

溃疡性结肠炎中医治疗研究进展

邓琴¹, 谭雯心¹, 彭钰蓉¹, 李敏² (通信作者*)

(1. 川北医学院硕士研究生 2020 级, 四川 南充 637000; 2. 川北医学院附属医院肛肠科, 四川 南充 637000)

摘要: 溃疡性结肠炎 (Ulcerative Colitis, UC) 是一种病因尚未完全明确的慢性肠道炎症性疾病, 迁延难愈、反复发作是其主要特点, 目前西医治疗总体效果差, 且副作用大, 近年来, 中医治疗 UC 在降低复发率及改善临床症状方面效果肯定, 副作用小, 且治疗手段多样, 本文总结近年来中药治疗、针灸治疗、灌肠治疗、穴位贴敷治疗 UC 的相关文献, 进行综述。

关键词: 溃疡性结肠炎; 中医治疗; 综述

中图分类号: R574.62

文献标识码: A

DOI: 10.3969/j.issn.1671-3141.2022.47.001

本文引用格式: 邓琴, 谭雯心, 彭钰蓉, 等. 溃疡性结肠炎中医治疗研究进展[J]. 世界最新医学信息文摘, 2022, 22(047): 1-4, 9.

Research Progress of Traditional Chinese Medicine Treatment for Ulcerative Colitis

DENG Qin¹, TAN Wen-xin¹, PENG Yu-rong¹, LI Min^{2*}

(1. master candidate of North Sichuan Medical College, grade 2020, Nanchong Sichuan 637000; 2. anorectal department, Affiliated Hospital of North Sichuan Medical College, Nanchong Sichuan 637000)

ABSTRACT: Ulcerative colitis (UC) is a chronic inflammatory disease of the intestinal tract whose etiology is not yet completely clear, and its main characteristics are persistent and recurrent. This paper summarizes the literature related to the treatment of UC with Chinese herbal medicine, acupuncture, enema and acupressure in recent years, and reviews them.

KEYWORDS: ulcerative colitis; tcm treatment; review

1 概述

溃疡性结肠炎 (ulcerative colitis, UC) 是一种慢性肠道炎症性疾病, 病因尚未完全明确, 目前认为是与遗传、免疫、环境及上皮屏障缺陷等因素有关, 病变部位主要是直肠或远端结肠, 也可累及全部结肠, 其病理学改变为弥散的组织反应, 其中主要包括溃疡的形成、小血管炎症、隐窝脓肿、杯状细胞减少以及各种类型炎细胞浸润等非特异性, 临床主要出现反复发作的腹泻、黏液脓血便及腹痛、里急后重, 以反复发作作为特点^[1-3]。随着社会经济的发展, 近年来 UC 的患病率也随之增长。相关研究表明, 其反复发作的特点致使 UC 会有一定的癌变风险, 维持缓解治疗可减少复发, 降低发生

结直肠癌的危险^[4-5]。目前西医在治疗 UC 时多以 5-氨基水杨酸制剂、柳氮磺吡啶、糖皮质激素、免疫抑制剂等药物来控制炎症反应, 但长期用药不良反应多, 治疗费用高, 部分患者疗效不理想^[6]。近年来, 中医药治疗在改善 UC 临床症状及降低复发率方面取得一些进展, 中医药治疗具有手段丰富、副作用小等优势, 本文总结近年来中药、针灸、局部灌肠、穴位贴敷治疗 UC 相关研究, 现综述如下。

2 中医认识

根据 UC 黏液脓性血便的临床表现及反复发作、长期难治的特点, 属于中医学的“慢性痢疾”范畴^[7]。病位主要在肠, 与肝、脾、肺、

基金项目: 四川省中医药管理局项目 (编号: 2021MS472)。



肾相关^[8]。《景岳全书》中记载^[9]：“凡里急后重者，病在广肠最下处，而其病本不在广肠而在脾肾”“泄泻之本无不赖于脾胃”，指出脾肾不足是本病根本的病机。张锡纯《医学衷中参西录》云^[10]：“热毒侵入肠中肌肤，久至腐烂。亦犹汤火伤人肌肤至溃烂也……肠中脂膜腐败，由腐烂而至于溃烂，是以纯下血水杂以脂膜，即所谓肠溃疡也”，指出其病机主要是湿热浊邪蕴结肠腑，肠络脂膜受损，化为脓血。“久痢”虽与 UC 的主症相符，但不能囊括 UC 的病因病机及所有临床症状，2017溃疡性结肠炎中医诊疗专家共识意见将 UC 分为七个证型，即大肠湿热、热毒炽盛、脾虚湿蕴、寒热错杂、肝郁脾虚、脾肾阳虚、阴血亏虚，并逐一以芍药汤、白头翁汤、参苓白术散、乌梅丸、痛泻要方合四逆散、附子理中丸合四神丸、驻车丸合四物汤进行辨证施治，在临床运用中，常以此作为参考^[11]。

