



世界中医药  
World Chinese Medicine  
ISSN 1673-7202, CN 11-5529/R

## 《世界中医药》网络首发论文

题目：《中医药治疗溃疡性结肠炎国际临床实践指南（2023）》解读  
作者：赵鲁卿，丁宁，师浩然，杜彦宏，张声生  
网络首发日期：2025-01-06  
引用格式：赵鲁卿，丁宁，师浩然，杜彦宏，张声生.《中医药治疗溃疡性结肠炎国际临床实践指南（2023）》解读[J/OL]. 世界中医药.  
<https://link.cnki.net/urlid/11.5529.R.20250106.1013.004>



**网络首发：**在编辑部工作流程中，稿件从录用到出版要经历录用定稿、排版定稿、整期汇编定稿等阶段。录用定稿指内容已经确定，且通过同行评议、主编终审同意刊用的稿件。排版定稿指录用定稿按照期刊特定版式（包括网络呈现版式）排版后的稿件，可暂不确定出版年、卷、期和页码。整期汇编定稿指出版年、卷、期、页码均已确定的印刷或数字出版的整期汇编稿件。录用定稿网络首发稿件内容必须符合《出版管理条例》和《期刊出版管理规定》的有关规定；学术研究成果具有创新性、科学性和先进性，符合编辑部对刊文的录用要求，不存在学术不端行为及其他侵权行为；稿件内容应基本符合国家有关书刊编辑、出版的技术标准，正确使用和统一规范语言文字、符号、数字、外文字母、法定计量单位及地图标注等。为确保录用定稿网络首发的严肃性，录用定稿一经发布，不得修改论文题目、作者、机构名称和学术内容，只可基于编辑规范进行少量文字的修改。

**出版确认：**纸质期刊编辑部通过与《中国学术期刊（光盘版）》电子杂志社有限公司签约，在《中国学术期刊（网络版）》出版传播平台上创办与纸质期刊内容一致的网络版，以单篇或整期出版形式，在印刷出版之前刊发论文的录用定稿、排版定稿、整期汇编定稿。因为《中国学术期刊（网络版）》是国家新闻出版广电总局批准的网络连续型出版物（ISSN 2096-4188，CN 11-6037/Z），所以签约期刊的网络版上网络首发论文视为正式出版。

基金项目：国家自然科学基金项目（82341235）—溃疡性结肠炎“缓解-复发”临界态的“病-证-方”生物学基础研究；国家中医药管理局中医传承与创新“百千万”人才工程（岐黄学者）国家中医药领军人才支撑计划[国中医药人教函（2021）203号]；首都医科大学优秀青年人才项目（B2308）—纳米靶向复方中药优化构建及其治疗溃疡性结肠炎的机制研究；北京市科委首都特色项目（Z181100001718218）—清热化湿祛瘀方治疗溃疡性结肠炎随机、对照研究

作者简介：赵鲁卿（1985.09-），女，博士，主任医师，博士研究生导师，研究方向：中医药治疗消化系统疾病，E-mail: zhaoluqing@bjzhongyi.com

通信作者：张声生（1964.11-），男，博士，主任医师，博士研究生导师，研究方向：中医药治疗消化系统疾病，E-mail: zhangshengsheng@bjzhongyi.com

## 《中医药治疗溃疡性结肠炎国际临床实践指南（2023）》解读

赵鲁卿<sup>1</sup> 丁宁<sup>1</sup> 师浩然<sup>2</sup> 杜彦宏<sup>2</sup> 张声生<sup>1</sup>

（1 首都医科大学附属北京中医医院，北京，100010； 2 北京中医药大学，北京，100029）

**摘要** 《中医药治疗溃疡性结肠炎国际临床实践指南（2023）》是全球首个中医药治疗溃疡性结肠炎的国际指南。该指南由首都医科大学附属北京中医医院牵头，联合国内外多家医疗机构和研究学者共同制定，并于2024年2月发表在国际期刊《Phytotherapy Research》。指南在制定过程中，进行了多层次的临床问题征集和患者意愿与经济信息调研，采用了中西合璧的证据分级评价体系和规范的推荐意见形成方法。指南结合中医个体化治疗原则和现代医学证据，详细阐述了溃疡性结肠炎的中医诊断、治疗及管理等内容，为中医药治疗溃疡性结肠炎提供了循证医学支持，推动了中医药的国际化 and 现代化。

**关键词** 中医药；溃疡性结肠炎；国际指南；解读

### **Interpretation of the *International clinical practice guideline on the use of traditional Chinese medicine for ulcerative colitis by Board of Specialty Committee of Digestive System Disease of World Federation of Chinese Medicine Societies (2023)***

ZHAO Luqing<sup>1</sup>, DING Ning<sup>1</sup>, SHI Haoran<sup>2</sup>, DU Yanhong<sup>2</sup>, ZHANG Shengsheng<sup>1</sup>

（1 Beijing Hospital of Traditional Chinese Medicine Affiliated to Capital Medical University, Beijing 100010, China; 2 Beijing University of Chinese Medicine, Beijing 100029, China）

**Abstract** The *International clinical practice guideline on the use of traditional Chinese medicine for ulcerative colitis by Board of Specialty Committee of Digestive System Disease of World Federation of Chinese Medicine Societies (2023)* is the first international guideline for treating ulcerative colitis with traditional Chinese

medicine (TCM) in the world. Led by Beijing Hospital of Traditional Chinese Medicine, Capital Medical University, the guideline was jointly formulated by many medical institutions and researchers at home and abroad and was published in the international journal *Phytotherapy Research* in February 2024. In the process of formulating this guideline, a multi-level clinical problem solicitation and research on patients' wishes and economic information were conducted, and a combined Chinese and Western evidence grading and evaluation system and a standardized recommendation formation method were adopted. Combining the principles of individualized treatment in TCM and evidence from modern medicine, the guideline details the diagnosis, treatment, and management of ulcerative colitis in TCM, which provides evidence-based medical support for the treatment of ulcerative colitis in TCM and promotes the internationalization and modernization of TCM.

