



# 团 体 标 准

T/CACM 1478—2023

## 溃疡性结肠炎中医诊疗指南

Guidelines on the diagnosis and treatment of ulcerative colitis by integrated  
traditional Chinese medicine

2023 - 03 - 23 发布

2023 - 03 - 23 实施

中 华 中 医 药 学 会 发 布

## 目 次

前言 .....	II
引言 .....	III
1 范围 .....	1
2 规范性引用文件 .....	1
3 术语和定义 .....	1
4 临床问题 .....	1
5 临床特征 .....	2
5.1 临床表现 .....	2
5.2 辅助检查 .....	2
6 诊断标准 .....	3
6.1 西医诊断与评估 .....	3
6.2 中医诊断 .....	4
7 治疗 .....	5
7.1 治疗目标 .....	5
7.2 治疗原则 .....	6
7.3 中药内服治疗 .....	6
7.4 中医局部治疗 .....	9
7.5 中成药治疗 .....	9
7.6 中医适宜技术 .....	10
8 健康管理 .....	11
8.1 概述 .....	11
8.2 患者教育 .....	11
8.3 合理饮食 .....	11
8.4 调整生活方式 .....	11
9 预后与癌变监测 .....	11
9.1 预后 .....	11
9.2 癌变监测 .....	11
10 局限性 .....	11
附录 A (资料性) 指南解决临床问题与推荐意见 .....	13
参考文献 .....	14

## 前 言

本文件按照 GB/T 1.1—2020《标准化工作导则 第 1 部分：标准化文件的结构和起草规则》的规定起草。

请注意本文件的某些内容可能涉及专利。本文件的发布机构不承担识别专利的责任。

本文件由北京中医药大学东方医院提出。

本文件由中华中医药学会归口。

本文件起草单位：北京中医药大学东方医院、江苏省中医院、重庆市中医院、陕西省中医医院、北京协和医院、福建中医药大学附属第二人民医院、广东省中医院、上海中医药大学附属岳阳中西医结合医院、天津中医药大学第一附属医院、河南中医药大学第一附属医院、成都中医药大学附属医院、山西省中医院、北京大学第一医院、北京大学第三医院、解放军总医院第七医学中心、同济大学附属第十人民医院、山东中医药大学第二附属医院、中国中医科学院、山西中医药大学附属医院、山西省人民医院、天津市人民医院、河北医科大学第二医院、郑州大学第二附属医院、北京中医药大学循证医学中心。

本文件主要起草人：李军祥、唐旭东、王化虹、董筠、张北平、刘兆兰。

本文件参与起草人（排名不分先后）：柯晓、李景南、张北平、杨小军、郝微微、周正华、冯培民、韩捷、苏娟萍、顾芳、贾燕、刘占举、江学良、任顺平、刘艳迪、郭晓峰、张晓岚、冯百岁、吴嘉瑞。

## 引 言

溃疡性结肠炎（Ulcerative colitis, UC）是世界卫生组织认定的世界难治性疾病之一。当前我国UC发病率正呈现逐年增加的趋势，可达8.95/10万人年。与未患UC人群相比，UC患者结直肠癌患病风险可高出2.4倍。目前现代医学常用的治疗药物以氨基水杨酸制剂、糖皮质激素、免疫抑制剂、生物制剂等类型为主，但以上药物存在疗效不稳定、停药后易复发、长期使用易出现不良反应和药物依赖等问题。

中医药治疗UC在稳定病情、改善症状、预防复发、提高患者生存质量等方面均具有优势。但目前对于中医药干预UC尚缺乏规范性的指导和建议。本指南在充分参考国际临床实践指南制订方法和流程，并在相关法律法规和技术文件指导下，在现有证据的基础上，结合专家经验，采用推荐分级的评价、制定与评估（GRADE）工作组推出的证据质量分级体系和推荐强度标准将证据质量分为高（A）、中（B）、低（C）、极低（D）四个级别，将推荐强度分为强推荐与弱推荐，并基于中医药自身特点及临床实际情况形成了中医药治疗UC的推荐意见。

本指南旨在为临床医生使用中医药治疗溃疡性结肠炎，诱导并维持临床缓解，促进黏膜愈合，防治并发症，改善患者生命质量、提高临床疗效等方面提供建议和指导。由于UC的分级、分期、分段、临床表现与中医证候类型不同，具体治疗方法有所区别，可能不适用于所有患者和所有临床情况，故本指南仅为参考。由于受到使用者地域、民族等因素的影响，在具体实施过程中应视实际情况而定。

# 溃疡性结肠炎中医临床诊疗指南

## 1 范围

本文件给出了溃疡性结肠炎的临床问题、临床特征、诊断标准、治疗、健康管理、预后与癌变检测以及局限性等内容。

本文件适用于全国三级医院、二级医院以及社区、基层医疗机构的中医、中西医结合、西医医师对轻中重度活动期溃疡性结肠炎患者的中医诊断及治疗，相关护理人员和药师也可参考本指南。

