·论著·

益气清热解毒化瘀汤联合灌肠疗法治疗溃疡性结肠炎的临床研究*

张西洁*
河南中医药大学第三附属医院老年病科(河南 郑州 450000)

【摘要】**目的** 本研究探讨溃疡性结肠炎(UC)应用益气清热解毒化瘀汤联合灌肠疗法方案进行治疗的临床效果。**方法** 研究对象为本院收集的86例UC患者，病例收集时间为2022年1月至2023年6月，患者被随机分成对照组(n=43)和研究组(n=43)。对照组治疗方案：口服美沙拉嗪肠溶片。研究组治疗方案：口服美沙拉嗪肠溶片辅以益气清热解毒化瘀汤灌肠。对比两组患者治疗效果、症状积分，评估病情严重程度、血清炎性因子水平，肠镜观察黏膜状况，记录不良反应与复发情况。**结果** 治疗后，治疗总有效率方面，研究组(86.05%)高于对照组(67.44%)(*P*<0.05)；对照组和研究组患者症状积分、波士顿肠道准备量表(BBPS)、疾病活动指数(Sutherland DAI)、组织病理评分、肠镜检查积分治疗后低于治疗前(*P*<0.05)，且治疗后研究组积分比对照组更低(*P*<0.05)；对照组和研究组患者白介素-4(IL-4)、转化生长因子-β(TGF-β)水平治疗后高于治疗前，白介素-1β(IL-1β)低于治疗前(*P*<0.05)，治疗后研究组IL-4、TGF-β水平比对照组更高，IL-1β水平更低(*P*<0.05)；不良反应方面，对照组(16.28%)和研究组(9.30%)无显著差异(*P*>0.05)；关于复发率，研究组(6.98%)低于对照组(34.88)(*P*<0.05)。**结论** 口服美沙拉嗪肠溶片辅以益气清热解毒化瘀汤灌肠治疗UC效果突出，可改善患者症状与病情严重程度，缓解炎症，推荐在临床广泛使用。

【关键词】益气清热解毒化瘀汤；灌肠疗法；溃疡性结肠炎；美沙拉嗪肠溶片；治疗效果
【中图分类号】R574.62
【文献标识码】A
【基金项目】河南省中医药科学研究专项课题(2021ZY1043)
DOI:10.3969/j.issn.1009-3257.2025.2.050

Clinical Study on the Treatment of Ulcerative Colitis by Clearing Heat and Detoxification Decoction*

ZHANG Xi-jie*.
Department of Geriatrics, Third Affiliated Hospital of Henan University of Chinese Medicine, Zhengzhou 450000, Henan Province, China

Abstract: ***Objective*** This study aims to discuss the clinical effect of ulcerative colitis (UC) treatment. ***Methods*** The study subjects were 86 UC patients collected by our hospital from January 2022 to June 2023. The patients were randomized into the control group (n=43) and the study group (n=43). Treatment regimen of the control group: oral mesalazine enteric-coated tablets, treatment regimen of the study group: oral mesalazine enteric-coated tablets supplemented by Qi-Clearing, Detoxifying, and Blood-Stasis-Dispersing Decoction enema. The treatment effect, symptom scores, severity, and serum inflammatory factors were compared between the two groups. The mucosal status was observed by colonoscopy, and adverse reactions and recurrence were recorded. ***Results*** After treatment, the total response rate in the study group (86.05%) was higher than that in the control group (67.44%) (*P*<0.05). In both control and study patients, the Boston Bowel Preparation Scale (BBPS), Disease Activity Index (Sutherland DAI), histopathological score, and colonoscopy scores were lower than before treatment (*P*<0.05). After treatment, the study group had lower scores than the control group (*P*<0.05). Interleukin-4 (IL-4) and Transforming Growth Factor-β (TGF-β) levels in both groups were higher than before treatment, while Interleukin-1β (IL-1β) was lower (*P*<0.05). Compared with the control group, IL-4 and TGF-β levels in the study group were higher, and the IL-1β level was lower (*P*<0.05). There was no significant difference in adverse reactions between the control group (16.28%) and the study group (9.30%) (*P*>0.05). Regarding the recurrence rate, the study group (6.98%) was lower than the control group (34.88%) (*P*<0.05). ***Conclusion*** Oral mesalazine enteric-coated tablets supplemented by Qi-Clearing, Detoxifying, and Blood-Stasis-Dispersing Decoction enema have an outstanding effect on UC, which can improve patients' symptoms and severity and relieve inflammation. This combined therapy is recommended for widespread clinical use.

