

基于 logistic 模型探究溃疡性结肠炎肠镜下 阴疮或阳疮局部望诊辨别规律*

姚晓兵¹, 刘 华¹, 雷 鸣^{2Δ}

1 上海中医药大学附属岳阳中西医结合医院, 上海 200437; 2 上海市第七人民医院, 上海 200137

[摘要] 目的:探究溃疡性结肠炎(ulcerative colitis, UC)阴疮、阳疮患者肠镜下黏膜形态特征。方法:选取诊断明确且经肠镜检查为 UC 的住院患者 120 例。通过住院病历资料填写 UC 患者临床辨证表, 判别其阴、阳证型, 并依据肠镜资料填写 UC 患者肠镜观察表, 记录其黏膜形态特征。采用 SPSS 25.0 统计软件进行各黏膜形态特征与阴、阳证型的相关性 χ^2 检验, 将阴、阳证型与各黏膜形态特征纳入 logistic 回归分析模型进行分析。结果:镜下轻度黏膜粗糙呈颗粒状较无黏膜粗糙呈颗粒状, 辨证为阳证的概率增加 9.85 倍 ($OR=10.85, P<0.01$); 重度黏膜粗糙呈颗粒状较无黏膜粗糙呈颗粒状, 辨证为阳证的概率增加 39.54 倍 ($OR=40.54, P<0.01$); 镜下斑片状糜烂较无糜烂, 辨证为阳证的概率增加 12.88 倍 ($OR=13.88, P<0.05$); 多发假性息肉辨证为阳证的概率是无息肉的 0.19 倍 ($OR=0.19, P<0.05$)。结论:若 UC 患者肠镜下见黏膜充血色红、黏膜表面粗糙或糜烂, 则辨证为阳疮的可能性较大; 若肠镜下见黏膜色淡, 假性息肉形成则辨证为阴疮的可能性较大。

[关键词] 结肠炎, 溃疡性; logistic 模型; 结肠镜检查

[中图分类号] R269 **[文献标识码]** B **[文章编号]** 2096-9600(2025)06-0056-06

Differentiation Laws of Yin Sore or Yang Sore of Ulcerative Colitis in Local Visual Examinations under Colonoscopy Based on logistic Model

YAO Xiaobing¹, LIU Hua¹, LEI Ming^{2Δ}

1 Yueyang Hospital of Integrated Traditional Chinese and Western Medicine,
Shanghai University of Traditional Chinese Medicine, Shanghai 200437, China;
2 Shanghai Seventh People's Hospital, Shanghai 200137, China

Abstract Objective: To explore mucosal morphological characteristics under colonoscopy of Yin or Yang sore in ulcerative colitis (UC). Methods: The study chose 120 inpatients with clear diagnosis, who have been

[7] 中华中医药学会. 骨质疏松性骨折中医诊疗指南[J]. 中医正骨, 2023, 35(1):1-9.

[8] 葛继荣, 王和鸣, 郑洪新, 等. 中医药防治原发性骨质疏松症专家共识(2020)[J]. 中国骨质疏松杂志, 2020, 26(12):1717-1725.

[9] 仇毓东, 李卫国, 徐庆祥, 等. 肝移植手术前后骨密度变化的临床研究[J]. 肝胆外科杂志, 2004, 12(6):413-415.

[10] 陈丽琛, 唐年亚, 邱幸凡, 等. 骨质疏松症的病因病机及其防治探讨[J]. 山西中医, 2007, 23(1):4-6.

[11] 原丽琼. 中医治疗激素依赖性皮炎的研究进展[J]. 现代中西医结合杂志, 2007, 16(4):567-568.

[12] 景嵘月, 徐蕾, 徐长松, 等. FRAX 评估类风湿关节炎患者骨折风险及相关临床危险因素的研究[J]. 中国骨质疏松杂志, 2021, 27(9):1262-1268.

[13] 王洋, 曾静, 李春霖, 等. 骨质疏松性骨折风险预测工具的研究现状[J]. 中国骨质疏松杂志, 2021, 27(1):143-147.

[14] 谢冬梅, 廖再波, 张小君, 等. 老年骨质疏松症危险因素的调查及护理对策[J]. 华西医学, 2006, 21(4):832-833.

