

中国中西医结合学会团体标准

T/CAIM 021-2021

溃疡性结肠炎中西医结合诊疗专家共识

Expert Consensus for Diagnosis and Treatment of
Ulcerative Colitis with the Integrated Traditional Chinese
and Western Medicine

2021-8-11 发布

2021-8-23 实施

中国中西医结合学会 发布

目 次

前 言	I
引 言	II
溃疡性结肠炎中西医结合诊疗专家共识	1
1 范围	1
2 术语和定义	1
3 流行病学特点	1
4 中西医结合治疗 UC 的优势	1
5 发病机制和病因病机	2
6 诊断	2
6.1 西医诊断	2
6.1.1 临床表现	2
6.1.2 实验室检查	2
6.1.3 诊断标准	3
6.1.4 临床分型	3
6.1.5 鉴别诊断	4
6.2 中医辨证分型	7
6.2.1 湿热蕴肠证	7
6.2.2 热毒炽盛证	7
6.2.3 浊毒内蕴证	7
6.2.4 脾虚湿蕴证	7
6.2.5 寒热错杂证	7
6.2.6 脾肾阳虚证	7
6.2.7 瘀阻肠络证	8
6.2.8 肝郁脾虚证	8
6.3 中西医结合诊断	8
6.3.1 中西医结合辨证	8
6.3.2 中西医结合诊断流程	8

7 中西医结合治疗.....	10
7.1 中西医结合治疗原则.....	10
7.2 中西医结合治疗方法.....	10
7.2.1 活动期.....	10
7.2.2 缓解期.....	15
8 中西医结合慢病管理.....	16
8.1 饮食管理.....	16
8.2 情绪管理.....	16
8.3 生活方式管理.....	16
9 共识编制说明.....	17
附录（资料性附录）缩略词表.....	19
参考文献.....	20

前 言

本共识按照GB/T1.1-2020《标准化工作导则第1部分：标准的结构和编写》规则起草。

本共识由中国中西医结合学会提出并归口。

本共识起草单位：中国中医科学院望京医院、河北省中医院、北京大学第一医院、河北医科大学第二医院。

本共识主要起草人：魏玮、杨倩、王化虹、张晓岚、杜宏波、刘建平、宋耿青、苏晓兰、王冬、张涛、滕贵根、郎晓猛、杨洋、张旖晴。

本共识指导专家：樊代明院士（空军军医大学西京医院消化科）、李兆申院士（海军军医大学第一附属医院消化内科）。

本共识征求意见专家（按姓名笔划为序）：

医学专家：丁士刚（北京大学第三医院消化科）、王邦茂（天津医科大学总医院消化科）、王垂杰（辽宁中医药大学附属医院脾胃病科）、刘玉兰（北京大学人民医院消化内科）、刘占举（上海市第十人民医院消化内科）、刘凤斌（广州中医药大学第一附属医院脾胃病科）、刘迎娣（中国人民解放军总医院消化内科）、朱良如（华中科技大学同济医学院附属协和医院消化内科）、孙晓红（北京协和医院老年医学科）、任建林（厦门大学附属中山医院消化内科）、吴坚炯（上海交通大学附属第一人民医院消化科）、吴开春（空军军医大学西京医院消化科）、吴小平（中南大学湘雅二医院消化内科）、张发明（南京医科大学第二附属医院消化科）、张北平（广东省中医院脾胃病科）、张学智（北京大学第一医院中医、中西医结合科）、沈洪（江苏省中医院脾胃病科）、苏娟萍（山西省中医院脾胃病科）、李景南（北京协和医院消化科）、陈建德（美国密歇根大学医学院消化内科和肝病科）、盛剑秋（解放军总医院第七医学中心消化科）、周丽雅（北京大学第三医院消化科）、唐艳萍（天津市南开医院中医消化科）、侯晓华（华中科技大学同济医学院附属协和医院消化内科）、夏志伟（北京大学第三医院消化科）、夏庆（四川大学华西医院中西医结合科）、蓝宇（北京积水潭医院消化科）。

方法学专家：刘建平（北京中医药大学循证医学中心）。

药学专家：王景红（中国中医科学院望京医院药学部）、肖小河（中国人民解放军第302医院全军中医药研究所）、李国辉（中国医学科学院肿瘤医院肿瘤研究所药剂科）、曹俊岭（北京中医药大学东方医院药学部）。

护理学专家：曹艳霞（中国中医科学院望京医院护理部）、陈一秀（中国中医科学院望京医院脾胃病科）。

病理学专家：张平（中国中医科学院望京医院病理科）、周炜润（北京协和医院病理科）。

本共识外部评审专家：

吕文良（中国中医科学院广安门医院感染疾病科）、尚东（大连医科大学附属第一医院普通外科）、刘清泉（首都医科大学附属北京中医医院）。

患者代表：陈帅、胡秀云。

引言

我国自1956年开始认识溃疡性结肠炎（ulcerative colitis, UC）以来，相继于1978年、1992年、2003年、2010年、2017年、2018年、2019年分别制定了中国UC诊断和治疗的相关标准，这些行业标准的颁布和推广极大地规范和提高了我国UC临床诊治水平。流行病学资料显示，我国UC患病率约为11.6/10万^[1]，UC在我国仍属少见病，但近20余年来门诊就诊人数呈快速增长趋势。目前我国临幊上相当多的UC患者接受中西医结合治疗。中国中西医结合学会消化系统疾病专业委员会2010年制订的《溃疡性结肠炎中西医结合诊疗指南（草案）》对提高临幊决策科学性和规范性具有重要推动作用，但至今未更新与修订。2017年中华中医药学会脾胃病分会制订了《溃疡性结肠炎中医诊疗专家共识意见》，2019年制订了《消化系统常见病溃疡性结肠炎中医诊疗指南（基层医生版）》。随着对UC认识的加深，我国临幊和基础研究更趋标准化和规范化，因而可用于制定共识、指南的中国疾病人群数据也越来越多。然而目前尚缺乏一项切实立足于整合中西医优势，取长补短，实现最佳疗效、最小毒副作用的溃疡性结肠炎中西医结合诊疗专家共识。鉴于此，UC学组在借鉴国内外多项共识的基础上结合中国研究成果和中西医临幊实际情幊，制订了《溃疡性结肠炎中西医结合诊疗专家共识》。

溃疡性结肠炎中西医结合诊疗专家共识

1 范围

本共识以成人UC患者为对象，依托UC（久痢）重大疑难疾病中西医临床协作项目制订。从我国UC的防治实际出发，本共识详细介绍了UC的术语和定义、适用范围、流行病学特点、发病机制、病因病机、中西医结合诊断、治疗、慢病管理。本共识突出中西医结合诊疗特色，坚持中西医并重，推动中医药和西医药相互补充、协调发展，力图展示国内外前沿学术内容。文字表述力求简明、清晰、通俗，以供广大脾胃科、消化科以及中西医结合相关科室医疗人员，医学院校从事中医药教育的教师和学生、中医药科研机构相关人员参考应用。

2 术语和定义

下列术语和定义适用于本共识。

UC又称慢性非特异性溃疡性结肠炎或特发性溃疡性结肠炎，是一种以结直肠黏膜连续性、弥漫性炎症改变为特点的慢性非特异性肠道炎症性疾病，其病变主要限于结直肠黏膜和黏膜下层，西医属于炎症性肠病（inflammatory bowel disease, IBD）范畴，中医属于“休息痢”、“久痢”和“泄泻”等范畴。

3 流行病学特点

UC在不同国家、地区、种族人群中的发病率不同，有显著的地域和种族差异。欧洲、北美洲最高发病率分别为24.3/10万、19.2/10万^[2]。亚洲国家的发病率呈逐年增高趋势，发病率为7.6/10万～14.3/10万，患病率为2.3/10万～63.6/10万^[3]。