3 中药治疗

根据患者主症及舌象脉象等特点进行辨证论治，中药治疗 UC 具有明确的临床效果。李敏^[12]等利用甘草泻心汤和龙血竭胶囊来处理 UC，88 例患者被分为两组，对照组给予美沙拉嗪口服治疗，观察组在使用美沙拉嗪的同时加用甘草泻心汤和龙血竭胶囊口服治疗，最终结果显示，对照组有效率低于观察组，观察组复发率低于对照组，差异均有统计学意义 ($P < 0.01$)。冯培民^[13]等研究结果表明芍药汤能够通过调控 Th17/Treg 细胞平衡，减轻大肠湿热证溃疡性结肠炎患者肠道症状，加快肠道黏膜恢复，提高患者生活质量。魏永辉^[14]等将 130 例 UC 患者作为研究对象，将研究对象住院号单号和双号分别作为对照组和观察组，对照组美沙拉嗪肠溶片治疗，观察组在对照组的基础上再使用白头翁汤加减治疗，治疗 4 周后比较研究对象临床疗效及炎性反应因子等指标变化情况

后得出结论：白头翁汤治疗 UC 患者时调节患者的 IL-23 /IL-17 轴平衡，进而提高机体免疫功能，抑制肠道炎性反应，最终提高临床疗效和改善生命质量。穆丽萍^[15]通过探索参苓白术散加减治疗脾虚溃疡性结肠炎的长期临床疗效和安全性，发现口服参苓白术散 2 年的 UC 患者在临床疗效、肠镜下肠黏膜变化和不良反应方面均明显优于口服美沙拉嗪 2 年的患者，这证明了参苓白术散在治疗溃疡性结肠炎脾虚方面有显著的长期疗效。魏文先^[16]将用泼尼松治疗的对照组与加用乌梅丸治疗的治疗组进行疗效及体内炎性因子的变化情况对比，治疗组明显的缓解了 UC 患者的临床症状，其疗效明显优于常规治疗方法。朱亚珍^[17]认为痛泻要方可以抑制过度的炎症反应，并通过调节细胞炎性因子的表达量发挥相应的治疗作用。卢本银^[18]指出，美沙拉嗪肠溶片与附子理中丸联合治疗脾肾阳虚证 UC 能够更有效的降低炎症水平，减轻临床症状。综合根据以上病例，可以证明，中药或中西医结合治疗 UC 是有效的，可改善患者的临床症状，降低复发率，优于单用西药。

4 针灸治疗

针灸疗法具有调节脏腑、引导感应的作用，具有操作方便、灵活性强、不良反应小等优点，临床发现，对于坚持长期治疗的患者，其疗效确切，易于被患者接受。大量实验研究数据^[17]和临床疗效观察^[20-21]证实针灸治疗 UC 具有副作用小、复发率低、远期疗效好的特点。侯天舒^[22]等人证实，UC 模型大鼠每天在“足三里”“上巨虚”“天枢”穴，接受电针治疗一次，每次 10min，持续 5 天。治疗后，UC 模型大鼠肠道菌群中的乳酸杆菌和毛螺科菌的含量增加，双酶梭菌的含量减少 ($P < 0.05$)。这表明电针能显著改善 UC 模型大鼠肠道菌群的多样性和有益菌群的含量，这可能是治疗 UC 的主要机制之一，因此电针治疗可作为临床治疗的

有效选择。董雪莲等人^[23]采用平行对照研究,将UC的105名患者随机分为治疗组、对照组1、对照组2,每组35名患者,每组均采用隔药饼灸法,对照组1随证选取穴位(丰隆、足三里、天枢、大肠俞);对照组2采用子午流注取穴法,治疗组给予神阙八阵取穴,治疗后对照组在总有效率和镜下黏膜改变程度方面均低于治疗组,比较差异均具有统计学意义($P<0.05$)。