[15] 曹婷, 张巧, 时立新, 等. 代谢综合征及其各组分与骨质疏松性骨折的相关性研究[J]. 中国全科医学, 2017, 20(8):903-907.

[16] 谭凡, 王静, 裴之俊, 等. 围绝经期妇女骨折风险与内脏脂肪量的相关性研究[J]. 中国骨质疏松杂志, 2020, 26(5):659-662.

收稿日期:2025-01-06

* 基金项目: 国家中医药管理局监测统计中心项目(YGZXKT2024122); 江苏省中医药学会科研项目(CYTF2024023); 江苏省省级中医重点专科(苏中医医政函[2023]5号); 南京市名中医工作室(宁卫中医[2023]9号)。

作者简介: 芮敏劼(1991—), 男, 硕士学位, 主治医师。研究方向: 骨科疾病的中西医结合诊治。

Δ 通讯作者: 杨增敏(1973—), 男, 博士学位, 主任医师, 南京市名中医。研究方向: 骨科常见病的中西医结合治疗。Email: yzmin2002@sohu.com。

diagnosed as UC via colonoscopy, clinical differentiation table for UC patients were filled up according to the inpatients' medical records, so as to differentiate the patterns, the observation table of colonoscopy for UC patients were filled in according to the data of colonoscopy, to record the patients' mucosal morphological characteristics. SPSS 25.0 statistical software was adopted to perform χ^2 test for the correlation of mucosal morphological characteristics with *Yin* pattern, and *Yang* pattern, *Yin* and *Yang* patterns and mucosal morphological characteristics were incorporated into the logistic regression analysis model for the analysis. Results: The possibility of differentiated as *Yang* pattern increased to 9.85 times when microscopic image mild mucosal roughness and granular was compared with less mucosal roughness and granular ($OR=10.85, P<0.01$); the possibility of differentiated as *Yang* pattern increased to 39.54 times when microscopic image severe mucosal roughness and granular was compared with less mucosal roughness and granular ($OR=40.54, P<0.01$); the possibility of differentiated as *Yang* pattern increased to 12.88 times when microscopic image patchy erosion was compared with no erosion ($OR=13.88, P<0.05$); compared with no polyps, the possibility of differentiated as *Yang* pattern in multiple pseudopolyps was 0.19 times ($OR=0.19, P<0.05$). Conclusion: Mucosal congestion and redness, roughness and erosion under colonoscopy of UC can be used as the reference for syndrome differentiation of higher possibility of *Yang* pattern; light-colored mucosal pseudopolyps can be taken as the reference for syndrome differentiation of higher possibility of *Yin* pattern.

Keywords colitis, ulcerative; logistic model; colonoscopy

近年来,溃疡性结肠炎(ulcerative colitis, UC)的发病率明显升高^[1],因其发病机制尚未明确,西医疗疗效果并不理想。中医学将UC归于“泄泻”“久痢”等范畴,但患者肠道溃疡表现类似于中医外科“疮疡”病。目前,从中医外科“疮疡”角度治疗UC的研究较少。随着肠镜技术的应用,镜下局部望诊辨别UC及利用中医外科理论和治疗经验肠镜下局部给药外治UC成为可能。

辨证是中医治疗的基础,阴阳为外科疾病辨证的总纲。中医外科论治UC,首先应在肠镜下局部望诊辨别UC的阴阳属性(阴疮或阳疮)。由于UC的疮疡表现具有特殊性和差异性,且以往理论研究和临床实践验证较少,因此基于中医外科理论肠镜直视下局部望诊辨别UC肠黏膜形态特征的阴阳属性难度大,且主观性较强,缺乏客观数据支撑,故争议较多^[2-3]。

本研究采用回顾性研究方法纳入UC患者120例,基于中医理论判别阴、阳证型患者分别对应局部镜下阴疮或阳疮,通过构建逻辑回归模型探究UC患者肠镜下各黏膜形态特征与阴阳证型的相关性。