国内目前尚无大样本人群的流行病学资料，2010～2013年黑龙江省大庆市的流行病学调查数据显示，UC的标准化发病率为1.64/10万^[4]。广东省中山市UC的标准化发病率为2.05/10万^[5]。2011～2012成都、西安市^[6]患者的流行病学结果表明，经调整年龄标化后，成都UC发病率为0.42/10万，西安UC发病率为0.41/10万。2013年国内一项调查显示武汉UC标准化发病率为1.45/10万^[7]。据南昌市统计，UC患者占结肠镜检查总人群的1.37%^[8]，宁夏自治区统计2014年UC患者占全年消化科住院总人数的3.27%^[9]。近年来随着生活水平的提高，饮食结构、生活习惯、环境的改变，以及诊断技术的不断进步，我国UC的发病率逐年增高。

4 中西医结合治疗 UC 的优势

中西医结合治疗轻中度UC能提高临床疗效，更快诱导缓解，减轻西药常见不良反应。重度UC患者多伴有营养不良，主要是由于脾胃虚弱、运化失健所致，在治疗中联合益气健脾类中药有助于改善消化功能，提高营养吸收利用。缓解期疾病复发多与正气不固有关，西药维持治疗期间配合扶正固本类中药可调整机体免疫紊乱，有助于维持疾病的长期缓解，防止复发^[10]。

5 发病机制和病因病机

UC的病因尚未明确，目前的研究倾向认为与遗传、感染、环境、精神心理及免疫调节紊乱等因素有关。

UC活动期肠道屏障功能破坏，菌群移位，激活难以自限和过度亢进的、发作与缓解交替出现的肠道天然免疫及获得性免疫，引起肠道持久且难以自限的免疫炎性反应，导致肠道溃疡经久不愈，炎性增生等病理改变。中医学认为此期中医病因病机为饮食不节（洁），损伤脾胃，或因情志失常，肝郁克脾，或因感受外邪，内伤脾胃；脾虚则不足以运化水湿，脾胃升降功能失调，顽痰宿湿阻滞肠间，大肠传导功能失常，痰湿久羁大肠而不去，水湿内蕴化而为浊，郁热内生，弥漫入血而为毒。湿热浊毒滞积于肠腑，与气血胶结，损伤脂膜血络，化腐成脓，则为肿胀、糜烂、化脓，遂成本病，临床症见腹痛、腹泻、黏液脓血便等临床症状。

缓解期参与肠道免疫损伤的细胞及细胞因子活性被抑制，此期免疫炎症反应处于蛰伏状态。中医认为此期多属虚实夹杂，主要病机为正虚邪恋，运化失健，正虚主要为脾虚，兼有肾亏，邪恋主要为湿热之邪稽留不去，其与脾虚本证互相影响、互为因果。

6 诊断

6. 1 西医诊断

6. 1. 1 临床表现

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，病程多在4~6周以上。可有皮肤、黏膜、关节、眼、肝胆等肠外表现。黏液脓血便是UC最常见的症状。

6. 1. 2 实验室检查

6. 1. 2. 1 血液生物学指标

轻症患者周围血白细胞数或百分比可正常，病情较重者可升高或出现贫血。血沉增快与C反应蛋白增高是活动期的标志。重症或病情持续活动者血清白蛋白降低。UC患者血清核周型抗中性粒细胞胞浆抗体阳性率明显高于正常对照组及克罗恩病患者，与抗酿酒酵母抗体监测联合应用，可能有助于UC的诊断，可用于与克罗恩病的鉴别诊断。有条件的单位可行血清乳铁蛋白检查作为辅助指标。

6. 1. 2. 2 粪常规检查

肉眼可见黏液脓血便，显微镜检可见红细胞、白细胞，急性发作时可见到巨噬细胞。病原学检查对排除感染性肠炎至关重要，应在使用抗生素等药物治疗前取样，需反复进行。除做一般细菌培养，排除志贺和沙门菌外，有条件时尚应做特殊细菌培养，以排除空肠弯曲菌、艰难梭状芽孢杆菌、耶尔森菌及真菌等感染。有血吸虫疫水接触者应做粪便孵化检查。粪便中的钙卫蛋白来自于病变的结肠黏膜，而且与黏膜中钙卫蛋白的含量一致。有条件的单位可行粪钙卫蛋白检查作为辅助指标。

6.1.2.3 肠镜检查

结肠镜检查并黏膜活组织检查(以下简称活检)是UC诊断的主要依据。结肠镜下UC病变多从直肠开始，呈连续性、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。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。伴巨细胞病毒感染的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。

内镜下黏膜染色技术能提高内镜对黏膜病变的识别能力，结合放大内镜技术通过对黏膜微细结构的观察和病变特征的判别，有助于UC诊断，有条件者也可以选用共聚焦内镜检查。

6.1.2.4 黏膜活检

建议多段、多点取材。组织学上可见以下主要改变。活动期：①固有膜内有弥漫性、急性、慢性炎性细胞浸润，包括中性粒细胞、淋巴细胞、浆细胞、嗜酸粒细胞等，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。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，慢性炎性细胞浸润减少；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)。

UC活检标本的病理诊断：活检病变符合上述活动期或缓解期改变，结合临床，可报告符合UC病理改变。宜注明为活动期或缓解期。如有隐窝上皮异型增生(上皮内瘤变)或癌变，应予注明。隐窝基底部浆细胞增多被认为是UC最早的光学显微镜下特征，且预测价值高。组织学愈合不同于内镜下愈合。在内镜下缓解的病例，其组织学炎症可能持续存在，并且与不良结局相关，故临床中尚需关注组织学愈合。

6.1.2.5 其他检查

无条件行结肠镜检查的单位可行钡剂灌肠检查。检查所见的主要改变：①黏膜粗乱和(或)颗粒样改变；②肠管边缘呈锯齿状或毛刺样改变，肠壁有多发性小充盈缺损；③肠管短缩，袋囊消失呈铅管样。

6.1.3 诊断标准

本病结肠镜及活检组织学改变虽有一定特点，但均非特异性改变，必须在排除各种可能有关的病因后，如细菌性痢疾、阿米巴痢疾、慢性血吸虫病、肠结核等感染性结肠炎及结肠克罗恩病、缺血性结肠炎、放射性结肠炎及恶性肿瘤等非感染性肠病，才能对本病作出诊断。在除外其他类型的肠炎后可参照以下诊断要点进行诊断：

- ①典型的临床症状再加上述结肠镜检查改变中的至少1项和黏膜组织学改变即可诊断本病。
- ②典型的临床症状再加上述钡剂灌肠造影检查具有上述X线征象中至少1项(在无条件进行结肠镜检查时)，也可以诊断本病，但欠可靠。
- ③如果临床表现不典型而有典型的结肠镜检查表现及黏膜活检组织学改变者也可以诊断此病，需要临床密切观察。
- ④有典型临床表现或典型既往史而结肠镜检查无典型改变，应列为“疑诊”随访。
- 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，但须随访3~6个月，观察发作情况。

6.1.4 临床分型

6.1.4.1 临床类型

初发型：指无既往病史而首次发作。

慢性复发型：指临床缓解期再次出现症状，临幊上最多见。

6.1.4.2 病情分期

根据黏膜活检病理表现可分为活动期和缓解期，详见“黏膜活检”部分。

6.1.4.3 疾病严重程度分型

活动期可按照改良的Truelove和Witts疾病严重程度分型标准分为轻、中、重度，见表1。

表1 改良 Truelove 和 Witts 疾病严重程度分型

严重程度分型	排便次数	便血	脉搏(次/min)	体温(℃)	血红蛋白 (mm/1h)	红细胞沉降率
轻度	<4	轻或无	正常	正常	正常	<20
重度	≥6	重	>90	>37.8	<75%的正常值	>30

注：中度介于轻、重度之间

6.1.4.4 病变范围

推荐采用蒙特利尔分型，见表2。

表2 UC 病变范围的蒙特利尔分型

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

6.1.5 鉴别诊断

6.1.5.1 克罗恩病 (Crohn disease , CD)

