

• 共识解读 •

《溃疡性结肠炎中医诊疗专家共识(2023)》解读*

胡俊聪¹ 裴文婧² 李军祥²

[摘要] 《溃疡性结肠炎中医诊疗专家共识(2023)》是 2020 年 11 月由中华中医药学会脾胃病分会在北京主导,联合全国 26 家三甲医院和高校科研院所共同修订的一部溃疡性结肠炎(UC)中医诊疗专家共识。它呈现了三大重要特点:①全面性,包括 UC 的诊断、病因病机、辨证分型、临床治疗、疗效评定、中医药循证医学进展、预防调摄、转归与随访等多方面,为中医诊疗 UC 提供全面指导;②前沿性,与 UC 国际诊疗前沿接轨,强调“诱导并维持病情深度缓解”的治疗目标,并介绍了“中医药循证医学进展”;③传承创新,新增“现代名家学术经验”专栏,传承中医名家经验。本文将解读该共识的主要更新和重点内容,以推动其在临床实践中的应用。

[关键词] 溃疡性结肠炎;中医;专家共识;解读

DOI:10.3969/j.issn.1671-038X.2024.05.09

[中图分类号] R574.62 **[文献标志码]** A

Interpretation of the experts consensus on traditional Chinese medicine diagnosis and treatment of ulcerative colitis (2023)

HU Juncong¹ PEI Wenjing² LI Junxiang²

(¹Beijing University of Chinese Medicine, Beijing, 100029, China; ²Department of Gastroenterology, Dongfang Hospital, Beijing University of Chinese Medicine)

Corresponding author: LI Junxiang, E-mail: lijunxiang1226@163.com

Abstract The experts consensus on traditional Chinese medicine diagnosis and treatment of ulcerative colitis (2023) is an experts consensus on traditional Chinese medicine diagnosis and treatment led by the Spleen and Stomach Diseases Branch of the China Association of Chinese Medicine in November 2020 in Beijing, in collaboration with 26 tertiary hospitals and universities and research institutes across the country. It presents three important features: ① Comprehensive, including the diagnosis of ulcerative colitis (UC), etiology and pathogenesis, identification and typing, clinical treatment, evaluation of efficacy, the progress of evidence-based medicine in traditional Chinese medicine (TCM), prevention and regimen, prognosis and follow-up, etc., which provides a comprehensive guide to TCM in the diagnosis and treatment of UC; ② Cutting-edge, in line with the international diagnostic and therapeutic front of UC, emphasizing the goal of "inducing and maintaining deep remission", and "advances in evidence-based medicine in TCM" is introduced; ③ Inheritance and innovation, a new column of "Modern academic experience of famous TCM practitioners" is added to inherit the experience of famous TCM practitioners. In this article, we will explain the main updates and key contents of the 2023 experts consensus to promote its application in clinical practice.

Key words ulcerative colitis; traditional Chinese medicine; experts consensus; interpretation

溃疡性结肠炎(ulcerative colitis, UC)是一种病变呈慢性、连续性、特发性的肠道炎症性疾病^[1],是炎症性肠病(inflammatory bowel disease, IBD)的主要临床亚型。此外,UC 可能会出现不同程度

如皮肤、关节、眼部、肝脏和肺部病变的肠道外表现,也可合并多种疾病,严重影响患者的生活质量^[2]。UC 在西方国家的患病率估计超过 0.3%,而亚洲国家发病率也呈逐年上升的趋势^[3]。2014 年中国疾病预防控制中心的数据显示,中国 2005—2014 年 IBD 的总病例数约为 35 万,预计 2025 年将达 150 万^[4]。全球逐年上升的发病率将给世界的 UC 疾病管理带来新的挑战。

中华中医药学会脾胃病分会在 2009 年、2017 年分别制(修)订了《溃疡性结肠炎中医诊疗专家共识》(以下分别简称 2009 年《共识》、2017 年《共

*基金项目:北京中医药大学“解码中医”揭榜挂帅项目(No:2022-JYB-JBZR-043);国家中医药管理局高水平中医药重点学科中西医结合临床(消化病学)(No: zyyzdxk-2023271);国家重点研发计划-中医药现代化研究重点专项(No:2018YFC1705403)

¹北京中医药大学(北京,100029)

²北京中医药大学东方医院消化内科

通信作者:李军祥, E-mail: lijunxiang1226@163.com

引用本文:胡俊聪,裴文婧,李军祥.《溃疡性结肠炎中医诊疗专家共识(2023)》解读[J].中国中西医结合消化杂志,2024,32(5):420-425. DOI:10.3969/j.issn.1671-038X.2024.05.09.

