~7 d内如病情缓解,则改为口服继续治疗一段时间,但不应超过6个月,逐渐过渡到硫唑嘌呤类药物维持治疗。最新研究英夫利西或阿达木单抗可作“拯救”治疗。②对环孢素或硫唑嘌呤等免疫抑制剂治疗无效者应予抗TNF或维多珠单抗等治疗,如果治疗失败,应考虑使用不同的生物制剂,如果药物治疗没有达到明确的临床效果,则推荐结肠切除手术治疗。

4.2.2 缓解期的处理 症状缓解后,应继续维持治疗至少1年或长期维持,激素不能作为维持治疗药物,维持治疗药物选择应根据诱导缓解时用药情况而定。①氨基水杨酸制剂:由氨基水杨酸制剂或激素诱导缓解后以氨基水杨酸制剂维持,用原诱导剂缓解剂量的全量或半量。如用SASP维持,剂量一般为 $2\sim 3\text{ g/d}$,并应补充叶酸。远端结肠炎以美沙拉嗪局部用药为主(直肠炎用栓剂每晚1次,直肠乙状结肠炎用灌肠剂隔天或数天1次),加上口服氨基水杨酸制剂更好。②硫唑嘌呤类药物:用于激素依赖者、氨基水杨酸制剂不耐受者。剂量与诱导缓解时相同。③生物制剂类药物:以抗TNF药物缓解后继续抗TNF药物维持,对维妥珠单抗有应答的患者,可以使用维妥珠单抗维持缓解治疗。④肠道益生菌:可长期维持治疗,疗效有待进一步研究。

4.2.3 维持治疗疗程 氨基水杨酸制剂维持治疗的疗程为3~5年或更长。对硫唑嘌呤类药物及英夫利西维持治疗的疗程未有共识,视患者具体情况而定。

4.2.4 外科手术治疗 ①绝对指征:大出血、穿孔、明确的或高度怀疑癌变。②相对指征:内科治疗无效的重度UC,合并中毒性巨结肠内科治疗无效者宜更早进行外科手术干预。内科治疗疗效不佳和(或)药物不良反应明显,已严重影响生存质量者,可

考虑外科手术。

4.3 中医药治疗

4.3.1 中医辨证治疗

(1)大肠湿热证

治则:清热化湿,调气行血。

方药:芍药汤《素问病机气宜保命集》,药用炒芍药、黄芩、黄连、大黄炭、槟榔、当归炭、木香、肉桂等。

加减:大便脓血较多者,加白头翁、紫珠、地榆凉血止痢;大便白冻、黏液较多者,加苍术、薏苡仁健脾燥湿;腹痛较甚者,加延胡索、乌药、枳实理气止痛;身热甚者,加葛根、金银花、连翘解毒退热。

(2)脾虚湿阻证

治则:健脾益气,化湿止泻。

方药:参苓白术散《太平惠民和剂局方》,药用人参、茯苓、炒白术、桔梗、山药、白扁豆、莲子肉、砂仁、炒薏苡仁、甘草等。

加减:便中伴有脓血者,加败酱草、黄连,广木香;大便夹不消化食物者,加神曲、枳实消食导滞;腹痛畏寒喜暖者,加炮姜;寒甚者,加附子温补脾肾;久泻气陷者,加黄芪、升麻、柴胡升阳举陷。

(3)脾肾阳虚证

治则:健脾温肾,温阳化湿。

方药:理中汤《伤寒论》合四神丸《内科摘要》,药用人参、干姜、白术、甘草、补骨脂、肉豆蔻、吴茱萸、五味子、生姜、大枣等。

加减:腹痛甚者,加白芍缓急止痛。小腹胀满者,加乌药、小茴香、枳实理气除满;大便滑脱不禁者,加赤石脂、诃子涩肠止泻。

(4)肝郁脾虚证

治则:疏肝理气,健脾和中。

方药:痛泻要方《景岳全书》合四逆散《伤寒论》,药用柴胡、芍药、枳实、陈皮、防风、白术、甘草等。

加减:排便不畅、矢气频繁者,加枳实、槟榔理气导滞;腹痛隐隐,大便溏薄。倦怠乏力者,加党参、茯苓、炒扁豆健脾化湿;胸胁胀痛者,加青皮、香附疏肝理气;夹有黄白色黏液者,加黄连、木香清肠燥湿。