临幊上CD与UC同属于IBD，根据临幊表现、内镜和病理组织学特征不难鉴别。对于结肠炎症性肠病一时难以区分UC与CD者，临幊可诊断为IBD类型待定（type unclassified, IBDU），观察病情变化。未定型结肠炎（indeterminate colitis, IC）诊断常在病理检查未能确诊时使用，鉴别要点见表3。

表 3 UC 与 CD 的鉴别诊断

项目	UC	CD
症状	脓血便多见	有腹泻但脓血便较少见
病变分布	病变连续	呈节段性
直肠受累	绝大多数受累	少见
肠腔狭窄	少见，中心性	多见，偏心性
内镜表现	溃疡浅，黏膜弥漫性充血水肿、颗粒状，脆性增加	纵行溃疡、卵石样外观，病变间黏膜外观正常 (非弥漫性)
活组织检查 特征	固有膜全层弥漫性炎症、隐窝脓肿、隐窝结构明显异常、 杯状细胞减少	裂隙状溃疡、非干酪性肉芽肿、黏膜下层淋巴 细胞聚集

6.1.5.2 肠易激综合征

发病与社会、精神心理因素有关，常有腹痛、腹胀、肠鸣，可出现便秘与腹泻交替，伴有全身神经官能症的症状。

6.1.5.3 直肠结肠癌

多见于中年以上人群，直肠癌指诊检查时常可触及肿块，粪隐血试验常呈阳性。结肠镜和钡灌肠检查对鉴别诊断有价值，但须和UC癌变相鉴别。

6.1.5.4 慢性阿米巴痢疾

病变常累及大肠两端，即直肠、乙状结肠和盲肠、升结肠。溃疡一般较深，边缘潜行，溃疡与溃疡之间黏膜多为正常，粪便检查可找到溶组织阿米巴滋养体或包囊，通过结肠镜采取溃疡面渗出物或溃疡边缘组织查找阿米巴，阳性率较高，血清抗阿米巴抗体阳性，抗阿米巴治疗有效。

6.1.5.5 结肠血吸虫病

有血吸虫疫水接触史，常有肝脾肿大，慢性期直肠可有肉芽肿样增生，可有恶变倾向；粪便检查可发现血吸虫卵，孵化毛蚴呈阳性结果。直肠镜检查在急性期可见黏膜有黄褐色颗粒，活检黏膜压片或组织病理学检查可发现血吸虫卵。免疫学检查亦有助鉴别。

6.1.5.6 感染性结肠炎

各种细菌感染，如痢疾杆菌、沙门菌、大肠杆菌、耶尔森菌、空肠弯曲菌等。急性发作时发热、腹痛较为明显，外周血白细胞不增加，粪便检查可分离出致病菌，抗生素治疗有良好效果，通常在4周内消退。慢性细菌性痢疾：一般有急性痢疾的病史，多次新鲜粪便培养可分离出痢疾杆菌，抗生素治疗有效。

6.1.5.7 缺血性结肠炎

多见于老年人，由动脉硬化而引起，突然发病，下腹痛伴呕吐，24~48小时后出现血性腹泻、发热、白细胞增高。轻者为可逆性过程，经1~2周至1~6个月的时间可治愈；重症者发生肠坏死、穿孔、腹膜炎。钡灌肠X线检查时，可见指压痕征、假性肿瘤、肠壁的锯齿状改变及肠管纺锤状狭窄等。内镜下可见由黏膜下出血造成的暗紫色隆起，黏膜的剥离出血及溃疡等，与正常黏膜的明显分界。病变部位多在结肠脾曲。

6.1.5.8 肠结核

肠结核的结肠溃疡为环形溃疡，边缘呈鼠咬状，常伴有环形狭窄。活检发现干酪样坏死性肉芽肿或结核分枝杆菌可确诊，肠结核患者多兼有肠外其它部位结核，结核菌素试验、结核杆菌抗体、T-spot阳性有助于诊断。

6.1.5.9 肠白塞病

白塞病是以血管炎为病理基础的系统性疾病，除口、眼、生殖器损害外，还可引起关节、皮肤、心、肺、血管、神经系统、消化道的病变。白塞病的消化道病变称为肠白塞病。肠白塞病多在白塞病确诊后发生，其复发性口腔溃疡为诊断的主要依据，反复生殖器溃疡和针刺反应常阳性。同时还常伴发眼部病变、皮疹、发作性蛋白尿。肠白塞病病变范围广，几乎累及整个消化道，病变最多见于回盲部。病变性质主要为溃疡形成。

肠白塞病回盲部的溃疡在病程初期可为多发的小溃疡，但随着病程进展，溃疡最终融合成不规则的大溃疡，可以累及回末、回盲瓣及盲肠，甚至累及升结肠，由于溃疡底部有增生而高低不平，溃疡部肠壁增厚及僵硬，溃疡周边呈虫蚀样改变，因而内镜下容易误诊为恶性溃疡。

6.1.5.10 其他

还须鉴别的疾病有其他感染性肠炎（如真菌性肠炎、出血坏死性肠炎、抗生素相关性肠炎）、放射性肠炎、过敏性紫癜、胶原性肠炎、结肠息肉病、结肠憩室炎及HIV感染合并的结肠炎与本病鉴别。此外应特别注意因下消化道症状行结肠镜检查发现的轻度直肠、乙状结肠炎不能与UC等同，需认真检查病因，观察病情变化。

6.2 中医辨证分型

素体脾气虚弱是UC的发病基础，感受外邪、饮食不洁（节）、情志内伤等是主要的发病诱因，病位在大肠，与脾（胃）、肝、肾、肺等脏腑的功能失调有关，病理性质为本虚标实。病理因素主要包括气滞、湿热、热毒、浊毒、气郁、血瘀、气虚、阳虚等。

