

久痢(溃疡性结肠炎)诊疗方案

一、诊断

(一)疾病诊断

1. 中医诊断标准：参照 2009 年中华中医药学会脾胃病分会“溃疡性结肠炎中医诊疗共识”制定。

(1)有持续或反复发作的腹泻，黏液脓血便，伴有腹痛、里急后重和不同程度的全身症状。

(2)病程较长，多在 4~6 周以上，常持续或反复发作。

(3)发病常与饮食、情志、起居、寒温等诱因有关。

(4)结合结肠镜、钡剂灌肠、结肠黏膜组织学检查结果即可确诊。

2. 西医诊断标准：参照 2012 年中华医学会消化病学分会炎症性肠病协作组“对我国炎症性肠病诊断治疗规范的共识意见”。

(1)临床表现：有持续或反复发作的腹泻，黏液脓血便伴腹痛、里急后重和不同程度的全身症状。病程多在 4~6 周以上。可有 关节、皮肤黏膜、眼、口腔及肝胆等肠道外表现。

(2)结肠镜检查：病变多从直肠开始，呈连续性、弥漫性分布。表现为：

①黏膜血管纹理模糊、紊乱或消失、充血、水肿、质脆、自发性或接触出血、脓血性分泌物附着，亦常见黏膜粗糙、呈细颗粒状；

②病变明显处可见弥漫性、多发性糜烂或溃疡；

③缓解期患者可见结肠袋囊变浅、变钝或消失以及假息肉和桥形黏膜等。

(3)钡剂灌肠检查：

①黏膜粗乱和(或)颗粒样改变；

②肠管边缘呈锯齿状或毛刺样，肠壁有多发性小充盈缺损；

③肠管短缩，袋囊消失呈铅管样。

(4)黏膜组织学检查：活动期和缓解期有不同表现。

活动期：

①固有膜内有弥漫性急、慢性炎性细胞浸润，包括中性粒细胞、淋巴细胞、浆细胞、嗜酸性粒细胞浸润；

②隐窝内有急性炎性细胞浸润，尤其是上皮细胞间有中性粒细胞浸润及隐窝炎，甚至形成隐窝脓肿，可有脓肿溃入固有膜；隐窝结构改变，隐窝大小形态不规则，排列紊

乱，杯状细胞减少；

③可见粘膜表层糜烂、溃疡形成和肉芽组织增生。

缓解期：

①黏膜糜烂或溃疡愈合；

②固有膜内中性粒细胞浸润减少或消失，慢性炎性细胞浸润减少；

③隐窝结构改变加重，如隐窝减少、萎缩，可见潘氏细胞化生(结肠脾曲以远)。

在排除细菌性痢疾、阿米巴痢疾、慢性血吸虫病、肠结核等感染性结肠炎及结肠 CD、缺血性结肠炎、放射性结肠炎等疾病基础上，可按下列标准诊断：

①具有上述典型临床表现者为临床疑诊，安排进一步检查。

②同时具备以上条件(1)和(2)或(3)项中任何一项，可拟诊本病。

③如再加上(4)项中病理检查的特征性表现，可以确诊。

④初发病例、临床表现和结肠镜改变均不典型者，暂不诊断 UC，需随访 3~6 个月，观察发作情况。

(二)证候诊断

参照 2009 年中华中医药学会脾胃病分会“溃疡性结肠炎中医诊疗共识”。

1. 大肠湿热证：腹痛，腹泻，便下黏液脓血，肛门灼热，里急后重，泻下急迫，身热，小便短赤，口干口苦，口臭，舌质红，苔黄腻，脉滑或滑数。

2. 脾虚湿蕴证：大便溏薄，黏液白多赤少，或为白冻，腹痛隐隐，脘腹胀满，食少纳呆，肢体倦怠，神疲懒言，舌质淡红，边有齿痕，苔白腻，脉细弱或濡缓。

3. 肝郁脾虚证：腹痛、腹泻或大便排出不畅，粘液血便，时轻时重，两胁作痛，暖气不爽，腹胀，头痛目眩，神疲食少，情绪抑郁或焦虑不安，或往来寒热，或口燥咽干，脉弦而弱。

4. 脾肾阳虚证：久泻不止，甚则完谷不化，滑脱不禁，或晨起即泻，腹痛肠鸣，泻后则安，便中夹有白冻，形寒肢冷，腹痛喜温喜按，腹胀纳差，腰酸膝软，舌质淡胖，或有齿痕，苔薄白润，脉沉或沉细。

