

# 溃疡性结肠炎中医证型分布及与肠镜象相关性研究进展\*

安玉秋<sup>1</sup> 王惠娟<sup>1△</sup>

[关键词] 溃疡性结肠炎;中医证型;肠镜象

DOI:10.3969/j.issn.1671-038X.2021.05.15

[中图分类号] R574.62 [文献标志码] A

## Research progress on the distribution of Traditional Chinese Medicine syndrome and its correlation with enteroscopy in ulcerative colitis

**Summary** In this paper, the distribution of Traditional Chinese Medicine syndromes and their correlation with enteroscopy in ulcerative colitis were reviewed, and the correlation between Traditional Chinese Medicine syndromes and the range, severity, mucosal manifestations and classification of enteroscopy was considered.

**Key words** ulcerative colitis; Traditional Chinese Medicine syndrome; enteroscopy

溃疡性结肠炎(ulcerative colitis, UC)是一种不明病因的慢性非特异性肠道炎症性疾病,病变黏膜炎症具有连续性、弥漫性的特点。近几十年来,本病在发展中国家的发病率逐年上升,而且具有一定的癌变倾向<sup>[1]</sup>。肠镜及病理组织学检查一直是UC确诊的金标准,肠镜检查也是本病治疗的重要手段之一。近年来,中医药通过辨病、辨证、辨体在UC的个体化治疗上取得了确切的疗效,辨证分型是基础。中医药治疗UC具有独特的优势,但存在一定的主观性。肠镜作为中医望诊的延伸,为中医药临床辨证论治提供了客观参考,因此,不少学者开始研究UC中医证型与肠镜象之间的相关性。本文通过整理和阅读相关文献,分析中医证型与肠镜象的分布规律,并深入研究二者之间的相关性,将中医诊治方法与现代检查手段相结合,为实现辨病与辨证相结合防治UC提供新思路。

### 1 UC的概念及肠镜象

#### 1.1 UC的概念

UC是一种在遗传、饮食、免疫和环境等因素影响下出现的肠道黏膜炎症性疾病,主要病变部位是直肠、结肠<sup>[2]</sup>,其特异性的临床表现是腹泻、脓液黏血便。UC的发病机制尚不明确,目前研究考虑可能与免疫因素、遗传因素、饮食及环境因素等有关。UC随着病情的进展会出现癌变,研究发现患病30年的UC患者结肠癌发病率高达18.4%<sup>[3]</sup>。

近20年来,我国UC患者人数呈快速上升趋势<sup>[4]</sup>。关于本病的治疗,内科主要以氨基水杨酸制剂、糖皮质激素、生物制剂等药物为主,外科手术是出现严重并发症患者的另一选择。中医药通过辨证论治、针灸、灌肠等多种治疗方法,在UC的治疗上取得了显著的疗效。近年来药理学研究发现中药治疗UC具有多成分、多靶点、多通路等特点,主要通过降低炎症反应、调节免疫机制、促进肠道黏膜修复等<sup>[5-6]</sup>。因此,中西医结合治疗本病是必然趋势,寻找中医和西医的契合点,将辨证论治和现代医疗技术相结合,才能实现治疗效果的最大化<sup>[7]</sup>。

#### 1.2 UC的肠镜象

结肠镜作为UC诊断的金标准,在肠镜下可以观察疾病发生的部位、病灶黏膜的色泽及破损情况、病灶表面附着物等。具体表现有黏膜充血水肿、黏膜血管纹理模糊、黏膜糜烂溃疡、脓性分泌物、黏膜脆性增加、黏膜颗粒样改变、黏膜桥、息肉、管腔狭窄、肠管缩短<sup>[8]</sup>等。有研究发现UC的病变部位以左半结肠为主,符合UC发病从直肠开始向上发展的特点<sup>[9]</sup>。焦政<sup>[10]</sup>通过研究发现76例UC患者内镜下黏膜色泽以红、深红为主,黏膜破损情况以大面积溃疡居多,其次是水肿、糜烂。UC患者凝血机制异常,血液流变学改变导致红细胞聚集,血液呈高凝状态则黏膜以红、深红为主,血液灌注减少,肠黏膜组织坏死则发生溃疡。刘艳迪等<sup>[11]</sup>通过回顾性分析2869例UC患者的临床病例资料,发现结肠镜下表现主要以肠黏膜溃疡或糜烂形成、弥漫性充血水肿为主,与上述研究结果一致。UC肠镜下表现的差异,为研究肠镜象与不同中医证型的相关性提供了可能。