**Keywords** Traditional Chinese medicine; Ulcerative colitis; International guideline; Interpretation

## 1 指南制定背景与目的

溃疡性结肠炎 (Ulcerative Colitis, UC) 是一种慢性非特异性肠道炎性疾病, 最常见于 30-40 岁成年人, 临床表现为持续或反复发作的黏液脓血便、腹泻、腹痛、里急后重, 以及不同程度的全身症状<sup>[1]</sup>。基于中国国家城镇职工数据库和新农合数据库开展的研究显示, 患病率在 2013-2016 年间由 8.72/10 万增至 17.24/10 万, 年均增速为 24.20%, 带来极大的医疗负担<sup>[2]</sup>。目前, 针对溃疡性结肠炎治疗西医用药主要包括氨基水杨酸制剂、激素、免疫抑制剂、生物制剂等, 在诱导和维持疾病缓解等方面发挥了一定作用, 但均具有临床局限性, 如药物不良反应, 患者对药物不应答或失应答, 药品价格昂贵等<sup>[3]</sup>, 因此, 寻找有效、经济的个体化治疗手段成为临床亟待解决的问题。

近些年来, 中医药治疗 UC 被广泛应用, 中医药领域的 UC 共识应运而生, 包括《溃疡性结肠炎中医诊疗专家共识意见 (2017)》、《溃疡性结肠炎中西医结合诊疗共识意见 (2017 年)》、《久痢 (溃疡性结肠炎) 中医诊疗方案》、《中医治未病——溃疡性结肠炎高危人群专家共识》等, 极大规范了 UC 的中医临床诊治。但是, 以上共识主要基于传统专家共识的格式制定, 未纳入相关循证证据。

随着中医治疗 UC 循证证据不断涌现，中医药治疗 UC 显示了良好的效果<sup>[4]</sup>，基于循证证据制定新的 UC 中医国际临床实践指南是中医药国际化、现代化的现实需求。

《中医药治疗溃疡性结肠炎国际临床实践指南（2023）》<sup>[5]</sup>依托于国家重点研发计划“中医国际标准研制与评价研究”项目（2019YFC1712000），由首都医科大学附属北京中医医院牵头，来自江苏省中医院、上海中医药大学龙华医院、浙江省中医院、北京中医药大学东方医院、广东省中医院、北京协和医院、北京大学第一医院、北京友谊医院、中山大学附属第一医院、空军军医大学第一附属医院、同济大学附属第十人民医院、美国俄亥俄大学、美国芝加哥大学医学院、美国路易斯安那州大学医学院等国内外著名医院与研究机构的 60 余名 UC 临床专家与研究学者共同参与制定，并由 GRADE 中国中心、四川大学华西医院中国循证医学中心、中国中医科学院中医药信息研究所、北京市中医药研究所循证医学中心共同提供方法学支持，已于 2024 年 2 月正式发表于国际期刊《Phytotherapy Research》。

指南详细介绍了 UC 的中医诊断、治疗及管理等方面的内容，强调中医个体化治疗的原则，提供了针对性的中药、中成药与具有可操作性的针刺、艾灸治疗方案。同时，该指南的制定将中医古籍证据循证与现代医学证据循证结合，纳入了 UC 中医诊疗最新的循证医学证据。本文将对该指南的制定方法及重要内容进行解读，以供指南使用者参考。

## 2 指南制定方法亮点

指南参考《世界卫生组织指南制定手册》与相关方法学标准，邀请业内中西医临床专家、方法学专家、药学专家、护理学专家、卫生经济学专家和 UC 患者，结合 UC 中医诊疗实际制定，并依据卫生保健实践指南的报告条目（Reporting Items for Practice Guidelines in Healthcare, RIGHT）的中医药扩展版本 RIGHT for TCM 撰写指南全文<sup>[6]</sup>，将规范创新的方法应用于中医指南制定的实际。

### 2.1 多层次的指南问题征集

指南制定组邀请来自全国不同地区的临床医师征集指南拟关注的临床问题，问题来源于临床实际需求，更具有推广应用价值。参与调研的临床医师共 23 名，其中主任医师、副主任医师、主治医师、住院医师比例为 7：6：5：5，男女比例

为4:6, 华北、东北、华东、中南、西北、西南每个地区均 $\geq 1$ 名, 工作单位以三级医院为主, 二级医院、社区卫生服务中心各1个。在整理、合并后, 由指南共识专家组进行了3轮德尔菲法投票<sup>[7]</sup>, 在指南指导委员会审批后, 确定了指南关注的临床问题。

## 2.2 中西合璧的证据分级评价体系

该指南采用推荐意见分级的评估、制定及评价 (Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation, GRADE) 方法对证据质量和推荐意见的推荐强度进行分级, 将证据质量分为高 (A)、中 (B)、低 (C)、极低 (D) 4个等级。证据分级过程中, 纳入研究设计类型为 RCT 及以上循证等级文献, 考虑 5 个降级因素: 偏倚风险、不精确性、不一致性、间接性以及发表偏倚。由于当前中医药治疗 UC 领域的循证医学研究质量普遍较低, 指南同时使用中医古籍证据分级及推荐方法, 进行中医药治疗 UC 的古籍证据的评价与分级<sup>[8, 9]</sup>, 以此作为现代循证研究的补充。