Keywords: Qi-clearing, Detoxifying, and Blood-Stasis-Dispersing Decoction; Enema Therapy; Ulcerative Colitis; Mesalazine Enteric-coated Tablets; Therapeutic Effect

近年来随着社会经济的发展，溃疡性结肠炎(ulcerative colitis，UC)发病率呈现上升趋势，该疾病是一种慢性非特异性肠道炎症性疾病，在任何年龄段均可发病，最常发生于青壮年期[1]。UC的病变多从直肠开始，逐渐向结肠发展，呈连续分布特征，主要表现为腹痛、腹泻、脓血便等，其特点为病程长，并且容易复发，对患者的身心健康和生命质量构成威胁[2]。因此，探索更为有效且安全的治疗方案，对于提高UC患者的治疗效果和生活质量具有重要意义。目前，西医治疗UC主要以药物为主，尽管取得了一定疗效，但存在不良反应较大、价格昂贵及易复发等问题。近些年中医药在UC的治疗中展现出独特的疗效优势，而中西医结合的治疗策略逐渐被应用于多种疾病的治疗中，并取得了显著成效。益气清热解毒化瘀汤作为中医方剂，具有益气扶正、清热解毒、活血化瘀的功效，已被初步证明在治疗UC方面具有潜力[3]。此外，灌肠疗法作为中医外治法的一种，通过直接将药物送达病变部位，提高了药物的局部浓度和作用时间，有助于改善肠道局部症状[4]。本研究旨在探讨UC患者应用益气清热解毒化瘀汤联合灌肠疗法的临床疗效，以期为UC的治疗提供新的思路和方法。

1 资料与方法

1.1 一般资料 在2022年1月至2023年6月，与本院收集86例UC患者进行研究，所有患者均经过严格纳入与排除标准进行筛选。随机将患者分成对照组和研究组，2组患者一般资料见表1，年两、性别、病程、活动度分级、病变范围组间差异无统计学意义(*P*>0.05)。本研究获得医学伦理委员会批准。

纳入标准：符合西医诊断标准：参考《炎症性肠病合并机会性感染专家共识意见》[5]中的UC诊断依据；符合中医诊断标准：参考《溃疡性结肠炎中西医结合诊疗指南(草案)》[6]中的UC诊断依据；年龄18至70岁；每天腹泻频率需超过6次，并排出黏液脓血便；无灌肠治疗史；轻中度患者为主，少量纳入重度患者，以确保研究的安全性；患者及其家属对本研究目的和方法充分知晓，自愿参与研究，且签署知情同意书。排除标准：备孕妇女、

【第一作者】张西洁，男，主治中医师，主要研究方向：中医药防治消化系统疾病及内科疑难杂病。E-mail：zhangxijiedoc@163.com
【通讯作者】张西洁

妊娠期妇女、哺乳期妇女；合并严重并发症，如下消化道大出血、肠穿孔、上皮内瘤变以及癌变等；重度且需要紧急抢救者；合并严重原发性疾病，如心血管、脑血管、肝、肾和造血系统疾病等；患有精神病不能配合研究者。

1.2 治疗方法 对照组：口服美沙拉嗪肠溶片(葵花药业集团佳木斯鹿灵制药有限公司，国药准字：H19980148，规格：0.25g/片)，用药方案：每次2片，每日3次，且均在餐前1小时服用。研究组：在对照组治疗方案的基础上，辅以益气清热解毒化瘀汤灌肠治疗。方剂组成：8g白及，20g丹参，15g黄连，13g侧柏叶，20g忍冬藤，15g马齿苋，15g黄柏，15g炒地榆，12g槐花炭。该方剂经水煎煮后浓缩至150mL，每日进行1次灌肠治疗。灌肠前，患者需排空肠道，采取左侧卧位，随后将已润滑的导尿管轻轻插入肛门约15至20cm深度。为确保舒适度，药液需预先加热至体温相近的37℃。灌肠完成后，患者需静卧休息1小时，并在接下来的3小时内避免排便。两组治疗均持续进行30天。