1 资料与方法

1.1 临床资料 选取2011年1月至2020年2月上海中医药大学附属岳阳中西医结合医院确诊为UC的住院患者120例。

1.2 诊断标准 UC的西医诊断标准参考《对我国炎症性肠病诊断治疗规范的共识意见》^[4]制定。溃疡性结肠炎的中医诊断及分型参考2010年中

华中医药学会脾胃病分会的溃疡性结肠炎中医诊疗专家共识意见。

1.3 纳入标准 1)符合UC西医诊断标准且病历中明确诊断为UC;2)中医病名为腹痛、便血、泄泻、久痢、痢疾等;3)年龄>18岁;4)性别不限;5)病历所记录望闻问切现病史及肠镜检查资料完整。

1.4 排除标准 1)不符合诊断和纳入标准;2)一般肠炎,细菌性痢疾、肠结核、阿米巴痢疾等感染性结肠炎及结肠克罗恩病,缺血性结肠炎、放射性肠炎、结肠黑变病等非UC患者;3)严重并发症,如肠腔局部狭窄、肠梗阻、肠穿孔、肠道大出血、中毒性结肠扩张、结直肠癌者;4)肠镜检查图片不清晰者;5)有肠癌等肠道疾病手术史者。

1.5 研究方法 第一步:根据住院病历资料,筛选出患者姓名、性别、年龄、病程、望诊信息(面色及精神状态),闻诊信息(呼吸音及大便气味),问诊信息(寒热、饮水、胃纳、睡眠、情绪、腹痛、粪便形质、小便、肛门感觉、关节损伤),舌苔脉象等。根据《中医基础理论》^[5]及《中医诊断学》^[6]中的中医基本原理填写UC患者临床辨证表,辨别患者阴、阳证型^[7]。阴证:面色晄白暗淡;精神萎靡,倦怠乏力,身重倦卧;少气懒言、语音低怯、呼吸缓而微;大便气味淡;平素畏寒肢冷;口淡而不渴,喜热饮;不欲饮食;难以入眠且失眠多梦;抑郁不快;腹痛隐隐间或发作或不痛;粪便清稀如水样,泻下完谷不化,白多赤少;小便清长;肛门坠胀排便不尽感;舌淡胖苔白滑;脉沉迟、细、弱、微。面红目赤;精神亢奋,躁扰不宁;语音高亢,呼吸快而粗;大便

酸臭难闻;平素怕热较多或发热;口干喜冷饮或口苦或口腔溃疡色鲜红;消谷善饥;燥热不能眠;急躁易怒;腹痛剧烈、持续时间久;大便色黄而臭,伴里急后重,大便急迫腹痛难忍,大便赤多白少;小便短赤涩痛;肛门灼痛;舌红绛或点刺,苔黄而干;脉实洪数浮。第二步:在上海中医药大学附属岳阳中西医结合医院肠镜检查影像数据库中查看患者肠镜图片资料,参考《下消化道内镜学》^[8]及《对我国炎症性肠病诊断治疗规范的共识意见》标准填写UC患者肠镜观察表,记录患者的肠镜检查日期、临床类型、病变部位等信息和黏膜形态(充血、水肿、血管纹理紊乱、血管形态消失、糜烂、黏膜粗糙呈颗粒状、自发性出血、溃疡、假性息肉、瘢痕样改变、结肠袋消失、病变部位黏膜颜色、覆苔质地)的有无及分级、疾病活动性严重程度等信息。整理清洗数据,把研究资料数字化转换并录入建立的数据库,确定无误后锁定数据库。

1.6 统计学方法 采用SPSS 25.0软件分析各肠黏膜形态等因素与阴、阳证型的相关性,计数资料选用 χ^2 检验,以 $P < 0.01$ 判定差异有统计学意义。将有差异的黏膜形态特征及虽无差异但有较大临床意义的指标纳入logistic回归分析模型,进一步分析各黏膜形态因素对辨证阴证或阳证的影响,因为结局变量阴证或阳证为二分类变量,故用二元logistic回归分析模型。