(5)瘀阻肠络证

治则:活血化瘀,理肠通络。

方药:少腹逐瘀汤《医林改错》加减,药用当归、赤芍、红花、蒲黄、五灵脂、延胡索、没药、小茴香、乌药、肉桂等。

加减:腹满痞胀甚者加枳实、厚朴;肠道多发息肉者加山甲珠、皂角刺;腹痛甚者加三七末(冲)、白芍;晨泻明显者加补骨脂。

(6)寒热错杂证

治则:温中补虚,清热化湿。

方药:乌梅丸(《伤寒论》)加减,药用乌梅、黄连、黄柏、肉桂(后下)、细辛、干姜、党参、炒当归、制附片等。

加减:大便伴脓血者,去川椒、细辛,加秦皮、生地榆;腹痛甚者,加徐长卿、延胡索。

(7)热毒炽盛证

治则:清热解毒,凉血止痢。

方药:白头翁汤(《伤寒论》),药用白头翁、黄连、黄柏、秦皮等。

加减:便下鲜血、舌质红绛者,加紫草、生地榆、生地;高热者加水牛角粉、栀子、金银花;汗出肢冷,脉微细者,静脉滴注参附注射液或生脉注射液。

4.3.2 中成药治疗

(1)香连丸:由黄连、木香组成,具有清热燥湿,行气止痛的功效,用于大肠湿热证。用法用量:口服,3~6 g/次,2~3次/d。

(2)参苓白术散:由人参、茯苓、炒白术、桔梗、山药、白扁豆、莲子肉、砂仁、炒薏苡仁、甘草组成,具有健脾化湿止泻的功效。用于脾虚湿阻证。用法:口服,6~9 g/次,2~3次/d。

(3)乌梅丸:由乌梅肉、黄连、附子(制)、花椒(去椒目)、细辛、黄柏、干姜、桂枝、人参、当归组成,具有清上温下,寒热并调的功效,用于寒热错杂证。用法用量:口服,2丸/次,1~3次/d。

(4)补脾益肠丸:由白芍、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、延胡索等组成,具有补中益气,健脾和胃,涩肠止泻的功效。用于脾肾阳虚证。用法用量:口服,6 g/次,3次/d。

(5)虎地肠溶胶囊:由朱砂七、虎杖、白花蛇舌草、北败酱、二色补血草、地榆(炭)、白及、甘草等组成。具有清热、利湿、凉血的功效。用于大肠湿热证。用法用量:口服。4粒/次,3次/d,4~6周为1个疗程。

(6)肠胃宁片:由党参、白术、黄芪、赤石脂、干姜、木香等组成。具有健脾益肾,温中止痛,涩肠止泻的功效。用于脾肾阳虚证。用法用量:口服,4粒/次,3次/d,4~6周为1个疗程。

(7)结肠宁灌肠剂:由蒲黄、丁香蓼等组成。具有活血化瘀,清肠止泻的功效。用于瘀阻肠络证等。用法用量: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,每天大便后1次,4周为1个疗程。

(8)固肠止泻丸(结肠炎丸):由乌梅、黄连、干

姜、木香、罂粟壳、延胡索组成。具有调和肝脾、涩肠止痛的功效。用于肝郁脾虚证。用法用量:口服,4 g/次,3次/d。

(9)固本益肠片:由党参、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、甘草组成。具有健脾温肾,涩肠止泻的功效。用于脾肾阳虚证。用法用量:口服,8片/次,3次/d。

(10)康复新液:美洲大蠊干燥虫体的乙醇提取物精制而成的一种生物制剂,有效成分为多元醇类和肽类。具有通利血脉养阴生肌的功效用于各证型UC患者。用法用量:口服,10 ml/次,3次/d,或50~100 ml保留灌肠,1次/d。

(11)龙血竭片(肠溶衣):具有活血散瘀,定痛止血,敛疮生肌。用于瘀阻肠络证。用法用量:口服,4~6片/次,3次/d。

(12)锡类散:锡类散源于清代《金匱翼》,由牛黄、青黛、珍珠、冰片、人指甲、象牙屑、壁钱炭组成。具有清热解毒、化腐生肌等功效。用于UC的灌肠治疗。用法用量:保留灌肠,1.5 g加100 ml生理盐水,1次/d。

4.4 中医特色疗法

4.4.1 针刺疗法 常用取穴: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。

4.4.2 灸法 常用取穴:中脘、天枢、关元、脾俞、大肠俞等穴,可采用回旋灸或雀啄灸法。

4.4.3 推拿疗法^[14] 背部两侧膀胱经使用推摩法、双手拇指推法治疗,从膈俞高度到大肠俞水平;肾俞、命门等穴使用小鱼际擦法;膈俞、膏肓俞、脾俞、胃俞、大肠俞等穴使用拇指按法。