其中, 古籍证据分级是首次在 UC 中医指南制定中进行应用, 具体证据分级过程以“芍药汤”为例介绍。对芍药汤来源古籍、古籍版本数、古籍引用量等进行专业检索, 并按照不同权重进行计算获得最终分数, 35 分以上为高等级证据, 20-35 分为中等级证据, 20 分以下为低等级证据, 评价包括条文及来源古籍评价、应用评价两部分:

(1) 条文及来源古籍评价: 芍药汤出自《素问病机气宜保命集》, 原文记载“芍药汤 下血调气。经曰。溲而便脓血。气行而血止。行血则便脓自愈。调气则后重自除。芍药 (一两) 当归 黄连 (各半两) 槟榔 (二钱) 木香 (二钱) 甘草 (二钱炙) 大黄 (三钱) 黄芩 (半两) 官桂 (一钱半)”, 条文记载清楚、完整, 此条文属知识类证据, 对疾病防治相关内容主症及兼证均全面, 记 5 分, 权重占 2.5, 记 12.5 分; 《素问病机气宜保命集》为著名金元四大家刘完素“寒凉派”代表性著作, 记 4 分, 权重占 3.5, 记 14 分。将上述 2 项得分相加, 条文及来源古籍评价得分 26.5 分。

(2) 应用评价: 查找《中医古籍总目》, 《素问病机气宜保命集》版本数为 11, 记 3 分, 权重占 3, 记 9 分; 古籍引用量在中华医典中进行检索为 58, 记 1 分, 权重占 3.5, 记 3.5 分; 知识类古籍对其研究情况为 1386 条, 记 5 分,

权重占 2.5，记 12.5 分；医案医话等对其应用情况为 47 条，记 3 分，权重占 2.5，记 7.5 分；现代文献对其研究情况为 195 条，记 3 分，权重占 2.5，记 7.5 分；将上述 5 项得分相加，证据内容评价得分 40 分。

条文及来源古籍评价、应用评价的得分占比分别为 30%、70%，故总分为  $26.5 \times 0.3 + 40 \times 0.7 = 35.95$  分，为高等级证据，如表 1 所示。

表 1 芍药汤治疗 UC(久痢)的中医古籍循证结果

	条文及来源古籍评价		应用评价					总分	证据等级
	条文	来源古籍	版本数(个)	引用量(条)	知识类古籍研究情况(条)	医案医话等应用情况(条)	现代文献研究情况(条)		
	芍药汤条文	《素问病机气宜保命集》	11	58	1386	47	195	35.95分	高
记分	5分	4分	3分	1分	5分	3分	3分		
权重	2.5	3.5	3	3.5	2.5	2.5	2.5		
占比	30%		70%						

### 2.3 首次开展的患者意愿与经济信息调研

为了解 UC 患者接受中医药治疗后更关心的疗效评价指标，本指南首次开展了患者意愿调研。在首都医科大学附属北京中医医院、江苏省中医院、黑龙江中医药大学附属第一医院等 6 所三级甲等医院对 64 名患者的意愿进行了调研，结果供共识专家组在选择疗效评价指标时进行参考。

为获取 UC 患者可能使用的中药、中成药在不同地区医院的平均价格、可获取性与医保信息，在首都医科大学附属北京中医医院、江苏省中医院、广州中医药大学第一附属医院等 6 所三级甲等医院进行了经济信息调研并依据《方剂学(全国中医药行业高等教育“十三五”规划教材)》中的组成及用量计算了每付方剂的平均价格与价格区间。该调研是首次针对 UC 中医药指南的制定开展的经济信息调研。经济信息调研的结果供共识专家组在形成推荐意见时参考。

### 2.4 规范的推荐意见形成过程

在推荐意见形成环节，具有直接证据的意见由共识专家组投票选择“强推荐”“弱推荐”“无明确推荐意见”“弱不推荐”“强不推荐”中的一项，除“C”以外任何选项票数超过50%即可达成共识，并确定该选项为推荐强度；当各选项的票数均未超过50%时，“A+B”总票数超过70%或“C+D”总票数超过70%时亦视为达成共识，推荐强度视为弱推荐或弱不推荐；其余情况视为不能达成共识，该意见将不予纳入。部分意见无法提供直接证据或基于专家意见/经验形成，该部分意见由共识专家组投票选择“建议”、“中立”或“不建议”，除“中立”以外任何选项票数超过70%视为达成共识，在正文中以“基于非直接证据或专家意见/经验形成的推荐（Good Practice Statement, GPS）”注明，其余情况视为不能达成共识，该意见将不予纳入。

### 3 指南推荐内容解读

#### 3.1 中医病名

在病名方面，古籍对于UC病名的描述有“肠风”、“肠癖”、“大瘕泄”、“下利”、“滞下”、“痢疾”、“久痢”、“休息痢”等，因本病缓解期和发作期具有不同的临床表现，且病程长、易复发，因此中医病名“久痢”更能准确描述本病<sup>[10]</sup>。