\*基金项目:国家重点研发计划“中医药现代化研究”专项(国家重点基础研究发展计划(973计划)(No:2018YFC1705404);山东省中医药科技发展计划(No:2011-118)

<sup>1</sup> 山东中医药大学(济南,250000)

<sup>△</sup> 审校者

通信作者:王惠娟, E-mail: wanghuijuan@163.com

## 2 UC 的病因病机

中医学中并无“溃疡性结肠炎”之病名,但“大瘕泻”“痢疾”“肠癖”“滞下”“久痢”等疾病特点符合 UC 的主要临床特征。古代医学对 UC 的病因病机作了记载,《内经》中指出“春伤于风,夏生飧泄”,提示 UC 的发病与感受外邪有着密切关系。《景岳全书》中指出“脾弱者,因虚所以易泄”、“肾中阳气不足,则命门火衰当阳气未复……,阴气盛极之时,即令人洞泄不止”,指出本病的病机以脾肾虚弱为本,与 UC 患者病情反复,迁延日久有关。《证治汇补》中指出“饮食过多,脾胃不运,生冷失调,湿热乃成,痢下黄色”,提示本病的发生与饮食因素有关,寒热不调,损伤脾胃,运化失司则见痢下。现代学者总结前人的经验,结合现代医学技术来分析 UC 的病因病机。周学文认为湿邪是 UC 重要的病因,存在疾病的整个病程,其中肠道湿热是本病最主要的发病机理,清热利湿是主要治法<sup>[12]</sup>。朱伟宁等<sup>[13]</sup>认为 UC 病因病机与疾病分期有关,急性期主要因外邪、湿热邪气熏蒸肠道,脂络受损而致,治疗当以祛邪、清热祛湿为首要;迁延期则以湿热邪气未除,脾肾阳气已虚为主,扶正祛邪是主要治法。徐珊认为本虚标实是 UC 病机的概括,先天不足、脾肾亏虚为本,湿热壅滞、肝气郁结为标,病程日久必然导致阴伤、血瘀<sup>[14]</sup>。

总之,中医学认为其病因病机主要以先天禀赋不足、素体脾胃虚弱为主,在饮食、情志及外邪等因素的影响下,导致肠道功能失司,本虚标实,虚实夹杂。

## 3 UC 中医证型分布规律研究进展

### 3.1 UC 的中医体质研究

现代临床常用的体质分类法是王琦根据阴、阳、气、血、津液的盛、衰、虚、实变化为主,分为偏颇质、平和质、湿热质、痰湿质等 9 种体质<sup>[15]</sup>。朱微微等<sup>[16]</sup>通过 68 例 UC 患者与 68 例健康人群的对照研究,发现偏颇质比平和质的患病率更高,其中痰湿质所占比例最高,湿热质次之,痰湿停滞肠腑,则出现黏液便,大便次数增多且不成形,湿热损伤肠络则出现血便。王利平等<sup>[17]</sup>研究发现,26 例 UC 患者中以阳虚质(73.08%)和气虚质(61.54%)为主,符合 UC 以脾肾亏虚为本的病机。王琦教授通过将 UC 中医病因病机与临床病例资料相结合,发现湿热体质与本病的发生关系最为密切,治疗时应重用清热燥湿的中药,如薏苡仁、苍术等<sup>[18]</sup>。张倩等<sup>[19]</sup>通过对 213 例 UC 患者的问卷调查得出,UC 患者中医体质以平和质、阳虚质、气虚质最多见的,特禀质最少见,指出临床用药应注意固护患者的正气。UC 患者的中医体质受性别、年龄、地域环境、饮食嗜好、疾病分期等不同因素的影响,相关文献之间存在差异,目前此类研究较少,仍需进一步深入。