2 结果

2.1 阴、阳证型与各黏膜形态等因素相关性 从医院His系统纳入UC患者120例,其中阴证患者51例,包括脾肾阳虚证11例,脾胃虚弱证16例,脾不统血证11例,脾虚湿蕴证13例。阳证患者69例,包括湿热下注证34例,肠道湿热证10例,气滞血瘀证12例,肝郁脾虚证13例。肠镜下各黏膜形态特征等因素与阴、阳证型的相关性见表1。临床类型(初发或复发)UC患者阴、阳证比较差异无统计学意义($\chi^2=0.084, P=0.772$);疾病活动性严重程度(缓解或轻中重度活动)UC患者阴、阳证比较差异无统计学意义($\chi^2=2.059, P=0.157$)。不同黏膜充血情况、黏膜粗糙程度、自发性出血程度、假性息肉的UC患者阴、阳证型比较差异有统计学意义。Mantel-Haenszel卡方检验结果显示黏膜颜色逐渐变红与证型由阴到阳之间存在线性关系,提示不同病变黏膜颜色的溃疡性结肠炎患者阴、阳证型有差异。黏膜颜色的Pearson相关结果显示: $R=0.214, P=0.021$,说明黏膜颜色变红和阳证存在中度正相关,即黏膜逐渐变红,证型辨证为阳证。

2.2 阴阳证型与各黏膜形态相关性的二元logistic回归分析^[9] 将黏膜充血、粗糙呈颗粒状、自发性出血、假性息肉、病变部位黏膜颜色5个与阴阳证型有相关性差异的因素,作为自变量纳入Logistic回归模型。其次根据逻辑回归分析方法学对虽然经初步卡方检验无明显统计学差异但具有重要临床意义的因素也纳入logistic回归模型。病程对辨别病机有一定临床意义,如新病多实,正邪交争剧烈,久病多虚。故病程长短对辨证溃疡性结肠炎患者疾病的阴阳属性具有一定临床意义。糜烂和溃疡是UC镜下的主要病变形态和特征性表现,具有局部辨证意义。故将糜烂和溃疡也作为自变量纳入logistic回归模型。

综上所述,模型中纳入黏膜充血、粗糙呈颗粒状、自发性出血、假性息肉、病变部位黏膜颜色、病程、糜烂和溃疡等8个因素。根据文献^[10]EPV方法计算8个自变量纳入样本量至少应为80例,本研究共纳入120例,故样本量足够,统计结果稳健。

经Box-Tidwell方法检验连续自变量病程与因变量阴、阳证型logit转换值间为线性关系。线性检验模型共纳入病程、黏膜充血、黏膜粗糙呈颗粒状、黏膜糜烂、黏膜自发性出血、黏膜溃疡、黏膜假性息肉、病变部位黏膜颜色、ln_病程和截距(constant)10项,Bonferroni校正后显著性水平为0.005。线性检验结果得到连续自变量与因变量logit转换值间存在线性关系。6个观测的学生化残差大于标准差的2倍,但保留在分析中。最终,得到的logistic模型差异具有统计学意义, $\chi^2=64.533, P < 0.001$ 。该模型能够正确分类78.3%的研究对象。模型的敏感度是76.8%,特异度是80.4%,即76.8%的阳证患者能被预测为阳证,80.4%的阴证患者能被预测为阴证。阳性预测值是84.1%,阴性预测值是71.9%。模型纳入的病程、黏膜充血、黏膜粗糙呈颗粒状、黏膜糜烂、黏膜自发性出血、黏膜溃疡、黏膜假性息肉、病变部位黏膜颜色8个自变量中,黏膜粗糙呈颗粒状、糜烂、假性息肉的差异有统计学意义。轻度黏膜粗糙呈颗粒状较无黏膜粗糙呈颗粒状,辨证为阳证的概率增加9.85倍($OR=10.85, P < 0.01$);重度黏膜粗糙呈颗粒状较无黏膜粗糙呈颗粒状,辨证为阳证的概率增加39.54倍($OR=40.54, P < 0.01$);斑片状糜烂较无糜烂,辨证为阳证的概率增加12.88倍($OR=13.88, P < 0.05$)。多发假性息肉辨证为阳证的概率为无息肉的0.19倍($OR=0.19, P < 0.05$),即多发假性息肉更可能辨证为阴证。见表2。

