

结肠溃疡（溃疡性结肠炎）维吾尔医诊疗指南

（修订稿）

一、范围

本《指南》规定了结肠溃疡（溃疡性结肠炎）的诊断、辨证和治疗。

本《指南》适用于结肠溃疡（溃疡性结肠炎）的诊断和治疗。

二、规范性引用文件

下列文件中的条款通过本标准的引用而成为本标准的条款。凡是注明日期的引用文件，其随后的修改单均不适用于本部分。然而，鼓励根据本标准达成协议的各方进行研究并适时采用这些文件的最新版本。凡是不注明日期的应用文件，其公开发布的最新版本适用于本部分。

中华中医药学会《ZYYXH/T 中华人民共和国中医药行业标准·中医临床诊疗指南编制通则》和技术要求

GB/T16751.2—1997 中医临床诊疗术语·证候部分

《溃疡性结肠炎中西医结合诊疗指南》（中国中西医结合学会，中华中医药学会中华医学会 2023 年 5 月）

溃疡性结肠炎中医诊疗指南（2023）（中华中医药学会《溃疡性结肠炎中医诊疗指南》项目组）

《中国溃疡性结肠炎诊治指南（2023 年·西安）》

三、术语和定义

下列术语和定义适用于本文件。

（一）结肠溃疡

维吾尔医认为结肠溃疡（溃疡性结肠炎）是指在各种内外因素的影响下，因结直肠气质失调、体液质平衡状态的紊乱及消化驱力的削弱而发生在结直肠黏膜和黏膜下层的形状改变类疾病。

（二）溃疡性结肠炎（Ulcerative colitis, UC）

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，属于炎症性肠病（inflammatory bowel disease, IBD）范畴。

四、缩略语

下列缩略语适用于本文件。

UC：溃疡性结肠炎（Ulcerative colitis）

IBD：炎症性肠病（inflammatory bowel diseases）

NSAIDs：非甾体类抗炎药（non-steroidal anti-inflammatory drugs）

五、发病机制和病因病机

（一）发病机制

溃疡性结肠炎其以结肠黏膜连续性、弥漫性炎症改变为特点，病因未明。

（二）维吾尔医病因病机

因体液质的异常改变而导致消化驱力（吸收驱力、摄住驱力、转化驱力、形成驱力）削弱而出现的结直肠黏膜和黏膜下层的形状改变类疾病。病位虽在结直肠，但疾病的发生与心、脑、肝等支配器官，脾、胃等被支配器官密切相关。

六、诊断

（一）病史

UC 诊断需要详细询问病史和查体，病史询问应包括从首发症状开始的各项细节以及既往诊治经过。特别需要注意询问腹泻和血便病程。病史询问还包括近期旅游史、用药史特别是非甾体类抗炎药（non-steroidal anti-inflammatory drugs, NSAIDs）和抗菌药物、阑尾手术切除史、吸烟史、家族史等。

（二）临床症状

UC 临床表现为持续或反复发作的腹泻、黏液血便、腹痛及里急后重等，病情重的患者还可伴有不同程度的全身症状包括体重减轻、发烧、心动过速、乏力、甚至恶心和呕吐等。其中黏液血便是 UC 最常见的症状，多数研究报道约 90% 的患者表现为黏液血便^[16,17,18,19,20,21,22*]。

（三）影像学检查

1. 结肠镜检查

结肠镜检查应常规用于 UC 诊断、疗效评估及疾病监测，检查时应尽可能进入回肠末端，并对受累和未受累区域多段、多点取材进行黏膜活检。

2.回肠镜+小肠及上消化道检查

对于有诊断困难者（直肠豁免、倒灌性回肠炎、症状不典型），应在回结肠镜检查的基础上考虑加做小肠及上消化道检查。

3.内镜下黏膜染色技术

在进行结肠镜检查时可结合内镜下黏膜染色技术、放大内镜技术，有条件者可考虑选用共聚焦内镜检查。

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、共聚焦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 的诊断。

4.其他检查

对于 UC 合并结肠狭窄患者，应对狭窄部位进行仔细的诊断性检查以排除恶性肿瘤。

对于 UC 合并结肠狭窄患者，应对狭窄部位局部行多点活检，若病情允许可考虑内镜下扩张后适当在狭窄近端取活检，并结合肠道超声、腹部增强计算机断层扫描（computed tomography, CT）、腹部增强磁共振成像（magnetic resonance imaging, MRI）或钡剂灌肠等方法综合判断，充分排除肿瘤性病变。