### 3.2 UC 的中医证型研究

本病复杂的病因病机也提示了中医证型的多样性,张声生等<sup>[20]</sup>认为 UC 主要分为大肠湿热证、脾虚湿蕴证、肝郁脾虚证、热毒炽盛证、寒热错杂证、脾肾阳虚证及阴血亏虚证 7 种中医证型;这也是目前临床最具共识的分型标准<sup>[21]</sup>。黄庆丽等<sup>[22]</sup>研究 75 例 UC 患者,发现其中医证型以脾虚湿盛证最为常见,且与患者性别、年龄及发病部位有相关性,治疗上应注重健脾祛湿。赵新芳等<sup>[23]</sup>研究发现 UC 患者中大肠湿热证占总体的 55%,而且中医证型在不同发病部位的分布各有差异,其中广泛性或全结肠病变中以血瘀肠络证为主,考虑原因与该部位病变时间长、病情较重有关。张天涵等<sup>[24]</sup>、范一宏等<sup>[25]</sup>认为湿邪时 UC 缠绵难愈、反复发作的重要因素,大肠湿热证是 UC 最常见的中医证型,活动期以大肠湿热证多见,缓解期以肝郁脾虚证、脾虚湿蕴证多见,证明了中医证型分布与疾病分期有关,活动期湿热邪气灼伤血管脉络,肠道脂络受损,下痢脓血,以实证为主;缓解期则脾气受损,肝气犯脾或湿邪留恋,下痢不止,以虚证或虚实夹杂证为主。周宇倩等<sup>[26]</sup>、张建觅等<sup>[27]</sup>通过研究发现 UC 患者中医证型出现频率最高的是大肠湿热证,主要发生于疾病前期,疾病后期则以脾肾阳虚证、脾气虚弱证为主,这与 UC 脾胃虚弱为本、湿热壅滞为标的基本病机相符,提示中医辨证分型与病情轻重有关。综上所述,UC 的中医证型分布与患者性别、年龄以及疾病发生部位、病程分期、病情轻重都有着密切联系。

在中国知网数据库检索近 10 年中医药治疗 UC 的相关文献,共获得 211 篇文献,统计中医证型的分布情况,经规范化共得到 15 个中医证型,累计频次 280 次,前 7 位依次是大肠湿热证(80 次)、脾虚湿阻证(68 次)、脾肾阳虚证(23 次)、肝郁脾虚证(22 次)、瘀阻肠络证(17 次)、热毒壅盛证(8 次)、寒热错杂证(7 次),上述 7 个证型占总频次的 80.36%。本次统计结果与上述研究结论基本一致。

## 4 UC 中医证型与肠镜象的相关性研究进展

### 4.1 中医证型与病变范围

贾子君<sup>[28]</sup>通过收集 42 例 UC 患者的中医证型与肠镜检查结果资料发现,UC 中医证型分布与该病变范围具有一定的相关性,直肠病变的中医证型多以大肠湿热证为主,左半结肠病变的中医证型分布较为分散,广泛结肠病变则以热毒炽盛证与大肠湿热证为主。焦政<sup>[10]</sup>研究发现 76 例 UC 患者中病变范围以左半结肠为主,该部位的中医证型多见脾虚湿蕴证、大肠湿热证、肝郁脾虚证。林志宾<sup>[29]</sup>研究发现 UC 病变范围在直肠以脾虚湿蕴证和脾虚湿热证为主,左半结肠以大肠湿热证和脾虚湿热

证为主,全结肠以脾虚湿蕴证和脾虚湿热证为主。有研究发现 UC 的中医证型与病变范围之间存在联系,具体表现在直肠以脾虚湿蕴证和大肠湿热证为主。左半结肠以肝郁脾虚证、脾肾阳虚证和脾虚湿蕴证为主,全结肠以脾肾阳虚证为主,与上述结果具有一致性<sup>[30]</sup>。

以上研究提示 UC 中医证型与病变范围具有相关性,UC 的病变多从直肠开始,随着病情加重逐渐向乙状结肠、左半结肠甚至全结肠进展,这与 UC 中医病机具有一致性。本病初起多是湿热邪气损伤肠道,湿热阻滞气机,气血相互搏结,日久则脾肾受损,虚实夹杂,寒热错杂。