表1 UC肠镜下黏膜形态特征与阴、阳证型相关性

项目	黏膜形态特征影响因素	阴证(例)	阳证(例)	总计(例)	P
临床类型	初发	15	22	37	0.772
	复发	36	47	83	
疾病活动严重程度	缓解	7	10	17	0.157
	轻度活动	19	18	37	
	中度活动	18	20	38	
	重度活动	7	21	28	
充血	无	9	6	15	0.096
	红斑	21	26	47	
	密布	21	37	58	
水肿	无	4	7	11	0.547
	局限	31	35	66	
	广泛	16	27	43	
血管纹理紊乱	无	8	4	12	0.135
	局限	11	22	33	
	广泛	32	43	75	
血管形态消失	无	11	8	19	0.255
	局限	16	29	45	
	广泛	24	32	56	
糜烂	无	10	5	15	0.168
	散在	13	21	34	
	斑片状	11	22	33	
	弥漫	17	21	38	
黏膜粗糙颗粒	无	40	22	62	0.000
	轻	9	29	38	
	重	2	18	20	
自发性出血	无	32	32	64	0.039
	轻	15	25	40	
	中	3	6	9	
	重	1	6	7	
溃疡	无	6	6	12	0.466
	针尖样	11	15	26	
	斑片状	24	26	50	
	弥漫	10	22	32	
假性息肉	无	19	47	66	0.003
	单发	8	6	14	
	多发	24	16	40	
瘢痕样改变	无	48	59	107	0.134
	有	3	10	13	
黏膜颜色	淡红	14	13	27	0.020
	红色	25	23	48	
	猩红	12	33	45	
覆苔	无	18	21	39	0.837
	白苔	20	28	48	
	黄苔	13	20	33	

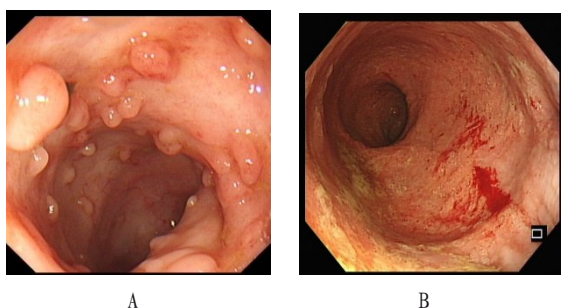
表2 UC肠镜下黏膜形态特征与阴、阳证型相关性的logistic回归分析

因素	OR	95%CI	P
阴证(例数)/阳证(例数)			
病程	1.00	0.99 ~ 1.01	0.61
充血			
无(9/6)	1.00		
红斑(21/26)	2.14	0.35 ~ 13.32	0.41
密布(21/37)	2.88	0.36 ~ 22.83	0.32
粗糙呈颗粒状			
无(40/22)	1.00		
轻度(9/29)	10.85	2.97 ~ 39.67	<0.001*
重度(2/18)	40.54	4.81 ~ 341.9	<0.001*
糜烂			
无(10/5)	1.00		
散在(13/21)	4.06	0.44 ~ 37.64	0.22
斑片状(11/22)	13.80	0.95 ~ 202.24	0.04*
弥漫(17/21)	0.61	0.03 ~ 10.74	0.73
自发性出血			
无(32/32)	1.00		
轻(15/25)	0.76	0.20 ~ 2.96	0.69
中(3/6)	1.35	0.16 ~ 11.65	0.78
重(1/6)	10.68	0.63 ~ 80.41	0.10
溃疡			
无(6/6)	1.00		
针尖样(11/15)	0.37	0.39 ~ 3.57	0.39
斑片状(24/26)	0.30	0.03 ~ 2.75	0.29
弥漫(10/22)	2.71	0.19 ~ 37.71	0.46
假性息肉			
无(19/47)	1.00		
单发(8/6)	0.27	0.05 ~ 1.45	0.13
多发(24/16)	0.19	0.06 ~ 0.68	0.01*
病变部位黏膜颜色			
淡红(14/13)	1.00		
红色(25/23)	0.31	0.58 ~ 1.67	0.17
猩红(12/33)	2.00	0.38 ~ 10.63	0.42

2.3 肠镜下局部微观望诊辨证阴疮或阳疮的规律 UC肠镜下黏膜形态特征类似中医外科皮肤疮疡疾病,这为UC提供了一种中医外治法创新性治疗思路。中医基础理论具有整体观念原则,认为人体是一个有机整体,故局部和整体具有统一性^[5]。正如朱丹溪所说:“有诸内者形诸外。”^[11]部分中医也指出:“皮肤疮疡虽形于外,而实发于内,没有内乱,不得外患。”^[12]说明内在脏腑和外在体表的形体官窍密切相关,因而依中医诊断学“整体审察”原则^[5],整体的病变可以反映于局部,局部也可以反映整体的病理信息。所以UC患者辨证为阴证和阳证者,其肠镜下微观局部应辨证为阴疮和阳疮,即阴阳证型和微观阴疮阳疮对应一致。

