

# 溃疡性结肠炎中西医结合诊治方案

陈治水, 危北海, 张万岱

中国中西医结合学会消化系统疾病专业委员会

陈治水, 危北海, 张万岱. 溃疡性结肠炎中西医结合诊治方案. 世界华人消化杂志 2004;12(11):2690-2693

<http://www.wjgnet.com/1009-3079/12/2690.asp>

**编者按** 溃疡性结肠炎中西医结合诊断、辨证和疗效标准试行方案已执行10 a, 近年本病的诊断和治疗有了很大的进展, 经过本专业委员会数十位专家的反复讨论, 现修改重订如下。

## 0 引言

溃疡性结肠炎(ulcerative colitis, UC)又称慢性非特异性溃疡性结肠炎, 系原因不明的大肠黏膜的慢性炎症和溃疡性病变, 临床以腹泻、黏液脓血便、腹痛为特征。中医属“泄泻”、“痢疾”、“便血”等范畴。

## 1 类型

### 1.1 西医分类

1.1.1 初发型 指无既往史而首次发作者。

1.1.2 慢性复发型 临床最为多见。症状较轻, 治疗后常有长短不一的缓解期, 与一般历时3-4 wk的发作期交替发生。

1.1.3 慢性持续型 首次发作后肠道症状持续数月或数年, 可伴有肠外症状, 期间可有急性发作。与慢性复发型相比, 此型结肠受累较广泛, 病变倾向于进行性。

1.1.4 急性暴发型 症状严重伴全身中毒症状, 可伴中毒性巨结肠、肠穿孔、脓毒血症等并发症。

注: 除暴发型外, 以上各型可相互转化。

### 1.2 中医证型

#### 1.2.1 大肠湿热证

1.2.1.1 主要症候 (1)腹泻黏液脓血便。(2)里急后重。(3)舌苔黄腻。(4)脉滑数或濡数。

1.2.1.2 次要症候 (1)肛门灼热。(2)身热。(3)下腹坠痛或灼痛。(4)口苦, 口臭。(5)小便短赤。

1.2.1.3 证型确定 具备主证2项(第1项必备, 以下同)加次证2项, 或主证第1项加次证3项。

#### 1.2.2 脾胃气虚证

1.2.2.1 主要症候 (1)腹泻便溏, 有黏液或少量脓血。(2)食少纳差。(3)食后腹胀。(4)舌质淡胖或有齿痕, 苔薄白。(5)脉细弱或濡缓。

1.2.2.2 次要症候 (1)腹胀肠鸣。(2)腹部隐痛喜按。(3)肢

体倦怠。(4)神疲懒言。(5)面色萎黄。

1.2.2.3 证型确定 具备主证2项加次证2项, 或主证第1项加次证3项。

#### 1.2.3 脾肾阳虚证

1.2.3.1 主要症候 (1)久泻不愈, 大便清稀或伴有完谷不化。(2)腰膝酸软。(3)形寒肢冷。(4)食少纳差。(5)舌质淡胖或有齿痕, 苔白润。(6)脉沉细或尺脉弱。

1.2.3.2 次要症候 (1)五更泄或黎明前泻。(2)脐中腹痛, 喜温喜按。(3)腹胀肠鸣。(4)少气懒言。(5)面色㿔白。

1.2.3.3 证型确定 具备主证2项加次证2项, 或主证第1项加次证3项。

#### 1.2.4 肝郁脾虚证

1.2.4.1 主要症候 (1)腹痛则泻, 泻后痛减, 大便稀烂或黏液便。(2)腹泻前有情绪紧张或抑郁恼怒等诱因。(3)胸胁胀闷。(4)舌质淡红, 苔薄白。(5)脉弦或弦细。