#### 4.2 中医证型与疾病严重程度

惠瑜婷<sup>[31]</sup>通过研究 UC 中医证型的分布规律及相关性发现,肠黏膜病变程度与中医证型有一定的相关性,中、重度患者以大肠湿热证多见,轻、中度患者以肝郁脾虚证、脾虚湿热证多见。刘新波<sup>[32]</sup>研究发现大肠湿热证和脾虚湿蕴证的 UC 患者的临床严重程度均以轻、中度为主,证实了本病中医证型与内镜下严重程度具有相关性。焦政<sup>[10]</sup>研究发现 76 例 UC 患者中病情严重程度以中度为主,其次为轻度、重度,其中中度中医证型以大肠湿热证、肝郁脾虚证、脾虚湿蕴证为主,轻度以大肠湿热证、肝郁脾虚证为主,重度则以热毒炽盛证、大肠湿热证为主。贾子君<sup>[28]</sup>研究发现轻度以大肠湿热证为主,脾虚湿阻证次之,中度以大肠湿热证、脾虚湿阻证、肝郁脾虚证为主,重度以热毒炽盛证为主。

以上研究说明不同 UC 中医证型间本病的严重程度确有不同,轻中度以大肠湿热证为主,这与机体正气尚未大伤,治疗较易取效有关<sup>[33]</sup>。

#### 4.3 中医证型与内镜下黏膜表现

研究发现大肠湿热证以肠黏膜水肿充血、小溃疡、糜烂呈针尖样及表面覆着脓性分泌物<sup>[34]</sup>,也可伴血管纹理模糊等<sup>[8]</sup>。考虑原因主要为湿热邪气壅滞,熏蒸肠腑,气血运行不畅,脂络破损而致充血水肿,湿性黏滞,附于肠道而形成脓性分泌物;脾虚湿蕴证以黏膜水肿为主<sup>[35]</sup>,脾胃亏虚为本,气血运行不畅,湿邪留滞胃肠,水液气化不行,则表现为肠黏膜的水肿。该证型的肠黏膜假性息肉的发生率高于其他证型<sup>[36]</sup>,患者素体脾肾阳虚或过食生冷等致寒湿内生,阻滞肠道,湿浊与瘀血相互搏结而形成假性息肉;肝郁脾虚证、热毒炽盛证以肠黏膜自发性出血为主<sup>[37]</sup>,肝郁脾虚证出血颜色淡红,与脾虚无力统摄、运行血液,血溢脉外有关,脾虚运化失司,营血失养则色淡。热毒炽盛证<sup>[35]</sup>出血颜色深红,热毒入里,燔灼营血则色深红。此外热毒炽盛证可见黏膜血管纹理模糊、糜烂溃疡为主<sup>[35]</sup>,热毒邪气煎灼肠腑,黏膜受损则发糜烂溃疡;脾肾阳虚证多见桥状黏膜、结肠袋变钝及肠黏膜皱壁浅

薄<sup>[36-37]</sup>,脾肾阳虚,水液不得温化,积聚于黏膜则见糜烂、溃疡,气虚无力推动则结肠运动减弱,结肠袋变钝,黏膜皱襞浅薄;阴血亏虚证、寒热错杂证以黏膜粗糙颗粒状触之易出血、假性息肉为主<sup>[38]</sup>,此证型病程较长,反复发作,导致气血津液亏虚,虚热内伤营血,黏膜失养则粗糙、色暗,易形成息肉。上述研究中各中医证型以大肠湿热证多见,该证型肠镜下多表现为脓性分泌物、黏膜糜烂溃疡、黏膜充血水肿,考虑原因可能是湿热之邪侵袭肠黏膜,湿邪重浊、黏滞则出现分泌物秽浊不清,火热邪性炎上、易耗气动血则出现黏膜溃疡及充血水肿。

以上研究结果证明 UC 中医证型与内镜下黏膜表现存在较强的相关性,不同的中医证型对应不同的肠道黏膜损伤,提示临床上可以通过早期辨证分型对 UC 患者进行相应的防治,从而减缓肠道损伤。

#### 4.4 中医证型与肠镜分型

研究发现 UC 患者内镜下分型与中医证候的虚实密切相关,I型的患者以实证为主,多见大肠湿热证,Ⅲ型的患者以虚证或虚中夹实证为主,多见脾虚湿热证<sup>[37,39-40]</sup>。考虑原因是 I 型为疾病的初期,患者体内正气未伤,尚可与邪气抗争,故以实证为主。而Ⅲ期多为疾病后期,邪气未除但正气已伤,故见虚证。