4.4.4 穴位贴敷疗法^[15] 常用穴贴用药:炮附子、细辛、丁香、白芥子、赤芍、生姜等,可根据辨证用药加减,常用穴位:上巨虚、天枢、足三里、命门、关元等穴。

4.4.5 穴位埋线疗法^[16] 常用取穴:中脘、足三里、天枢、大肠俞,脾胃虚弱者配脾俞,脾肾阳虚日久者配肾俞、关元、三阴交;脾胃有湿者配阴陵泉。

4.5 中药灌肠治疗

中药保留灌肠一般将清热解毒、活血化瘀与敛疮生肌类药物配合应用。清热解毒类:青黛、黄连、黄柏、白头翁、败酱草等。常用灌肠方有锡类散、溃结清(枯矾、赤石脂、炉甘石、青黛、梅花点舌丹)、敛疮生肌类:珍珠、中黄、冰片、琥珀、儿茶等;活血化瘀类:蒲黄、丹参、三七;锡类散(牛黄、青黛、珍珠、冰片、人指甲、象牙屑、壁钱炭)、康复新液(美洲大蠊干燥虫体的乙醇提取物精制而成的一种生物制剂,有

效成分为多元醇类和肽类)、青黛散(青黛、黄柏、儿茶、枯矾、珍珠)、复方黄柏涂剂(连翘、黄柏、金银花、蒲公英、蜈蚣)等。临床可将中药复方煎剂或中成药,液体约80 ml,每晚灌肠1次。

4.6 中西医结合诊治要点

针对UC不同时期发病情况,寻找中西医结合治疗的切入点,对于诱导临床症状缓解,促进黏膜愈合,改善生活质量方面,以提高临床疗效具有重要意义。当急性发作得到控制后,氨基水杨酸制剂对减少复发均有效,中医药治疗能够明显改善患者的体质,可以逐渐减少甚至停用美沙拉嗪制剂。患者不宜长期使用激素,硫唑嘌呤或6-MP等免疫抑制剂可作为激素依赖性患者需减少激素剂量时的配合用药。

4.6.1 轻中度活动期 UC 中医药治疗轻中度UC的疗效与美沙拉嗪制剂相当,能明显改善患者腹痛、腹泻、黏液脓血便及里急后重等临床症状,诱导临床症状缓解,促进黏膜愈合,提高患者生活质量;中医药能发挥辨证论治的特点,可以进行个体化治疗,能改善控制患者临床症状和提高患者生活质量。

4.6.2 重度 UC 在使用美沙拉嗪制剂、激素和免疫抑制剂联合中医药的治疗,能缩短诱导临床症状缓解的时间,减少激素和免疫抑制剂的不良反应,在诱导临床症状缓解后能逐步减少上述药物的用量,甚至停用上述药物。

4.6.3 难治性 UC 在使用美沙拉嗪制剂、激素和免疫抑制剂或生物制剂的基础上联合中医药的治疗,能诱导临床症状缓解,逐步减少、甚至停用上述药物,避免上述药物的毒副作用。

4.6.4 缓解期 UC 中医药治疗能够明显改善患者的体质,可以逐渐减少甚至停用美沙拉嗪制剂;中药的服药频次可以逐步减少,而达到长期的缓解,减少患者的复发率;中药服用可从1 d/剂,减至2~3 d/剂,甚至1周/剂维持缓解,减少药物的服用量。

4.6.5 强调中西医局部治疗 直肠型UC可单独使用中药口服治疗或局部灌肠治疗,如果效果不佳,可加用美沙拉嗪栓剂,严重者可局部使用少量激素灌肠治疗;左半结肠型和全结肠型UC建议均加用中药灌肠、美沙拉嗪栓剂或灌肠液,以求快速诱导临床缓解,提高临床疗效。

4.6.6 重视癌变监测,定期肠镜检查 建议病史超过6~8年的UC患者行结肠镜检查以确定当前病变的范围;伴有原发性硬化性胆管炎发生结肠癌风险较高,应每年进行肠镜监测;如为直肠型,无需肠镜监测;广泛性结肠炎或左半结肠炎患者,第8年起,每1~2年(高风险者)或者每3~4年(低风险

者)行肠镜检查,对UC患者进行风险评判,根据不同风险患者,调整治疗方案。

4.7 疗效评定标准

对于UC的疗效评定,主要包含单项症状疗效、中医证候疗效、临床疗效、黏膜组织学疗效和生活质量5种方法,具体如下:

4.7.1 单项症状疗效评定 ①临床控制:治疗后症状消失;②显效:治疗后症状分级减少1级;③好转:治疗后症状分级减少2级;④无效:治疗后症状无改变或加重。(注: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级:症状严重,影响到日常生活,难以坚持工作,积3分。腹痛分级采用视觉模拟法(VAS划线法),即在无痛到剧痛之间划一条长线(一般为100 mm),线上不作标记、数字或词语,以免影响评估结果。一端代表无痛,另一端代表剧痛,让患者在线上最能反应自己疼痛程度之处划一交叉线。评估时测量交叉线到0之间的距离,每10 mm为1分。VAS疼痛评分标准(0~10分)0分:无痛;3分以下:有轻微的疼痛,能忍受;4~6分:患者疼痛并影响睡眠,尚能忍受;7~10分:患者有渐强烈的疼痛,疼痛难忍,影响食欲,影响睡眠。

4.7.2 中医证候疗效评定 主要采用尼莫地平法,疗效指数=(疗前积分-疗后积分)÷疗前积分×100%。①临床痊愈:疗效指数≥95%;②显效:70%≤疗效指数<95%;③有效:30%≤疗效指数<70%;④无效:疗效指数<30%。

4.7.3 临床疗效评定 主要依据改良的Mayo活动指数(见表5)。

4.7.4 黏膜组织学评定 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(见表6)。

4.7.5 生活质量评定 采用包括32个定性和半定量问题的IBDQ量表,测量IBD患者生活肠道症状(10个问题)、全身症状(5个问题)、情感能力(12个问题)、社会能力(5个问题)4个方面,每个问题的答案均分7个等级,计1~7分,总分32~224分,分值越高,生存质量越好。

计分方法:肠道症状:1+5+9+13+17+20+22+24+26+29;全身症状:2+6+10+14+18;情感功能:3+7+11+15+19+21+23+25+27+30+31+32;社会功能:4+8+12+16+28。

表5 改良 Mayo 活动指数

项目	计分			
	0分	1分	2分	3分
腹泻	正常	超过正常 1~2 次/d	超过正常 3~4 次/d	超过正常 5 次/d 或以上
便血	未见出血	不到一半时间内出现便中混血	大部分时间内为便中混血	一直存在出血
内镜发现	正常或无活动性病变	轻度病变(红斑、血管纹理减少、轻度易脆)	中度病变(明显红斑、血管纹理缺乏、易脆、糜烂)	重度病变(自发性出血、溃疡形成)
医师评估病情	正常	轻度病变	中度病变	重度病变

注:临床有效:总 Mayo 评分从基线水平降低 $\geq 30\%$ 或 ≥ 3 分,同时伴有便血亚评分降低 ≥ 1 分或便血亚评分的绝对分为 0 分或 1 分。临床缓解:总 Mayo 评分 ≤ 2 分且无单个分项评分 > 1 分。内镜应答:Mayo 评分内镜亚评分相对于基线下降至少 1 分。黏膜愈合:Mayo 评分内镜亚评分的绝对分为 0 分或 1 分。

表6 Geboes 组织学指数

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
3.0	无	
3 级 (上皮层中性粒细胞)	3.1	$< 30\%$ 隐窝受累
	3.2	$< 50\%$ 隐窝受累
	3.3	$> 50\%$ 隐窝受累
	4.0	无
4 级 (隐窝破坏)	4.1	部分粒细胞浸润
	4.2	隐窝减少
	4.3	明确的隐窝破坏
	5.0	无
	5.1	可见上皮细胞附近炎症
5 级 (糜烂和溃疡)	5.2	点状糜烂
	5.3	明确的糜烂
	5.4	溃疡和肉芽组织

项目 负责人:李军祥、陈 言

共识意见执笔人:李军祥、陈 言

参与本共识意见专家如下(按姓氏笔画排名):

王长洪、甘 淳、冯五金、冯培民、吕 宾、任顺平、危北海、刘成海、刘绍能、刘占举、江学良、劳绍贤、苏娟萍、李天望、李军祥、李 岩、李道本、杨春波、杨胜兰、肖 冰、吴云林、何晓晖、沈 洪、迟莉丽、张万岱、陈治水、陈 言、赵洪川、胡 玲、柯 晓、姚希贤、姚树坤、徐克成、唐文富、唐旭东、唐志鹏、唐艳萍、梁 健、谢 胜、谢晶日、窦永起、魏品康