1.3 观察指标 治疗效果：根据《炎症性肠病伴机会性感染专家共识意见》[5]制定疗效判定标准。痊愈：患者精神状态显著改善，典型症状(腹痛、腹泻、脓血便)基本消退，可正常排便，结肠镜检查显示患者的肠黏膜已恢复至健康水平，无异常表现。显效：患者上述临床症状得到基本缓解，虽未完全消失，但已显著减轻，结肠镜检查显示患者肠道存在轻度的炎症反应，较治疗前有明显改善。有效：患者上述临床症状及结肠镜下的炎症反应均呈现一定程度的缓解趋势。无效：患者上述临床症状及结肠镜检查均未见明显好转。(痊愈病例数+显效病例数+有效病例数)/总病例数×100%=总有效率。症状积分：根据《炎症性肠病诊断与治疗的共识意见》[7]进行症状积分评定，症状包括腹痛、腹泻、脓血便，每项积分为0至3分，症状越重则积分越高。病情严重程度评估：波士顿肠道准备量表(BBPS)[8]评估，最高9分，分数越高表明黏膜病变越显著；疾病活动指数(Sutherland DAI)[9]评估，最高12分，分数越高表明病情越危急；组织病理[10]评估黏膜固有层的浸润深度及广度，最高12分，分数越高表明炎性反应和溃疡程度越严重。血清炎性因子：采集患者清晨空腹状态下的静脉血液样本3mL，离心处理后分离出血清部分。利用LD240型全自动生化分析仪(洛阳灵达医疗科技有限公司)测定患者血清中白介素-4(Interleukin-4，IL-4)、白介素-1β(Interleukin-1β，IL-1β)、转化生长因子-β(Transforming growth factor-β，TGF-β)水平。肠镜检查：行肠镜检查观察黏膜状况，对其进行评分，轻度病变为0至3分，中度病变为4至6分，重度病变为7至9分。不良反应与复发：观察患者治疗期间发生的不良反应，治疗结束6个月内对患者进行随访，记录复发情况。

1.4 统计学方法 本研究采用SPSS 26.0软件分析数据，($\bar{x}\pm s$)、[n(%)]分别表示计量资料和计数资料，t检验、χ^2检验分别分析计量资料和计数资料的组间差异。对于等级资料，秩和检验比较组间差异。当P<0.05时，认定该差异具有统计学意义。

2 结 果

2.1 对照组和研究组患者治疗效果对比 治疗总有效率研究组高于对照组(P<0.05)。见表2。

2.2 对照组和研究组患者症状积分对比 腹痛、腹泻、脓血便症状积分治疗前后组间无显著差异(P>0.05)，治疗后两组积分均低于治疗前(P<0.05)，治疗后研究组积分比对照组更低(P<0.05)。见表3。

2.3 对照组和研究组患者病情严重程度对比 BBPS、Sutherland DAI、组织病理评分治疗前后组间无显著性差异(P>0.05)，治疗后两组评分均低于治疗前(P<0.05)，治疗后研究组评分比对照组更低(P<0.05)。见表4。

2.4 对照组和研究组患者血清炎性因子水平对比 对照组和研究组患者IL-4、IL-1β、TGF-β水平治疗前后无显著差异(P>0.05)，对照组和研究组患者IL-4、TGF-β水平治疗后高于治疗前，IL-1β低于治疗前(P<0.05)，治疗后研究组IL-4、TGF-β水平比对照组更高，IL-1β水平更低(P<0.05)。见表5。

2.5 对照组和研究组患者肠镜检查积分对比 对照组和研究组患者肠镜检查积分治疗前后无显著差异(P>0.05)，对照组和研究组患者肠镜检查积分治疗后低于治疗前(P<0.05)，治疗后研究组积分比对照组更低(P<0.05)。见表6。

2.6 对照组和研究组患者不良反应及复发情况对比 不良反应发生情况两组间无显著差异(P>0.05)，复发率研究组低于对照组(P<0.05)。见表7。

表1 对照组和研究组一般资料对比

组别	n	年龄(岁)	性别(n，男/女)	病程(年)	活动度分级(n，轻/中/重)	病变范围(n，E1/E2/E3)
对照组	43	48.94±8.46	16/27	5.74±1.91	12/18/13	15/18/10
研究组	43	48.94±8.23	20/23	5.89±1.71	14/20/9	12/16/17
统计值		0.000a	0.764[b]	0.384[a]	-0.852[c]	-1.098[c]
P值		1.000	0.382	0.702	0.394	0.272

注：t值为a，χ^2值为b，Z值为c，直肠型为E1，左半结肠型为E2，广泛结肠型为E3。

表2 对照组和研究组患者治疗效果对比[n(%)]