识》),为该病的临床诊治提供了有效的指导。随着2020年多个新型生物制剂相继在我国获批并进入临床应用,UC的诊疗进入了新时代,相应的中医诊疗也积累了新的经验,鉴于此,中华中医药学会脾胃病分会联合全国26家三级甲等医院及高校、科研院所组建了专家组,共同制定了《溃疡性结肠炎中医诊疗专家共识(2023)》(以下简称2023年《共识》),并于2024年1月正式发布^[5]。本文将对2023年《共识》更新的重点内容及亮点进行详细解读,以期促进2023年《共识》的推广应用,有效地指导临床实践。

1 2023年《共识》的制定方法

2023年《共识》为中华中医药学会脾胃病分会主导,由北京中医药大学东方医院李军祥教授、史瑞教授以及南京中医药大学附属医院沈洪教授共同起草。项目组成员涵盖全国26家三级甲等医院、高等院校及科研机构,共计39位专家。本共识的制定由国内脾胃病领域知名专家对UC的证候分类、辨证施治、名医经验、循证研究、诊疗流程、疗效标准等核心问题进行探讨,历经循证检索、证据等级评估、多轮专家投票等环节,最终达成共识。整个过程历时3年。

2 完善了UC中医病名及疾病分型

对于UC的中医病名认识,三版《共识》有着不同的见解:2009年《共识》^[6]将UC归属中医“休息痢”、“久痢”和“肠澼”等病范畴。2017年《共识》^[7]根据UC黏液脓血便的临床表现及反复发作、迁延难愈的病情特点,归于中医“久痢”范畴。而2023年《共识》^[5]在国内外UC诊疗目标更新下,结合UC如腹泻、黏液脓血便、腹痛和里急后重的主要临床表现,指出UC可参考中医“痢疾”、“久痢”、“休息痢”、“肠澼”等病症进行治疗。同时,为了便于临床分型诊治,2023年《共识》^[5]明确了几种常见的分类方法。例如,根据发病特点,可以将UC的临床分型划分为初发型和慢性复发型。根据UC的疾病活动性,可分为活动期和缓解期。活动期还可依据临床严重程度进一步细分为轻、中、重度和需要住院治疗的急性重度UC(acute severe ulcerative colitis, ASUC),其中ASUC存在短期内(住院3个月内)接受结肠切除术的风险。在量表分型方面,蒙特利尔(Montreal)分类法^[8]根据UC病变范围的差异,分为直肠型E1、左半结肠型E2和广泛结肠型E3三种类型。此外,临床评估中常用的改良Truelove和Witts评分^[9]将病情分为轻度、重度和爆发三型。而改良Mayo评分^[10]则主要应用于临床研究,以评估疗效。

3 突出了“诱导并维持病情深度缓解”的治疗目标与原则

2017年《共识》在“中西医结合治疗目标人群与策略”中根据UC活动期与缓解期的不同,按轻、

中、重度的不同在辨证治疗基础上选用氨基水杨酸(aminosalicylic acid, ASA)、糖皮质激素或生物制剂治疗,而2023年《共识》简化并突出了“诱导并维持病情深度缓解”的治疗目标。

2020年美国肠病学协会(American Gastroenterological Association, AGA)的UC管理指南强调,UC的治疗目标已从“临床缓解”转变为“诱导深度缓解”。这一目标不仅包括临床症状的缓解,还涵盖黏膜愈合及组织学的缓解。针对中重度UC,传统的“升阶梯”治疗已转变为早期采用生物制剂和(或)联合免疫抑制剂的“降阶梯”治疗^[11]。随着国际主流诊疗理念的更新,我国UC的临床实践也逐渐接受了“达标治疗”、“严密控制”和“早期干预”等理念^[12]。

对于轻、中度UC首选ASA制剂诱导缓解,病变在直肠者建议局部运用ASA,如果病变在左半结肠或广泛结肠者,建议局部和口服制剂联合运用。如果使用足量ASA但治疗无效者,无论病变范围如何,可改用口服激素诱导缓解,泼尼松剂量为0.75~1.00 g/kg/d。对于重度UC首选静脉糖皮质激素治疗,如甲泼尼龙40~60 mg/d,或氢化可的松300~400 mg/d。当静脉激素治疗3d仍无效时应转换治疗方案。若转换药物治疗4~7d仍无效者,应及时转手术治疗。对药物治疗无效的ASUC、高龄UC药物疗效不佳、长病程UC合并结肠狭窄、UC癌变、内镜切除不满意和不适宜内镜切除的上皮内瘤变者均推荐手术治疗,推荐回肠储袋肛管吻合术(ileal pouch anal anastomosis, IPAA)作为UC的确定性手术方式^[13]。ASA诱导缓解有应答者仍用其维持缓解。激素诱导缓解有应答者,使用ASA制剂或硫嘌呤类药物维持缓解。对生物制剂(如抗TNF单抗或维得利珠单抗)治疗有应答的患者,继续原生物制剂维持缓解。