1.2.4.2 次要症候 (1)喜长叹息。(2)暖气不爽。(3)食少腹胀。(4)矢气较频。

1.2.4.3 证型确定 具备主证2项加次证2项, 或主证第1项加次证3项。

#### 1.2.5 阴血亏虚证

1.2.5.1 主要症候 (1)大便秘结或带少量脓血。(2)总有便意, 但排便困难。(3)午后低热。(4)失眠盗汗。(5)舌红少苔。

1.2.5.2 次要症候 (1)心烦易怒。(2)头晕目眩。(3)腹中隐隐灼痛。(4)神疲乏力。(5)脉细数。

1.2.5.3 证型确定 具备主证2项加次证2项, 或主证第1项加次证3项。

#### 1.2.6 血瘀肠络证

1.2.6.1 主要症候 (1)腹痛拒按, 痛有定处。(2)泻下不爽。(3)下利脓血、血色紫暗或黑便。(4)舌紫或有瘀点、瘀斑。(5)脉涩或弦。

1.2.6.2 次要症候 (1)肠鸣腹胀。(2)面色晦暗。(3)腹部有痞块。(4)胸胁胀痛。(5)肌肤甲错。

1.2.6.3 证型确定 具备主证2项加次证2项, 或主证舌象必备加次证2-3项。辨证说明: 证型确定以就诊当时的证候为准。具备两个证者称为复合证(两个证同等并存, 如脾肾阳虚与肝郁脾虚证)或兼证型(一个证为主, 另一个证为辅, 前者称主证, 后者称兼证, 如脾胃气虚兼湿热证)。

## 2 诊断标准

(参照中华医学会消化病学分会炎症性肠病诊断标准执行, 2000' 成都)。

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. 可有关节、皮肤、眼、口及肝胆等肠外表现.

2.2 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:

2.2.1 黏膜血管纹理模糊、紊乱、充血、水肿、易脆、出血及脓性分泌物附着. 亦常见黏膜粗糙, 呈细颗粒状.

2.2.2 病变明显处可见弥漫性多发糜烂或溃疡.

2.2.3 慢性病变者可见结肠袋囊变浅、变钝或消失, 假息肉及桥形黏膜等.

2.3 钡剂灌肠检查主要改变

2.3.1 黏膜粗乱及(或)颗粒样改变.

2.3.2 肠管边缘呈锯齿状或毛刺样, 肠壁有多发性小充盈缺损.

2.3.3 肠管短缩, 袋囊消失呈铅管样.

2.4 黏膜病理学检查有活动期与缓解期的不同表现

2.4.1 活动期

2.4.1.1 固有膜内弥漫性、慢性炎细胞及中性粒细胞、嗜酸性粒细胞浸润.

2.4.1.2 隐窝急性炎细胞浸润, 尤其上皮细胞及中性粒细胞浸润, 隐窝炎甚至形成隐窝脓肿, 可有脓肿溃入固有膜.

2.4.1.3 隐窝上皮增生, 杯状细胞减少.

2.4.1.4 可见黏膜表层糜烂, 溃疡形成, 肉芽组织增生.

2.4.2 缓解期

2.4.2.1 中性粒细胞消失, 慢性炎细胞减少.

2.4.2.2 隐窝大小形态不规则, 排列紊乱.

2.4.2.3 腺上皮与黏膜肌层间隙增大.

2.4.2.4 潘氏细胞化生.

2.5 手术切除标本病理检查可发现肉眼及组织学上 UC 的上述特点. 在排除细菌性痢疾、阿米巴痢疾、慢性血吸虫病、肠结核等感染性结肠炎及结肠 CD、缺血性结肠炎、放射性结肠炎等的基础上, 可按下列诊断标准诊断:

2.5.1 根据临床表现和肠镜检查三项中之一项及(或)黏膜活检支持, 可诊断本病;

2.5.2 根据临床表现和钡剂灌肠检查三项中之一项, 可诊断本病;

2.5.3 临床表现不典型而有典型结肠镜或钡剂灌肠改变者, 也可以临床拟诊为本病, 并观察发作情况;

2.5.4 临床上有典型症状或典型既往史而目前结肠镜或钡剂灌肠检查并无典型改变者, 应列为“疑诊”随访.

2.5.5 初发病例、临床表现和结肠镜改变均不典型者, 暂不诊断 UC, 可随访 3-6 mo, 观察发作情况.

2.5.6 完整的诊断应包括其临床类型、严重程度、病变范围、病情分期及并发症.

2.5.6.1 类型 初发型、慢性复发型、慢性持续型、暴发型.