6.2.1 湿热蕴肠证

主症：①腹痛，腹泻，便下黏液脓血；②里急后重，肛门灼热。

次症：①身热，小便短赤；②口干口苦，口臭。

舌脉：舌质红，苔黄腻，脉滑数。

6.2.2 热毒炽盛证

主症：①便下脓血或血便，量多次频；②发热。

次症：①里急后重；②腹胀；③口渴；④烦躁不安；⑤腹痛明显。

舌脉：舌质红，苔黄燥，脉滑数。

6.2.3 浊毒内蕴证

主症：①大便脓血并重；②里急后重，大便黏腻、排便不爽。

次症：①口干口苦、口黏；②头身困重；③面色秽滞；④小便短赤不利；⑤腹痛。

舌脉：舌质红，苔黄腻，脉弦滑。

6.2.4 脾虚湿蕴证

主症：①腹泻便溏，夹有不消化食物；②黏液脓血便，白多赤少，或为白冻。

次症：①肢体倦怠，神疲懒言；②腹部隐痛；③脘腹胀满，食少纳差。

舌脉：舌质淡红，边有齿痕，苔白腻，脉细弱或细滑。

6.2.5 寒热错杂证

主症：①下痢稀薄，夹有黏冻；②反复发作。

次症：①四肢不温；②腹部灼热；③腹痛绵绵；④口渴不欲饮。

舌脉：舌质红或淡红，苔薄黄，脉弦或细弦。

6.2.6 脾肾阳虚证

主症：①久泻不止，大便稀薄；②夹有白冻，或伴有完谷不化，甚则滑脱不禁。

次症：①腹胀；②食少纳差；③腹痛喜温喜按；④形寒肢冷；⑤腰酸膝软。

舌脉：舌质淡胖，或有齿痕，苔薄白润，脉沉细。

6. 2. 7 瘀阻肠络证

主症：①腹痛拒按，痛有定处；②下利脓血、血色暗红或夹有血块。

次症：①面色晦暗；②腹部有痞块；③胸胁胀痛；④肌肤甲错；⑤泻下不爽。

舌脉：舌质暗红，有瘀点瘀斑，脉涩或弦。

6. 2. 8 肝郁脾虚证

主症：①情绪抑郁或焦虑不安，常因情志因素诱发大便次数增多；②大便稀烂或黏液便；③腹痛即泻，泻后痛减。

次症：①排便不爽；②饮食减少；③腹胀；④肠鸣。

舌脉：舌质淡红，苔薄白，脉弦或弦细。

注：以上8个证候的确定，凡具备主症2项，加次症2项，参考舌脉即可诊断。

6. 3 中西医结合诊断

6. 3. 1 中西医结合辨证

①分期辩证：活动期多属实证，主要病机为湿热蕴肠，气血不调。缓解期多属虚实夹杂，主要病机为脾虚湿恋，运化失健。

②分级辩证：轻中度患者以湿热为主，重度患者以浊毒、瘀热为主，反复难愈者应考虑痰浊、血瘀和脾肾两虚的因素。

③分型辩证：初发型的主要病机为湿热蕴肠，慢性复发型以脾胃气虚、脾肾阳虚为主。

④微观辨证：镜下肠黏膜水肿明显，多为脾虚湿盛；镜下黏膜充血、糜烂、溃疡，乃毒热损膜伤络所致；镜下见黏膜呈颗粒状或结节状改变，或见腺体排列异常及上皮变化，乃气血运行不畅，结聚不散所致^[11]。

6. 3. 2 中西医结合诊断流程

诊断内容应包括疾病的临床类型、严重程度、病情分期、病变范围及中医辨证分型（图1）。诊断举例 中医诊断：休息痢，寒热错杂证；西医诊断：溃疡性结肠炎，慢性复发型、左半结肠、活动期、中度。

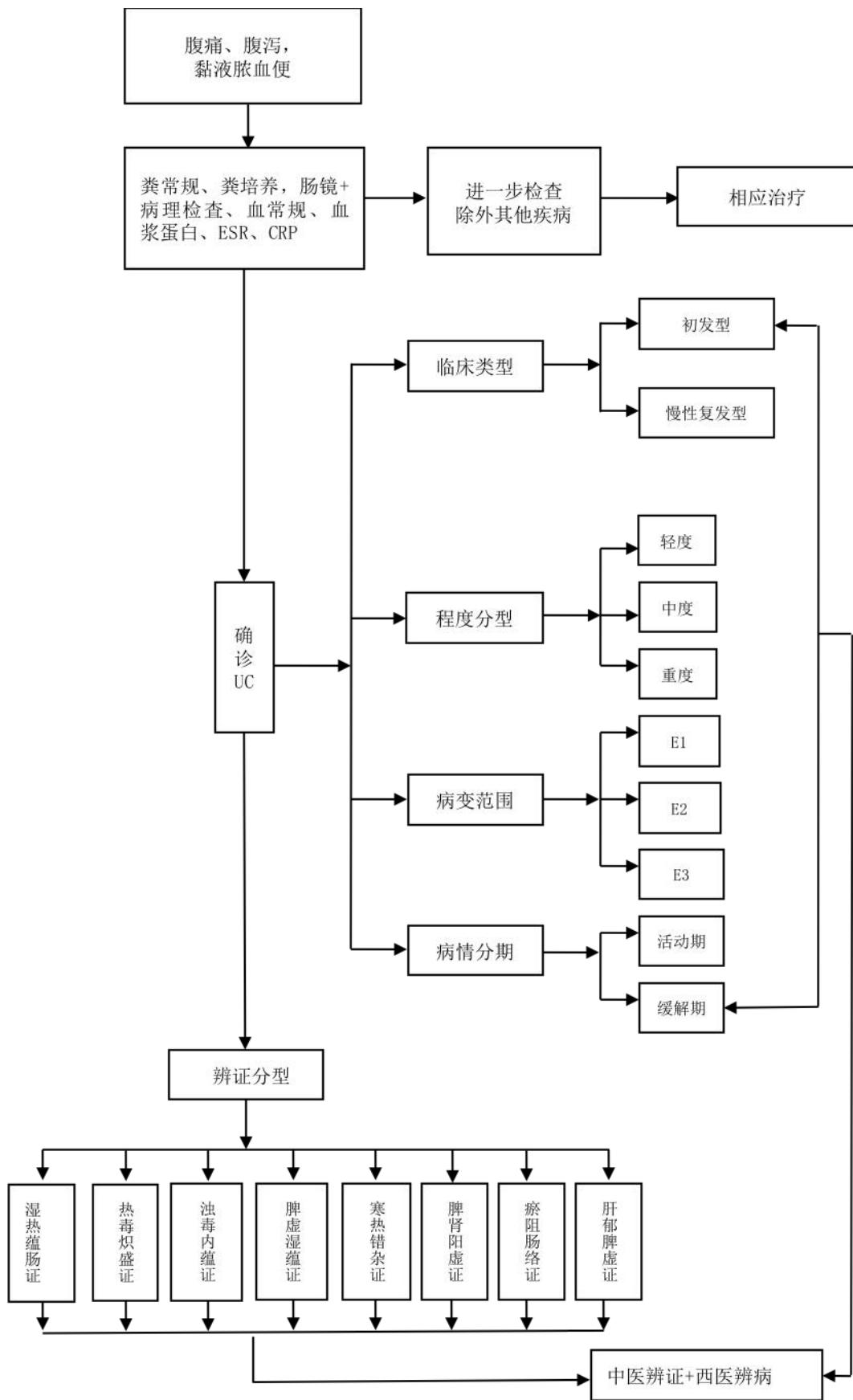


图 1 UC 中西医结合诊断流程

7 中西医结合治疗

7.1 中西医结合治疗原则

中西医结合治疗UC的目标是快速诱导缓解，长期维持临床缓解及黏膜愈合，防治并发症及药物不良反应，提高患者生活质量，加强对患者的长期管理。中西医结合治疗UC需根据分级、分期、分段的不同制定不同的治疗方案。轻中度UC以中西医结合治疗为主，表现为药物的联合使用以增效减副，增效防复；重度UC以西药诱导缓解为主，中药辅助改善患者营养状态，针对西药无法起效环节，发挥中药优势。活动期以诱导临床症状缓解为主要目标，缓解期以维持临床症状缓解及黏膜愈合，提高患者生活质量，预防复发为目标；远段结肠炎可采用局部治疗，广泛性结肠炎或有肠外症状者以系统性治疗为主。

7.2 中西医结合治疗方法

7.2.1 活动期

7.2.1.1 轻度 UC

推荐意见：轻度UC可单独使用西药或中医药疗法，或二者结合，对于西药不耐受、无效，倾向中药治疗的患者推荐单独使用中药治疗，中医药疗法亦可作为西医疗法的序贯疗法，单独使用，维持疾病的缓解。

轻度UC可单用口服西药或中药制剂，或单用栓剂、灌肠剂，但口服与局部用药联合应用疗效更佳^[12]。中西医结合治疗方法可选用中（成）药口服联合西药口服、或中（成）药口服联合西药局部使用^[13]、或西药口服联合中药灌肠^[14]、或中西药局部用药联合使用^[15]、或西药联合针灸、穴位埋线、或中医药疗法联合神经调控疗法^{[16][17]}。病变部位局限在直肠部位者，药物灌肠可选择栓剂纳肛或传统灌肠方法；病变部位在左半结肠或全结肠者，推荐使用经内镜肠道植管术（Transendoscopic Enteral Tubing, TET）^[18]进行全结肠给药。经内镜肠道植管术的操作方法：①患者更换一次性裤子，左侧卧位，配合麻醉师行静脉麻醉；②协助医生进镜至回盲部，沿活检孔插入导管；③植入导管至回盲部，植入长度约90cm；④经内镜下送入钛夹，将钛夹穿过TET管的绳圈，协助医生用3~4枚钛夹内固定（固定于回盲部）；⑤退出肠镜，拔出管内导丝；⑥妥善固定外露导管，用透明膜固定于臀部。