参考文献

- [1] Wang Y, Ouyang Q. Ulcerative colitis in China: retrospective analysis of 3100 hospitalized patients [J]. J Gastroenterol Hepatol, 2007, 22(9):1450-1455.
- [2] 裴银奇, 赵党生. 溃疡性结肠炎中医药治疗研究进展 [J]. 中医研究, 2016, 29(9):77-80.
- [3] 陈劲华, 李初俊, 鄧敏. 炎症性肠病的肠外表现及治疗进展 [J]. 世界华人消化杂志, 2016, 24(1):1-9.
- [4] Mendes F D, Levy C, Enders F B, et al. Abnormal hepatic biochemistries in patients with inflammatory bowel disease [J]. Am J Gastroenterol, 2007, 102(2):344-350.
- [5] Danese S, Fiocchi C. Ulcerative colitis [J]. N Engl J Med, 2011, 365(18):1713-1725.
- [6] 刘思德, 姜泊, 周殿元. 放大内镜结合黏膜染色技术诊断溃疡性结肠炎——附 116 例放大内镜形态分析 [J]. 现代消化及介入诊疗, 2005, 10(2):116-118.
- [7] 沈洪, 朱磊. 重视溃疡性结肠炎的中西医结合治疗 [J]. 中国中西医结合消化杂志, 2016, 24(8):571-574.
- [8] 曲云东, 林森. 氨基水杨酸类药物治疗炎症性肠病的应用进展 [J]. 世界临床药物, 2008, 29(12):727-730.

(下转第 120 页)

- 医, 2000, 22(9):690-690.
- [42] 黄海燕. 小建中胶囊治疗消化性溃疡 186 例的临床疗效观察[J]. 海峡药学, 2009, (5):165-166.
- [43] 原冬亚, 李霞丽. 乌贝散治疗消化性溃疡 62 例临床观察[J]. 中国现代药物应用, 2010, 4(3):181-181.
- [44] 杨洪英, 仝瑞民, 段复华, 等. 胃康胶囊治疗消化性溃疡的疗效观察[J]. 现代消化及介入诊疗, 2014, 19(3):197-199.
- [45] 刘清, 林亚, 徐丽涛. 珍珠胃安丸治疗消化性溃疡 28 例疗效观察[J]. 江西医学院学报, 2003, 43(2):58-60.
- [46] 胡伏莲, 成虹, 张学智, 等. 多中心临床观察荆花胃康联合三联疗法治疗幽门螺旋杆菌相关性十二指肠溃疡和胃炎疗效及耐药分析[J]. 中华医学杂志, 2012, 92(10):679-684.
- [47] 胡伏莲, 王蔚红, 胡品津, 等. 温胃舒、养胃舒治疗 Hp 相关性胃炎和消化性溃疡的全国多中心临床研究[J]. 中华医学杂志, 2010, 90(2):75-78.
- [48] 马晨飞. 康复新液联合泮托拉唑三联疗法治疗消化性溃疡的临床疗效[J]. 临床合理用药, 2016, 9(7C):69-70.

(上接第 111 页)

- [9] 吕超智. 柳氮磺吡啶的不良反应及其防治措施[J]. 医药导报, 2012, 31(4):537-538.
- [10] 李霞, 曲波, 姜海燕, 等. 激素依赖型溃疡性结肠炎的治疗进展[J]. 胃肠病学和肝病杂志, 2012, 22(1):95-98.
- [11] Paoluzi O A, Pica R, Marcheggiano A, et al. Azathioprine and metho-trexate in the treatment of patients with steroid-dependent or steroid-resistant ulcerative colitis: results of an open-label study on efficacy and tolerability in inducing and maintaining remission[J]. Aliment Pharmacol Ther, 2002, 16(10):1751-1759.
- [12] Bocker U. Infliximab in ulcerative colitis[J]. Scand J Gastroenterol, 2006, 41(9):997-1000.
- [13] 欧阳钦, 张虎. 重症溃疡性结肠炎的诊断、评估与治疗[J]. 临床内科杂志, 2006, 20(8):512-524.
- [14] 吕明, 刘晓艳. 推拿三步九法结合针灸治疗慢性溃疡性结肠炎 46 例[J]. 辽宁中医杂志, 2005, 32(9):951.
- [15] 黄磊, 蔡植, 朱莹, 等. 溃结宁膏穴位贴敷治疗脾肾阳虚型溃疡性结肠炎: 随机对照研究[J]. 中国针灸, 2013, 33(7):577-581.
- [16] 罗高国, 郭新侠, 杨洋. 穴位埋线与灸法治疗溃疡性结肠炎疗效对比[J]. 上海针灸杂志, 2012, 31(11):822-823.