2.5.6.2 临床严重程度分级 轻度: 患者腹泻每日 4 次以下, 便血轻或无, 无发热、脉搏加快或贫血, 血沉正常. 中度: 介于轻度和重度之间. 重度: 腹泻每日 6 次以上, 明显黏液血便, 体温在 37.5 °C 以上, 脉搏在 90 次/min 以上, 血红蛋白 < 100 g/L, 血沉 > 30 mm/h.

2.5.6.3 病变范围 可为直肠、直乙结肠、左半结肠、全结肠、区域性结肠受累.

2.5.6.4 病情分期 活动期、缓解期.

2.5.6.5 肠外表现及并发症 肠外可有关节、皮肤、眼部、肝胆等系统受累; 并发症可有大出血、穿孔、中毒性巨结肠、癌变等.

2.6 主要症状及肠黏膜病变轻重分级

主要症状及肠黏膜病变	一级(++)	二级(+++)	三级(++++)
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
肛门下坠	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	重度触之有明显出血
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 疗效评定标准

3.1 完全缓解 (1)临床主要症状消失, 次症消失或基本消失, 舌、脉基本恢复正常. (2)肠镜复查黏膜病变恢复正常, 或溃疡病灶已形成瘢痕. (3)便常规镜检 3 次正常.

3.2 显效 (1)临床主要症状基本消失, 次症改善程度达二级以上(3 + → +); 舌脉基本复常. (2)肠镜复查黏膜病变恢复程度达二级以上(3 + → + 或 ++ → 0). (3)便常规检查正常.

3.3 好转 (1)临床主要症状改善达一级以上(3 + → 2 + 或 2 + → +). (2)肠镜复查黏膜病变恢复程度达一级以上. (3)便常规镜检红、白细胞数 < 5 个/H.

3.4 无效 经治疗后临床症状、内镜及病理检查无改善.

### 4 治疗

4.1 治疗原则 溃疡性结肠炎的治疗目的是缓解症状、消除炎症、愈合溃疡、防止并发症和预防复发. 其治疗原则为整体治疗与肠道局部治疗、病因治疗与对症治疗、西医治疗与中医治疗相结合. 治疗方案主要根据疾病的严重程度、病变部位及其范围来确定.

4.2 治疗要点

4.2.1 轻-中度远段结肠炎患者可采用口服氨基水杨酸类制剂或中医辨证治疗, 局部应用 5-ASA 制剂或中药保留灌肠治疗; 无效时可将中西医内科治疗方法联合应

用.个别患者可局部用少量类固醇制剂.

4.2.2 轻-中度泛发性结肠炎患者应口服柳氮磺胺吡啶(SASP)或其他氨基水杨酸类制剂(5-ASA),同时应用中医辨证或中药专方制剂治疗,亦可结合直肠局部给药治疗.无效时可使用泼尼松口服(40-60 mg/d)治疗,仍无效者可选用嘌呤类药物或氨甲喋呤等免疫抑制剂.

4.2.3 难治性远段结肠炎宜首选中药锡类散配合类固醇制剂保留灌肠,可局部应用5-ASA灌肠剂,并延长直肠给药时间.

4.2.4 重症溃疡性结肠炎患者对口服泼尼松、氨基水杨酸类药物或局部治疗无效,或出现中毒症状者,应采用静脉皮质激素输注治疗7-10 d,并配合辨证应用中药.如无效,则应考虑做结肠切除术或进行环孢霉素静脉注射治疗.

4.2.5 当急性发作得到控制后,SASP、奥柳氮、马沙拉嗪、艾迪沙等对减少复发均有效,最好应用中药制剂配合2/3-1/2剂量的水杨酸类制剂以巩固治疗.患者不宜长期使用类固醇.硫唑嘌呤或6-MP可作为类固醇依赖性患者需减少类固醇剂量时的配合用药.

### 4.3 西医药治疗

#### 4.3.1 活动期的处理

4.3.1.1 轻度UC的处理 可选用柳氮磺胺吡啶(SASP)制剂,0.75-1 g/次,3次/d,口服;或用相当剂量的5-氨基水杨酸(5-ASA)制剂.病变分布于远段结肠者可酌用SASP栓剂0.5-1 g/次,2次/d;氢化可的松琥珀酸钠盐灌肠液,100-200 mg/次,1次/晚,保留灌肠.或用相当剂量的5-ASA制剂灌肠.

