

溃疡性结肠炎常见中医证型及治疗概况

游媛媛¹, 易文²

¹三峡大学, 湖北 宜昌

²宜昌市中心人民医院, 湖北 宜昌

收稿日期: 2022年10月12日; 录用日期: 2022年11月7日; 发布日期: 2022年11月15日

摘要

溃疡性结肠炎是一种病因不明的直肠、结肠慢性非特异性炎症性疾病, 其发病率逐年上升, 患者的生活质量以及生命健康方面受到严重影响。对于缓解溃疡性结肠炎症状方面, 近年来研究发现中医具有一定优势。中医治疗以整体观念和辩证论治为特色, 故在溃疡性结肠炎的中医治疗中, 正确地把握分型论治尤为关键。此文归纳总结近年来, 溃疡性结肠炎的中医证型分布及常见证型的治疗进展, 以求为临床提供一定的理论参考。

关键词

溃疡性结肠炎, 中医证型, 中医治疗

Study of Common TCM Syndromes and Treatment of Ulcerative Colitis

Yuanyuan You¹, Wen Yi²

¹China Three Gorges University, Yichang Hubei

²Yichang Central People's Hospital, Yichang Hubei

Received: Oct. 12th, 2022; accepted: Nov. 7th, 2022; published: Nov. 15th, 2022

Abstract

Ulcerative colitis (UC) is a chronic non-specific inflammatory disease of the rectum and colon of unknown etiology. Its incidence is increasing year by year, and the quality of life and health of patients are seriously affected. For relieving the symptoms of ulcerative colitis, recent studies have found that traditional Chinese medicine has (TCM) certain advantages. The TCM treatment is characterized by holistic concept and dialectical treatment, so in the TCM treatment of UC, it is very important to correctly grasp the classification and treatment. This article summarizes the distri-

tribution of TCM syndrome types of ulcerative colitis in the past years and the treatment progress of commonly witnessed type, in order to provide a certain theoretical reference for clinical practice.

Keywords

Ulcerative Colitis, Syndrome Differentiation of TCM, TCM Treatment

Copyright © 2022 by author(s) and Hans Publishers Inc.

This work is licensed under the Creative Commons Attribution International License (CC BY 4.0).

<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>



Open Access

1. 引言

溃疡性结肠炎是一种由遗传背景与环境因素相互作用而产生的疾病, 呈慢性的炎性反应状态, 病变呈连续性, 可累及直肠、结肠的不同部位, 具体病因尚未明确, 临床以发作、缓解和复发交替为特点, 是常见的消化系统疑难病[1]。典型的临床表现为黏液脓血便或血性腹泻、里急后重, 可伴有腹痛、乏力、食欲减退、发热等全身症状, 病程多在 6 周以上。内镜下特征性表现为持续性、融合性的结肠炎性反应和直肠受累, 黏膜血管纹理模糊、紊乱或消失, 严重者可见黏膜质脆、自发性出血和溃疡形成[1]。该病发病率呈逐渐上升趋势, 病因及发病机制不十分明确, 病程长且易反复发作, 另可出现下消化道大出血、中毒性巨结肠、癌变等严重并发症, 近年来对其中西医治疗相关研究很多, 中医在治疗上能发挥一定优势。在此对溃疡性结肠炎中医常见证型分布及治疗相关文献作一总结, 以期为临床提供一定的理论参考。