#### 5 小结与展望

综上所述,以上研究证实了 UC 中医证型与肠镜象之间存在相关性,肠镜象可以作为中医辨证分型的重要内容。UC 中医证型中实证以大肠湿热证多见,虚证以脾胃气虚证、脾肾阳虚证多见,各中医证型肠镜象表现的不同为研究二者相关性提供了可能。中医证型与肠镜象相结合,使中医辨证方法得到现代医学技术的支持,有利于提高辨证的客观化,为实现辨病与辨证相结合防治 UC 提供临床依据。

但上述研究也存在不足:①上述研究之间缺乏统一的 UC 中医辨证分型标准,而且中医辨证的主观性较强,相关研究文献之间缺乏可比性;②目前关于 UC 中医证型与肠镜象的相关性研究较少,且样本量参差不齐,样本量过少影响统计结果的参考价值;③缺乏中医证型及肠镜象的动态观察,未考虑到病程不同阶段两者的相关性。基于以上,笔者建议:①今后研究应完善 UC 中医辨证分型的统一标准;②开展大样本的临床试验,建立相关数据库,对临床病例资料进行统计整理;③加强患者随访,对同一患者不同时期下的中医证型、肠镜表现及二者的相关行进行观察,从而更加深入研究 UC 中医证型与肠镜象的相关性。