5 灌肠治疗

UC病变部位主要在直肠以及结肠下段,中药灌肠治疗可以让药物直达UC所在部位的肠段,使药物在短时间被快速高效吸收,消除了消化液、消化酶等对药物的影响,缓解了药物对胃肠道的损伤,同时也避免了肝脏的首关效应,使局部药物浓度达到最大化,从而加强了药物的疗效,并且减少药物的副作用^[24]。邓台燕^[25]等人采用复方黄柏液联合美沙拉嗪口服治疗UC,对比单纯口服艾迪莎,观察组在有效率、改善临床疗效、调节肠道菌群、减轻机体炎症反应方面优于对照组,且两组比较差异均具有统计学意义($P<0.05$)。齐雪阳^[26]等通过对比对照组美沙拉嗪肠溶片加氢化可的松琥珀酸钠盐灌肠液灌肠治疗、观察组予以美沙拉嗪肠溶片内服及芍药汤加减保留灌肠连续治疗8周后发现:对照组在整体有效率、中医证候总有效率方面低于观察组($P<0.05$, $P<0.01$),对照组血清IL-1 β 和TNF- α 水平高于观察组,IL-4和IL-10高于对照组($P<0.01$),治疗后观察组TGF- β 高于对照组,MMP-1低于对照组($P<0.01$)。付凯^[27]为探索通腑愈疡汤加减灌肠治疗UC的临床效果,分别选取43位符合诊断的UC患者形成对照组和观察组,对照组予西药灌肠治疗,观察组安排通腑愈疡汤加减灌肠治疗。数据分析显示,对照组总有效率低于观察组($P<0.05$),中医证候积分、IL-1 β 、hs-CRP指标以及不良反应发生率对照组均高于观

察组($P<0.05$),因此得出结论:通腑愈疡汤加减灌肠治疗UC能够有效改善临床症状,减少中医证候评分,降低炎症因子指标。由此可见,中药灌肠治疗UC不失为一个简便、有效的方法。

6 穴位贴敷治疗

穴位贴敷在治疗溃疡性结肠炎时有肯定的效果,但其作用机制尚没有完全明确。依据目前的研究可以发现,穴位贴敷能够有效增加双歧杆菌在肠道中的含量,减少其大肠杆菌含量,降低促炎因子IL-7、IL-23以及IFN- γ ,同时能够提高血清抑炎因子IL-4、IL-10、TGF- β ,因此能够有效调节肠道菌群、调节体内炎症免疫细胞因子、增强机体免疫功能、促进肠道黏膜恢复^[28]。邹国军^[29]等人将60名UC患者随机分成两组,其中对照组30名患者予以柳氮磺胺吡啶片口服药物治疗;其余30名治疗组患者接受肠愈膏(主要药物:黄连、黄芪、大黄、赤芍、肉桂、黄丹)穴位贴敷治疗,主要选取穴位为:足三里、天枢、中脘、神阙、脾俞、大肠俞,两组均治疗30天后,对比结果显示:两组临床综合治愈率和总有效率对照组为10.0%、83.3%,治疗组分别为20.0%、86.7%,治疗组优于对照组($P<0.05$)。张艳^[30]等将90例UC患者,随机将其分为观察组和对照组,每组各45例。对照组接受西医治疗,观察组在接受西医治疗的基础上加用百令胶囊联合穴位贴敷治疗。比较两组治疗后疗效和不良反应发生率,及治疗前后疾病活动指数评分,肠镜积分,病理组织积分,免疫球蛋白(Ig)A, IgM, IgG, CXCL12, CXCR4和血管内皮生长因子(VEGF)水平的变化,最后得出结论,百令胶囊联合穴位贴敷治疗溃疡性结肠炎的疗效显著,能够明显改善症状和体征,其机理可能与抑制CXCL12/CXCR4信号轴有关,可见此法治疗UC患者,可降低其血清中炎症因子