2. 常见中医证型分布

UC 主要以腹泻、黏液脓血便、腹痛、里急后重为临床症状, 2009 年中华中医药学会脾胃病分会制定的“溃疡性结肠炎中医诊疗共识意见”[2]将本病归属中医“痢疾”“久痢”和“肠癖”等病范畴。按中医理论, 其病位在肠, 但肠与胃紧密相连, 如迁延日久, 痢久不愈, 邪恋正衰, 脾气更虚, 或治疗不当, 收涩过早, 关门留寇, 则成久痢, 或时愈时发的休息痢, 反复发作, 久病及肾, 导致肾气虚惫, 下痢不止。古人云: “实则阳明, 虚则太阴”, 素体阳盛者, 易感受湿热, 或湿从热化, 素体阳虚者, 易感受寒湿, 或湿从阴化; 下利日久, 均可发展为气血两伤, 进而阴阳两虚。本病病程缠绵, 以脾胃虚为本, 初起以湿热、气滞、血瘀、寒湿为标; 久累及肾, 以肾阴阳两虚为主。赵志敏[3]将 145 例 UC 患者中, 常见中医证型包括湿热内蕴证、脾胃虚弱证、脾肾阳虚证、肝郁脾虚证、阴血亏虚证及气滞血瘀证, 不同证型肠道菌群的表达存在一定差异, 湿热内蕴证 UC 患者肠道双歧杆菌、乳酸杆菌表达量低于其它证型, 肠球菌、肠杆菌、梭杆菌表达量高于其它证型($P < 0.05$), 脾胃虚弱证 UC 患者乳酸杆菌表达量较脾肾阳虚证、肝郁脾虚证、阴血亏虚证偏低, 肠球菌表达量较脾肾阳虚证、肝郁脾虚证、阴血亏虚证偏高, 肠杆菌、梭杆菌表达量较脾肾阳虚证、肝郁脾虚证、阴血亏虚证、气滞血瘀证偏高($P < 0.05$); 除脾肾阳虚证 UC 患者乳酸杆菌表达量略高于气滞血瘀证之外, 脾肾阳虚证、肝郁脾虚证、阴血亏虚证、气滞血瘀证 UC 患者的其它各类肠道菌群表达量比较, 差异均无统计学意义($P > 0.05$), 中医证型分类有助于临床进一步明确 UC 病情的具体进展。李玉玲等[4]认为 UC 缓解期中医证候分布以脾虚湿蕴型最多, 寒热错杂型、气血亏虚型较多, 其次为大肠湿热、脾肾阳虚。病机总属本虚标实, 其虚为脾虚血亏, 实为湿热留恋, 肠络瘀阻。周宇倩等[5]将 80 例患者中, 中医证根据患者所占比例高低依次为大肠湿热证、肝郁脾虚证、脾气虚弱证、脾肾阳虚证、血瘀肠络证、阴血亏虚证, 其中处于缓解期患者以脾气虚弱证

最多, 处于活动期患者则以大肠湿热证分布最多, 其中活动期患者中肝郁脾虚证和大肠湿热证出现频率要明显高于缓解期患者($P < 0.05$), 缓解期患者中脾肾阳虚证和脾气虚弱证的出现频率则明显高于活动期患者($P < 0.05$); 病情严重程度为轻度组患者中最常见的胃肝郁脾虚证, 而中度和重度组患者最为常见的为大肠湿热证。于治恒[6]将 85 例溃疡性结肠炎患者中, 男女比例约为 1.24:1, 辨证分型上男、女均以大肠湿热证及肝郁脾虚证为主; 不同年龄段的中医证型分布: 青年组以大肠湿热证为主, 中年组以肝郁脾虚证为主, 老年组以脾肾阳虚为主; 病程与中医证型分布: 病程 ≤ 5 年以大肠湿热证为主, 病程 5~10 年以肝郁脾虚证为主, 病程 ≥ 10 年以脾胃气虚证为主; 病情与中医证型: 活动期以大肠湿热证和肝郁脾虚证最为多见, 缓解期以脾胃气虚证和脾肾阳虚证为主。朱玉梅[7]将 233 例病例, 证型分布依次是: 大肠湿热证(39.5%) > 脾虚湿蕴证(25.3%) > 肝郁脾虚证(12.5%) > 脾肾阳虚证(9.0%) > 热毒炽盛证(6.4%) > 寒热错杂证(4.3%) > 阴血亏虚证(3.0%), 研究发现, 青年患者和中年患者, 大肠湿热证占据主导地位, 老年患者中, 以脾虚湿蕴证居多; 初发型患者最常见的证型是大肠湿热证和热毒炽盛证, 而慢性复发型以大肠湿热证、脾虚湿蕴证、肝郁脾虚证及脾肾阳虚证占多数; 病情缓解时, 患者多表现为脾虚湿蕴证, 病情处于活动期, 最常见的证型是大肠湿热证; 轻中度患者最常见的证型是大肠湿热证和脾虚湿蕴证, 而重度患者最常表现为大肠湿热证和热毒炽盛证。叶彬[8]将杭州市中医院就诊经结肠镜检查确诊的 118 例 UC 患者为研究对象, 分析各证型与镜下黏膜表现之间的联系, 所有证型中大肠湿热型最多, 占比 38.1%, 脾气亏虚型次之, 占比 19.5%, 血瘀肠络型占 17.8%, 脾肾阳虚型占 11.0%, 肝郁脾虚型占 10.1%, 阴血亏虚型占 3.3%。结合上述, 可发现溃疡性结肠炎的中医辨证分型, 初期、活动期或中青年患者, 多以大肠湿热、肝郁脾虚型为主; 病久、缓解期或老年患者, 则多见脾虚湿蕴、脾肾阳虚证型。