5.影像学检查

重度活动性 UC 患者可常规行腹部 X 线片或腹部 CT 了解结肠情况。

重症 UC 患者容易并发中毒性巨结肠，甚至发生穿孔，故需注意重度活动性 UC 患者检查的特殊性，可常规行腹部 X 线或腹部 CT 了解结肠扩张情况。避免全结肠镜检查，可行不做常规肠道准备的直肠乙状结肠有限检查和活检，操作应轻柔，少注气。有条件的医疗单位可选择二氧化碳气源，避免诱发中毒性巨结肠。

（四）黏膜活检

对于黏膜活检，仍然强调多段、多点取材，并指出溃疡性结肠炎最早的光学显微镜下特征为隐窝基底部浆细胞增多，且其预测价值高。共识亦提出了组织学愈合的概念，即隐窝结构破坏减少和炎性浸润的消退。组织学愈合与内镜下愈合不同，在部分内镜下缓解的病例中，组织学炎性反应可能持续存在，并可能与不良预后存在相关性。因此，临床中还需重视组织学愈合在评估病情中的作用和价值。

（五）实验室检查

常规实验室检查包括血常规、红细胞沉降率（erythrocyte sedimentation rate, ESR）、C 反应蛋白（C-reactive protein, CRP）、血清白蛋白、电解质、粪便常规等。炎症活动时血白细胞计数可升高，以中性粒细胞为主，且往往伴有血小板计数的增加，

与 UC 活动指数呈正相关。CRP 是临床常用的评估活动度有价值的指标。粪便钙卫蛋白（fecal calprotectin, FC）来源于中性粒细胞胞质，与肠道炎症活动相关，对 UC 活动度的判断优于目前临床常用的 ESR 和 CRP。有条件的医疗单位可行 FC 检查作为辅助指标，是反映肠道黏膜炎症反应较好的评估指标，但并非特异性诊断指标。粪便微生物检查包括粪便细菌培养等，初发病程短及疑难危重的患者需注意除外感染，建议通过粪便样本进行微生物学分析以排除常见病原体如沙门菌、志贺菌、耶尔森菌、弯曲杆菌、大肠埃希菌（O157: H7）等。根据流行病学特点，还需进行相关检查排除阿米巴肠病、肠道血吸虫病等。

血清学抗体对 UC 诊断有一定的协助作用，特别是核周抗中性粒细胞胞质抗体（pANCA），但由于其灵敏度及特异性不足以用于诊断，故目前并不建议将血清学抗体检测用于 UC 诊断。

（六）诊断要点及标准

- 1.具备典型临床表现者可临床疑诊，安排进一步检查；
- 2.同时具备典型结肠镜特征者，可临床拟诊；
- 3.如再加上活体组织检查（以下简称活检）或手术切除标本组织病理学检查提示 UC 的特征性改变者，可做出诊断；
- 4.对于初发病例，若临床表现、结肠镜检查 and 活检组织学改变不典型，暂不确诊 UC，应予密切随访。

5.应在一定时间（3~6个月）后进行内镜及病理组织学复查。

（七）分期

根据 UC 疾病严重程度评估，UC 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。

七、鉴别诊断

UC 诊断需要排除其他原因引起的肠道炎症或损伤，常常需要鉴别的疾病如下：急性细菌感染性肠炎

（一）阿米巴肠病

（二）肠道血吸虫病

（三）药物性肠病

（四）结肠克罗恩病。

八、辨证

（一）蓝色胆液质型

主症：腹泻，脓血便，腹痛，腹胀与发热。

次症：噎气，晨起时口味苦涩，皮肤干热，面部发黄。

脉象：脉细、快

舌象：舌苔黄，舌干

（二）数量过多的胆液质型

主症：腹泻，脓血便，腹痛灼热，发热。

次症：肛门灼热，晨起时口苦，皮肤粗糙、干热，面部发黄。

脉象：脉细、较快

舌象：舌苔黄，舌干

（三）腐败的血液质型

主症：腹泻、脓血便、腹痛，腹胀，腰酸，食少。

次症：头晕眼花，晨起时口甘，面部发红，乏力，皮肤热湿。

脉象：脉粗缓，波浪状

舌象：舌质红，无舌苔

（四）异常黏液质型

主症：腹泻，腹痛，脓血便较少。

次症：头晕眼花，晨起时口粘，面部暗淡无光，皮肤寒湿。

脉象：脉粗、较慢、弱

舌象：舌相对较大，舌苔白

（五）异常脾液质型

主症：腹泻，轻度腹痛，脓血便较少或无脓血便，无发热。

次症：头晕眼花，晨起时口味苦涩，消瘦。

脉象：脉细较慢、弱

舌象：舌干，舌苔黑色或灰色

九、治疗

（一）治疗目标

UC 的治疗目标是诱导并长期维持临床缓解，实现炎症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，使炎性标志物正常化；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。