## 2 规范性引用文件

本文件没有规范性引用文件。

## 3 术语和定义

下列术语和定义适用于本文件。

### 3.1

**溃疡性结肠炎** ulcerative colitis; UC

以结肠黏膜连续性、弥漫性炎症改变为特点的慢性非特异性肠道炎症性疾病，其病变主要限于结肠黏膜和黏膜下层，属于炎症性肠病（Inflammatory Bowel Disease, IBD）范畴。

## 4 临床问题

通过专家访谈、问卷调查以及召开专家临床问题确定会议等方式确定的10个核心问题，见表1。

表 1 共识临床问题清单

序号	临床问题
1	口服中药治疗轻中度活动期溃疡性结肠炎是否可以改善临床症状？
2	中药治疗溃疡性结肠炎的远期疗效如何？
3	口服中药与口服 5-ASA 制剂联合诱导轻中度活动期溃疡性结肠炎缓解是否较单独使用 5-ASA 制剂疗效更好？
4	口服中药是否可以诱导轻中度活动期溃疡性结肠炎缓解？
5	中药灌肠治疗轻中度活动期溃疡性结肠炎是否可以改善临床症状？
6	单独服用中药能否维持溃疡性结肠炎缓解？
7	中药栓剂治疗轻中度活动期溃疡性结肠炎是否可以改善临床症状？
8	中药灌肠是否可以诱导轻中度活动期溃疡性结肠炎缓解？
9	口服中药与口服西药联合缓解轻中度活动期溃疡性结肠炎临床症状是否比单独口服西药更具优势？
10	中医适宜技术（针刺、艾灸、穴位贴敷等）治疗溃疡性结肠炎的疗效如何？

## 5 临床特征

### 5.1 临床表现

UC 可见持续或反复发作的腹泻、黏液脓血便伴腹痛、里急后重，病程多在 4 周~6 周以上。黏液脓血便是 UC 的最常见症状，不超过 6 周病程的腹泻需要与感染性肠炎等疾病相鉴别。10%~20% 的 UC 患者还可能出现皮肤、黏膜、关节、眼和肝胆及血栓栓塞性疾病等肠外表现。并发症包括中毒性巨结肠、肠穿孔、下消化道大出血、上皮内瘤变以及癌变。

### 5.2 辅助检查

#### 5.2.1 血液检查

轻度 UC 血红蛋白多正常或轻度下降，中、重度病例可见轻或中度下降，甚至重度下降；活动期 UC 可见白细胞计数增高、红细胞沉降率加快和 C 反应蛋白增高。

#### 5.2.2 粪便检查

肉眼可见黏液脓血，显微镜检见红细胞和脓细胞，急性发作期可见巨噬细胞。粪便培养有助于鉴别感染性结肠炎，对于疑诊和确诊 UC 非常重要，需反复多次进行。必要时建议检查粪便钙卫蛋白、血清乳铁蛋白、抗中性粒细胞胞浆抗体（anti-neutrophil cytoplasmic antibody, ANCA），进行辅助诊断。UC 可合并难辨梭状芽孢杆菌（*Clostridium difficile*, C.diff）、巨细胞病毒（cytomegalovirus, CMV）、EB 病毒（Epstein-Barr Virus, EBV）感染，必要时建议进行相关检查。

#### 5.2.3 内镜检查

结肠镜下可见 UC 病变部位多从直肠开始，呈倒灌性、连续性、弥漫性分布。轻度炎症的内镜特征为红斑，黏膜充血和血管纹理消失；中度炎症的内镜特征为血管形态消失，出血黏附在黏膜表面、糜烂，常伴有粗糙呈颗粒状的外观及黏膜脆性增加（接触性出血）；重度炎症内镜下则表现为黏膜自发性出血及溃疡。缓解期可见正常黏膜表现，部分患者可有假性息肉形成，或瘢痕样改变。对于病程较长的患者，黏膜萎缩可导致结肠袋形态消失、肠腔狭窄，以及炎（假）性息肉。伴 CMV 感染的 UC 患者内镜下可见不规则、深凿样或纵行溃疡，部分伴大片状黏膜缺失。

#### 5.2.4 病理组织学检查

黏膜活检在病理组织学上可见以下主要改变：

##### a) 活动期：

- 1) 固有膜内有弥漫性、急性、慢性炎症细胞浸润，包括中性粒细胞、淋巴细胞、浆细胞、嗜酸性粒细胞等，尤其是上皮细胞间有中性粒细胞浸润（即隐窝炎），乃至形成隐窝脓肿；
- 2) 隐窝结构改变，隐窝大小、形态不规则，分支、出芽，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。

##### b) 缓解期：

- 1) 黏膜糜烂或溃疡愈合；
- 2) 固有膜内中性粒细胞浸润减少或消失，慢性炎症细胞浸润减少；
- 3) 隐窝结构改变可保留，如隐窝分支、减少或萎缩，可见帕内特细胞（Paneth cell）化生（结肠脾曲以远）。