#### 3.2 病因病机

在病因病机方面，UC的中医发病基础是素体脾气虚弱，主要诱发因素包括感受外邪、饮食不节、情志失调、劳倦过度；UC主要病机表现：活动期多实证，主要病机为湿热蕴肠，气血不调；重度则以热毒、瘀热为主，反复难愈者应考虑痰浊血瘀等因素。缓解期多虚实夹杂，主要病机为脾虚湿恋，运化失健<sup>[10]</sup>。

#### 3.3 证型诊断要点及基本治则

辨证是中医临床诊疗的核心环节，指南参考既往UC中医共识与标准的内容，包括《溃疡性结肠炎中医诊疗专家共识意见(2017)》《溃疡性结肠炎中西医结合诊疗共识意见(2017年)》<sup>[10, 11]</sup>，经专家讨论确定了8个基本证型及相应的主症、次症、舌脉，证型包括大肠湿热证、热毒炽盛证、脾虚湿蕴证、寒热错杂证、肝郁脾虚证、脾肾阳虚证、阴血亏虚证、瘀阻肠络证，在诊断时应符合主症2项，次症2项，同时参考舌脉，即可诊断相应证型，见表2。

表2 UC证型诊断要点及基本治则

基本证型	主症	次症	舌脉	基本治法
大肠湿热证	①腹泻，便下黏液脓血 ②腹痛③里急后重	①肛门灼热 ②腹胀③小便短赤④口干⑤口苦	①舌质红，苔黄腻 ②脉滑	清热化湿，调气和血
热毒炽盛证	①便下脓血或血便，量多次频 ②腹痛明显③发热	①里急后重 ②腹胀③口渴 ④烦躁不安	①舌质红，苔黄燥 ②脉滑数	凉血解毒，清热祛湿
脾虚湿蕴证	①黏液脓血便，白多赤少，或为白冻 ②腹泻便溏，夹有不消化食物③脘腹胀满	①腹部隐痛 ②肢体困倦 ③食少纳差 ④神疲懒言	①舌质淡红，边齿痕，苔白腻②脉细弱或细滑	益气健脾，化湿和中
寒热错杂证	①脓血便稀薄，夹有黏冻，反复发作 ②肛门灼热③腹痛绵绵	①畏寒怕冷 ②口渴不欲饮 ③饥不欲食	①舌质红，或舌淡红，苔薄黄②脉弦或细弦	温中补虚，清热化湿
肝郁脾虚证	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	①排便不爽 ②饮食减少 ③腹胀④肠鸣	①舌质淡红，苔薄白 ②脉弦或弦细	疏肝理气，健脾化湿
脾肾阳虚证	①久泻不止，大便稀薄②大便夹有白冻，或伴有完谷不化，甚则滑脱不禁 ③腹痛喜温喜按	①腹胀②食少纳差 ③形寒肢冷 ④腰酸膝软	①舌质淡胖，或有齿痕，苔薄白润②脉沉细	健脾补肾，温阳化湿
阴血亏虚证	①便下脓血，反复发作②大便干结，夹有黏液血便，排便不畅③腹中隐隐灼痛	①形体消瘦 ②口燥咽干 ③虚烦失眠 ④五心烦热	①舌红少津或舌质淡，少苔或无苔②脉细弱	滋阴清热，益气养血
瘀阻肠络证	①腹痛拒按，痛有定处②泻下不爽 ③便下脓血、血色暗红或夹有血块	①面色晦暗 ②腹部有痞块③腹部刺痛④肌肤甲错	①舌质暗红，有瘀点瘀斑 ②脉涩或弦	活血化瘀，理肠通络

### 3.4 中医药口服治疗

指南针对 8 项基本证型推荐了口服治疗方案（表 3），不仅参考了古代中医文献，还结合了现代临床研究的证据，在指南原文中提供了证据的说明，增强了治疗方案的科学性和可信度；提供了根据患者具体症状对方剂进行加减的指导，显示了中医药治疗的灵活性和针对性；对于每种方剂，指南不仅提供了药物组成，还提供了用药建议，如服用时间、剂量等，这有助于提高临床医生的可操作性。

表 3 中医药口服、针灸治疗

证型	推荐药物	原方组成	服药建议	证据等级及推荐强度
----	------	------	------	-----------



大肠湿热证	芍药汤加减	黄芩、黄连、芍药、当归、木香、槟榔、大黄、肉桂、甘草	腹痛明显，加徐长卿；脓血多，加赤芍、丹皮、地榆；热甚伤津，去肉桂，加乌梅。 日1剂，水煎服，早晚各一次。22名（84.6%）专家推荐早餐后、晚餐后服用。	GRADE 证据等级：C，中医古籍证据等级：高，推荐强度：强推荐
	中成药虎地肠溶胶囊	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	/	GRADE 证据等级：C，推荐强度：强推荐
	中成药五味苦参肠溶胶囊	苦参、地榆、青黛、白及、甘草	/	GRADE 证据等级：C，推荐强度：强推荐
	中成药葛根芩连丸（片、胶囊、颗粒、口服液）	葛根、黄芩、黄连、炙甘草	/	GPS
热毒炽盛证	白头翁汤加减	白头翁、黄柏、黄连、秦皮	里急后重明显，加木香、槟榔、枳壳；血便明显，加三七粉或云南白药；发热明显，加青黛。 日1剂，水煎服，早晚各一次。20名专家（76.9%）推荐早餐后、晚餐后服用。	GRADE 证据等级：C，中医古籍证据等级：高，推荐强度：强推荐
	中成药白蒲黄片	白头翁、蒲公英、黄芩、黄柏	/	GPS
脾虚湿蕴证	参苓白术散加减	人参、白术、茯苓、山药、莲子肉、白扁豆、薏苡仁、砂仁、桔梗、甘草	大便白冻黏液明显，加白豆蔻、炮姜；久泻气陷，加升麻，防风。 日1剂，水煎服，早晚各一次。17名（65.3%）专家推荐早餐后、晚餐后服用。	GRADE 证据等级：C，中医古籍证据等级：高，推荐强度：强推荐
	中成药参苓白术丸（散、颗粒）	人参、茯苓、麸炒白术、山药、炒白扁豆、莲子、麸炒薏苡仁、砂仁、桔梗、甘草	/	GRADE 证据等级：C，推荐强度：强推荐
寒热错杂证	乌梅丸加减	乌梅、蜀椒、细辛、黄连、黄柏、附子、干姜、桂枝、人参、当归	下痢稀薄明显，加猪苓、泽泻；下痢反复发作，肛门灼热明显，加椿皮。	GRADE 证据等级：C，中医古籍证据等级：中，推荐强度：强推荐