4 优化了中医辨证分型与方药

2017年《共识》辨证分型中对于每一证型的描述包括主症、次症、舌脉三大方面,但规范证候诊断标准一直是难点,2023年《共识》给予了明确的指导,有利于医师的临床应用。2023年《共识》针对每一个证型规范了所列出证型的中医病证分类代码,并对每一证型增添“证候诊断”条目。如“大肠湿热证中医病证分类与代码B04.04.02.02.04.03^[14]。主症:①腹泻,便下黏液脓血;②腹痛;③里急后重。次症:①肛门灼热;②腹胀;③小便短赤;④口干;⑤口苦。舌脉:①舌质红,苔黄腻;②脉滑。证候诊断:主症2项,次症2项,参考舌脉,即可诊断”。2023年《共识》通过明确的证候诊断方法进行中医辨证,强调了中医主症、次症与舌脉结合的辨证思路,重点突出,使得诊疗流程更加简洁易懂,有利于临床医师的理解应用。

“中医不传之秘在药量”，为便于读者临床运用，2023 年《共识》在各个证型的辨证论治中均标注了临床推荐用量，也在每一证型之下将中药方剂与中成药服用法归类介绍，更利于读者依据证候辨证施治。如：大肠湿热证，治法：清热化湿，调气和血。主方：芍药汤加减。药物组成：白芍 9~15 g、黄连 3~5 g、黄芩 6~9 g、木香 3~6 g、炒当归 6~12 g、肉桂^{后下} 3~6 g、生甘草 3~9 g 等。加减：脓血便明显者，加白头翁 9~15 g、地锦草 9~18 g、马齿苋 9~15 g 以清热解毒，凉血止痢；血便明显者，加地榆 9~15 g、槐花 6~9 g、茜草 6~9 g 以凉血止血。中成药：①虎地肠溶胶囊：口服，4 粒/次，3 次/d；②五味苦参肠溶胶囊：口服，4 粒/次，3 次/d；③结肠宁（灌肠剂）：灌肠，取药膏 5 g，溶于 50~80 mL 温开水中，放冷至约 37℃ 时保留灌肠，1 次/d。

5 新增了“现代名家学术经验”专栏

为传承 UC 的中医名家诊疗经验，2023 年《共识》特新增“现代名家学术经验”专栏，详细介绍了董建华、朱良春、徐景藩、劳绍贤四位现代中医领域中国工程院院士、国医大师和国家名中医的学术观点及用药心得，旨在为 UC 的临床诊疗提供宝贵的理论指导和经验分享，兹介绍于下。

5.1 董建华教授(1918—2001)

中国工程院院士。董老认为 UC 的治疗以健脾固肠为主，兼以清化湿热，调和气血，抑肝温脾^[15]。临床上应依据病情的轻重缓急，采用辨病与辨证相结合的方法，对整体和局部同时施治。急性期活动期 UC 多辨为脾胃虚弱、大肠湿热证，治以健脾助运、清化湿热、祛瘀止痛；而缓解期 UC 多属于脾肾俱虚、湿邪留滞证，治以温补脾肾、除湿导滞。董老治疗急性活动期 UC 多以白头翁汤加减，方药如下：白头翁 15 g，秦皮 10 g，白芍 15 g，黄连 10 g，黄芩 10 g，川芎 10 g，红花 10 g，黄芪 30 g，薏苡仁 15 g，白术 15 g，茯苓 15 g，棕榈炭 10 g，延胡索 10 g，罂粟壳 6 g，水煎服。缓解期 UC 多以六君子汤合四神汤加减，方药如下：党参 30 g，白术 15 g，茯苓 30 g，炙甘草 10 g，黄芪 30 g，当归 10 g，炒薏苡仁 15 g，补骨脂 10 g，肉豆蔻 10 g，五味子 10 g，木香 10 g，高良姜 10 g，木通 6 g，水煎服。

5.2 朱良春教授(1917—2015)