## 6 诊断标准

### 6.1 西医诊断与评估

溃疡性结肠炎（ICD-11 编码：DD71）的诊断须在排除其他原因所致结肠炎的基础上，结合临床表现、内镜和病理组织学进行综合分析。可参考《溃疡性结肠炎中西医结合诊疗共识意见（2017年）》和《中国溃疡性结肠炎诊治指南（2023年·西安）》。

UC 的临床类型可分为初发型和慢性复发型，其病变范围评估可参照蒙特利尔分类（见表 2）。按疾病活动的严重程度，UC 可分为活动期和缓解期，活动期 UC 按严重程度分为轻度、中度、重度、急性重度，可采用改良的 Truelove-Witts 疾病严重程度程度分型（见表 3）、改良的 Mayo 活动指数（见表 4），以及溃疡性结肠炎内镜严重程度指数（见表 5）进行评估。

表 2 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 3 改良的 Truelove-Witts 疾病严重程度程度分型

严重程度	排便 次/d	便血	脉搏 次/min	体温 ℃	血红蛋白	血沉 mm/h
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 4 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

表4 改良的 Mayo 活动指数（续）

项目	计分			
	0分	1分	2分	3分
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 1d 中最严重出血情况；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；总之和 <2 分且无单个分项评分 >1 分为缓解期；3 分~5 分为轻度活动；6 分~10 分为中度活动；11 分~12 分为重度活动。

表5 溃疡性结肠炎内镜下严重程度指数（UCEIS）

项目	评分	内镜下表现
血管形态	正常（0分）	正常血管纹理，毛细血管清晰
	斑块状消失（1分）	血管纹理模糊或斑块状缺失
	完全消失（2分）	血管纹理完全消失
出血严重度	无（0分）	无血迹
	黏膜渗血（1分）	黏膜表面少量血凝块，易于清除
	肠腔内轻度出血（2分）	肠腔内少量游离血性液体
	肠腔内中重度出血（3分）	肠腔内血性液体，直接或冲洗后可见黏膜出血
糜烂和溃疡	无（0分）	黏膜正常，无糜烂或溃疡
	糜烂（1分）	≤5mm 黏膜缺损，白色或黄色糜烂，边缘平坦
	浅表性溃疡（2分）	>5mm 黏膜缺损，表浅溃疡，纤维蛋白覆盖
	深部溃疡（3分）	深溃疡，边缘微隆起

注：3 项指标相加总分 0 分~8 分；正常 0 分；轻度活动 1 分~3 分；中度活动 4 分~6 分；重度活动 7 分~8 分。

## 6.2 中医诊断

### 6.2.1 疾病诊断

一般认为，UC 属于中医学痢疾/肠癖/滞下（A01.03.19）等范畴。活动期与缓解期交替发生为主的 UC 属中医学“休息痢”（A01.03.19.05）的范畴；慢性持续性 UC 属“久痢”的范畴；缓解期仅表现为大便溏薄、次数增多时，则可归属“泄泻”（A04.03.07）的范畴。临床上可按照相应的中医病名进行诊断。

### 6.2.2 证候诊断

#### 6.2.2.1 大肠湿热证

主症：1) 泻下黏液脓血便；2) 腹痛。

次症：1) 里急后重；2) 肛门灼热；3) 口干口苦；4) 小便短赤。

舌脉：舌质红，苔黄腻；脉滑数。

#### 6.2.2.2 热毒炽盛证

主症：1) 暴下脓血或血便；2) 腹痛拒按。

次症：1) 发热；2) 口渴；3) 小便短赤。

舌脉：舌质红绛，苔黄燥；脉滑数。

#### 6.2.2.3 寒热错杂证

主症：1) 腹部冷痛，喜温喜按；2) 泻下黏液脓血。

次症：1) 四肢不温；2) 肛门灼热；3) 口腔溃疡。

舌脉：舌质红，苔薄黄，脉沉细。

#### 6.2.2.4 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。

次症：1) 腹部胀满；2) 饮食减少；3) 少气懒言；4) 面色萎黄。

舌脉：舌质淡胖，苔白腻，或有齿痕；脉细弱。

#### 6.2.2.5 脾肾阳虚证

主症：1) 大便反复出现黏液脓血；2) 腹痛绵绵，喜温喜按。

次症：1) 黎明前泻；2) 腰膝酸软；3) 形寒肢冷；4) 少气懒言。

舌脉：舌质淡胖，苔白润，或有齿痕；脉细弱。

#### 6.2.2.6 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；3) 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。

#### 6.2.3 证型确定

具备主症 2 项和次症 1 项及以上，参考舌脉，即可诊断。

## 7 治疗

### 7.1 治疗目标

UC 的治疗目标是诱导并长期维持临床缓解，实现炎性标志物正常化和黏膜愈合，防治并发症，提高生活质量，改善远期结局。当前国际上提出了疾病清除的新概念，包含临床、内镜和组织学缓

解，是 UC 治疗目标未来发展的新方向。在治疗策略上，推荐采用达标治疗，短期治疗应改善临床症状，实现临床应答；中期治疗应实现临床症状缓解，使炎症标志物正常化；长期治疗应实现黏膜愈合，使生活质量恢复正常，防止出现残疾。