4.3.1.2 中度UC的处理 可用上述制剂量水杨酸类制剂治疗,反应不佳者,适当加量或改口服皮质类固醇激素,常用泼尼松(强的松)30-40 mg/d,分次口服.

4.3.1.3 重度UC的处理 重度溃疡性结肠炎一般病变范围较广,病情发展变化较快,作出诊断后应及时处理,给药剂量要足,治疗方法如下:(1)如患者尚未用过口服类固醇至少可口服强的松龙40-60 mg/d,观察7-10 d,亦可直接静脉给药.已使用者应静脉滴注氢化可的松300 mg/d或甲基强的松龙48 mg/d,未用过类固醇激素者亦可用ACTH 120 mg/d,静脉滴注.(2)肠外应用广谱抗生素控制肠道继发感染,如氨苄青霉素、硝基咪唑及喹诺酮类制剂.(3)应使患者卧床休息,适当输液、补充电解质,以防水电平衡紊乱.(4)便血量大,血红蛋白(Hb)90 g/L以下和持续出血不止者应考虑输血.(5)营养不良,病情较重者可用要素饮食,病情严重者应予肠外营养.(6)静脉类固醇激素使用7-10 d后无效者可考虑环孢素静滴每天2-4 mg/kg.由于药物免疫抑制作用、肾脏毒性及其他不良反应,应严格监测血药浓度.因此,从医院监测条件综合考虑,主张在少数医学中心使用.亦可考虑其他免疫抑制剂,剂量及用法参考药典和教科书.(7)如上述药物治疗疗效不佳,应及时内、外科会诊,确定结肠切除手术的时机与方式.(8)慎用解痉

剂及止泻剂,以避免诱发中毒性巨结肠.(9)密切监测患者生命体征及腹部体征变化,及早发现和处理并发症.

4.3.2 缓解期的处理 症状缓解后,应继续维持治疗至少1 a或长期维持.一般认为类固醇激素无维持治疗效果,在症状缓解后逐渐减量,应尽可能过渡到用SASP维持治疗.SASP的维持治疗剂量一般为口服1-3 g/d,亦可用相当剂量的新型5-ASA类药物.6-巯基嘌呤或硫唑嘌呤等用于对上述药物不能维持或对类固醇激素依赖者.

#### 4.3.3 外科手术治疗

4.3.3.1 绝对指征 大出血、穿孔、明确的或高度怀疑癌肿以及组织学检查异型增生或肿块组织中出现轻中度异型增生.

4.3.3.2 相对指征 重度UC伴中毒性巨结肠,静脉用药无效者;内科治疗症状顽固、体能下降、对类固醇激素耐药或依赖者;或UC合并坏疽性脓皮病、溶血性贫血等肠外并发症者.

### 4.4 中医中药治疗

#### 4.4.1 辨证论治

4.4.1.1 大肠湿热证 治则:清热化湿,调气行血.方药:芍药汤(芍药、黄芩、黄连、大黄、槟榔、当归、木香、肉桂).加减:大便脓血较多者加紫珠草、地榆;大便白冻黏液较多者加苍术、苡仁;腹痛较甚者加延胡索、乌药、枳实理气止痛;身热甚者加葛根.

4.4.1.2 脾胃气虚证 治则:健脾益气,除湿升阳.方药:参苓白术散(人参、茯苓、白术、桔梗、山药、白扁豆、莲子肉、砂仁、薏苡仁、甘草).加减:大便夹不消化食物者加神曲、枳实消食导滞;腹痛怕凉喜暖者加炮姜;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;久泻不止者加赤石脂、石榴皮、乌梅、柯子涩肠止泻.

4.4.1.3 脾肾阳虚证 治则:健脾补肾,温阳化湿.方药:理中汤合四神丸(人参、干姜、白术、甘草、补骨脂、肉豆蔻、吴茱萸、五味子、生姜、大枣).加减:腹痛甚加白芍缓急止痛;小腹胀满加乌药、小茴香、枳实理气除满;大便滑脱不禁加赤石脂、柯子涩肠止泻.