7.2.1.1.1 推荐的西医治疗方法

可选用氨基水杨酸制剂口服，如传统的柳氮磺胺吡啶（sulfasalazine, SASP）3~4g/d，分次口服；或用5-氨基水杨酸（5-ASA）制剂，2~4g/d，顿服或分次口服。亦可局部使用氨基水杨酸制剂，如SASP栓剂0.5~1g/次，2次/d，或美沙拉秦栓剂0.5~1.0g/次，1~2次/d，或美沙拉秦灌肠剂1~2g/次，1~2次/d。氨基水杨酸制剂无效者可口服糖皮质激素（以下简称激素），按泼尼松0.75~1mg/(kg·d)（其他类型全身作用激素的剂量根据上述泼尼松剂量折算）给药，或氢化可的松琥珀酸钠盐灌肠液100~200mg/次（期间禁用酒石酸制剂），每晚1次保留灌肠。

7.2.1.1.2 推荐的中医治疗方法

7.2.1.1.2.1 推荐的口服中药汤剂

①乌梅败酱方^[19]（国医大师路志正经验方）加减。

药物：乌梅12g、败酱草15g、黄连5g、木香^(后下)9g、当归10g、炒白芍15g、炒枳壳10g、太子参12g、炒白术10g、茯苓15g、葛根12g、炙甘草6g。

功效：清热化湿，调气和血。

适应证：湿热蕴肠证。

加减：大便脓血较多者，加白头翁、紫珠、地榆等药物凉血止痢；大便白冻，粘液较多者，加苍术、薏苡仁健脾燥湿；腹痛较甚者，加延胡索、乌药、炒枳壳理气止痛；身热甚者，加葛根、金银花、连翘解毒退热。

②白头翁汤（《伤寒杂病论》）加减。

药物：白头翁12g、黄柏12g、黄连5g、秦皮12g、炒白芍15g、炙甘草6g、生地榆15g、煨木香6g、肉桂5g、乌梅12g、郁金10g、鸡内金10g。

功效：清热祛湿，凉血解毒。

适应证：热毒炽盛证。

加减：便下鲜血、舌质红绛者，加紫草、地榆、生地；高热者加水牛角粉、梔子、金银花。

③化浊解毒方^[20]（国医大师李佃贵经验方）加减。

药物：茯苓15g、薏苡仁30g、败酱草15g、砂仁6g、黄芩9g、黄连6g、秦皮12g、红藤15g、清半夏9g、地榆15g、仙鹤草12g、木香6g。

功效：祛湿化浊，清热解毒。

适应证：浊毒内蕴证。

加减：口干口苦严重者，加蒲公英、连翘；腹痛明显者，加延胡索、白芍；腹胀明显者，加厚朴、枳实；便血明显者加白及、紫草；大便白冻黏液较多者加苍术，炒白扁豆、泽泻；滑脱不禁者加诃子、五倍子。

④参苓白术散《太平惠民和剂局方》加减。

药物：党参12g、白术12g、茯苓15g、甘草6g、桔梗10g、莲子肉12g、白扁豆15g、砂仁^(后下)10g、山药15g、薏苡仁15g。

功效：健脾益气，化湿助运。

适应证：脾虚湿蕴证。

加减：便中伴有脓血者，加败酱草、黄连、生地榆；大便夹不消化食物者，加神曲、枳实消食导滞；腹痛畏寒喜暖者，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。

⑤乌梅丸《伤寒论》加减。

药物：乌梅30g、党参15g、黄连5g、黄柏6g、肉桂^(后下)6g、干姜9g、炒当归6g、制附片6g。

功效：温中补虚，清热化湿。

适应证：寒热错杂证

加减：大便伴脓血者，加秦皮、生地榆、仙鹤草；腹痛甚者，加炒白芍、徐长卿、延胡索。

⑥附子理中丸《太平惠民和剂局方》合四神丸《证治准绳》加减。

药物：制附子^(先煎)10g、党参15g、干姜6g、炒白术12g、炙甘草6g、补骨脂10g、肉豆蔻6g、吴茱萸3g、五味子6g。

治法：健脾补肾，温阳化湿。

适应证：脾肾阳虚证。

加减：腹痛甚者，加白芍缓急止痛；小腹胀满者，加乌药、小茴香、枳壳理气除满；大便滑脱不禁者，加赤石脂、诃子涩肠止泻。

⑦少腹逐瘀汤《医林改错》加减。

药物：当归15g、赤芍9g、红花6g、蒲黄15g、五灵脂15g、延胡索6g、没药9g、小茴香9g、乌药9g、肉桂8g。

功效：活血化瘀，理肠通络。

适应证：瘀阻肠络证

加减：腹满痞胀甚者加枳壳、厚朴；肠道多发息肉者加晚蚕沙、皂角刺；腹痛甚者加三七粉（冲）、白芍；晨泻明显者加补骨脂。

⑧痛泻要方（《景岳全书》引刘草窗方）合四逆散《伤寒论》^[21]加减。

药物：炒陈皮10g、白术12g、白芍15g、防风10g、炒柴胡10g、枳壳10g、党参15g、茯苓15g、炙甘草6g。

适应证：肝郁脾虚证

功效：疏肝理气，健脾和中。

加减：排便不畅、矢气频繁者，加枳壳、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，加青皮、香附疏肝理气；夹有黄白色黏液者，加黄连、木香清肠燥湿。

上述推荐方剂的用法用量：水煎400mL，每日分2次服，每次200mL。饭后30min左右服用。

7.2.1.1.2.2 推荐的口服中成药^[22]

表4 推荐的口服中成药

名称	处方来源	主要成分	功效	用法/主证
固肠止泻丸(胶囊)	《医保目录(2020年版)》	乌梅或乌梅肉、黄连、干姜、木香、罂粟壳、延胡索等	调和肝脾，涩肠止痛	详见说明书；主要适用于肝郁脾虚证
香连丸	《中国药典》2020年版一部、《医保目录(2020年版)》	黄连、木香等	清热燥湿，行气止痛	详见说明书；主要适用于湿热蕴肠证
参苓白术散(丸、颗粒、胶囊)	《中国药典》2020年版一部、《医保目录(2020年版)》	人参、茯苓、炒白术、桔梗、山药、白扁豆、莲子肉、砂仁、炒薏苡仁、甘草等	健脾化湿止泻	详见说明书；主要适用于脾虚湿蕴证
补脾益肠丸	《中国药典》2020年版一部、《医保目录(2020年版)》	白芍、白术、补骨脂、赤石脂、当归、党参、防风、干姜、甘草、黄芪、荔枝核、木香、肉桂、砂仁、延胡索等	补中益气，健脾和胃，涩肠止泻	详见说明书；主要适用于脾虚湿蕴证
乌梅丸	《中国药典》2020年版一部、《医保目录(2020年版)》	乌梅肉、黄连、附子(制)、花椒(去椒目)、细辛、黄柏、干姜、桂枝、人参、当归等	清上温下，寒热并调	详见说明书；主要适用于寒热错杂证
虎地肠溶胶囊	《医保目录(2020年版)》、《国家食品药品监督管理局国家药品标准新药转正标准第72册	朱砂七、虎杖、白花蛇舌草、北败酱、二色补血草、地榆(炭)、白及、甘草	清热、利湿、凉血	详见说明书；主要适用于湿热蕴肠证
四神丸	《中国药典》2020年版一部、《医保目录(2020年版)》	肉豆蔻(煨)、补骨脂(盐炒)、五味子(醋制)、吴茱萸(制)、大枣(去核)	温肾散寒，涩肠止泻	详见说明书；主要适用于脾肾阳虚证