			日1剂，水煎服，早晚各一次。20名（76.9%）专家推荐早餐后、晚餐后服用。	
	中成药乌梅丸	乌梅肉、花椒、细辛、黄连、黄柏、干姜、附子（制）、桂枝、人参、当归	/	GRADE 证据等级：C，推荐强度：强推荐
肝郁脾虚证	痛泻药方合四逆散加减	白术、白芍、陈皮、防风、枳实、柴胡、甘草	心烦易怒者，加郁金、合欢花；腹胀明显，加木香、乌药。 日1剂，水煎服，早晚各一次。17名（65.3%）专家推荐早餐后、晚餐后服用。	GRADE 证据等级：C，中医古籍证据等级：中，推荐强度：强推荐
脾肾阳虚证	附子理中丸合四神丸加减	附子、补骨脂、肉豆蔻、人参、吴茱萸、五味子、干姜、白术、甘草	大便滑脱不禁，加诃子、赤石脂、升麻；形寒肢冷明显，加肉桂。 日1剂，水煎服，早晚各一次。21名（80.8%）专家推荐早餐后、晚餐后服用。	GRADE 证据等级：C，中医古籍证据等级：中，推荐强度：强推荐
	中成药固本益肠片	党参、炒白术、补骨脂、麸炒山药、黄芪、炮姜、酒当归、炒白芍、醋延胡索、煨木香、地榆炭、煨赤石脂、儿茶、炙甘草	/	GRADE 证据等级：C，推荐强度：弱推荐
	中成药补脾益肠丸	黄芪、党参（米炒）、砂仁、白芍、当归（土炒）、白术（土炒）、肉桂、醋延胡索、荔枝核、炮姜、炙甘草、防风、木香、盐补骨脂、煨赤石脂	/	GRADE 证据等级：C，推荐强度：弱推荐
	中成药参倍固肠胶囊	五倍子、肉豆蔻（煨）、诃子肉（煨）、乌梅、木香、苍术、茯苓、鹿角霜、红参	/	GPS
阴血亏虚证	驻车丸合四物汤加减	黄连、当归、阿胶、白芍、熟地、川芎、干姜	腹部灼痛隐隐，加沙参、麦冬；虚烦不寐，加百合、鸡子黄。 日1剂，水煎服，早晚各一次。18名（69.2%）专家推荐早餐后、晚餐后服用。	GPS

瘀阻肠络证	少腹逐瘀汤 加减	蒲黄、五灵脂、川芎、当归、延胡索、赤芍、没药、小茴香、干姜、肉桂	腹部刺痛明显，加九香虫、乌药。 日1剂，水煎服，早晚各一次。 21名（80.8%）专家推荐早餐后、晚餐后服用。	GPS
-------	-------------	----------------------------------	---	-----

### 3.5 中医灌肠治疗

指南推荐了规范化的中医灌肠治疗方案，包括中药汤剂葛根芩连汤、白头翁汤，中成药锡类散、康复新液。同时，还提供了符合不同治法的代表性灌肠中药，具体包括清热燥湿类中药（黄柏、黄连、苦参、秦皮等）、清热解毒类中药（白头翁、马齿苋、青黛、野菊花、白花蛇舌草、败酱草等）、凉血止血类中药（地榆、槐花、紫草、大黄炭、侧柏叶等）、收敛止血类中药（藕节炭、血余炭、棕榈炭等）、生肌敛疮类中药（白及、三七、血竭、儿茶、炉甘石等）、收敛护膜类中药（诃子、赤石脂、石榴皮、五倍子、乌梅、枯矾等）和健脾温肾类中药（黄芪、党参、肉桂等），临床医生可根据病情需要，以一类中药为主，搭配其他类别中药组成4~8味灌肠处方使用（表4）。

指南提出“不同病情程度（包括轻度、中度、重度）和病变范围（包括直肠、左半结肠、广泛结肠）的UC患者均可接受中医汤液灌肠（肛门结肠滴注）辅助治疗”，并提供了肠温度、药量、给药操作时间、体位、保留药液时间的规范。指南提出灌肠液的温度应与肠腔温度接近，一般在38~39℃为宜；剂量约100~150ml，在晚睡前给药，患者取左侧卧位，暴露臀部，下垫橡胶单、治疗巾，抬高臀部10厘米。肛门滴注软管插入直肠15~20厘米，根据患者的耐受情况，调节滴注速度为80~100滴/分。滴注结束后，拔管后轻揉肛门，不同体位翻动身体，后取舒适体位，应尽量保留药液1小时以上。