故综合上述阴阳证型与各黏膜形态相关性的二元 logistic 回归分析结果显示,UC 肠镜下黏膜粗糙颗粒状及黏膜糜烂可作为镜下局部望诊辨证为阳疮的参考特征;黏膜假性息肉形成可作为镜下局部望诊辨证为阴疮的参考特征。再者依靠中医外科局部阴阳辨证规律“红活焮赤属阳、皮色不变属阴”,肠镜下黏膜色红者应辨证为阳疮,色白或不变者应辨证为阴疮^[13]。

综上所述,若 UC 患者肠镜下见黏膜充血色红、黏膜表面粗糙或糜烂则辨证为阳疮的可能性较大;若肠镜下见黏膜色淡,假性息肉形成,则辨证为阴疮的可能性较大,典型表现见图 1。



注:A:黏膜假性息肉,色淡为阴疮;B:黏膜粗糙呈颗粒状,糜烂,黏膜色红为阳疮

图1 肠镜下典型阴疮和阳疮肠黏膜肠损形态

3 讨论

UC 肠镜下黏膜损害形态较复杂,如黏膜颜色的改变、充血、水肿、黏膜粗糙呈颗粒状、黏膜出血、糜烂和溃疡等均具有一定代表性。其与一般中医外科范畴内的皮肤溃疡既有一定的相似性也有自身独特的黏膜损害形态。因此,从中医外科疮疡角度辨证论治 UC 既有创新性,也存在较多不确定性。自肠镜技术应用于临床以来,研究者已在肠镜下能够直接辨证 UC 的证型,如余在先^[14]根据消化性溃疡在内镜下的不同溃疡形态,直接镜下局部望诊,分别辨证为湿热壅滞、寒湿阻滞、湿阻血瘀三种证型;张燕^[15]在内镜下直接局部望诊,将患者辨证为湿热型和瘀热阻络两型;吴志祥^[16]根据乙状结肠镜下黏膜表现,局部望诊辨证将患者分为湿热、寒湿、阴虚、虚寒、瘀阻五个证型。但是以上各研究都未从阴阳辨证入手,并且根据肠损形态镜下直接望诊辨证分型,主观性较大且无数据支撑,因此难以做到客观标准。更客观标准的研究思路多立足于探究整体宏观证型和各黏膜局部病变形态的相关性,间接地总结各肠损形态的局部望诊辨证的意义。间接辨证研究发现,大肠湿热、脾肾阳虚、血瘀肠络等宏观证型和黏膜色

红、糜烂、假性息肉形成等黏膜形态有一定相关性^[17-19],但由于以上研究所选宏观证型复杂多样,因此不能揭示各黏膜形态的独特辨证意义,更无法明确指导临床实践。阴阳为中医外科局部辨证的总纲,也是中医整体八纲辨证中的统领性纲领(表热实属阳,里寒虚属阴)。故阴阳辨证能够执简驭繁,连接局部辨证和整体辨证,揭示疾病的本质。本探究局部辨证以阴阳为纲,故宏观辨证也以阴阳为纲连接统一局部和整体,揭示 UC 的本质辨证规律。研究发现,若肠镜下见 UC 患者黏膜充血色红、黏膜表面粗糙或糜烂,则微观局部望诊辨证为阳疮的可能性较大;若肠镜下见黏膜色淡,假性息肉形成,则微观局部望诊辨证为阴疮的可能性较大。这与李昌玉^[20]、郑洁^[21]、何惠民^[22]等人的研究结论一致。