5. 寒热错杂证：腹痛腹泻，粘液血便，反复发作，腹痛绵绵，喜温喜按，手足不温，畏寒肢冷，脓血鲜红，或有肛门灼热感，舌质红，或淡红，苔薄黄，脉弦、细或数。

6. 阴血亏虚证：排便困难，粪夹少量黏液脓血，腹中隐隐灼痛，午后低热，盗汗，口燥咽干，头晕目眩，心烦不安，舌红少津，少苔或无苔，脉细数。

7. 阴虚内热证：大便不干或粪质干硬，排出困难，脓血色多鲜红，腹中隐隐灼痛，午后低热、盗汗，口燥咽干，心烦不安，失眠多梦，舌红少津，少苔或无苔，脉弦、弦细或

细数。本证可见以下几个亚型：1. 以肝肾阴虚为主者，可伴有两胁胀痛，腰膝酸软，耳鸣，便次偏多；2. 以气阴两虚为主者，可伴有乏力、头晕、汗出，舌淡，薄瘦或有裂纹；3. 以阴阳两虚为主者，伴见手足不温，畏寒肢冷。

8. 瘀阻肠络证：腹泻，粘液血便，血色多暗红，反复不止，腹痛剧烈，痛有定处，或有面色黧黑，肌肤甲错，舌质紫暗，或有瘀斑瘀点，苔白，脉涩或细涩。

9. 肝气乘脾证：肠鸣腹痛，腹痛即泻，泻后痛减，常因恼怒或情绪紧张而诱发大便次数增多，大便稀溏，或黏液便，情绪焦躁易怒，舌质淡红，苔薄白，脉弦或弦细。

(三) 疾病评估

①临床类型：可分为初发型、慢性复发型。初发型指无既往史而首次发作；慢性复发型指临床缓解期再次出现症状。以往之暴发型归入重度溃疡性结肠炎中。

②严重程度：可分为轻度、中度和重度。轻度：患者每日腹泻4次以下，便血轻或无，无发热、脉搏加快或贫血，红细胞沉降率正常；中度：介于轻度和重度之间；重度：腹泻每日6次以上，伴明显黏液血便，体温>37.8摄氏度，脉搏>90次/分，血红蛋白(Hb)<75%正常值，红细胞沉降率>30mm/1h。详见 Truelove 分度表(表1)。

表1: Truelove 和 Witts UC 分度表(表1)

项目	轻度	重度
粪便(次/天)	<4	≥6
便血	轻或无	重
体温(°C)	正常	>37.8
脉搏(次/分)	正常	>90
Hb	正常	<75%正常值
ESR(mm/1h)	<20	>30

*中度介于轻、重度之间

③病情分期：分为活动期和缓解期。Sutherland 疾病活动指数(DAI)，也称 Mayo 指数，较为简单实用，见 SutherlandDAI 表(表2)。慢性活动性或顽固性 UC 指诱导或维持缓解治疗失败，通常为糖皮质激素抵抗或依赖的病例。前者指泼尼松龙足量应用4周不缓解，后者指泼尼松龙减量至10mg/d即无法控制发作或停药后3个月复发者。

表2: Sutherland DAI 表

项 目	计 分			
	0	1	2	3
腹泻	正常	超过正常	超过正常	超过正常
出血	无	少许	明显	以血为主
黏膜表现	正常	轻度易脆	中度易脆	重度易脆伴渗出
医师评估病情	正常	轻	中	重

注：总分为各项之和。≤2 分为症状缓解；3~5 分为轻度活动；6~10 分为中度活动；11~12 分为重度活动。

④病变范围：采用蒙特利尔(Montreal)UC 病变范围分类，如下表：

表 3：蒙特利尔 UC 病变范围分类

分类	分布	结肠镜下所见炎性病变累及的最大范围
E1	直肠	局限于直肠，未达乙状结肠
E2	左半结肠	累及左半结肠(脾曲以远)
E3	广泛结肠	广泛病变累及脾曲以近乃至全结肠

⑤肠外表现及并发症：肠外可有关节(如外周关节炎、脊柱关节炎等)、皮肤黏膜(如口腔溃疡、结节性红斑、坏疽性脓皮病)、眼部(如巩膜炎、虹膜炎、葡萄膜炎等)、肝胆(如脂肪肝、原发性硬化性胆管炎、胆石症等)等系统受累；并发症可有大出血、穿孔、中毒性巨结肠和癌变等。

(四)完整诊断及诊断示例：

完整的诊断应包括疾病的临床类型、严重程度、病情分期、病变范围及并发症。

诊断示例：中医诊断：久痢(大肠湿热证)

西医诊断：溃疡性结肠炎(慢性复发型、左半结肠炎、活动期中度)