表4 中医灌肠治疗UC

指南原文中推荐意见编号	证型	推荐药物	原方组成	证据等级及推荐强度
22	大肠湿热证	葛根芩连汤加减	葛根、黄芩、黄连、甘草	GRADE 证据等级：C，推荐强度：强推荐

23	热毒 炽盛证	白头翁汤加减	白头翁、黄柏、黄连、秦皮	GRADE 证据等级：C， 推荐强度：强推荐
24	临床 可根据病情需要， 以一类中药为主， 搭配其他类别中药 组成4~8 味灌肠处方使用	①清热燥湿类中药(黄柏、黄连、苦参、秦皮等) ②清热解毒类中药(白头翁、马齿苋、青黛、野菊花、白花蛇舌草、败酱草等) ③凉血止血类中药(地榆、槐花、紫草、大黄炭、侧柏叶等) ④收敛止血类中药(藕节炭、血余炭、棕榈炭等) ⑤生肌敛疮类中药(白及、三七、血竭、儿茶、炉甘石等) ⑥收敛护膜类中药(诃子、赤石脂、石榴皮、五倍子、乌梅、枯矾等)、⑦健脾温肾类中药(黄芪、党参、肉桂等) 灌肠辅助治疗 UC		GPS
25	/	中成药锡类散	象牙屑、青黛、壁钱炭、人指甲(滑石粉制)、珍珠、冰片、人工牛黄	GRADE 证据等级：C， 推荐强度：弱推荐
26	/	康复新液	美洲大蠊干燥虫体提取物	GRADE 证据等级：C， 推荐强度：弱推荐

### 3.6 中医针灸治疗方案

除上述灌肠治疗方案外，指南还提供了中医针刺、悬灸、直接灸（无瘢痕灸）和隔姜灸治疗 UC 的详细操作方案，为临床医生在实际操作中提供了明确的指导，见表 5，有助于提高治疗的标准化和规范化水平，填补了既往指南仅有中医外治条目而无可操作性方案的空白。

表 5 中医针刺、悬灸、直接灸（无瘢痕灸）和隔姜灸治疗 UC

指南原文 中推荐意见编 号	外治 法	选经及取穴	操作	治疗频 率
29	针刺	①选经：胃经、任脉、膀胱经、脾经、大肠经等 ②主穴：天枢、足三里、上巨虚、关元、中脘等 ③配穴：大肠湿热证加曲池、合谷、内庭。热毒炽盛证加合谷、曲池、内庭。脾虚湿蕴证加脾俞、气海、公孙。肝郁脾虚证加肝俞、太冲、脾	诸穴均常规针刺。	留针时间：15~30分钟。每日1次或隔日1次，14天~60天为1疗程

		俞、阳陵泉、三阴交。脾肾阳虚证加肾俞、命门、关元、百会。阴血亏虚证加三阴交。寒热错杂证加曲池、内庭、命门。瘀阻肠络证加合谷、三阴交、大肠俞。大便脓血明显加隐白、血海、水道。疼痛难忍加梁丘。里急后重频数加中膻俞。		
30	悬灸	①主穴：天枢。 ②配穴：大肠湿热证加足三里、曲池、合谷。脾肾阳虚证加足三里、命门、关元。脾虚湿蕴证加足三里、百会、长强。寒热错杂证加曲池、命门、关元。肝郁脾虚证加足三里、上巨虚。阴血亏虚证加脾俞、足三里、血海。瘀阻肠络证加肾俞、脾俞、大肠俞。 ③热毒炽盛证不适合使用悬灸。	患者仰卧或俯卧，暴露皮肤，常规消毒，用艾条悬灸穴位，先上下，先阴经，后阳经。	每穴灸3~5分钟，以皮肤红晕不起疱为度。每日1次，10次为一疗程。
30	直接灸（无瘢痕灸）	①主穴：天枢、足三里。 ②配穴：大肠湿热证加曲池、合谷。脾肾阳虚证加命门、关元。脾虚湿蕴证加百会、长强。寒热错杂证加曲池、命门、关元。肝郁脾虚证加足三里、上巨虚。阴血亏虚证加脾俞、足三里、血海。瘀阻肠络证加肾俞、脾俞、大肠俞。 ③热毒炽盛证不适合使用直接灸（无瘢痕灸）。	患者仰卧或俯卧，暴露皮肤，常规消毒，将大小适宜的艾炷，置于腧穴上点燃施灸，当艾炷燃剩五分之二或四分之一而患者感到微有灼痛时，即可易炷再灸。若用麦粒大的艾炷施灸，当患者感到有灼痛时，医者可用镊子柄将艾炷熄灭，然后继续易位再灸，按规定壮数灸完为止。一般应灸至局部皮肤红晕而不起疱为度。因其皮肤无灼伤，故灸后不化脓，不留瘢痕。先上下，先阴经，后阳经。	每穴艾炷灸5~10壮，每日1次，10次为一疗程。
30	隔姜灸	①选穴：神阙、足三里、天枢、上巨虚。 ②主要适用于脾虚湿蕴证患者。	将鲜姜切成直径2~3cm，厚约0.3cm~0.4cm的薄片，中间以针刺数孔，置于腧穴，再将艾炷放在姜片上点燃施灸。若患者有灼痛感可将姜片提起，使之离开皮肤片刻，再行灸治。艾炷燃尽，易炷再灸，直至灸完应灸壮数。	每穴灸3壮，以局部皮肤出现红晕而不起疱为度，每日1次，10次为一疗程。