7.2.1.1.2.3 推荐的灌肠中药

中药保留灌肠有助于较快缓解肠道炎症，促进肠黏膜损伤的修复。临床可根据患者临床症状辨证选用4~8味中药组成灌肠处方。灌肠中药可结合临床表现和内镜下黏膜表现选择。

清热化湿类：黄柏、黄连、苦参、白头翁、马齿苋、秦皮等。

收敛护膜类：诃子、赤石脂、石榴皮、五倍子、乌梅、枯矾等。
 敛疮生肌类：儿茶、白及、赤石脂、枯矾、炉甘石和诃子等。
 活血化瘀和凉血止血类：蒲黄、丹参、参三七、地榆、槐花、仙鹤草、血竭、侧柏叶等。
 清热解毒类：青黛、黄连、黄柏、白头翁、秦皮、败酱草、苦参、金银花、鱼腥草和白蔹等。
 常规灌肠操作：灌肠液以100~150mL，温度39℃为宜，可取左侧卧位30min，平卧位30min，右侧卧位30min，后取舒适体位。建议睡前排便后灌肠，灌肠结束后，尽量保留药液1h以上。

7.2.1.1.2.4 推荐的灌肠中成药^[23]

表 5 推荐的灌肠中成药

名称	处方来源	药物组成	功能主治	用法用量
锡类散	《医保目录(2020年版)》	象牙屑、青黛、壁钱炭、人指甲(滑石粉制)、珍珠、冰片、人工牛黄。	解毒化腐。用于黏膜糜烂肿痛。	灌肠用，一次1g，单独或配合其他药物保留灌肠，一日1次。
康复新液	《医保目录(2020年版)》	美洲大蠊干燥虫体提取物	通利血脉，养阴生肌。用于金疮、外伤、溃疡、瘘管、烧伤、烫伤、褥疮之创面	灌肠用，一日1次，一次100mL，保留灌肠
结肠宁(灌肠剂)	《中华人民共和国卫生部药品标准新药转正标准 第十册》	蒲香、丁香蓼	活血化瘀，清肠止泻。用于慢性结肠炎性腹泻(慢性菌痢、慢性结肠炎、UC)	灌肠用。取药膏5g，溶于50~80mL温开水中，放冷至约37℃时保留灌肠，每天大便后1次，4周为1个疗程
桃花汤 ^[专家共识]	《伤寒论》	赤石脂、干姜、冬瓜子、生薏苡仁	温中涩肠、止痢	煎取50~80ml，放冷至约39℃时保留灌肠，每天大便后1次

7.2.1.1.2.5 艾灸疗法^[24]

主要穴位：中脘、气海、足三里；交替使用大肠俞、天枢、上巨虚。脾胃虚弱者加脾俞；湿热蕴肠型加水分；肝郁脾虚加肝俞、脾俞；脾肾阳虚型加关元；脓血便加隐白。

将艾绒制成基底直径2.1cm、高2cm、重2g左右的锥形艾柱，置于穴位上点燃。脾胃虚弱者，各穴灸3个艾柱；湿热蕴肠型：大肠俞、天枢、中脘、气海灸2个艾柱，足三里、上巨虚用4~7个艾柱，直至感觉温热，以病人耐受为度，不耐受时取下。肝郁脾虚型，各穴灸3个艾柱；脾肾阳虚型，主穴需3个艾柱，加减穴灸4~7个艾柱；对于严重脓血便，隐白穴需灸4~7个艾柱。每日治疗1次，12次1个疗程，每2个疗程间隔3天。

7.2.1.1.2.6 其他中医疗法

针刺、穴位埋线、推拿、中药足浴、药物离子导入等疗法均可作为治疗溃疡性结肠炎的辅助治疗手段，但尚缺乏高级别循证医学证据支持。

7.2.1.2 中度 UC

推荐意见：建议采用中西医结合疗法治疗中度UC，以更好改善临床症状，提高临床疗效，减轻西药的不良反应。

7.2.1.2.1 中西医结合提高临床疗效

治疗方法可采用中（成）药口服联合西药口服、或中（成）药口服联合西药局部使用、或西药口服联合中药灌肠、或中医西医局部用药联合使用、或西药联合针灸、穴位埋线、或中医药疗法联合神经调控疗法、或中医药疗法联合粪菌移植^[29]。病变部位局限在直肠部位者，药物灌肠可选择栓剂纳肛或传统灌肠方法；病变部位在左半结肠或全结肠者，推荐使用TET进行全结肠给药。

7.2.1.2.1.1 推荐的西医治疗方法

氨基水杨酸类制剂仍为主要药物，剂量及用法同“轻度”UC，治疗2~4周后反应不佳者，应及时改用口服激素（用法详见轻度UC）。对于激素无效或激素依赖患者，可用免疫抑制剂，如硫唑嘌呤或6-巯基嘌呤，欧美推荐硫唑嘌呤的目标剂量为1.5~2.5mg/(kg·d)。当激素及免疫抑制剂治疗效果不佳，或不能耐受上述药物治疗时，可考虑使用抗TNF-α单抗（英夫利西）等生物制剂治疗。

7.2.1.2.1.2 推荐的中医疗法

具体辨证用药见“轻度”部分。中度UC患者常合并肠外表现，合并皮肤、黏膜、关节、眼、肝胆等肠外表现者可根据临床症状辨证使用中药。

7.2.1.2.2 中西医结合以减轻药物的副作用

7.2.1.2.2.1 中药减轻激素的副作用

激素使用期间可配合中药减轻激素的毒副作用，中药剂量一定要严格遵守中国药典的药物剂量范围。

①类肾上腺皮质功能亢进症：向心性肥胖、满月脸、水肿，可使用清热养阴、化湿利尿的中药，如生地、黄芩、猪苓、茯苓、泽泻、麦冬、知母等。

②骨质疏松：可使用补肾活血，舒筋通络的中药，如川续断、杜仲、狗脊、炙龟板、炙鳖甲、虎杖、忍冬藤、川牛膝、川芎、红藤、鸡血藤等。

③失眠：可使用养血安神、镇静安神的中药，如酸枣仁、柏子仁、竹叶心、百合、夜交藤、合欢花、合欢皮、珍珠母、生牡蛎等。

④肾上腺皮质功能减退或萎缩：可使用具有类皮质激素作用的中药，如熟地、生甘草、阿胶、巴戟天、仙灵脾、制何首乌等。

7.2.1.2.2.2 中药减轻免疫抑制剂或生物制剂的副作用

接受免疫抑制剂或生物制剂治疗的UC患者合并机会性感染的几率会增高，对于此类患者可配合玉屏风颗粒等益气固表类中成药进行辅助治疗，也可在中药复方中加用益气固表类中药，如黄芪、太子参，以提高人体正气，降低合并机会性感染（如病毒、艰难梭菌感染）的几率。

7.2.1.3 重度 UC

推荐意见：建议采用中西医结合疗法治疗重度UC，以西医疗法为主，中医疗法协助改善患者营养状态，减轻西医疗法治疗过程中出现的不良反应，以提高患者生活质量。

7.2.1.3.1 推荐的西医治疗方法

①一般治疗：补液、补充电解质，防止水电解质、酸碱平衡紊乱，特别注意补钾。便血多、血红蛋白过低者适当输红细胞。病情严重者暂禁食，予胃肠外营养。大便培养排除肠道细菌感染，如有艰难梭菌或巨细胞病毒（CMV）感染则做相应处理。忌用止泻剂、抗胆碱能药物、阿片制剂、非甾体类抗炎药等药物，以避免诱发中毒性巨结肠。对中毒症状明显考虑合并细菌感染者应静脉使用广谱抗生素。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。

②静脉用激素：仍推荐为首选治疗。甲泼尼松龙40~60mg/d，或氢化可的松300~400mg/d（剂量再大不会增加疗效，剂量不足则会降低疗效）。

③转换治疗的判断：在静脉使用足量激素治疗3d仍然无效时，应转换治疗方案。所谓“无效”，即除观察排便频率和便血量外，需结合全身状况、腹部体格检查、血清炎症指标进行判断。转换方案的时间点定为“约3d”是参考欧洲克罗恩病和结肠炎组织及亚太共识的推荐，视病情严重程度和恶化倾向，亦可适当延迟（如5d）。但应牢记，不恰当的拖延势必会大大增加手术风险。