## 7.2 治疗原则

轻、中度 UC 可单用中药辨证治疗或联合口服西药（5-氨基水杨酸制剂、糖皮质激素等）改善临床症状及诱导病情缓解。

重度 UC 则应在使用 5-氨基水杨酸制剂、糖皮质激素或免疫抑制剂或生物制剂的基础上，联合中医药治疗，以缩短诱导临床缓解的时间，减少糖皮质激素或免疫抑制剂或生物制剂的不良反应，在诱导临床缓解后能逐步减少上述药物的用量，甚至停用上述药物。

缓解期 UC 中药的服药频次可以逐步减少，增加患者的依从性，以便达到长期缓解，减少复发率；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。因缓解期 UC 更长时间单独口服中药维持治疗的疗效缺乏进一步研究，本着谨慎的原则，建议应坚持至少 1 年以上并适时复查肠镜。

直肠型 UC 可单独使用中药口服治疗或灌肠/栓剂治疗；左半结肠型和全结肠型 UC 建议中药口服联合中药灌肠或联合美沙拉嗪栓剂/灌肠液治疗。

## 7.3 中药内服治疗

### 7.3.1 大肠湿热证

#### 7.3.1.1 治则

清热化湿，调气行血。

#### 7.3.1.2 经典方

芍药汤（《素问病机气宜保命集》）（D 级证据，弱推荐）

药物组成：炒白芍、黄芩、黄连、当归、木香、肉桂、甘草。

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；腹痛较重者，加延胡索、乌药、枳实理气止痛；身热较重者，加葛根、金银花、连翘解毒退热。

#### 7.3.1.3 现代经验方

1) 红藤肠安汤（C 级证据，弱推荐）

药物组成：大血藤、生地黄、枳壳、木香、黄连、黄芩、败酱草。

2) 芪仙苡酱煎（D 级证据，弱推荐）

药物组成：黄芪、仙鹤草、薏苡仁、败酱草、当归、乌梅、炒地榆、椿皮、大血藤、莲子肉、黄连、木香、苦参。

3) 清肠化瘀汤（D 级证据，弱推荐）

药物组成：黄芩、黄连、连翘、白芍、当归、红花、延胡索、地榆、枳实、香附、木香、甘草。

### 7.3.2 热毒炽盛证

#### 7.3.2.1 治则

治则：清热解毒，凉血止痢。

#### 7.3.2.2 经典方

白头翁汤（《伤寒论》）（D级证据，强推荐）

药物组成：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。

#### 7.3.2.3 现代经验方

清热利湿方（D级证据，弱推荐）

药物组成：炒白芍、黄芩、黄柏、白头翁、败酱草、马齿苋、薏苡仁、石榴皮、黄芪、苍术、木香、炙甘草。

### 7.3.3 寒热错杂证

#### 7.3.3.1 治则

温中补虚，清热化湿。

#### 7.3.3.2 经典方

乌梅丸（《伤寒论》）（D级证据，弱推荐）。

药物组成：乌梅、黄连、黄柏、肉桂、细辛、干姜、党参、炒当归、制附片、蜀椒。

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、元胡。

#### 7.3.3.3 现代经验方

1) 清肠温中方（C级证据，弱推荐）

药物组成：黄连、炮姜、苦参、青黛、三七、地榆炭、木香、炙甘草。

2) 溃结宁方（D级证据，弱推荐）

药物组成：黄芪、桑叶、槟榔、地锦草、马鞭草、淫羊藿、知母。

### 7.3.4 脾虚湿阻证

#### 7.3.4.1 治则

健脾益气，化湿止泻。

#### 7.3.4.2 经典方

参苓白术散（《太平惠民和剂局方》）（共识建议）

药物组成：人参、茯苓、麸炒白术、桔梗、山药、白扁豆、陈皮、莲子肉、砂仁、炒薏苡仁、甘草。

加减：便中伴有脓血者，加败酱草、黄连，木香；大便夹不消化食物者，加神曲、枳实；腹痛畏寒喜暖者，加炮姜；寒甚者，加制附片；久泻气陷者，加黄芪、升麻、北柴胡。

### 7.3.4.3 现代经验方

1) 溃结2号方（C级证据，弱推荐）

药物组成：黄芪、太子参、白术、地锦草、川芎、秦皮、地榆炭、白及。

2) 结肠止泻汤（D级证据，弱推荐）

药物组成：党参、白术、山药、茯苓、薏苡仁、芡实、肉豆蔻、乌梅、诃子、枳壳、炙甘草。

### 7.3.5 脾肾阳虚证

#### 7.3.5.1 治则

健脾温肾，温阳化湿。

#### 7.3.5.2 经典方

理中汤（《伤寒论》）合四神丸（《内科摘要》）（共识建议）

药物组成：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：腹痛甚者，加白芍。小腹胀满者，加乌药、小茴香、枳实；大便滑脱不禁者，加赤石脂、诃子。