（二）治疗原则

溃疡性结肠炎的维吾尔医治疗原则是缓解症状、清浊、消肿，愈合溃疡、防止并发症和预防复发。维吾尔医治疗溃疡性结肠炎给予调理、清浊、消肿，协助消化驱力，止血、促进溃疡的愈合、促进肠黏膜的再生、生肌、助自然力为基本原则。上采取维吾尔医饮食疗法、药物疗法、灌肠疗法等系统的治疗方式进行治疗。

（三）辨证论治

1. 调理阶段的内服治疗

（1）蓝色胆液质型肠溃疡

蓝色胆液质调理剂

成分：天山堇菜花、玫瑰花、铁线蕨、菊苣子、睡莲花、小茴香、甘草、新疆园枣、薰衣草、大叶破布木果、牛舌草、香青兰，制成合剂。

用法用量：口服，1 日 3 次，5 天为 1 疗程。

（2）数量过多胆液质型

数量过多胆液质调理剂

成分：天山堇菜花、玫瑰花、菊苣子、菊苣根、睡莲花、新疆园枣，制成合剂。

用法用量：口服，1日3次，5天为1疗程。

(3) 腐败血液质型

腐败血液质调理剂

成分：罗望子、酸梅、新疆园枣、大叶破布木果、余甘子、天山堇菜、龙葵果，睡莲花、菊苣子、玫瑰花，煎煮。

口服，1日3次，5天一疗程。

(4) 异常黏液质型

用法用量：口服，1日3次，10天为1疗程。

(5) 异常脾液质型

异常脾液质调理剂

成分：薰衣草、香青兰、地锦草、甘草、牛舌草、铁线蕨、新疆园枣、大叶破布木果，制成合剂。

用法用量：口服，1日3次，12天为1疗程。

2.基本治疗阶段内服药物治疗（可选用）：

(1) 玛木然止泻胶囊（国药准字 Z65020169），

功能主治：清除败血，降解异常胆液质过盛，止泻。

用法用量：口服，1日3次，1次0.9g，20~30天为1疗程；

(2) 止血开日瓦片

功能主治：用于湿热性或血液质型消化道疾病和呼吸器官疾病。如胃肠出血、肺热咳血，便血、尿血、胃热呕吐、慢性腹泻等。

用法用量：口服，1日3次，1次0.9g，30~40天为1疗程；

(3) 复方车前子散（卡比孜散）

功能主治：驱寒补胃，增强食欲，温胃止吐，祛腐愈伤。用于恶心呕吐，胃寒呕吐，消化不良等。

用法用量：口服，1日3次，1次10g，30~40天为1疗程；

(4) 珊瑚散（清涩比黑马尔江散）

功能主治：止吐、消食、愈疮。用于烧心，吐酸，呕吐，胃肿等。

用法用量：口服，1日3次，1次10g，30~40天为1疗程；

(5) 十味黄连散（玛目然卡比孜散）

功能主治：止泻止痢，燥湿止泻，清热消炎，燥湿愈伤，滋补肠胃，降逆止呕；用于痢疾带血，痔疮，腹泻，十二指肠溃疡，恶心呕吐等。

用法用量：口服，1日3次，1次10g，30~40天为1疗程；

(6) 血竭散（混斯药山散）

功能主治：止血、止泻、止痛。用于消化道出血，便血，咯血等。

口服，1日2次，30天为1个疗程；

（7）复方榲桲露（鲁阿比斯普古里）合剂

功能主治：抑菌、消炎、防癌抗癌，主治肠道炎症、腹泻、痢疾。

用法用量：口服，1日2~3次，连续5天，饭前服用；

（8）肠安艾布力阿斯糖浆

功能主治：止泻、止血、消肿。用于腹泻、肝肿、消化不良等。

用法用量：口服，1日2~3次，连续5天，饭前服用。

3.巩固阶段内服药物治疗：

（1）罗乐胃蜜膏（新药制备字 Z20190016001）

功能主治：开胃、行气、促进消化，滋补胃肠；主治腹胀满、食欲不振、厌食、无力、消化不良等

用法用量：口服，1日3次，1次10g，20~40天为1疗程；

（2）平溃加瓦日西麦尔瓦衣特蜜膏（新药制备字 Z20200005000）

功能主治：健脾温胃。用于寒性胃痛，腹泻食少，胃及十二指肠溃疡，习惯性流产等。

用法用量：口服，1日3次，1次10g，30~40天为1疗程；

(3) 复方那尼花蜜膏（新药制备字 Z20190021000）

功能主治：燥湿，散气，通便。用于便秘，偏瘫，面神经麻痹，听力减退。

用法用量：口服，1日3次，1次10g，30~40天为1疗程；

(4) 加瓦日西昆都尔蜜膏（新药制备字 Z20190023000）

功能主治：除湿，收敛，固精。用于白带过多，遗精，遗尿，疝气。

用法用量：口服，1日3次，1次10g，20~40天为1疗程；

(5) 加瓦日西安比尔蜜膏

功能主治：健胃疏肝、消炎、收敛。用于胃炎、胃溃疡、十二指肠溃疡。