3. 常见证型治疗

3.1. 大肠湿热型

《素问·玄机原病式》载:“利为湿热甚于肠胃, 郁而成其病, 皆热症也”, 中医认为湿热是溃疡性结肠炎的主要致病因素, 大肠湿热型也最为常见。湿热蕴结于大肠可致下利脓血、色鲜红、粪便臭秽、肛门灼热感明显、舌红苔黄腻脉滑数等主要症状。2017 年《溃疡性结肠炎中医诊疗专家共识意见》[1]中提到大肠湿热证, 治以清热化湿、调气和血, 以芍药汤(药物组成: 白芍、黄连、黄芩、木香、炒当归、肉桂、槟榔、生甘草、大黄)为主方; 加减应用中, 当脓血便明显时, 可加白头翁、地锦草、马齿苋等; 血便明显时, 可加地榆、槐花、茜草等。陈晓杨[9]应用芍药汤治疗 36 例 UC 患者, 能明显改善 UC 的临床症状, 促进肠道黏膜的恢复, 连续治疗 2 个疗程后, 总有效率达 94.44%。范恒[10]认为 UC 活动期的治疗应以清热燥湿为要, 应用自拟复方苦参汤(苦参、地榆炭、青黛、白及、三七、甘草)治疗大肠湿热型 UC, 多数患者使用后自诉肠道症状较前明显好转。白兆芝[11]以清热除湿, 兼调脾胃为原则, 应用自拟清肠化湿方(黄连 6 g, 黄芩 10 g, 苦参 15 g, 生薏仁 30 g, 白蔻仁 6 g, 秦皮 10 g, 马齿苋 30 g, 广木香 10 g 等)治疗大肠湿热型 UC, 大多数患者在用药后, 症状较前明显改善。

3.2. 肝郁脾虚型

中医认为忧思恼怒或情绪紧张之时, 气机不利, 肝主疏泄, 失于条达, 横逆侮脾, 可致脾运无权, 水谷下趋。《三因极 - 病证方论》言:“因脏气郁结, 随其所发, 便利脓血”。由此可见, 肝气失于疏泄, 肝气乘脾, 是中医认为溃疡性结肠炎的致病因素之一。其表现以每因情志诱因而出现大便次数增多, 腹痛即泻、泻后痛减为特点。治疗以疏肝理气、健脾化湿为主, 主方以痛泻要方(《景岳全书》引刘草窗方)合四逆散(《伤寒论》), 方中以陈皮、白术、白芍、防风、炒柴胡、炒枳实、炙甘草为主药, 腹痛、肠鸣者, 加木香、木瓜、乌梅等; 腹泻明显者加党参、茯苓、山药、芡实等[1]。兰澜[12]发现, 将单用