组别	n	痊愈	显效	有效	无效	总有效率
对照组	43	15(34.89)	8(18.60)	6(13.95)	14(32.56)	29(67.44)
研究组	43	20(46.51)	10(23.26)	7(16.28)	6(13.95)	37(86.05)
χ^2值		1.205	0.281	0.091	4.170	4.170
P值		0.272	0.596	0.763	0.041	0.041

表3 对照组和研究组患者症状积分对比(分)

组别	n	腹痛		腹泻		脓血便	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组	43	2.41±0.51	1.34±0.42*	2.52±0.53	1.44±0.33*	2.47±0.41	1.25±0.26*
研究组	43	2.37±0.59	0.82±0.28*	2.51±0.57	0.88±0.18*	2.50±0.47	0.80±0.19*
t值		0.336	6.755	0.084	9.769	0.315	9.163
P值		0.737	0.000	0.933	0.000	0.753	0.000

注：同治疗前相比*P<0.05。

表4 对照组和研究组患者病情严重程度对比(分)

组别	n	BBPS		Sutherland DAI		组织病理	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组	43	7.38±0.63	5.21±0.26*	8.61±0.57	3.69±0.49*	8.54±0.41	5.31±0.58*
研究组	43	7.49±0.58	2.73±0.27*	8.72±0.63	1.77±0.38*	8.47±0.49	2.74±0.52*
t值		0.842	43.386	0.849	20.304	0.718	21.634
*P*值		0.402	0.000	0.398	0.000	0.474	0.000

注：同治疗前相比*P<0.05。

表5 对照组和研究组患者血清炎性因子水平对比(μg/L)

组别	n	IL-4		IL-1β		TGF-β	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组	43	3.08±0.47	4.17±0.52*	8.36±1.15	4.83±0.74*	31.85±4.69	40.11±5.23*
研究组	43	3.11±0.51	8.03±0.57*	8.44±1.29	2.39±0.62*	32.47±4.80	50.09±5.42*
t值		0.284	32.806	0.304	16.574	0.606	8.689
*P*值		0.777	0.000	0.762	0.000	0.546	0.000

注：同治疗前相比*P<0.05。

表6 对照组和研究组患者肠镜检查积分对比(分)

组别	n	治疗前	治疗后
对照组	43	8.47±1.42	5.87±1.63*
研究组	43	8.56±1.39	3.84±1.30*
t值		0.297	6.385
*P*值		0.767	0.000

注：同治疗前相比*P<0.05。

表7 对照组和研究组患者不良反应及复发情况对比[n(%)]

组别	n	不良反应				复发
		恶心呕吐	皮疹	头晕	发生率	
对照组	43	2(4.65)	4(9.30)	1(2.33)	7(16.28)	15(34.88)
研究组	43	1(2.33)	2(4.65)	1(2.33)	4(9.30)	3(6.98)
χ^2值					0.938	10.118
*P*值					0.333	0.001

3 讨　论

UC核心病理部位在直肠与结肠，其特点在于结直肠黏膜及其下层发生的非特异性炎症反应。药物治疗是UC的主要手段，在西医治疗中，美沙拉嗪作为一种常见的消炎药物，核心作用机制聚焦于调节肠黏膜局部的花生四烯酸代谢网络，通过此途径有效抑制血小板激活因子的活性，可以达到减缓结肠黏膜中脂肪酸的氧化过程，并切断炎性介质的生成链[11]。然而，鉴于UC发病机制的复杂性，美沙拉嗪这类西医药物在治疗过程中常受限于特异性不足的挑战，直接影响治疗效果，使得病情容易出现波动与复发，进而对患者的身心健康构成长期不利影响。