### 3.7 肠外表现中医药治疗策略

研究表明，约 31%的 UC 患者具有肠外表现<sup>[12]</sup>，多数具有肠外表现的患者处于活动期<sup>[13, 14]</sup>。指南首次提出，该部分患者可在西医治疗的基础上，结合针对肠

外表现的中医治疗，并提供了关节炎、结节性红斑、静脉血栓的治疗策略。

关节炎属中医“痹证”、“痢风”范畴。UC 患者痢后体虚，风寒湿热外邪侵袭，痰瘀凝滞经络，关节气血运行不畅。病性为本虚标实，疾病初期常以标实为主，标实为风邪、寒邪、湿邪、热邪、痰瘀；病程迁延日久，则以本虚为主，本虚为脾肾亏虚、气血虚弱、阴虚。本病可因虚致实，也可因实致虚。中医治疗以补益脾肾，祛风除湿、化痰逐瘀为主<sup>[15]</sup>。结节性红斑属中医“瓜藤缠”范畴。UC 活动期多湿热内蕴肠道，湿热流注皮肤，导致气血经脉不畅，瘀血阻滞，发为结节性红斑，在中医临床施治过程中以清热祛湿散瘀为治疗大法<sup>[16]</sup>。静脉血栓属于中医“股肿病”范畴。UC 患者湿热蕴肠，气血不调，瘀血阻于脉中，营血回流受阻，水津外溢，聚而为湿，湿邪郁久化热，湿热相合，下注肢体而发为股肿病。湿热、瘀血是静脉血栓形成的关键<sup>[17]</sup>。

### 3.8 中西医治疗的选择、转换与维持治疗

在临床实际中，中西医治疗的选择、转换与维持治疗经常成为难点问题，指南对 UC 中西医治疗策略提供了规范化的建议，填补了既往指南的空白。

活动期在治疗方式选择方面，轻、中度 UC 活动期患者，可选择单纯中药治疗、单纯西药治疗或中西医结合治疗三种治疗方式的任一种；轻、中度 UC 中药口服治疗和或中药灌肠治疗效果不佳者，可联合或更换西药口服、灌肠或栓剂治疗。

在维持治疗方面，缓解期 UC 维持治疗方案的选择由病情类型及诱导缓解的药物所决定，指南提出以中药诱导缓解者，可以仅以中药维持；以西药诱导缓解者，可以西药维持，或配合中药口服、灌肠；以中西医结合治疗诱导缓解者，可逐渐减用或停用西药，仅以中药维持。中医药治疗 UC 达到临床缓解后，以 4 周~8 周作为观察周期，中药服用可从 1d/剂，减至 2~3d/剂维持缓解，减少药物的服用量，中药治疗建议维持半年及以上。

### 3.9 疾病预防调护指导建议

指南突出中医药的特色，根据 UC 疾病不同阶段推荐一系列具有中医特色的预防措施。UC 的西医发病机制尚不十分明确，中医未病先防可注重健运脾气，祛除湿热之邪，调整脏腑功能。同时，预防应注重既病防变，瘥后防复。指南提出 UC 患者应注意饮食卫生和生活调摄。饮食方面，避免过于辛辣、油炸食物与不洁

食物<sup>[18]</sup>，患者还可以使用饮食日志记录日常饮食，找出不耐受的饮食并避免食用。运动方面，适度体育锻炼，可以选择太极拳、八段锦等节奏和缓的体育项目。心理方面，注意劳逸结合，确保充足的睡眠，避免精神过度紧张与不良刺激。指南同时强调了社会和心理支持在预防 UC 中的重要性，提出了加强医患沟通以及提高患者依从性的建议，这对于长期慢性病管理尤为重要。

### 3.10 疗效评定

选择合理的疗效评定指标评价中医药治疗 UC 的疗效，有助于提供高质量的临床研究证据，推动中医药临床评价体系国际化、标准化的进程。指南推荐，UC 患者接受中医药治疗后，疗效评定指标包括主要症状（腹泻、腹痛、黏液脓血便、里急后重）的缓解率和缓解时间、消失率和消失时间、中医证候疗效评价标准、Mayo 活动指数、2019 年美国胃肠病学会（American College of Gastroenterology）建议的溃疡性结肠炎活动指数<sup>[19]</sup>、Mayo 内镜评分（Mayo Endoscopic Score, MES）、溃疡性结肠炎内镜下严重程度指数评分系统（Ulcerative Colitis Endoscopic Index of Severity, UCEIS）、Geboes 指数、红细胞沉降率、C-反应蛋白、粪便钙卫蛋白、炎症性肠病生活质量问卷（Inflammatory Bowel Disease Questionnaire, IBDQ）与安全性指标等。

本指南推荐的综合评估体系，不仅关注症状的改善，还包括了疾病活动度、内镜下表现、黏膜愈合情况、炎症标志物和生活质量等多个维度；重视中西医评价的融合，在疗效评估中既融入了西医的评估工具，如 Mayo 活动指数和 UCEIS，同时推荐了中医证候疗效评价；强调根据患者的具体情况选择适当的评估指标，体现了个体化、动态评估的原则。