美沙拉嗪组和使用四君子汤合痛泻要方加减治疗组进行对比, 在肝郁脾虚型 UC 中, 中药组治疗效果更佳, 可减少肠道炎症发生, 改善患者的临床症状。蒙竹韵[13]通过对肝郁脾虚型 UC 患者随访(6个月), 对比口服柳氮磺吡啶治疗组和柴芍六君颗粒加味治疗组的效果, 研究发现中药组效果显著, 且无明显毒副作用表现, 复发率更低。满运军等[14]研究示, 柴芍六君汤可以对葡聚糖硫酸钠+束缚法+饮食失节法建立的肝郁脾虚型 UC 小鼠进行有效干预, 减轻炎症反应。许汝娟[15]发现, 与单独中药治疗相比, 健脾疏肝汤联合必要的物理疗法可显著提高疗效。凌巧云[16]将熊之焰教授自拟解郁消溃方联合美沙拉嗪肠溶片内服进行研究表明, 能有效抑制炎症反应发生, 调节肠道免疫力。陈旭[17]将疏肝健脾颗粒组和柳氮磺胺嘧啶肠溶片治疗组进行临床研究发现, 对于轻、中度肝郁脾虚型 UC, 疏肝健脾颗粒的疗效更为显著。

3.3. 脾虚湿蕴型

脾虚在 UC 发病及病变过程中起重要作用, 并贯穿于本病的始终, 脾虚是 UC 复发之根本, 因此健脾补肾、调和气血是本病维持缓解、防止复发的首要治法, 同时兼以清肠化湿[4]。其主要临床表现为下利黏液血便、白多赤少, 大便溏薄, 腹胀, 少气懒言, 易疲劳, 舌淡边有齿痕。治法以益气健脾、化湿和中, 以参苓白术散(《太平惠民和剂局方》)为主方, 方中以四君子汤(党参、白术、茯苓、甘草)平补脾胃之气为君, 加入和胃理气渗湿之品如扁豆、苡仁、山药、莲子, 既可健脾, 又能渗湿止泻, 标本兼顾, 佐以砂仁芳香醒脾, 助四君促进中焦运化, 畅通气机。大便白冻黏液较多者, 加苍术、白芷、仙鹤草等; 久泻气陷者, 加黄芪、炙升麻、炒柴胡等[1]。张丽萍[18]等在参苓白术散基础上随症加减, 加三七行瘀, 木香除胀, 仙鹤草截疟, 黄连燥湿, 收效显著。朱成慧等[19]采用美沙拉嗪缓释片联合溃结康丸治疗脾虚湿蕴型 UC, 较单纯使用美沙拉嗪组, 效果更佳, 明显减轻患者的不适症状, 且无不良反应发生。叶丽燕等[20]研究显示, 益气升阳祛湿方联合柳氮磺吡啶治疗脾虚湿蕴型 UC 较单独使用柳氮磺吡啶治疗具有更明显的疗效, 可减轻炎症反应, 无不良反应发生, 可进一步改善患者腹痛、腹泻等临床症状。