④转换治疗方案的选择：一是转换为其他药物，转换药物后治疗4~7d无效者及时行手术治疗；二是立即进行结肠切除手术治疗。在转换治疗前应与外科医师和患者密切沟通，以权衡先予“转换”治疗或立即手术治疗的利弊，视具体情况决定。对中毒性巨结肠患者一般宜早期实施手术。可选用的转换药物：1) 环孢素2~4mg/kg/d静脉滴注，治疗期间检测血药浓度及不良反应，4~7d病情缓解者，改为口服继续治疗一段时间，但不应超过6个月，逐渐过渡到硫唑嘌呤类药物维持治疗。2) 生物制剂：研究表明可将英夫利西或阿达木单抗用作重度UC患者的补救治疗措施或首选治疗措施，不效者，也可考虑使用其他生物制剂。

7.2.1.3.2 推荐的中西医结合方法

可经口进食的重度UC患者在西药诱导缓解阶段可联合中药口服以加快控制急性炎症反应。给予肠内、肠外营养的患者联合使用中药时建议少量频服，或联合使用中医外治法。对于伴有营养不良的UC患者，主要是由于脾胃虚弱、运化失健所致，在治疗中可应用益气健脾类中药改善患者消化功能，提高营养吸收利用，促进改善患者营养状态。

7.2.2 缓解期

推荐意见：缓解期在西药维持治疗的基础上建议联合使用中医药疗法以协助进一步改善患者腹痛、腹泻、稀便等症状，有肠外表现者可根据临床症状辨证使用中药。

UC缓解期多仍有大便次数多、大便不成形等临床表现，可结合舌象、脉象辨证加用中药，以提高患者生活质量。西药维持缓解期间疾病再发作多与正气不足有关，规范的西医用药配合扶正固本类中药调整机体免疫紊乱，有助于维持疾病的长期缓解。UC患者多长期处于焦虑、抑郁状态，同时不良生活事件

也是导致疾病复发的关键因素，因此在疾病缓解期根据精神心理症状可配合疏肝解郁类中药或中成药，效果不理想者可加用养心安神类中药，同时调节脑肠。

症状缓解后，应维持治疗至少1年或长期维持，激素不能作为维持治疗药物，维持治疗药物的选择应根据诱导缓解时的用药情况而定。①氨基水杨酸制剂：由氨基水杨酸制剂或激素诱导缓解后以氨基水杨酸制剂维持，用原诱导剂缓解剂量的全量或半量^[25]。如用SASP维持，剂量一般为2~3g/d，并应补充叶酸。远端结肠炎以美沙拉秦局部用药为主（直肠炎用栓剂每晚1次，直肠乙状结肠炎用灌肠剂隔天或数天1次），联合口服氨基水杨酸制剂效果更佳^[26]。②硫唑嘌呤类药物：用于激素依赖或氨基水杨酸制剂不耐受者，剂量与诱导缓解时相同^[27]。③生物制剂类药物：以抗TNF药物缓解后继续抗TNF药物维持，对维妥珠单抗有应答的患者，可以使用维妥珠单抗维持缓解治疗。④中药可作为长期维持治疗药物。

8 中西医结合慢病管理

8.1 饮食管理

UC治疗过程中合理的饮食调护，可以提高疗效，缩短病程。UC的饮食原则：应给予清淡而富有营养、易消化的饮食；忌食生冷食物，如凉拌菜等；忌食刺激性食物，如辣椒、烟、酒等；忌食含纤维丰富的食物和油腻食物，如韭菜或摄入过多脂肪类食物。UC患者在日常饮食管理中可结合中医辨证给予饮食指导。

湿热蕴肠型：此型患者多为急性发作期，需禁食，予肠外营养，纠正水、电解质紊乱，避免发生脱水，发作期可用高粱米、小米、马齿苋熬粥进行清热、泻火、解毒。病情平稳后可选用山药、大枣、莲子肉煮粥服用，慎食羊肉等温性食物，避免辛辣食品。

脾虚湿蕴型：此型患者因久病迁延，长期饮食失调，饮食强调健胃益脾，以清淡饮食（熟食）为主，宜少食多餐，可常用山药、薏米、红枣、山药、黄芪、扁豆等熬粥或入菜，避免生冷（凉菜）、辛辣刺激食物。

脾肾阳虚型：此型患者素体虚弱，饮食中注意补肾滋脾，可常食黄芪、山药、扁豆、粟米、莲子、小麦、黄米、糯米，也可加肉桂、干姜等入菜，避免进食生冷食物（如生冷瓜果、冷饮、冷菜、冷饭）。

肝郁脾虚型：此型患者心理压力大，饮食注重疏肝健脾，饮食可常食莱菔粥、山楂、山药、薏苡仁等。

瘀阻肠络型：此型患者素体虚弱，病程长，且反复发作，饮食中注意通络化瘀，日常饮食宜少吃多餐，以流食为主，饮食上可多食桃仁、粳米、红糖。

饮食在UC的发病和治疗中发挥着重要作用，恢复和维持良好营养状况是治疗本病的重要原则，虽然UC患者有很多饮食宜忌，但不能过度限制饮食，以免加重营养不良状况。目前不存在适合于所有UC患者的单一进食计划，应根据患者的病程、病变部位和病情程度等具体情况制定个体化饮食计划。患者也应该在日常生活中积累经验，如某种食物可诱发或加重本病，要尽量避免。

8.2 情绪管理

积极调整心态，稳定情绪对改善病情至关重要，患者以乐观、平稳的心态看待生活，对待疾病，能促进疾病向好的方向发展。溃疡性结肠炎病程较长，患者宜出现内向、悲观、抑郁、对各种刺激情绪反应强烈等心理问题。医务人员应多与患者沟通，消除其不良情绪，全面了解患者的性格特征，针对性地进行疏导，以减轻其心理压力。患者要学会建立自己的社会支持力量，包括来自家庭成员，病友及医生，健康网站等。患者平时要保持情绪稳定，心情愉快，避免不良刺激，避免精神过度紧张。患者可通过看电视、阅读、交友等以分散注意力，解除思想顾虑。精神心理症状较重时，可配合柴胡、合欢皮、茯神、百合或甘麦大枣汤等方药以解郁安神，或服用抗抑郁药、镇静剂之类，如黛力新、百忧解、安定、舒乐安定等。

8.3 生活方式管理

按时进餐、睡眠和服药，是保证溃疡性结肠炎治疗效果的基本要求。生活中适当的运动锻炼可以强身健体，愉悦心神，增强体质，对疾病的康复有益。医疗体操、功能锻炼、有氧训练、太极拳、太极剑、气功等非竞技体育项目节奏和缓，可避免体力过度消耗，是一类不错的选择。此外，患者须保持环境清洁，注意个人卫生，避免不洁食物，防止肠道感染。

9 共识编制说明

采用国际通用的Delphi程序进行本次共识制订^[28]。具体步骤如下：

(1) 通过问卷调查法向临床医师征集UC临床问题，召开线上专家会议确定共识意见要解决的临床问题。

(2) 对每个临床问题，4个工作组按照PICO[患者(patients, P)、干预措施(intervention, I)、对照措施(control, C)和结局指标(outcome, O)]原则进行解构，然后背对背检索UC相关国内外文献，并获取、阅读全文文献，提取证据。

(3) 采用目前国际通用的GRADE方法对报道类文献的等级进行评价^[3]，将文献的证据质量等级分为高质量(A)、中等质量(B)、低质量(C)和极低质量(D)四级(见表6)；

(4) 将文献的证据级别推荐给30位中医、西医、中西医结合消化科专家，经过两轮德尔菲法问卷调查，获得专家推荐意见及强度(强推荐、弱推荐、不推荐)，达到强推荐和弱推荐的意见加入共识中，不推荐的指标放弃，具体评分指标和推荐指标见表7、表8。