#### 7.3.5.3 现代经验方

溃结汤（D级证据，弱推荐）

药物组成：党参、茯苓、麸炒白术、炒薏苡仁、补骨脂、干姜、桂枝、吴茱萸、葛根、北柴胡、陈皮、槟榔、木香、炒小茴香、当归、赤芍、白芍、防风、黄芩、黄连。

### 7.3.6 肝郁脾虚证

#### 7.3.6.1 治则

疏肝理气，健脾和中。

#### 7.3.6.2 经典方

痛泻要方（《景岳全书》）合四逆散（《伤寒论》）（共识建议）

药物组成：北柴胡、炒白芍、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；腹痛隐隐，大便溏薄，倦怠乏力者，加党参、茯苓、炒白扁豆；胸胁胀痛者，加青皮、香附；夹有黄白色黏液者，加黄连、木香。

#### 7.3.6.3 现代经验方

健脾调肝化滞方（D级证据，强推荐）

方药组成：麸炒白术、枳壳、防风、陈皮、北柴胡、制香附、黄柏、木香、炒山楂、槟榔、炒槐花、仙鹤草、炮姜、凤尾草、败酱草。

## 7.4 中医局部治疗

### 7.4.1 概述

中医局部治疗在 UC 治疗中正发挥着越来越重要的作用，其主要手段包括中药栓剂和中药灌肠。对病变局限在远端结肠者，尤其适用局部用药：对病变在直肠宜用栓剂，病变在直乙结肠宜用灌肠剂。对病变在远端结肠的不同程度的 UC，其用药方法可有所不同：轻度 UC 可单独局部用药，或口服联合局部用药；中、重度 UC 口服联合局部用药能起到更好的疗效。

### 7.4.2 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；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、三七等。