中医理论认为，UC的根源多归结于饮食不节、外感毒邪及情志内伤，导致脾胃功能虚弱，气血运行不畅，久而久之血脉瘀滞形成，正气逐渐损耗，脾胃损伤越来越重。故而，中医在治疗此病时，强调通过利湿解毒、清热凉血与调和气血的策略来恢复机体平衡[12]。益气清热解毒化瘀汤中的多种药材如白及、丹参、黄连等，可以发挥抗炎消肿、活血化瘀、修复肠道黏膜的作用，进一步改善肠道微循环，降低血液粘稠度，对溃疡面的愈合具有积极作用。此外，侧柏叶、炒地榆及槐花炭则侧重于清热凉血，展现出色的止血功能，这些药物的协同作用，不仅促进了肠道内的瘀血消散与炎症消退，还显著促进了肠道黏膜的修复与再生，进一步优化了肠道的微环境循环，为UC的治疗提供了全面的中医解决方案[13]。中医灌肠疗法作为特色治疗手段，能使药物直接作用于病灶，避免药物在胃部被胃酸破坏，同时减少苦寒药物对脾胃的损伤，降低肝肾负担，且药液能加速病灶区域血液循环，提高药物吸收率，延长药效时间[14]。近期研究揭示，益气清热解毒化瘀汤在UC的治疗中具有更为显著的疗效[15]。本研究结果显示，相较于口服美沙拉嗪肠溶片治疗，辅以益气清热解毒化瘀汤灌肠在治疗UC方面展现出更高的总体有效率，同时症状积分、BBPS评分、Sutherland DAI评分及组织病理评分均显著降低，同时无显著不良反应发生，在缓解炎症及肠镜检查结果改善等方面均表现出明显优势，并且复发率更低。这充分说明了清肠愈疡汤在缓解临床症状、加速肠黏膜修复进程及提升治疗安全性方面的优势。

综上所述，益气清热解毒化瘀汤灌肠与西药美沙拉嗪肠溶片的联合应用，不仅能够有效缓解UC的临床症状，还能显著减轻患者炎症反应，为治疗该病提供了新的有效策略。

参考文献

[1]吴开春，阴玥，万健，等.溃疡性结肠炎认识新视角[J].中国中西医结合消化杂志，2023，31(3)：163-167.

[2]Le Berre C，Honap S，Peyrin-Biroulet L.Ulcerative colitis[J].Lancet，2023，402(10401)：571-584.

[3]杨娜.益气解毒化瘀方联合美沙拉嗪肠溶片治疗慢性复发型溃疡性结肠炎效果观察[J].实用中医药杂志，2020，36(8)：1023-1024.

[4]刘竺华，李立娟，任顺平，等.敛疮生肌灌肠疗法对溃疡性结肠炎大鼠IL-6，IL-10，NF-κBp65，ICAM-1表达的影响[J].现代中西医结合杂志，2023，32(8)：1058-1062.

[5]杨红，冉志华，刘玉兰，等.炎症性肠病合并机会性感染专家共识意见[J].中国实用内科杂志，2017，37(4)：303-316.

[6]陈治水，危北海，张万岱，等.溃疡性结肠炎中西医结合诊疗指南(草案)（中国中西医结合学会消化系统疾病专业委员会，2010′西昌）[J].中国中西医结合消化杂志，2011，19(1)：61-65.

[7]中华医学会消化病学分会炎症性肠病学组.炎症性肠病诊断与治疗的共识意见(2018年·北京)[J].中国实用内科杂志，2018，38(9)：796-813.

[8]雷玮，钱晓路，孙晓春.中文版波士顿腕管量表的信效度研究[J].解放军护理杂志，2016，33(8)：39-42.

[9]高燕，张厚德，林木贤，等.Boston肠道准备量表应用的信度评估[J].中华消化内镜杂志，2012，29(2)：78-80.

[10]钟英强，朱兆华，幸连春.活动期溃疡性结肠炎活检黏膜的病理组织学特征、分级及其与疾病程度的关系[J].中华消化杂志，2003，23(7)：414-417.

[11]Schreiber S，Hanauer SB，Sandborn WJ，et al.Time to symptom resolution in ulcerative colitis with multimatrix mesalazine treatment:a pooled analysis[J].J Crohns Colitis，2020，14(9)：1274-1281.

[12]郭廷洪，刘凤斌，张桂林，等.当代名中医治疗溃疡性结肠炎多维度诊治思路与临证经验荟萃[J].西部中医药，2023，36(11)：113-116.

[13]赵锁林，韩伟，刘甜，等.益气清热解毒化瘀法治疗溃疡性结肠炎的疗效及对高凝状态及炎性反应因子的影响[J].世界中医药，2018，13(9)：2189-2192.

[14]杨振斌，邱伟，王庆娜，等.近5年溃疡性结肠炎的中医灌肠疗法研究概况[J].现代中西医结合杂志，2020，29(31)：3521-3525.

[15]钱鑫，叶小峰，陶以理.益气清热解毒化瘀汤对溃疡性结肠炎的影响[J].长春中医药大学学报，2023，39(7)：750-753.

（收稿日期：2024-09-25）　（校对编辑：赵望淇）