二、治疗方案

(一)内治法

1. 辨证选择口服中药汤剂 100ml，口服日 2-3 次。

(1)大肠湿热证

治法：清热化湿，理气和血。

主方：芍药汤合槐花散加减

黄连、黄芩、炒白芍、白头翁、炒当归、槐花、侧柏叶、白芨、党参、白术、茯苓、木香、厚朴、枳壳、炙甘草。

(2)脾虚湿蕴证

治法：健脾益气，化湿助运。

主方：参苓白术散加减

党参、茯苓、炒白术、山药、白扁豆、陈皮、莲子、桔梗、炒苡仁、砂仁、麦芽、生山楂、元胡、炙黄芪、当归、煨木香、胡黄连、白芨、炙甘草。

(3)肝郁脾虚证

治法：疏肝解郁，健脾养血。

主方：逍遥散合参苓白术散加减

当归、炒白芍、柴胡、茯苓、白术、薄荷、党参、山药、白扁豆、陈皮、香附、槐花、炙甘草。

(4)脾肾阳虚证

治法：健脾补肾，温阳止泻。

主方：四神丸合参苓白术散加减

补骨脂、肉豆蔻、吴茱萸、五味子、党参、茯苓、炒白术、陈皮、炮姜、炙甘草。

(5)寒热错杂证

治法：温中补虚，清热化湿。

主方：①乌梅丸加减(上热下寒)：

乌梅、黄连、黄柏、肉桂(后下)、炮姜、党参、炒当归、三七粉(冲服)、炙甘草。

②附子理中丸、白头翁汤合四逆散加减(腑热脏寒)：

白头翁、黄柏、秦皮、黑附子、党参、白术、吴茱萸、柴胡、白芍、枳实、炙甘草。

(6)阴血亏虚证

治法：滋阴清肠，养血宁络。

推荐方药：驻车丸(《备急千金要方》)加减，黄连、阿胶(烊化)、当归、太子参、北沙参、麦冬、白芍、乌梅、山药、三七粉(冲服)、炙甘草。

(7)阴虚内热证

治法：滋阴清热，宁络安神。

主方：以一贯煎为主方，随下列亚型变化加减(川楝子有小毒，不可大量久服)。

①以肝肾阴虚为主者，一贯煎合痛泻要方加减

生地、北沙参、麦冬、枸杞子、当归、川楝子、石斛、黄精、白芍、白术、防风、陈皮、山药、地榆、槐花、炙甘草。

②以气阴两虚为主者，一贯煎合四君子汤加减

生地、北沙参、麦冬、枸杞子、当归、石斛、党参、黄芪、茯苓、白术、陈皮、山药、白芨、炙甘草。

③以阴阳两虚为主者，地黄饮子加减

熟地、山茱萸、附子、肉桂、石斛、麦冬、五味子、菖蒲、远志、茯苓、白芨、炙甘草。

以上失眠多梦均可酌加：酸枣仁、远志、夜交藤等。

(8)瘀阻肠络证

治法：活血化瘀，理气止痛

主方：少腹逐瘀汤加减

小茴香、延胡索、没药、当归、川芎、蒲黄、五灵脂、肉桂、白芍、炙甘草。

(9) 肝气乘脾证

治法：抑肝扶脾，祛湿止泻。

主方：痛泻要方合参苓白术散加减

炒白芍、陈皮、防风、党参、茯苓、白术、山药、元胡、当归、乌梅、五味子、槐花、炙甘草。

2. 中成药：

通腑宁颗粒(院内制剂)，20g 口服日 2~3 次，适用于湿热型及兼有湿热者；养荣润肠舒(院内制剂)，100ml 口服日 2~3 次，滋阴润肠，用于大便干结者。

(二) 外治法

1. 中药灌肠治疗：

(1) 常用药物：通灌液(院内制剂) 100ml 配止血灌肠散(院内制剂) 10g，保留灌肠日二次。可根据患者的便血多少调整止血灌肠散用量。

(2) 根据病情可选药物：

① 0.9%氯化钠 100ml+利多卡因 5ml+庆大霉素 8 万单位+地塞米松 5mg，用于病情较重，中药治疗效果不明显，或对中药不耐受者。

② 0.9%氯化钠 100ml (或通灌液灌肠组)+康复新液 50ml，康复新具有通利血脉、养阴生肌的作用，可促进黏膜愈合。

③ 养荣润肠舒(院内制剂) 100ml，用于大便干结者。

(3) 灌肠液剂量：

常用剂量 100ml，可根据病人耐受程度及病变范围，调节液量。若患者保留欠佳，可减少至 50ml 或以下，若病变范围较广可增加剂量至 150ml~200ml。

(4) 灌肠方法：