3.4. 脾肾阳虚型

《医宗必读·痢疾》云:“痢之为证, 多本脾肾”。中医认为下利日久, 肾阳虚衰, 釜底抽薪, 不能温养脾胃, 运化失常, 水谷下趋肠道而泻。临床以久泻不止, 完谷不化, 夹有白冻, 甚或滑脱不禁, 腹痛喜温喜按为主要表现, 治以健脾补肾、温阳化湿。方以附子理中丸(《太平惠民和剂局方》)合四神丸(《证治准绳》)为主方, 方中以制附子、干姜大辛大热, 温中祛寒, 扶阳抑阴; 人参甘温入脾, 补中益气, 培补后天之本。畏寒怕冷, 加肉桂等; 大便滑脱不禁, 加赤石脂、禹余粮等[1]。朱莹[21]认为脾肾阳虚型 UC 的治疗当以温肾暖脾、活血化瘀, 故予自拟溃结宁方(炮附子 20 g, 细辛 6 g, 丁香 10 g, 白芥子 6 g, 延胡索 10 g, 赤芍 12 g, 生姜 10 g 等)为基础方随证加减治疗脾肾阳虚型 UC, 发现其能有效改善 UC 患者肠道不适感以及肠道炎症水平。周策等[22]将确诊的 87 例脾肾阳虚型溃疡性结肠炎患者随机分组采用自拟真人养脏汤加减治疗, 对照单纯用美沙拉嗪治疗, 在缓解症状方面, 中药组优于对照组, 差异有统计学意义($P < 0.01$ 或 $P < 0.05$), 但 3 个月内治疗组复发率(27.03%)与对照组(35.48%)的差异无统计学意义。对于老年患者脾肾阳虚, 出现五更下利, 临床多以四神丸加减, 现代研究表明[23], 四神丸通过影响细胞因子可起到保持免疫平衡、抑制炎症反应的效果。桂慧俐研究[24]发现, 自拟愈溃汤联合温针灸治疗脾肾阳虚型 UC 的综合疗效优于美沙拉嗪肠溶片, 能够减轻患者临床症状, 并改善患者的胃肠功能。张艳君等[25]研究示, 温针灸联合补虚方治疗脾肾阳虚型 UC 的总有效率高于美沙拉嗪肠溶片, 也可明显减轻炎症反应, 改善临床症状。

4. 总结

溃疡性结肠炎是临床上病因未明, 缺乏长期有效治疗方法的消化系统疑难病, 全球范围内发病率呈

上升趋势, 从生活质量及经济上给患者带来了长期的痛苦与压力, 相关研究展示出, 中医药在溃疡性结肠炎治疗中取得了不错的成效, 可有效减轻患者不适症状, 且具有对人体毒副作用小、治疗后复发率低、调节免疫平衡等优势。但在中医药研究中, 普遍存在缺乏高质量、大规模试验数据, 缺乏中药复方制剂作用机制研究, 溃疡性结肠炎中医分型治疗缺乏统一的标准, 临床往往多个证型相互兼夹为病, 治疗方法可复制性较差等不足。近年来研究 UC 各证型的不同临床生化指标、胃肠镜结果或肠外表现等相关文献越来越多, 以期为准确辩证论治提供更为客观化的指标。未来, 我们需对中医经典进一步深入挖掘以及对中药药理实验研究、循证医学研究等加强学习, 以进一步提高溃疡性结肠炎的长期治疗疗效。