宏观上,UC 常见腹泻腹痛,反复黏液脓血便,里急后重诸症。常将其辨证为大肠湿热、热毒炽盛、脾虚湿蕴、寒热错杂、肝郁脾虚、脾肾阳虚、阴血亏虚证^[23]。“有诸外必形诸内”,肠镜下可见 UC 患者肠黏膜充血水肿,炎症反复刺激可见黏膜粗糙,呈细颗粒状的湿砂纸样改变,病变进展则颗粒状黏膜变韧,失去延展弹性而自发或接触性出血。此外,由于肠道黏膜上皮细胞的变性坏死以及腺体脱落,肠镜下可见溃疡和糜烂形成,临床表现为腹泻和黏液脓血便,局部表现和临床症状一致,故 UC 外为“久痢”,内为“肠痛”。“肠痛”即是中医外科局部望诊微观辨证视角下的 UC 中医病名^[24],这也是从中医外科角度“从疡论治”UC 的基础。

本研究发现,UC 肠镜下黏膜色红、黏膜表面粗糙或糜烂则更可能局部微观辨证为阳疮;黏膜色淡、假性息肉形成则更可能局部微观辨证为阴疮。本研究结果提示,若 UC 镜下辨证为阳疮,则该患者可能为大肠湿热、热毒炽盛等阳证;若 UC 镜下辨证为阴疮,则该患者可能为脾肾阳虚、阴血亏虚等阴证。与此同时,微观辨证可以提高临床诊断的准确率,正确指导治疗^[25]。根据临床四诊收集的资料发现部分 UC 患者可能存在寒热虚实等属性不明显以及不能准确进行脏腑、八纲辨证的情形,即存在“无证可辨”或证素混杂的情况^[26],而本研究肠镜直视下的微观辨证是对整体辨证的详细化和完整化,对辨别患者证型具有一定参考价值。

本研究结果发现,镜下黏膜色红、粗糙呈颗粒状或糜烂可能局部微观辨证为阳疮;镜下黏膜色淡,假性息肉形可能为阴疮,这为从中医外科角度,利用其理论和经验治疗 UC 提供了一定辨证基

础。对于疮疡病,中医外科内治法常以消托补为原则立法遣方,若UC处于活动期,镜下局部微观辨证为阴疮,宜用益气托毒法,使用补益类药物以扶助正气,托毒外出,临床常选用托里消毒散、神功内托散等经典补托方剂和黄芪、白术、人参、当归等常用药对治疗。张声生^[27]等应用托里消毒散加减从痛论治UC取得一定临床疗效。若UC肠镜下局部微观辨证为阳疮,则依据中医外治理论宜用透脓散、穿山甲、皂角刺等为代表的透托法治疗,如仙方活命饮治疗UC疗效确切^[28]。此外,中医外科外治法治疗UC具有使药物直达病所与病灶充分结合,迅速发挥药效的优势。UC外治法中比较成熟的疗法是保留灌肠或经直肠给药治疗,诸多研究者从肠论治灌肠给药治疗UC均取得一定疗效^[29-30]。研究表明对镜下局部微观辨证为阳疮者对证使用透脓散加减保留灌肠疗效更佳^[31]。若镜下微观辨证为阴疮,则选用阳和解凝膏、回阳玉龙膏等治疗;若镜下微观辨证为阳疮,则宜用金黄膏、玉露膏等治疗。在本研究局部微观辨证疮疡阴阳属性的基础上,若能依据阴疮、阳疮的不同直接镜下外治给药,有望为UC的治疗带来突破性进展,值得进一步进行临床实践和研究。