含量,缓解症状,修复肠黏膜,效果确切。

7 小结

UC是结肠、直肠慢性非特异性炎症性疾病,其病因目前尚未完全明确,目前认为是和遗传、免疫、环境及上皮屏障缺陷等因素有关,与生活饮食,精神方面等方面也息息相关,常为多种因素共同作用导致。目前西医治疗的总体效果差,且副作用较大。中医药在治疗UC时,能通过调节肠道菌群、控制炎症反应、增强免疫功能从而缓解患者的临床症状,降低复发率,提高患者生命质量,为UC的治疗提供更多有效的选择,弥补了西医治疗单一的不足。但也存在一定局限性,目前大多研究主要在于如何缓解临床症状,而未对患者进行随访,远期治疗效果尚不清楚;目前对UC的研究大多是临床研究,缺乏实验数据支持。相信随着现代科学技术的发展,对中医经典研究的深入,及治疗经验的积累,中医药在治疗UC中可以取得更好的疗效。

参考文献

[1] 弓艳霞,唐艳萍,牛薇,等.溃疡性结肠炎发病机制及治疗研究进展[J].中国中西医结合外科杂志,2018,24(4):512-516.

[2] Eichele DD,Kharbada KK.Dextran sodium sulfate colitis murine model:An indispensable tool for advancing our understanding of inflammatory bowel diseases pathogenesis[J].World J Gastroenterol,2017,23(33):6016-6029.

[3] 施鏐男,崔龙,张小元,等.中药保留灌肠治疗溃疡性结肠炎概况[J].中国肛肠病杂志,2018,38(1):56-59.

[4] YASHIO M.Ulcerative colitis-associated colorectal cancer[J].World J Gastroenterol,2014,20(44):16389-16397.

[5] KISHIKAWA J,HATA K,KAZAMA S,et al. Results of a 36-year Surveillance program for ulcerative colitis-associated neoplasia in the Japanese population[J].Dig Endosc,2018,30(2):236-244.

[6] 高旭东,张莉,谭静范,等.溃疡性结肠炎的中医治疗进展[J].中日友好医院学报,2019,33(4):243-245.

[7] 中华中医药学会脾胃病分会.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] 朱燕,刘大铭,刘全喜,等.溃疡性结肠炎中医诊疗思路[J].医学信息,2021,34(3):167-169.

[9] 张雨婷,邢晗,刘艳,等.张苏闽教授从“祛脓酿脓论治溃疡性结肠炎”临证经验[J].中国民族民间医药,2021,30(16):72-76.

[10] 高善语,梅笑玲,刘晓明,等.清热利湿法治疗溃疡性结肠炎的研究概况[J].中国肛肠病杂志,2013,33(12):65-66.

[11] 刘卫红,王留针.中药治疗溃疡性结肠炎疗效分析[J].亚太传统医药.2016,12(3):93-94.

[12] 李敏,刘肖.甘草泻心汤联合龙血竭胶囊治疗溃疡性结肠炎临床研究[J].河南中医,2021,41(6):840-843.

[13] 姚承佼,李奕霖,罗利红,等.芍药汤调控Th17/Treg细胞平衡改善大肠湿热证溃疡性结肠炎炎症反应的机制研究[J].世界科学技术-中医药现代化,2021,23(08):1-7.

[14] 魏永辉,陈子豪,曹丽颖,等.白头翁汤加减对溃疡性结肠炎的疗效及部分机制研究[J].世界中医药,2020,15(24):3831-3835.

[15] 穆丽萍,肖明.参苓白术散治疗溃疡性结肠炎长期应用的疗效与安全性[J].辽宁中医杂志,2016,43(02):309-310.

[16] 魏文先,翟玉云,邹颖.乌梅丸加减对溃疡性结肠炎患者炎性因子的影响[J].中医学报,2017,32(234):2208-2211.

[17] 朱亚珍,厉启芳,李鹤,等.痛泻要方对肝郁脾虚型溃疡性结肠炎大鼠炎性因子表达量的影响[J].时珍国医国药,2018,29(5):1053-1057.

[18] 卢本银,史仁杰.美沙拉嗪联合附子理中丸治疗脾肾阳虚证溃疡性结肠炎的效果及对血清HIF-1 α 、SOCS-3水平的影响[J].中国现代医生,2019,57(16):30-33.

[19] 林思睿,张何骄子,吴巧凤.针灸对溃疡性结肠炎小鼠结肠组织中信号转导与转录活化因子3和低氧诱导因子-1 α 表达的影响[J].针刺研究,2020,45(9):696-702.