#### 参考文献

[1] Siew C Ng. Reply: To PMID 23583432[J]. Gastroen-

- terology, 2013, 145(4):912.
- [2] 熊波, 方盛泉. 溃疡性结肠炎临床治疗的研究进展[J]. 中国医药导刊, 2020, 22(3):170-173.
- [3] Eaden JA, Abrams KR, Mayberry JF. The risk of colorectal cancer in ulcerative colitis; a meta-analysis[J]. Gut, 2001, 48(4):526-535.
- [4] 何碧霞, 朱延涛. 中医药治疗溃疡性结肠炎研究进展[J]. 新中医, 2020, 52(13):21-23.
- [5] 卢爱妮, 王德龙, 赵芳, 等. 基于网络药理学和分子对接探究芍药汤治疗溃疡性结肠炎的作用机制[J]. 中草药, 2020, 51(23):6035-6044.
- [6] 陈思羽, 张涛, 黄李冰雪, 等. 从网络药理学和分子对接角度解析驻车丸治疗溃疡性结肠炎的药理作用机制[J]. 中国中西医结合消化杂志, 2020, 28(11):842-850.
- [7] 中国中西医结合学会消化系统疾病专业委员会. 溃疡性结肠炎中西医结合诊疗共识意见(2017年)[J]. 中国中西医结合消化杂志, 2018, 26(2):105-111, 120-120.
- [8] 陈蕊. 溃疡性结肠炎诊治规律研究[D]. 南京:南京中医药大学, 2012.
- [9] 李淑敏, 刘德成. 溃疡性结肠炎的临床特点及结肠镜检查检查结果分析[J]. 齐齐哈尔医学院学报, 2002, 23(11):1247-1249.
- [10] 焦政. 探讨溃疡性结肠炎中医证候与结肠镜下微观表现的关联性[D]. 沈阳:辽宁中医药大学, 2020.
- [11] 刘艳迪, 李慕然, 张亚瑞, 等. 溃疡性结肠炎结肠镜下表现及临床分析(附 2869 例报告)[J]. 中国中西医结合外科杂志, 2015, (2):107-110.
- [12] 周天羽, 官照东, 陈民. 周学文辨治溃疡性结肠炎临床经验[J]. 辽宁中医杂志, 2015, 42(4):710-712.
- [13] 朱伟宁, 王丽媛, 解乐业. 溃疡性结肠炎临证心得[J]. 世界中西医结合杂志, 2017, 12(7):1016-1018, 1036-1036.
- [14] 徐发莹. 徐珊治疗溃疡性结肠炎经验[J]. 中医杂志, 2015, 56(3):195-197.
- [15] 杨玲玲, 王济. 国医大师王琦教授的"牧羊式"养生观[J]. 中医药通报, 2021, 20(1):22-23.
- [16] 朱微微, 黄全海, 池美华, 等. 不同中医体质类型与溃疡性结肠炎的 Logistic 回归分析[J]. 新中医, 2019, 51(5):50-52.
- [17] 王利平, 高文艳, 林一帆, 等. 溃疡性结肠炎患者肠黏膜内镜像与中医体质相关性研究[J]. 中国中西医结合消化杂志, 2016, 24(5):359-361.
- [18] 闫圣, 王琦, 张璐璐, 等. 溃疡性结肠炎"辨体-辨病-辨证"诊疗思路[J]. 天津中医药, 2020, 37(10):1100-1103.
- [19] 张倩, 袁正, 张苏闽. 溃疡性结肠炎中医体质分布规律研究[J]. 辽宁中医杂志, 2014, 41(9):1900-1902.
- [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)[J]. 中华中医药杂志, 2017, 32(8):3585-3589.
- [21] 张艳彬. 活动期溃疡性结肠炎的中医证候与结肠镜下的黏膜象表现的关系探讨[J]. 现代中西医结合杂志, 2019, 28(1):89-92.
- [22] 黄庆丽, 孙原洪. 75 例溃疡性结肠炎患者临床特点与中医辨证及用药规律研究[J]. 智慧健康, 2020, 6(18):120-121.
- [23] 赵新芳, 李锋, 蔡钢. 60 例溃疡性结肠炎内镜表现与中医辨证分型之间关系的探讨[J]. 内蒙古中医药, 2013, 32(5):4-5.
- [24] 张天涵, 沈洪. 溃疡性结肠炎及其中医辨证分型与炎症活动性指标的相关性分析[J]. 北京中医药大学学报, 2019, 42(8):685-690.
- [25] 范一宏, 何尧儿, 陈芳, 等. 粪钙卫蛋白在不同中医证型溃疡性结肠炎中的临床意义[J]. 中国中西医结合杂志, 2018, 38(12):1435-1439.
- [26] 周宇倩, 陈忠义. 80 例溃疡性结肠炎的中医证型特点分析[J]. 辽宁中医杂志, 2017, 44(12):2569-2571.
- [27] 张建觅, 王利平, 林一帆, 等. 487 例溃疡性结肠炎住院患者临床特征分析[J]. 中国中西医结合消化杂志, 2014, 22(12):741-743.
- [28] 贾子君. 溃疡性结肠炎血清炎症因子及肠镜下表现与中医证型的关系研究[D]. 北京:北京中医药大学, 2020.
- [29] 林志宾. 炎症性肠病肠镜表现与中医证型相关性研究[D]. 广州:广州中医药大学, 2018.
- [30] 刘凤斌, 阮氏明秋, Nguyen TA, 等. 179 例溃疡性结肠炎患者中医证型分布研究[J]. 养生保健指南, 2019, (9):239-240.
- [31] 惠瑜婷. 溃疡性结肠炎的证型分布规律及其相关因素研究[D]. 南京:南京中医药大学, 2017.
- [32] 刘新波. 溃疡性结肠炎内镜下表现与中医证型的相关性研究[J]. 中医临床研究, 2016, 8(35):8-10.
- [33] 蒋华, 王为. 111 例溃疡性结肠炎患者证型分布及部分发病特点的回溯性分析[J]. 中外医学研究, 2018, 16(7):168-169.
- [34] 汪伟. 溃疡性结肠炎中医虚实证候特点与肠黏膜象、组织病理学相关性研究[D]. 合肥:安徽中医药大学, 2018.
- [35] 韦德锋. 溃疡性结肠炎中医证候与肠镜象相关性研究[D]. 南宁:广西中医药大学, 2018.
- [36] 刘新波. 溃疡性结肠炎内镜下表现与中医证型的相关性研究[J]. 中医临床研究, 2016, 8(35):8-10.
- [37] 汪伟. 溃疡性结肠炎中医虚实证候特点与肠黏膜象、组织病理学相关性研究[D]. 合肥:安徽中医药大学, 2018.
- [38] 钟晓香. 87 例活动期溃疡性结肠炎肠镜及病理表现与中医证型相关性研究[D]. 福州:福建中医药大学, 2012.
- [39] 李鹏帆, 窦丹波. 溃疡性结肠炎中医证候研究进展[J]. 上海中医药大学学报, 2020, 34(2):107-112.
- [40] 王鹏. 溃疡性结肠炎的中医证候学研究[D]. 北京:北京中医药大学, 2014.

(收稿日期:2021-01-23)