(5) 由4个工作组组长分别撰写各自负责部分的全文，由总负责人进行汇编，病理学方面的专家审阅相关辅助检查部分，并请循证医学领域专家审阅方法学部分后定稿，达成本共识意见。

表 6 GRADE 证据质量的描述

证据级别	代码	说明
高	A	未来研究几乎不可能改变现有疗效评价结果的可信度
中	B	未来研究可能对现有疗效评估有重要影响，可能改变评价结果的可信度
低	C	未来研究很可能对现有疗效评估有重要影响，改变评价结果可信度的可能性大
极低	D	任何的疗效评估都很不确定

表 7 推荐等级评分指标标准

评分指标	标准
a	完全赞同(必不可少，最起码的要求)
b	部分赞成，推荐(应该做到，但未达到必不可少的高度)
c	视情况而定

d 不赞成(删去, 不合理、不必要、不合国情、不可操作、不可评估、不必放在本共识意见中)

表 8 推荐等级标准

推荐等级	标准
强推荐	3/4 及以上投票完全赞同(a)
弱推荐	3/4 及以上投票完全或部分赞同(a+b)
不推荐	未达上述指标删去

附录

(资料性附录)

缩略词表

缩略词	英文全称	中文全称
5-ASA	5-aminosalicylic acid	5-氨基水杨酸
CD	crohn disease	克罗恩病
CMV	cytomegalovirus,	巨细胞病毒
CsA	cyclosporine	环孢素 A
IBD	inflammatory bowel disease	炎症性肠病
IFX	Infliximab	英夫利西
IL	interleukin	白细胞介素
IC	indeterminate colitis	未定型结肠炎
IBDU	IBD type unclassified	IBD 类型待定
NSAIDs	nonsteroidal anti-inflammatory drugs,	非甾体抗炎药
SASP	sulfasalazine	柳氮磺吡啶
TNF- α	tumor necrosis factor alpha	肿瘤坏死因子 α
TET	transendoscopic enteral tubing	经内镜肠道植管术
UC	ulcerative colitis	溃疡性结肠炎

参考文献

- [1]APDW2004 Chinese IBD Working Group. Retrospective analysis of 515 cases of Crohn's disease hospitalization in China: nationwide study from 1990 to 2003[J]. *J Gastroenterol Hepatol.* 2006 , 21(6):1009-1015.
- [2]Molodecky NA, Soon IS, Rabi DM, et al. Increasing incidence and prevalence of the inflammatory bowel diseases with time, based on systematic review[J]. *Gastroenterology.* 2012,142(1):46-54.
- [3]Prideaux L, Kamm MA, De Cruz PP, et al. Inflammatory bowel disease in Asia: a systematic review[J]. *J Gastroenterol Hepatol.* 2012 Aug;27(8):1266-1280.
- [4]Yang H, Li Y, Wu W, et al. The incidence of inflammatory bowel disease in Northern China: a prospective population-based study[J]. *PLoS One.* 2014, 9(7):e101296.
- [5]Zeng Z, Zhu Z, Yang Y, et al. Incidence and clinical characteristics of inflammatory bowel disease in a developed region of Guangdong Province, China: a prospective population-based study[J]. *J Gastroenterol Hepatol.* 2013,28(7):1148-1153.
- [6]Ng SC, Tang W, Ching JY,et al. Asia - Pacific Crohn's and Colitis Epidemiologic Study (ACCESS) Study Group. Incidence and phenotype of inflammatory bowel disease based on results from the Asia-pacific Crohn's and colitis epidemiology study[J]. *Gastroenterology.* 2013,145(1):158-165.
- [7] Zhao J, Ng SC, Lei Y,et al. First prospective, population-based inflammatory bowel disease incidence study in mainland of China: the emergence of “western” disease[J]. *Inflamm Bowel Dis.* 2013,19(9):1839-1845.
- [8]唐凤英.南昌市部分人群中炎症性肠病的流行病学调查分析[J].中国医药导报,2008(30):116-117.
- [9] Zhai H, Liu A, Huang W, et al. Increasing rate of inflammatory bowel disease: a 12-year retrospective study in NingXia, China[J]. *BMC Gastroenterol.* 2016, 16 (1) , 1-7.
- [10]魏玮,唐艳萍.消化系统西医难治病种中西医结合诊疗方略[M].人民卫生出版社,2012.
- [11]史春林,陈建权,刘建平.浊毒理论在溃疡性结肠炎中的应用[J].河北中医,2010,32(05):666-667.
- [12] Marshall JK, Thabane M, Steinhart AH, et al. Rectal 5-aminosalicylic acid for induction of remission in ulcerative colitis[J]. *Cochrane Database Syst Rev,* 2010(1):CD004115.
- [13]龙庆,李俊,闻永,等.中西医结合治疗溃疡性直肠炎的临床研究[J].现代中西医结合杂志,2018,27(28):3086-3089.
- [14]蔡联剑.口服美沙拉嗪联合中药锡类散保留灌肠治疗溃疡性直肠炎的临床效果分析[J].现代诊断与治疗,2020,31(22):3558-3559.
- [15]黄基正,陈少梅,李庆忠,等.美沙拉秦栓联合自拟中药灌肠方治疗轻中度活动期溃疡性直肠炎 33 例临床观察[J].中国民族民间医药,2019,28(23):86-88.
- [16]Zhao YX, He W, Jing XH, et al. Transcutaneous auricular vagus nerve stimulation protects endotoxemic rat from lipopolysaccharide-induced inflammation[J]. *Evid Based Complement Alternat Med.* 2012,2012(4):627023.
- [17] Guo J, Jin H, Shi Z, Yin J, et al. Sacral nerve stimulation improves colonic inflammation mediated by autonomic-inflammatory cytokine mechanism in rats[J]. *Neurogastroenterol Motil.* 2019,31(10):e13676.
- [18]史春林,陈建权,刘建平.浊毒理论在溃疡性结肠炎中的应用[J].河北中医,2010,32(05):666-667.
- [19]刘丽,王静滨,黄国欣.乌梅败酱汤治疗轻中度溃疡性结肠炎疗效观察[J].实用中医药杂志,2019,35(09):1053-1054.
- [20]李博林,白亚楠,景璇,等.化浊解毒方治疗溃疡性结肠炎的疗效分析 [J].河北医药,2019,41(17):2635-2638.
- [21]王如茂,胡开生.痛泻要方合四逆散加味治疗肝郁脾虚型溃疡性结肠炎 58 例[J].中医杂志,2008(05):438-439.
- [22]李军祥,陈言.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+120.
- [23]沈洪,唐志鹏,唐旭东,等.消化系统常见病溃疡性结肠炎中医诊疗指南(基层医生版) [J].中华中医药杂志,2019,34(09):4155-4160.

- [24]Wu HG, Zhou LB, Shi DR, et al. Morphological study on colonic pathology in ulcerative colitis treated by moxibustion. *World J Gastroenterol.* 2000;6(6):861-865.
- [25] Sutherland L, Macdonald JK. Oral 5-aminosalicylic acid for maintenance of remission in ulcerative colitis[J]. *Cochrane Database Syst Rev*, 2006(2): CD000544.
- [26]Marshall JK, Irvine EJ. Rectal aminosalicylate therapy for distal ulcerative colitis:a meta-analysis[J].*Aliment Pharmacol Ther*, 1995,9(3):293-300.
- [27] Ghosh S, Chaudhary R, Carpani M, et al. Is thiopurine therapy in ulcerative colitis as effective as in Crohn's disease[J]. *Gut*, 2006, 55(1):6-8.
- [28] Fink A, Kosecoff J, Chassin M, et al. Consensus methods: characteristics and guidelines for use[J]. *Am J Public Health*. 1984,74(9):979-983.
- [29]Ding X, Li Q, Li P, et al. Long-Term Safety and Efficacy of Fecal Microbiota Transplant in Active Ulcerative Colitis[J]. *Drug Saf.* 2019 Jul;42(7):869-880.