[20] 刘朝,杨金生,吴远,等.针灸与柳氮磺胺吡啶治疗溃疡

(下转第9页)

- [22]钟秀霞,罗美兰.淫羊藿苷诱导骨膜细胞增殖构建组织工程骨修复骨缺损[J].中国组织工程研究,2018,22(10):1477-1482.
- [23]国家药典委员会.中华人民共和国药典[M].北京:中国医药科技出版社,2020:329-330.
- [24]马萌,阮琼,伍廷芸.川续断对骨组织改建的研究进展[J].中国当代医药,2022,29(02):29-32+37.
- [25]毛晴.川续断总皂苷对体外培养的大鼠成骨细胞增殖分化的影响[J].中国药物与临床,2020,20(05):709-710.
- [26]陈佩佩,王旭霞,王媛,等.川续断皂苷VI对大鼠正畸牙周组织改建影响的研究[J].口腔医学,2018,38(05):410-416.
- [27]李燕燕,朱珠,谢雯静,等.川续断皂苷VI对人颌骨骨髓间充质干细胞成骨分化的影响[J].口腔医学,2022,42(03):204-209.
- [28]张严,冯俊铭,谢磊,等.补肾方联合骨膜原位成骨治疗肾虚型大鼠股骨骨缺损的机制[J].中华中医药杂志,2021,36(09):5526-5531.
- [29]胡中青,汤样华,曾林如,等.右归丸治疗骨质疏松性骨缺损的机制研究[J].中国中医骨伤科杂志,2018,26(07):11-15,20.
- [30]林木南,张亮,武文,等.补肾壮筋汤治疗肝肾亏虚型膝骨关节炎的临床研究[J].风湿病与关节炎,2017,6(2):15-17,52.
- [31]李宇,王伟,李爽.补肾壮筋汤联合盐酸氨基葡萄糖对大鼠膝软骨缺损修复机制探讨[J].中国实验方剂学杂志,2019,25(17):43-49.
- [32]汪珏,郑林峰,徐进,等.金匱肾气丸辅助经皮椎体后凸成形术对骨质疏松性椎体压缩骨折的疗效观察[J].中国现代应用药学,2021,38(21):2730-2735.
- [33]张倩,杨旭,王媛,等.金匱肾气丸对去势大鼠骨微结构及ALP、OPG、IL-6的影响[J].中国骨质疏松杂志,2020,26(10):1475-1480.

(上接第4页)

- 性结肠炎的疗效差异_Meta分析[J].中华中医药杂志,2016,31(2):472-478.
- [21]杨潇,李彩荣,刘欣艳.八髎穴导气针法联合温针灸治疗脾肾阳虚型溃疡性结肠炎临床观察[J].针灸临床杂志,2021,37(7):29-30.
- [22]侯天舒,韩晓霞,杨阳,等.电针对溃疡性结肠炎大鼠肠道微生态的保护作用[J].针刺研究,2014,39(1):27-34.
- [23]董雪莲,常玉洁,吴艳红,等.不同腧穴配伍灸法联合美沙拉嗪治疗溃疡性结肠炎的平行对照研究[J].世界中西医结合杂志,2018,13(5):649-652.
- [24]李薇,胡凤林,李吉彦.中药保留灌肠治疗溃疡性结肠炎的相关注意事项[J].中国全科医学,2019,22(30):3714-3716.
- [25]邓台燕,全大祥,吴彬.复方黄柏液联合美沙拉嗪对溃疡性结肠炎及肠道菌群和血清炎症因子的影响[J].中国现代医学杂志,2016,26(9):124-127.
- [26]齐雪阳,张勤生,张春燕.芍药汤加减保留灌肠联合美沙拉嗪肠溶片治疗大肠湿热证溃疡性结肠炎[J].中国实验方剂学杂志,2016,22(19):149-153.
- [27]付凯.通腑愈疡汤加减保留灌肠治疗溃疡性结肠炎疗效观察[J].实用中医药杂志,2019,35(07):801-802.
- [28]何婉婷,戴高中.穴位贴敷治疗溃疡性结肠炎的临床研究进展[J].中医临床研究,2019,11(32):142-144.
- [29]邹国军,刘作龙,戴必霞,等.肠愈膏穴位贴敷治疗慢性溃疡性结肠炎30例疗效观察[J].湖南中医杂志,2013,29(09):25-27.
- [30]张艳,廖南生,黄慧峰,等.百令胶囊联合穴位贴敷治疗溃疡性结肠炎对CXCL12/CXCR4信号轴的影响[J].海峡药学,2020,32(02):94-97.