### 3.11 目前问题和未来研究方向

指南指出，目前中医药治疗 UC 领域缺乏足够的高质量的证据，无法很好的回答指南关注的部分临床问题。未来可针对中医药治疗 UC 的优势环节<sup>[20]</sup>，如中医药治疗 UC 是否能减少或替代轻中度 UC 患者 5-氨基水杨酸制剂的使用、是否能够联合 5-氨基水杨酸制剂使用提高轻中度 UC 患者疗效、是否能够减少轻中度 UC 患者糖皮质激素的使用、是否能够降低激素抵抗及激素依赖、是否能够联合应用糖皮质激素提高重度 UC 患者的临床疗效、是否能够和生物制剂联合使用减少生物制剂的不应答或不良反应、是否能够降低并发症的发生和手术率等开展能

够获得高级别证据的临床循证研究，以更好地发挥中医药优势，指导临床实践。

此外，由于当前经验与临床研究的局限，2项指南拟关注的问题“中医药如何介入减轻UC患者接受西医治疗时的不良反应？”与“中医药治疗UC的量效关系如何？”未形成推荐意见，期待未来研究填补相关的空白。

#### 4 小结

《中医药治疗溃疡性结肠炎国际临床实践指南（2023）》的发布，标志着中医药在治疗UC方面国际认可度的提升。该指南不仅总结了中医药在治疗UC方面的经验，还结合现代医学研究，提供了更为精确和系统的治疗方案。指南的制定过程采用了多种方法学工具，确保了推荐意见的科学性和实用性。此外，指南还关注了患者的个体化需求，考虑了经济因素，并首次将患者意愿纳入考量，体现了以患者为中心的治疗理念。通过这份指南，中医药治疗UC的临床实践将更加规范化，有助于提高治疗效果，减少不良反应，同时也为中医药的国际推广和现代化发展提供了支持。

#### 参考文献

[1] GROS B, KAPLAN G G. Ulcerative Colitis in Adults: A Review[J]. JAMA, 2023, 330(10): 951-965.

[2] YANG H, ZHOU R, BAI X, et al. Trend and Geographic Variation in Incidence and Prevalence of Inflammatory Bowel Disease in Regions Across China: A Nationwide Employee Study Between 2013 and 2016[J]. Frontiers in Medicine, 2022, 9.

[3] Le BERRE C, HONAP S, PEYRIN-BIROULET L. Ulcerative colitis[J]. Lancet, 2023, 402(10401): 571-584.

[4] 张声生, 赵鲁卿. 中医药治疗溃疡性结肠炎的研究进展述评[J]. 北京中医药, 2022.

[5] ZHANG S, ZHAO L, SHEN H, et al. International clinical practice guideline on the use of traditional Chinese medicine for ulcerative colitis by Board of Specialty Committee of Digestive System Disease of World Federation of Chinese Medicine Societies (2023) [J]. Phytother Res, 2024, 38(2): 970-999.

[6] XIE R, XIA Y, CHEN Y, et al. The RIGHT Extension Statement for Traditional Chinese Medicine: Development, Recommendations, and Explanation[J]. Pharmacol Res, 2020, 160: 105178.

[7] 王冠儒, 宋再伟, 胡杨, 等. 基于德尔菲法形成《大剂量甲氨蝶呤临床用药指南》推



荐意见[J]. 中国医院药学杂志, 2021, 41(11): 1085-1090.

[8] 张磊, 曾宪涛, 佟琳, 等. 运用循证医学原则制定中医古籍证据评价分级量表的思路[J]. 中华中医药杂志, 2020, 35(6): 2971-2973.

[9] 姚钰宁, 曹克刚, 托托, 等. 基于专家问卷的中医古籍证据分级及推荐方法的构建[J]. 中医杂志, 2021, 62(7): 572-576.

[10] 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).

[11] 中国中西医结合学会消化系统疾病专业委员会. 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年26卷2期 105-111, 120页 ISTIC CA, 2018.

[12] VAVRICKA S R, ROGLER G, GANTENBEIN C, et al. Chronological Order of Appearance of Extraintestinal Manifestations Relative to the Time of IBD Diagnosis in the Swiss Inflammatory Bowel Disease Cohort[J]. Inflammatory Bowel Diseases, 2015, 21(8): 1794-1800.

[13] VAVRICKA S R, BRUN L, BALLABENI P, et al. Frequency and risk factors for extraintestinal manifestations in the Swiss inflammatory bowel disease cohort[J]. Am J Gastroenterol, 2011, 106(1): 110-119.

[14] HARBORD M, ANNESE V, VAVRICKA S R, et al. The First European Evidence-based Consensus on Extra-intestinal Manifestations in Inflammatory Bowel Disease[J]. Journal of Crohn's and Colitis, 2016, 10(3): 239-254.

[15] 童云, 刘亚军, 沈洪. 从痢后风角度探讨溃疡性结肠炎合并关节病变之辨治[J]. 江苏中医药, 2022, 54(5): 4.

[16] 李媛丽, 陈瑞萍, 高梅, 等. 浅谈从瘀论治结节性红斑[J]. 中华中医药杂志, 2020, 35(11): 4.

[17] 中华中医药学会. T/CACM 1242-2019 中医外科临床诊疗指南 股肿病[S]. 中国-团体标准(CN-TUANTI), 2019.

[18] GLEAVE A, SHAH A, TAHIR U, et al. Using Diet to Treat Inflammatory Bowel Disease: A Systematic Review[J]. Am J Gastroenterol, 2024.

[19] RUBIN D T, ANANTHAKRISHNAN A N, SIEGEL C A, et al. ACG Clinical Guideline: Ulcerative Colitis in Adults[J]. Am J Gastroenterol, 2019, 114(3): 384-413.

[20] 沈洪. 溃疡性结肠炎中医临床研究述评[J]. 江苏中医药, 2019, 51(10): 1-5.