首届国医大师。朱老^[16]认为 UC 脓血便久治不愈，病情缠绵者，病机中既有脾胃虚弱的一面，又有湿热壅滞的情况，呈现虚实夹杂的特征。因此，在治疗时既要注重补脾敛阴、涩中有补，又需清化湿热、开腑通滞，才能取得好的疗效。仙桔汤是朱良春先生创制的一首治疗慢性结肠炎的临床验方，方由仙鹤草 30 g，桔梗 6 g，乌梅 5 g，白瑾花 10 g，炒白术 10 g，广木香 6 g，白芍 10 g，白头翁 10 g，炒槟榔 2 g，甘草 5 g 组成，主治脾虚湿热型慢性痢

疾、泄泻。主治 UC 久泄便溏，夹有黏冻，伴有纳呆肠鸣，腹胀乏力，舌尖红苔腻，脉象细濡等症。方中以仙鹤草轻灵止泻，涩中有补，对慢性泻痢虚实夹杂者有标本同治之功；桔梗在《药性论》记载“治下痢，破血，去积气”，可开肺气通腑气；木槿花畅三焦气机，上清肺热，下利水湿，中解肠之湿浊，伍白头翁凉血止痢疗效甚殊。

5.3 徐景藩教授(1927—2015)

首届国医大师。徐老认为 UC 的病位在大肠、脾、肝、肾，病机以脾虚生湿、运化失职为本；活动期 UC 病机以脾虚湿热夹瘀、寒热错杂为主，缓解期 UC 以脾虚肝郁为主^[17]。临证需细察病机，充分把握“脾为枢机”的思想，从“清”、“疏”、“运”、“补”四方面综合调治，清温并用、补泻兼施，以恢复脾胃功能的正常运化。徐老治疗 UC 常选用痛泻要方为主方，伍蝉衣、炙僵蚕、炙乌梅、木瓜炭、合欢皮清温并用，扶肝抑脾。此外，徐老善用仙鹤草、紫草治疗 UC，活动期症状显著时每日用药 30 g，症渐向愈时，可改为 15 g/d。仙鹤草又名“脱力草”，涩中有补，伍紫草凉血行瘀，每获良效。对于治痢要药黄连，徐老也颇有心得：UC 急性发作时，最多 5 g/d，待症状缓解后应逐渐减量为 3 g/d。巩固期 1.5 g/d，每周仅用黄连 3 d，避免产生耐药性，亦可避免苦寒伤胃。舌苔黄腻湿热并重者，黄连伍厚朴；苔白多黄少者，黄连伍炒苍术、炒陈皮；缓解期 UC 大便无血但便次多便溏者，黄连伍补骨脂 10 g，症状明显改善后，补骨脂可减为 5 g，可与益智仁交替使用，防止复发。

5.4 劳绍贤教授(1937—)

国家名中医。劳教授认为 UC 活动期以湿热、血瘀为主要病机，治疗上以祛邪为主，治宜清热化湿，活血凉血，固肠止泻^[18]。此外，劳教授临床上善于结合脉象、患者主诉以及消化内镜等各种检查，全方位地对病情做出判断，在口服中药汤剂时配合 UC 灌肠方内外同治，临床取得了十分令人满意的效果。劳教授临床治验方剂介绍如下：①溃结灵：救必应 30 g，败酱草 30 g，地榆炭 30 g，水蛭 5 g，茯苓 30 g，覆香 10 g，川厚朴 10 g，法半夏 10 g，三七粉^{冲服} 3 g，甘草 6 g。便血者加槐花 15 g；黏液多者加漏芦 15 g 或苦参 15 g；水泻、便次多者加石榴皮 30 g；舌淡苔不厚，大便 1~2 次/d，无脓血者加黄芪 30 g，白术 15 g，甘草 6 g。肠镜下活动期 UC 以黏膜弥漫性炎症为主，当局部微循环障碍，镜下结肠黏膜可出现假息肉或炎性息肉，或黏膜粗糙呈颗粒状时，可用莪术、漏芦、姜黄等活血散结之药加大活血化瘀力度。缓解期 UC 大便无黏液及脓血，舌苔不厚者，可加黄芪、白术、甘草。此加减取法于刘完素白术黄芪汤之意，而对于激素依赖者，可适当加用温补肾阳药物，如杜仲、人参、淫羊藿等，在病情稳定好转时可逐渐减少激素的用

量。②溃结灌肠方:救必应 30 g,败酱草 30 g,毛冬青 30 g,晚蚕砂^{包煎} 30 g,地榆 30 g,青黛^{包煎} 5 g,白及 15 g,甘草 10 g。大便次数多者加五倍子 15 g;湿热重、黏液便者加苦参 15 g;血便者加儿茶 1~3 g。方中救必应、败酱草清热利湿,解毒消痈;白及、青黛、地榆清热解毒,凉血止血;毛冬青清热活血通脉;晚蚕砂燥湿化浊,活血止痛;甘草解毒缓痛。镜下溃疡伴便血多者加儿茶以收湿生肌敛疮。早期或急性期 UC 患者可每天灌肠,待病情缓解后改为隔天灌肠。