用法用量：口服，1日3次，1次10g，20~40天为1疗程。

(四) 特色疗法

维医特色治疗在 UC 治疗中发挥着越来越重要的作用，其主要手段包括维药栓剂和灌肠。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。

灌肠疗法（欧克乃疗法）

推荐方药 1：卡比孜散灌肠剂：

将药物粉末放入 100ml 开水中，备好灌肠剂。

用法用量：灌肠，1 日 1~2 次，1 个疗程为 30~45 天。

（注：本疗法在活动期及缓解期均可以使用，可以与内服药物一起使用）。

推荐方药 2：清肠灌肠剂

用法用量：灌肠，1 日 1 次，1 个疗程 20~30 天。

注：此药物只能在活动期使用，可以与调理剂一起使用。

十、预防与调摄

（一）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的认识，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。

（二）合理饮食

应避免摄人生冷、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。

（三）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。

十一、疗效评价

疗效评价标准是为临床服务的，应具有实用性、可行性，临床疗效的评判应以通过评分系统标准化、规范化。应以客观评价为主，这样可以排除不必要的人为干扰，但是在临床工作中，医师的临床主观评价十分重要。

（一）临床疗效评价

分为完全缓解、有效、无效和复发。

1.完全缓解：指临床症状缓解即排便 ≤ 3 次/d、无血便、无腹痛，结肠镜复查见黏膜大致正常；

2.有效：指临床症状好转，疾病活动度评分下降 $>30\%$ ，便血量减少，结肠镜复查见黏膜轻度炎症或假息肉形成；

3.无效：临床症状、结肠镜复查和病理检查结果均无改善；

4.复发：疗效评价为缓解后，无论是否经过药物治疗，再次出现血便等溃疡性结肠炎症状。

（二）症状、证候疗效评价标准

1.主要症状单项的记录与评价

主要症状指腹痛、腹泻、黏液脓血便。

（1）临床控制：症状消失；

（2）显效：症状分级减少2级；

（3）有效：症状分级减少1级；

（4）无效：达不到以上标准者。

主要症状分级记录

0 级：没有症状,积 0 分；

I 级：症状轻微，不影响日常生活，积 1 分；

II 级：症状中等，部分影响日常生活，积 2 分；

III 级：症状严重，影响到日常生活，难以坚持工作，积 3 分。

2.主要症状综合疗效评定标准：

症状改善百分率（%）：

$$\frac{(\text{治疗前总积分} - \text{治疗后总积分})}{\text{治疗前总积分}} \times 100\%$$

痊愈：症状消失；

显效：症状改善百分率 $>80\%$ ；

进步： $50\% < \text{症状改善百分率} < 80\%$ ；

无效：症状改善百分率 $<50\%$ ；

恶化：症状改善百分率负值。

痊愈和显效病例数计算总有效率。

3.证候疗效评价标准按照尼莫地平法计算

疗效指数（%）：

$$\frac{(\text{治疗前积分} - \text{治疗后积分})}{\text{治疗前积分}} \times 100\%$$

体征明显改善，疗效指数 $>95\%$ ；

显效：症状、体征明显改善， $70\% \leq \text{疗效指数} < 95\%$ ；

有效：症状、体征有改善， $30\% \leq \text{疗效指数} < 70\%$ ；

无效：症状、体征无明显减轻或加重者，疗效指数 $< 30\%$ 。

（三）与复发相关的疗效评价

复发：自然或经药物治疗进入缓解期后，溃疡性结肠炎症状再发，最常见的是便血，腹泻也多。可通过结肠镜检查证实。临床研究要选取某一评分系统去定义。

1.复发的类型：复发可分为偶发（ ≤ 1 次/年）、频发（ ≥ 2 次/年）及持续型（溃疡性结肠炎症状持续活动，不能缓解）。

2.早期复发：经先前治疗进入缓解期时间 < 3 个月。