推荐处方：黄葵敛肠方（C 级证据，弱推荐）

药物组成：黄蜀葵花、地锦草、凤尾草、紫草、茜草、五倍子。

### 7.4.3 中药栓剂

1) 清肠栓（C 级证据，弱推荐）

药物组成：青黛、三七、马齿苋、五倍子；

2) 榆白缓释栓（D 级证据，弱推荐）

药物组成：苦参、白及、败酱草、地榆、三七、珍珠粉、青黛、血竭。

## 7.5 中成药治疗

### 7.5.1 虎地肠溶胶囊（B 级证据，强推荐）

药物组成：朱砂七、虎杖、白花蛇舌草、败酱草、二色补血草、地榆炭、白及、甘草。

用法用量：口服。每次 4 粒（0.4 g/粒），一日 3 次，4 周~6 周为一疗程。

功效主治：清热、利湿、凉血。

适用条件：轻中度 UC 活动期大肠湿热证。

### 7.5.2 五味苦参肠溶胶囊（B 级证据，弱推荐）

药物组成：苦参、地榆、青黛、白及、甘草。

用法用量：口服。每次 4 粒（0.4 g/粒），一日 3 次。疗程 8 周。

功效主治：清热燥湿，解毒敛疮，凉血止血。

适用条件：轻中度 UC 活动期大肠湿热证。

### 7.5.3 八味锡类散（D 级证据，弱推荐）

药物组成：西瓜霜、寒水石、牛黄、珍珠（豆腐炙）、青黛、硼砂、硃砂（炙）、冰片。

用法用量：每次 1 g，加入温开水 60 mL 保留灌肠，每日一次，疗程 4 周。

功效主治：清热解毒，消肿止痛。

适用条件：轻中度 UC 活动期。

#### 7.5.4 裸花紫珠颗粒（共识建议）

药物组成：裸花紫珠。

用法用量：口服，每次 1 袋（3g/袋），每日 3 或 4 次，疗程 2 周。

适用条件：活动期 UC 有明显黏液脓血便症状者。

### 7.6 中医适宜技术

#### 7.6.1 毫针刺法（C 级证据，弱推荐）

主穴：脾俞、中脘、足三里、天枢、大横。

辨证配穴：湿热内蕴者加曲池、血海、内庭；肾阳不足者加气海、肾俞、百会、命门；肝气郁滞者加太冲、肝俞、阳陵泉。

操作方法：进针深度 5 mm~30 mm，得气后背部穴位留针 10 min，正面穴位留针 20 min，每周 2 次。

注意事项：体质虚弱者，宜采取卧位，刺激不宜过强。注意避开血管针刺，防止出血；注意防止刺伤重要器官。

禁忌症：皮肤有感染、溃疡、瘢痕或肿瘤的部位不宜针刺，孕妇、过于饥饿、疲劳、精神高度紧张者、常有自发性出血或损伤后出血不止者不宜针刺。

#### 7.6.2 隔附子饼灸（B 级证据，弱推荐）

药饼配方：附子 10 g、肉桂 2 g、丹参 3 g、红花 3 g、木香 2 g，以上研末加黄酒调成厚糊状的药饼，每只含药粉 2.5 g。

取穴：中脘、天枢、关元、上巨虚穴。

适用条件：推荐用于轻中度 UC 活动期大肠湿热证

疗程：每日 1 次，每次每穴各灸 2 壮，12 次为 1 个疗程，建议连续 6 个疗程，疗程间休息 3 天。

注意事项：施灸时，应注意安全，防止艾绒脱落，烧损皮肤或衣物。施灸后，局部皮肤出现微红灼热的，属正常现象，无需处理。

禁忌症：孕妇禁用，过饱、过劳、过饥、醉酒、大渴、大惊、大恐、大怒者慎用。

#### 7.6.3 穴位贴敷（D 级证据，弱推荐）

药物组成：附子、细辛、丁香、芥子、赤芍、延胡索、生姜

取穴：上巨虚、天枢、足三里、命门、关元。

操作：药物各取等量打粉，与生姜汁混合，加入适量麻油调成糊状，搅拌均匀后待用。取适量药品调敷于大小为 2 cm×2 cm 的医用胶布上贴于患者穴位。

适用条件：推荐用于轻中度 UC 活动期脾肾阳虚证

疗程：每次贴敷 4 h，每次间隔 5 天，疗程 60 天。

注意事项：贴敷药物后注意局部防水，小儿贴敷时间应酌情减少，对胶布过敏者可选用低过敏胶

带或用绷带固定，禁食生冷、海鲜、辛辣刺激性食物，对于残留在皮肤的药膏等不宜用汽油或肥皂等有刺激性物品擦洗。

禁忌症：孕妇、局部皮肤有创伤、溃疡、感染或有较严重的皮肤病者禁用。糖尿病、血液病、发热、严重心肝肾功能障碍者，艾滋病、结核病或其他传染病者慎用。

## 8 健康管理

### 8.1 概述

UC 的健康管理策略应根据患者疾病的状态进行确定，需要临床医师与患者的共同参与。除药物治疗外，患者的饮食、情绪、季节、劳累等非药物因素也与 UC 密切相关，可有针对性地进行管理。

### 8.2 患者教育

应加强科普宣传、开展患者健康教育，帮助其树立正确的疾病认识，按医嘱服药及定期医疗随访，不要擅自停药。反复病情活动者，应教育其做好长期服药的心理准备。

### 8.3 合理饮食

应避免摄入生冷、寒凉、辛辣油腻刺激性食物，宜进食适量新鲜的低纤维、低脂肪、高维生素、高蛋白饮食。重视饮食卫生，避免肠道感染性疾病。

### 8.4 调整生活方式

宜戒烟戒酒。调养身心，保持心情愉快，避免过大的心理压力；劳逸适度，充分休息，避免过度疲劳等。

## 9 预后与癌变监测

### 9.1 预后

UC 多呈慢性过程，大部分患者反复发作。轻度患者及长期缓解者预后较好，重度伴广泛结肠炎、有并发症及年龄超过 60 岁属高危因素，但近年由于治疗水平提高，本病的病死率已明显下降。慢性持续活动或反复发作频繁，预后较差，但如能合理选择药物治疗，亦可望维持缓解。

### 9.2 癌变监测

推荐对起病 8 年~10 年的所有 UC 患者均应行 1 次肠镜检查，以确定当前病变的范围。如为 E3 型，则从此隔年肠镜复查，达 20 年后每年肠镜复查；如为 E2 型，则从起病 15 年开始隔年肠镜复查；如为 E1 型，无需肠镜监测。连续 2 次结肠镜监测无异常者，可将监测间隔延长至 2 年~3 年。合并原发性硬化性胆管炎（primary sclerosing cholangitis, PSC）者发生结肠癌风险较高，从确诊开始每年肠镜复查。

## 10 局限性

高质量临床研究的不足是本指南制定的重要限制因素，许多临床研究均存在样本量小、未设置盲法，存在较高偏倚风险等情况，直接导致证据质量降低，多为C级、D级。在此情况下，项目组充分参考专家意见严格筛选方药，基于专家共识投票结果形成推荐意见，对于缺乏文献证据支持但经专家讨论认为属于临床常用且公认有效的中药方剂和中成药则以共识建议的形式进行推荐。

中医药治疗UC的规范研究较少，证据等级普遍不高，特别是在UC的健康管理以及预后与监测方面缺少相关的循证支持。希望未来进一步开展更多有关UC的多中心、大样本、临床随机对照试验，着重关注循证医学、中医证候学以及文献研究，促进中医药传统与现代技术相结合，临床与科研相结合，为中医药的临床运用提供更多的循证医学证据。

附录 A  
(资料性)  
指南解决临床问题与推荐意见

### A.1 证据质量评价与推荐标准

本指南证据等级评价采用 GRADE 推荐分级标准，运用 GRADEpro (<http://gradepro.org/>) 将有效性和安全性的证据体分为高、中、低、极低四个等级，见表 A.1。