6 介绍了中医药循证医学进展

虽然化学和生物药物是全球治疗 UC 的主流药物,但中医药在改善 UC 临床症状、肠道病理、镜下黏膜愈合等指标方面具有一定优势,已成为我国治疗 UC 的重要方法^[19]。在亚洲国家,特别是韩国和日本,中医药作为补充和替代医学已广泛用于 UC 的治疗和症状管理,为 UC 患者提供了另一种治疗选择^[20-21]。近几年国内外高质量的中医药大样本、多中心、随机临床对照试验(randomized controlled trial, RCT)的研究数量较前增加,现将 2023 年《共识》中提到的中药单体、单药、中药复方、针刺疗法的循证研究进展介绍如下。

6.1 中药单体

姜黄素是从中药姜黄中提取的化合物,具有广泛的抗炎作用,是治疗 UC 的热点药物,主要作用于 NF- κ B 炎症通路^[22]。2020 年一项纳入 2006—2019 年来自伊朗、印度、以色列、中国香港、塞浦路斯及日本的 6 项 RCT 研究发现姜黄素与美沙拉嗪联用可以有效提高临床缓解和黏膜愈合,并降低复发率,且未见严重不良反应^[23]。

小檗碱,亦称黄连素,是从中药黄连中分离的一种生物碱,其在 UC 上的使用已被证实是有效的,且不良反应较小^[24]。2020 年我国一项黄连素治疗 UC 的 I 期临床试验提示黄连素联合美沙拉嗪在中国 UC 患者中耐受良好,可能增强美沙拉嗪在 UC 结肠组织中的抗炎活性^[25]。

HMPL-004 是从穿心莲中提取出的一种作用于多靶点的口服植物药,2010 年我国一项多中心、随机、平行对照临床试验研究穿心莲提取物 HMPL-004 治疗轻中度活动期 UC 的临床疗效,发现穿心莲提取物 HMPL-004 是美沙拉嗪的有效替代药物^[26]。

6.2 单药

芦荟凝胶是 *Aloe barbadensis* Miller 叶浆的黏液水提取物,具有抗炎、促黏膜愈合的特性。2004 年英国一项双中心、随机、双盲、安慰剂对照临床试验显示,芦荟凝胶在治疗轻中度 UC 时临床应答率高于安慰剂对照组,其不良反应轻微,与空白组类似^[27]。

青黛是由马蓝、蓼蓝、菘蓝的叶或茎叶加工制

成的干燥粉末、团块或颗粒,始载于宋代《开宝本草》,味咸性寒,清热解毒,凉血消斑^[28]。2018 年日本的一项临床试验证实口服中药青黛可治疗中重度 UC^[20],但存在如轻度肝功异常、胃肠道反应和头痛,以及肺动脉高压和肠套叠等不良反应,其中肠套叠需要手术治疗。因此,青黛被定为处方药,建议限制用于难治性 UC 患者^[29]。2020 年另一项短期临床试验发现短期运用青黛治疗 UC 有效且无严重不良事件,但需要进一步优化服用方法^[30]。

6.3 中药复方

锡类散的主要成分为西瓜霜、寒水石等,具有清热解毒、消肿止痛的功效。《中成药治疗溃疡性结肠炎临床应用指南(精简版,2022 年)》^[31](以下简称 2022 年《指南》)推荐将其灌肠用于治疗轻中度活动期 UC。2012 年日本的一项临床试验显示其栓剂在治疗难治性溃疡性直肠炎方面优于安慰剂,且安全性和耐受性好^[32]。2013 年我国进行的另一项试验比较了锡类散灌肠液与地塞米松灌肠液治疗轻中度溃疡性直肠炎的效果,发现两者同样有效,但锡类散的安全性和耐受性更优^[33]。

复方苦参肠溶胶囊由苦参、地榆、青黛、白及、甘草组成,具有清热燥湿的功效。2019 年更名为“五味苦参肠溶胶囊”并在我国上市。2012 年我国一项临床试验中发现其治疗轻中度 UC 的临床应答率高于美沙拉嗪组,但缓解率和黏膜愈合率与美沙拉嗪组无显著差异,且无严重不良反应^[34]。