4.4.1.4 肝郁脾虚证 治则:疏肝理气,健脾和中.方药:痛泻要方合四逆散(柴胡、芍药、枳实、陈皮、防风、白术、甘草).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;胸胁胀痛者加柴胡、香附疏肝理气;夹有黄白色黏液者加黄连、白花蛇舌草清热解毒利湿.

4.4.1.5 阴血亏虚证 治则:滋阴养血,益气健中.方药:驻车丸合四君子汤加味(黄连、阿胶、当归、干姜、党参、白术、茯苓、甘草、白芍、乌梅、沙参、五味子).加减:虚坐努责者加柯子、石榴皮收涩固脱;五心烦热加银柴胡、鳖甲<sup>(先煎)</sup>清虚热;便下赤白粘冻者加白花蛇舌草、秦皮清化湿热.

4.4.1.6 血瘀肠络证 治则:活血化瘀,理肠通络.方药:少腹逐瘀汤加味(当归、赤芍、红花、蒲黄、五灵

脂、延胡索、没药、小茴香、乌药、肉桂)加减: 腹满痞胀甚者加枳实、厚朴; 腹有痞块者加山甲珠、皂角刺; 腹痛甚者加三七末<sup>[10]</sup>、白芍; 晨泄明显者加补骨脂。

4.4.2 中药灌肠治疗 中药保留灌肠一般将敛疮生肌、活血化瘀与清热解毒类药物配合应用。敛疮生肌类: 珍珠、牛黄、冰片、琥珀、儿茶等; 活血化瘀类: 蒲

黄、丹参、三七; 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)、溃结1号(牛黄、冰片、珍珠、青黛、儿茶)、青黛散(青黛、黄柏、儿茶、枯矾、珍珠)等。临床可将中药复方煎剂100 mL, 加锡类散2支, 奴夫卡因20 mL, 每晚灌肠1次。

ISSN 1009-3079 CN 14-1260/R 2004 年版权归世界胃肠病学杂志社

• 消息 •

### *World Journal of Gastroenterology* 出版周期

《*World Journal of Gastroenterology*, WJG》将从2004年起由月刊改为半月刊, 以期在不增加出版篇幅的前提下进一步缩短出版周期, 力争论文的投稿时滞控制在1-4个月内出版, 并进入 Science Citation Index-Expanded 及 *Index Medicus* /MEDLINE 等国际著名检索系统, 以展示我国消化病学者在该领域的国际领先地位。例如, 2003年第10期刊出的浙江大学医学院附属第二医院普外科彭淑牖教授等撰写的“采用 PMOD 和刮吸术通过不同途径进行肝尾叶切除术: 76例”, 是一篇具有国际领先水平的论文, 该文从收稿至出版仅用45天。

### *World Journal of Gastroenterology* 栏目设置

《*World Journal of Gastroenterology*, WJG》主要开设以下栏目。(1)文献综述: 基于作者自己研究为主的综述性论文。(2)特色栏目 如食管癌、胃癌、肝癌、病毒性肝炎、中医中药、中西医结合等, 具有我国特色及国际领先水平的原创性研究论文。(3)基础研究 报道学术价值高、实验数据完整、具有原始性和创新性的研究成果。(4)临床研究 报道安全性和有效性的随机、双盲双模拟、多中心平行对照临床试验的临床研究论文。(5)研究快报 报道具有原始性和创新性的阶段性成果。(6)病例报告: 报道对临床工作者有指导意义的个案。

### *World Journal of Gastroenterology* 稿件管理

为了加快《*World Journal of Gastroenterology*, WJG》稿件管理的信息化、电子化进程, 提高办刊质量, 规范编辑工作流程, 提高工作效率, 我们成功开发了世界胃肠病学杂志社稿件管理系统, 并于2003-04-15投入使用, 来稿登记、稿件回执、稿件初审、二审(包括选择审稿专家和发送审稿通知书)、审稿意见、终审定稿、发送录用通知书、退稿、编辑加工、数据交换、网上投稿查询等, 全部实现了自动生成, 电子化处理。作者在WJG网上投稿查询系统内提交用户名(第一作者)和密码(文章编号)后可查询到稿件的处理状态, 如编号、刊名、题名、作者、收稿日期、送审日期、接受日期、退稿日期、发票编号、待发表日期、入卷(期)和出版页码等在内的28个项目。