参考文献

- [1] 张声生, 沈洪, 郑凯, 等. 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.
- [2] 张声生, 李乾构, 沈洪, 等. 溃疡性结肠炎中医诊疗共识(2009) [J]. 中国中西医结合杂志, 2010, 30(5): 527-532.
- [3] 赵志敏. 溃疡性结肠炎常见中医证型调查及其与肠道菌群的相关性研究[J]. 四川中医, 2021, 39(8): 52-55.
- [4] 李玉玲, 杜念龙, 黄穗平, 时昭红. 溃疡性结肠炎缓解期中医证候规律及其相关性[J]. 吉林中医药, 2019, 39(8): 1055-1058. <https://doi.org/10.13463/j.cnki.jlzyy.2019.08.021>
- [5] 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. <https://doi.org/10.13192/j.issn.1000-1719.2017.12.035>
- [6] 于治恒. 溃疡性结肠炎中医证型与客观检查的相关性研究[D]: [硕士学位论文]. 成都: 成都中医药大学, 2017.
- [7] 朱玉梅. 溃疡性结肠炎中医证型和相关理化检查的研究[D]: [硕士学位论文]. 南京: 南京中医药大学, 2021. <https://doi.org/10.27253/d.cnki.gnjzu.2021.000509>
- [8] 叶彬. 溃疡性结肠炎患者中医证型与结肠镜下表现的联系[J]. 中国现代医生, 2022, 60(24): 10-13.
- [9] 陈晓杨. 芍药汤治疗溃疡性结肠炎 36 例临床观察[J]. 实用中医内科杂志, 2014, 28(5): 39-40.
- [10] 冷雪媛, 范恒, 陈倩云. 范恒教授复方苦参汤治疗溃疡性结肠炎临床经验[J]. 光明中医, 2021, 36(18): 3073-3075.
- [11] 段泽玉, 王美玲. 白兆芝教授治疗湿热内蕴型溃疡性结肠炎临床经验[J]. 云南中医中药杂志, 2018, 39(4): 3-6.
- [12] 兰澜. 四君子汤合痛泻要方加减治疗溃疡性结肠炎肝郁脾虚证的疗效观察[J]. 中国实用医药, 2020, 15(33): 131-133.
- [13] 蒙竹韵. 疏肝健脾法治疗溃疡性结肠炎的临床观察[D]: [硕士学位论文]. 南宁: 广西中医药大学, 2016.
- [14] 满运军, 肖旸, 苏敏, 等. 柴芍六君汤对肝郁脾虚型溃疡性结肠炎大鼠炎症因子的影响[J]. 世界中西医结合杂志, 2021, 16(10): 1836-1840.
- [15] 许汝娟. 健脾疏肝汤结合物理疗法治疗溃疡性结肠炎 44 例[J]. 河南中医, 2017, 37(3): 472-473.
- [16] 凌巧云. 解郁消溃方治疗肝郁脾虚型溃疡性结肠炎的临床观察[D]: [硕士学位论文]. 长沙: 湖南中医药大学, 2019.
- [17] 陈旭. 疏肝健脾颗粒治疗溃疡性结肠炎肝郁脾虚型临床疗效评价[J]. 中医临床研究, 2018, 10(25): 91-92.
- [18] 张丽萍, 陈欣欣, 陈博, 等. 自拟益气健脾化湿方治疗脾虚湿蕴型溃疡性结肠炎缓解期临床效果研究[J]. 中国现代应用药学, 2021, 38(11): 1379-1382.
- [19] 朱成慧, 吕冠华, 孙希良, 等. 溃结康丸联合美沙拉嗪缓释片治疗脾虚湿蕴型慢性非特异性溃疡性结肠炎的临床疗效及对患者血清白细胞介素 8、肿瘤坏死因子 α 的影响[J]. 河北中医, 2019, 41(1): 26-30, 35.
- [20] 叶丽燕, 郭雅琴, 朱萍. 益气升阳祛湿方联合西医治疗溃疡性结肠炎急性发作(脾虚湿蕴证)的临床观察[J]. 中国中医急症, 2021, 30(8): 1437-1439.
- [21] 周瑾, 朱莹. 朱莹治疗溃疡性结肠炎脾肾阳虚证经验[J]. 湖南中医杂志, 2019, 35(5): 31-32.
- [22] 巩子汉, 张玲, 刘丽梅, 等. 探讨四神丸、白头翁汤、连理汤对溃疡性结肠炎大鼠的影响[J]. 中国实验方剂学杂志, 2021, 27(16): 1-8.
- [23] 周策, 唐太春, 余乐来, 等. 自拟真人养脏汤治疗脾肾阳虚型溃疡性结肠炎的临床观察[J]. 实用中西医结合临床, 2015, 15(10): 1-3.

- [24] 桂慧俐. 自拟愈溃汤联合温针灸治疗脾肾阳虚型溃疡性结肠炎临床观察[J]. 光明中医, 2021, 36(19): 3269-3271.
- [25] 张艳君, 常玉洁, 张冬冬, 等. 温针灸联合补蔻补虚方治疗溃疡性结肠炎脾肾阳虚证临床研究[J]. 陕西中医, 2021, 42(10): 1470-1473.