虎地肠溶胶囊是基于《千金方》研制的肠溶胶囊剂,由朱砂七、虎杖、地榆炭、北败酱、白花蛇舌草、二色补血草、白及、甘草组成,具有清热利湿、凉血解毒的功效。2019 年我国一项临床试验显示其对轻中度活动期 UC 患者的症状有改善作用,与美沙拉嗪联用效果更佳^[35]。2022 年《指南》^[31]强推荐其用于大肠湿热证的轻中度活动期 UC 患者。

清肠化湿颗粒是一种源自白头翁汤及芍药汤的中药复方制剂,其成分包括黄连、黄芩、败酱草、当归、白芍、地榆、紫草、茜草、白芷、木香和甘草。2021 年我国一项临床试验显示其对使用足量美沙拉嗪治疗 4 周无效的中度 UC 患者在改善临床症状、促进黏膜愈合以及减少黏液脓血便方面具有显著疗效^[36]。

6.4 其他疗法

此外,针刺疗法凭借其简单便捷、广泛适应且不良反应较小的独特优势,在 UC 的临床治疗中得以应用。2006 年,德国开展了一项单中心、随机、单盲(患者)、假手术组平行对照试验,对中医针刺治疗轻中度 UC 前后的结肠炎活动指数评分(colitis activity index score, CAI4-10)进行了统计。研究结果显示,经过 5 周的治疗,针刺组的 CAI4-10 评分显著降低($P < 0.001$),且优于假手术组($P = 0.048$)。值得注意的是,这种疗效在随访 16 周后

依然稳定($P < 0.001$)^[37]。

7 优化了 UC 疾病管理

UC 易反复发作,且癌变概率随病程的延长而显著高于正常人群,严重影响了患者的生活质量,增加了社会医疗负担^[38]。2023 年《共识》优化了 UC 疾病管理条目中“饮食”及“转归与随访”内容,旨在重视对 UC 的管理与监测。

在饮食方面,2023 年 ESPEN IBD 临床营养指南提倡摄入富含 $\omega-3$ 脂肪酸和低 $\omega-6$ 脂肪酸的水果和蔬菜,这有助于降低 UC 的风险^[39]。例如,绿茶和高叶酸水平被视为 UC 的保护因素,而过度摄入软饮料、蔗糖、缺乏维生素 D、过量摄食肉类,尤其是红肉,则被认为是 UC 的风险因素。中医调护方面,湿热证 UC 患者应谨慎食用牛羊肉和烧烤等温性食品,虚寒证患者则需避免进食生冷食物,如海鲜、冷饮、冷菜冷饭等。同时,可根据病情配合食疗,如脾虚证者可食用山药莲子粥,阴虚证者适用槐花百合粥,湿热体质者可服用蒸苡仁马齿苋粥等。

在 UC 患者的转归与随访中,由于其大肠癌的发病率高于健康人群,定期进行肠镜检查至关重要。研究发现亚洲 UC 患者的大肠癌总体患病率为 0.85%,10、20、30 年的累积风险分别为 0.02%、4.81%、13.91%^[40]。2023 年《共识》特别指出:肠镜监测可早期发现结直肠癌并改善预后,建议所有 UC 患者均应行一次结肠镜筛查,随后持续监测,时间间隔需参考危险因素和上次肠镜结果。非直肠型 UC 起病 8 年以上者需肠镜筛查,高危患者如狭窄或不典型增生、原发性硬化性胆管炎、重度活动等需 1 年后监测,中危患者如轻中度活动、炎后息肉、一级亲属 > 50 岁等可 2~3 年后监测,无高危风险者 5 年后监测。伴有原发性硬化性胆管炎的患者需每年监测肠镜。病理解读需要有胃肠病经验的 2 名病理医师共同解读。如果异型增生已经完全切除,则无须行结直肠切除术,对高度疑为癌变及确诊为癌变者应及时行手术治疗^[41]。

8 局限性

鉴于 UC 的分级、分期、临床表现及中医证候类型的差异,在“诱导并维持病情深度缓解”的治疗过程中,采取的方法各异,未必适用于所有患者及病情。为确保有效性,2023 年的《共识》仅推荐了具有相对高质量研究文献或专家共识的中药方剂及中成药,以供参考。实际临床应用时,应根据患者地域、民族、种族等差异,灵活调整临床推荐用量。

受限与中医药高质量、大样本的循证医学证据,2023 年《共识》采纳了当前国内外研究成果,并进行文献调研及专家讨论。中医药在缓解 UC 患者症状、促进黏膜愈合等方面具有显著优势。未来,我们应加大对中医药有效性和安全性的研究力度,推广其规范化的临床应用。未来可开展更多