参考文献

- [1] FRANK D, VINCE J E. Pyroptosis versus necroptosis: similarities, differences, and crosstalk[J]. Cell Death Differ, 2019, 26(1): 99-114.
- [2] 张北平, 刘思德, 李明松, 等. 溃疡性结肠炎内镜分型、黏膜组织学分期与中医虚实证候的相关性研究[J]. 中国消化内镜, 2008, 2(3): 5-8.
- [3] 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.
- [4] 欧阳钦. 我国炎症性肠病诊治规范共识意见解读[J]. 中华消化杂志, 2007, 27(10): 2-7.
- [5] 胡冬裴. 中医基础理论: 数字化中英文教材[M]. 北京: 清华大学出版社, 2013: 151.
- [6] 何建成. 中医诊断学[M]. 北京: 清华大学出版社, 2012: 67.
- [7] 朱文锋. 中医诊断与鉴别诊断学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 1999: 210.
- [8] 徐富星. 下消化道内镜学[M]. 上海: 上海科学技术出版社, 2003: 245.
- [9] 颜虹. 医学统计学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2010: 377.
- [10] 高永祥, 张晋昕. Logistic回归分析的样本量确定[J]. 循证医学, 2018, 18(2): 122-124.
- [11] 朱震亨. 丹溪心法[M]. 沈阳: 辽宁科学技术出版社, 1997: 3.
- [12] 周凤梧, 张奇文, 丛林. 名老中医之路(第二辑)[M]. 济南: 山东科学技术出版社, 1982: 449.
- [13] 陈红凤. 中医外科学[M]. 北京: 中国中医药出版社, 2016: 87.
- [14] 余在先. 消化性溃疡内镜下中医分型论治体会[J]. 临床医药实践, 2000, 9(4): 294-295.
- [15] 张燕, 王勇. 溃疡性结肠炎内镜表现与辨证分型相关性研究[J]. 山东中医药大学学报, 2007, 31(1): 38-39.
- [16] 吴志祥. 慢性非特异性溃疡性结肠炎乙状结肠镜象辨证分析[J]. 实用中医药杂志, 2001, 17(4): 2.
- [17] 梁洁. 溃疡性结肠炎的中医证型及与结肠镜象、病理学特点的相关性研究[D]. 北京: 北京中医药大学, 2013.
- [18] 牛锦锦, 韩捷. 基于中医整体观探讨溃疡性结肠炎合并消化性溃疡的作用机制及治疗思路[J]. 中国医药科学, 2018, 8(4): 3.
- [19] 吴健, 王新月, 孙慧怡, 等. 137例活动期溃疡性结肠炎患者中医证型与肠黏膜象关系的研究[J]. 中国中西医结合杂志, 2012, 32(4): 445-449.
- [20] 李昌玉, 童国燕, 郝海珊. 从阴证疮疡论治慢性溃疡性结肠炎[J]. 辽宁中医学院学报, 2004, 6(5): 386-389.
- [21] 郑洁, 赵兴远. 从疮疡论治慢性非特异性溃疡性结肠炎[J]. 中国中西医结合外科杂志, 2012, 18(6): 2-5.
- [22] 何惠民. 慢性非特异性复发型溃疡性结肠炎窥镜下的辨证论治初探[J]. 安徽中医临床杂志, 2002, 14(5): 346-347.
- [23] 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.
- [24] 张董晓, 张燕生, 燕美荣. 肠痈中医治疗进展[J]. 辽宁中医药大学学报, 2012, 14(2): 3-6.
- [25] 薛飞飞, 陈家旭. 论微观辨证与宏观辨证的关系[J]. 中华中医药学刊, 2007, 25(8): 1594-1596.
- [26] 张晓芳, 廖凌虹. 对中医“无证可辨”的探讨[J]. 中医杂志, 2019, 60(9): 801-803.
- [27] 张恒钰, 周强, 王跃旗, 等. 张声生从“内痈”分期论治溃疡性结肠炎经验[J]. 北京中医药, 2016, 35(7): 671-673.
- [28] 韩云雨, 孙江勇, 柴仲秋, 等. 仙方活命饮在溃疡性结肠炎中的应用研究进展[J]. 中国医药导报, 2021, 18(21): 46-49.
- [29] 胡鸿毅, 马贵同, 朱凌云, 等. 三七、青黛等对溃疡性结肠炎组织中核因子NF- κ B活性的影响[J]. 上海中医药大学学报, 2007, 21(5): 44-48.
- [30] 李宝乐, 郝海蓉, 刘竺华, 等. 任顺平从“疡”论治溃疡性结肠炎的经验总结[J]. 中国民间疗法, 2019, 27(4): 1-3.
- [31] 冯玉萍, 唐明秀, 杜七玉, 等. 托法灌肠治疗溃疡性结肠炎理论研究[J]. 亚太传统医药, 2017, 13(17): 97-98.

收稿日期: 2025-01-05

*基金项目: 上海市浦东新区卫生系统学科建设项目(PWZy2020-07)。

作者简介: 姚晓兵(1994—), 男, 硕士学位, 主治医师。研究方向: 消化系统疾病的中医药防治。

△通讯作者: 雷鸣(1968—), 男, 博士学位, 主任医师。研究方向: 脓毒症胃肠道损伤的针刺治疗。Email: leiming6891@163.com。