表 A.1 GRADE 证据质量评价标准

证据等级	具体描述
A	高级别证据，我们非常有把握预测值接近真实值
B	中等级别证据，我们对预测值有中等把握：预测值有可能接近真实值，但也有可能差别很大
C	低级别证据，我们对预测值的把握有限：预测值可能与真实值有很大差别
D	极低级别证据，我们对预测值几乎没有把握：预测值与真实值极可能有很大差别

在证据分级过程中，考虑五个降级因素——偏倚风险、不精确性、不一致性、不直接性以及发表偏倚，以及三个升级因素——效应量大、剂量反应关系、可能的混杂因素。具体证据质量见每条推荐意见后标注。参照 GRADE 系统对推荐级别的分级（见表 A.2），结合专家意见，形成推荐意见。

表 A.2 GRADE 推荐强度分级的定义

对象	强推荐	弱推荐
对患者	几乎所有患者均会接受所推荐的方案；此时若未接受推荐，则应说明	多数患者会采纳推荐方案，但仍有不少患者可能因不同的偏好与价值观而不采用
对临床医生	应对几乎所有患者都推荐该方案；此时若未给予推荐，则应说明	应该认识到不同患者有各自适合的选择，帮助每个患者做出体现他偏好与价值观的决定
对政策制定者	该推荐方案一般会被直接采纳到政策制定中去	制定政策时需要充分讨论，并需要众多利益相关者参与

## 参 考 文 献

- [1] 李军祥, 陈諳. 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(02): 105-111.
- [2] 中华医学会消化病学分会炎症性肠病学组, 中国炎症性肠病诊疗质量控制评估中心. 中国溃疡性结肠炎诊治指南(2023年·西安)[J]. 中华炎症肠病杂志(中英文), 2024, 08(1): 33-58.
- [3] J Satsangi, Silverberg M-S, Vermeire S, et al. The Montreal classification of inflammatory bowel disease: controversies, consensus, and implications[J]. Gut, 2006, 55(6): 749-753.
- [4] S-C TRUELOVE, WITTS L-J. Cortisone in ulcerative colitis; final report on a therapeutic trial[J]. Br Med J, 1955, 2(4947): 1041-1048.
- [5] K-W Schroeder, Tremaine W-J, Ilstrup D-M. Coated oral 5-aminosalicylic acid therapy for mildly to moderately active ulcerative colitis. A randomized study[J]. N Engl J Med, 1987, 317(26): 1625-1629.
- [6] S-P Travis, Schnell D, Krzeski P, et al. Developing an instrument to assess the endoscopic severity of ulcerative colitis: the Ulcerative Colitis Endoscopic Index of Severity (UCEIS)[J]. Gut, 2012, 61(4): 535-542.
- [7] 崔世超, 柳越冬. 溃疡性结肠炎的中医治疗思路[J]. 辽宁中医杂志, 2017, 44(07): 1381-1384.
- [8] D'AMICO F, MAGRO F, SIEGMUND B, et al. Disease Clearance as a New Outcome in Ulcerative Colitis: a Systematic Review and Expert Consensus[J]. Inflamm Bowel Dis, 2023.
- [9] PEYRIN-BIROULET L, SANDBORN W, SANDS BE, et al. Selecting therapeutic targets in inflammatory bowel disease (STRIDE): determining therapeutic goals for treat-to-target[J]. Am J Gastroenterol, 2015, 110(9): 1324-1338.
- [10] TURNER D, RICCIUTO A, LEWIS A, et al. STRIDE-II: An Update on the Selecting Therapeutic Targets in Inflammatory Bowel Disease (STRIDE) Initiative of the International Organization for the Study of IBD (IOIBD): Determining Therapeutic Goals for Treat-to-Target strategies in IBD[J]. Gastroenterology, 2021, 160(5): 1570-1583.
- [11] 雷晓梅, 许洪明, 温瑶明, 等. 芍药汤加减加美沙拉嗪灌肠联合美沙拉嗪口服治疗溃疡性结肠炎临床观察[J]. 中国肛肠病杂志, 2016, (9): 3.
- [12] 徐建军, 季峰, 陈建永, 等. 芍药汤加减治疗慢性溃疡性结肠炎疗效观察[J]. 浙江中医杂志, 2007, (06): 323-324.
- [13] 周赞, 孙吉, 巫亚颖, 等. 红藤肠安汤治疗溃疡性结肠炎疗效观察[J]. 中国中医药信息杂志, 2015, 22(09): 22-25.
- [14] 薛晔, 曹志群, 周晓凤, 等. 中药芪仙苡酱煎口服治疗脾虚湿蕴型溃疡性结肠炎疗效及患者的血清炎症和氧化应激指标变化观察[J]. 山东医药, 2019, 59(33): 65-68.