UC 高质量、大样本的中医诊疗研究,以进一步证实其有效性和安全性,为临床应用提供更多循证医学证据。

9 小结

相较于 2017 年《共识》,2023 年《共识》紧随 UC 研究的前沿动态,强调了“诱导并维持病情深度缓解”的治疗目标和原则。同时,结合中医药循证医学进展,对 UC 的七大证型的诊断方法进行了详尽阐述,对辨证分型的理法方药进行了优化,充分发挥了中医治疗 UC 的临床优势,这有利于临床中医师应用本《共识》精准地进行辨证论治,实现 UC 的有效管理。综上,2023 年《共识》对中医治疗 UC 具有重要的指导价值,值得临床广泛推广。

利益冲突 所有作者均声明不存在利益冲突

参考文献

- [1] Kaplan GG, Windsor JW. The four epidemiological stages in the global evolution of inflammatory bowel disease[J]. Nat Rev Gastroenterol Hepatol, 2021, 18(1):56-66.
- [2] Chen YL, Zhang YL, Dai YC, et al. Systems pharmacology approach reveals the antiinflammatory effects of *Ampelopsis grossedentata* on dextran sodium sulfate-induced colitis[J]. World J Gastroenterol, 2018, 24(13):1398-1409.
- [3] Ng SC, Shi HY, Hamidi N, et al. Worldwide incidence and prevalence of inflammatory bowel disease in the 21st century: a systematic review of population-based studies[J]. Lancet, 2017, 390(10114):2769-2778.
- [4] Kaplan GG. The global burden of IBD: from 2015 to 2025 [J]. Nat Rev Gastroenterol Hepatol, 2015, 12(12):720-727.
- [5] 史瑞,李军祥,沈洪,等. 溃疡性结肠炎中医诊疗专家共识(2023)[J]. 中华中医药杂志, 2024, 39(01):288-296.
- [6] 张声声. 溃疡性结肠炎中医诊疗共识意见[J]. 中华中医药杂志, 2010, 25(6):891-895.
- [7] 张声声,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.
- [8] Satsangi J, Silverberg MS, Vermeire S, et al. The Montreal classification of inflammatory bowel disease: controversies, consensus, and implications [J]. Gut, 2006, 55(6):749-753.
- [9] Ko CW, Singh S, Feuerstein JD, et al. AGA Clinical Practice Guidelines on the Management of Mild-to-Moderate Ulcerative Colitis [J]. Gastroenterology, 2019, 156(3):748-764.
- [10] Cross R, Ko CW, Singh S. Mild-to-Moderate Ulcerative Colitis Guideline[J]. Gastroenterology, 2019, 156(3):768.
- [11] Feuerstein JD, Isaacs KL, Schneider Y, et al. AGA Clinical Practice Guidelines on the Management of Moderate to Severe Ulcerative Colitis [J]. Gastroenterology, 2020, 158(5):1450-1461.

- [12] 厉英超,陈思玮,邵佳媛,等. 溃疡性结肠炎达标治疗的研究进展[J]. 西安交通大学学报(医学版),2020,41(4):628-632.
- [13] 中华医学会消化病学分会炎症性肠病学组. 炎症性肠病外科治疗专家共识[J]. 中华炎性肠病杂志,2020,4(3):180-199.
- [14] 国家中医药管理局,国家卫生健康委员会. 国家中医药管理局、国家卫生健康委员会关于印发《中医病证分类与代码》和《中医临床诊疗术语》的通知[J]. (2020-11-16) [2023-02-01]. https://www.gov.cn/zhengce/zhengceku/2020-11/24/content_5563703.html.
- [15] 李军祥,谭祥,张阳,董建华“心身同调”理论在功能性胃肠病治疗中的继承与发展[J]. 中医杂志,2020,61(22):1953-1956.
- [16] 朱良春. 国医大师卷:朱良春[M]. 北京:中国中医药出版社,2011:102-105.
- [17] 崔松香,卢海霞,陆为民. 国医大师徐景藩从脾论治溃疡性结肠炎经验浅析[J]. 中华中医药杂志,2022,37(10):5763-5766.
- [18] 庄昆海,刘凤斌. 劳绍贤教授对溃疡性结肠炎的辨证论治思想[J]. 广州中医药大学学报,2013,30(6):914-916.
- [19] Liu Y, Li BG, Su YH, et al. Potential activity of Traditional Chinese Medicine against Ulcerative colitis: A review[J]. J Ethnopharmacol, 2022, 289: 115084.
- [20] Naganuma M, Sugimoto S, Mitsuyama K, et al. Efficacy of Indigo Naturalis in a Multicenter Randomized Controlled Trial of Patients With Ulcerative Colitis [J]. Gastroenterology, 2018, 154(4): 935-947.
- [21] Saba E, Lee YY, Kim M, et al. A novel herbal formulation consisting of red ginseng extract and Epimedium koreanum Nakai-attenuated dextran sulfate sodium-induced colitis in mice[J]. J Ginseng Res, 2020, 44(6): 833-842.
- [22] Pituch-Zdanowska A, Dembiński Ł, Banaszkiwicz A. Old but Fancy: Curcumin in Ulcerative Colitis-Current Overview[J]. Nutrients, 2022, 14(24): 5249.
- [23] Coelho MR, Romi MD, Ferreira D, et al. The Use of Curcumin as a Complementary Therapy in Ulcerative Colitis: A Systematic Review of Randomized Controlled Clinical Trials [J]. Nutrients, 2020, 12(8): 2296.
- [24] Xiong X, Cheng Z, Wu F, et al. Berberine in the treatment of ulcerative colitis: A possible pathway through Tuft cells[J]. Biomed Pharmacother, 2021, 134: 111129.
- [25] Xu L, Zhang Y, Xue X, et al. A Phase I Trial of Berberine in Chinese with Ulcerative Colitis [J]. Cancer Prev Res (Phila), 2020, 13(1): 117-126.
- [26] Tang T, Targan SR, Li ZS, et al. Randomised clinical trial: herbal extract HMPL-004 in active ulcerative colitis-a double-blind comparison with sustained release mesalazine [J]. Aliment Pharmacol Ther, 2011, 33(2): 194-202.
- [27] Langmead L, Feakins RM, Goldthorpe S, et al. Randomized, double-blind, placebo-controlled trial of oral aloe vera gel for active ulcerative colitis [J]. Aliment Pharmacol Ther, 2004, 19(7): 739-747.
- [28] 高凤洋,张大方,李超英. 中药青黛炮制及药理作用的研究进展[J]. 长春中医药大学学报,2020,36(1):180-183,188.
- [29] Nishio M, Hirooka K, Doi Y. Pulmonary Arterial Hypertension Associated With the Chinese Herb Indigo Naturalis for Ulcerative Colitis: It May Be Reversible [J]. Gastroenterology, 2018, 155(2): 577-578.
- [30] Uchiyama K, Takami S, Suzuki H, et al. Efficacy and safety of short-term therapy with indigo naturalis for ulcerative colitis: An investigator-initiated multicenter double-blind clinical trial [J]. PLoS One, 2020, 15(11): e0241337.
- [31] 李军祥,王化虹. 中成药治疗溃疡性结肠炎临床应用指南(精简版,2022年)[J]. 胃肠病学,2023,28(1):17-26.
- [32] Fukunaga K, Ohda Y, Hida N, et al. Placebo controlled evaluation of Xilei San, a herbal preparation in patients with intractable ulcerative proctitis [J]. J Gastroenterol Hepatol, 2012, 27(12): 1808-1815.
- [33] Zhang F, Li Y, Xu F, et al. Comparison of Xilei-san, a Chinese herbal medicine, and dexamethasone in mild/moderate ulcerative proctitis: a double-blind randomized clinical trial [J]. J Altern Complement Med, 2013, 19(10): 838-842.
- [34] Gong Y, 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.
- [35] 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.
- [36] Shen H, Zhang S, Zhao W, et al. Randomised clinical trial: Efficacy and safety of Qing-Chang-Hua-Shi granules in a multicenter, randomized, and double-blind clinical trial of patients with moderately active ulcerative colitis [J]. Biomed Pharmacother, 2021, 139: 111580.
- [37] Joos S, 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] Bernstein CN. Treatment of IBD: where we are and where we are going [J]. Am J Gastroenterol, 2015, 110(1): 114-126.
- [39] Bischoff SC, Bager P, Escher J, et al. ESPEN guideline on Clinical Nutrition in inflammatory bowel disease [J]. Clin Nutr, 2023, 42(3): 352-379.
- [40] Bopanna S, Ananthakrishnan AN, Kedia S, et al. Risk of colorectal cancer in Asian patients with ulcerative colitis: a systematic review and meta-analysis [J]. Lancet Gastroenterol Hepatol, 2017, 2(4): 269-276.
- [41] Rubin DT, Ananthakrishnan AN, Siegel CA, et al. ACG Clinical Guideline: Ulcerative Colitis in Adults [J]. Am J Gastroenterol, 2019, 114(3): 384-413.

(收稿日期:2024-02-21)