- [15] 王慧丽, 赵高明, 贾淑亚. 清肠化瘀汤治疗轻中度活动期溃疡性结肠炎疗效评价[J]. 中医药临床杂志, 2019, 31(04): 730-732.
- [16] 马月香, 侯凤霞, 李洪海. 白头翁汤加减联合西药治疗大肠湿热型溃疡性结肠炎疗效观察[J]. 辽宁中医杂志, 2020, 47(01): 114-116.
- [17] 孙晓艳, 王锐, 吉强, 等. 白头翁汤加味联合保留灌肠治疗溃疡性结肠炎的临床疗效观察[J]. 世界中西医结合杂志, 2018, 13(03): 366-369.
- [18] 杨云, 赵红波, 葛志明, 等. 加味白头翁汤灌肠治疗大肠湿热型溃疡性结肠炎疗效观察及对炎症因子水平影响[J]. 广州中医药大学学报, 2018, 35(02): 242-247.
- [19] 史萍慧, 温翔. 白头翁汤加减对急性期溃疡性结肠炎患者促炎因子及 NF- $\kappa$ B mRNA 表达的影响[J]. 中国中医急症, 2017, 26(11): 2059-2061.
- [20] 刘思邈, 唐艳萍. 清热利湿法治疗大肠湿热证溃疡性结肠炎 30 例[J]. 中国中西医结合外科杂志, 2012, 18(05): 441-444.
- [21] 郭洪波, 罗玉梅, 王静波. 乌梅汤加减治疗溃疡性结肠炎 44 例[J]. 新中医, 2007, (01): 44.
- [22] 王志斌, 陈晨, 郭一, 等. 清肠温中方治疗轻中度溃疡性结肠炎的临床研究[J]. 中国中西医结合杂志, 2018, 38(01): 15-19.
- [23] 李莉, 张雯. 溃结宁方治疗溃疡性结肠炎临床研究[J]. 湖北中医杂志, 2009, 31(06): 12-13.
- [24] 邵启蕙, 郭颂铭, 董秋安. 自拟“溃结 2 号方”治疗溃疡性结肠炎的临床观察[J]. 同济大学学报(医学版), 2020, 41(01): 112-116.
- [25] 史英, 张铁, 张鹏, 等. 结肠止泻汤治疗溃疡性结肠炎脾虚湿阻证的临床研究[J]. 现代中医药, 2019, 39(04): 76-80.
- [26] 马友全, 白锋. 溃结汤治疗慢性溃疡性结肠炎 46 例[J]. 新疆中医药, 2005, (02): 28-29.
- [27] 马友全, 白锋. 溃结汤抗溃疡性结肠炎复发的临床研究[J]. 中国实用医药, 2011, 6(16): 75-76.
- [28] 王峰, 景姗, 曹红艳. “健脾调肝化滞方”联合美沙拉嗪治疗溃疡性结肠炎合并抑郁 30 例临床研究[J]. 江苏中医药, 2019, 51(12): 40-43.
- [29] 何宗琦, 吴本升, 文科, 等. 黄葵敛肠方灌肠治疗远端溃疡性结肠炎临床观察[J]. 河北中医, 2019, 41(06): 833-837.
- [30] 龚雨萍, 柳文, 马贵同, 等. 清肠栓治疗溃疡性结肠炎的随机对照研究[J]. 上海中医药大学学报, 2007, (06): 33-36.
- [31] 王珍, 靳桂春, 刘媛, 等. 榆白缓释栓配合治疗溃疡性结肠炎疗效观察[J]. 山西中医, 2017, 33(01): 47-48.
- [32] [32] 沈洪, 朱磊, 胡乃中, 等. 虎地肠溶胶囊联合美沙拉秦肠溶片治疗活动期溃疡性结肠炎多中心、随机对照、双盲双模拟的临床研究[J]. 中国中西医结合杂志, 2019, 39(11): 1326-1331.
- [33] 仝战旗, 杨波, 童新元, 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[J]. 中国中西医结合杂志, 2011, 31(02): 172-176.

[34] 焦英伟, 刘强, 余兆惠. 复方苦参结肠溶胶囊联合美沙拉嗪对改善溃疡性结肠炎患者生活质量的临床研究[J]. 山西医药杂志, 2019, 48(23): 2932-2934.

[35] Y Gong, Zha Q, Li L, et al. Efficacy and safety of Fufangkushen colon-coated capsule in the treatment of ulcerative colitis compared with mesalazine: a double-blinded and randomized study[J]. J Ethnopharmacol, 2012, 141(2): 592-598.

[36] 潘燕, 欧阳钦. 八味锡类散灌肠对溃疡性结肠炎的治疗作用及其机制研究[J]. 中国中西医结合杂志, 2014, 34(01): 27-30.

[37] S Joos, Wildau N, Kohnen R, et al. Acupuncture and moxibustion in the treatment of ulcerative colitis: a randomized controlled study[J]. Scand J Gastroenterol, 2006, 41(9): 1056-1063.

[38] 沈群, 郑云碑, 陆菁. 隔附子饼灸联合美沙拉嗪治疗湿热型溃疡性结肠炎疗效观察[J]. 上海针灸杂志, 2019, 38(04): 374-377.

[39] 蔡辰蕾. 溃结宁膏穴位敷贴治疗溃疡性结肠炎脾肾阳虚证的临床疗效观察及对血清 IL-10 含量的影响[D]. 湖南中医药大学, 2015.