① 灌肠液温度：与肠腔温度接近，一般药液加温到 39℃~41℃为宜(药液与灌肠器具接触会有温度耗损)。

② 灌肠时间：每日二次，上午 8:30-9:00，下午 14:30-15:00。

③ 方法与体位：病人排尿、排便后，取左侧卧位，暴露臀部，显露肛门，肛管插入直肠 10~12cm。根据患者的耐受情况，调节灌肠速度为 8~10ml/秒(灌肠机脉冲灌入)。灌肠结束后，取臀部抬高仰卧位，保留 40~90 分钟，也可根据病变部位，调整体位，如左半结肠取左侧卧位，广泛结肠可选择左-平卧-右卧位。

2. 直肠栓剂疗法：复方角菜酸酯栓、肛泰栓等，1枚纳肛日2次。

3. 中药外敷治疗：

(1) 脓血便者：取黄连、吴茱萸、木香适量分别研末，混合均匀，装入布袋或取适量醋调后，外敷脐部，纱布固定。2~3日/次。

(2) 伴有腹痛者：

① 热证：取五倍子、黄柏、吴茱萸适量分别研末，混合均匀，装入布袋或取适量醋调后，外敷脐部，纱布固定。1~2日/次。

② 寒证：取丁香、肉桂、吴茱萸适量分别研末，混合均匀，装入布袋或取适量醋调后，外敷脐部，纱布固定。1~2日/次。

(三) 其他疗法

1. 常规针灸及电针治疗：

(1) 处方：

组1：主穴：中脘、下脘、天枢、大横、关元、气海、足三里、上巨虚、三阴交、太冲、合谷。可选配穴：外关、腹部阿是穴、血海、下巨虚、脾俞、肾俞。为常规治疗组。

组2：长强、上髎、中髎、下髎、次髎。用于肛门下坠，便次频数，有便不净感者。

组3：太阳、神门、四神冲、百会。用于兼有失眠者。

(2) 操作：

诸穴均可针刺，大肠湿热、血瘀肠络者行气化滞、通调腑气，用泻法；脾胃气虚、脾肾阳虚、肝旺脾虚、阴津亏虚者健脾益肾、滋阴养血，用补法。寒热错杂者补中和络、通调腑气，用虚补实泻法。

(3) 电针及艾灸：

腑气不畅，大便排出不爽者可选足三里、天枢、大横、上巨虚等穴电针治疗。

腹痛喜温者选灸神阙、下脘、关元、气海等穴；肛门下坠，便次频数，有便不净感者，选灸骶尾部八髎等穴。

2. 耳针：

取大肠、小肠、直肠、腹、胃、脾、神门、交感。每次选3~5穴，王不留行籽贴压。

3. 微波治疗：微波治疗，取腹部(前辐照)、骶尾部(下辐照)、腰部(后辐照)3个部位，10分钟日1次，温度以患者舒适为度，促进机体血液循环、促进药物吸收、增强新陈代谢、提高组织再生能力等。孕妇、儿童、体内有金属物者禁用，高热、糖尿病感觉迟钝者慎用。

4. 超短波治疗：取下腹部或左下腹部，腹痛不适处，诸病灶的前后对称部位，7 分钟日 1 次。促进血液循环和修复。肿瘤及体内有大块金属物患者禁用。

5. 电按摩：肛门电按摩棒涂以痔疮膏或润滑油，纳入肛内 3~5cm，行电动按摩，按摩强度以患者舒适为度，10 分钟日 1 次，5 次 1 个疗程，一般连续 1~2 个疗程。

6. 抗生素静点：应用光谱抗生素，可选用青霉素类、头孢地嗪钠、奥硝唑、氨曲南等，为避免加重肠道症状，抗生素不宜选用口服给药。

(四) 重度 UC 治疗参考

推荐用于便次 10 次以上，脓血较多，腹痛明显，伴有离子紊乱及贫血。经上述常规治疗 3 天内未见缓解者。

1. 一般治疗：禁食或禁食水，嘱患者卧床休息；

2. 静脉营养：

参考示例：奥美拉唑 40mg+0.9%NaCl 100ml，静点日 1 次；0.9% NaCl 1000ml+0.5~10%葡萄糖注射液 1000ml+复方氨基酸 500ml+脂肪乳 250ml+Kcl3.0+维生素 C5.0，加入营养袋静点日 1 次；复方 NaCl 500ml 静点日 1 次。根据患者的心功能、液体损失程度、继续损失量、离子情况进行调整。

3. 输血：患者有明显的头晕、头痛、面色苍白、乏力等贫血症状，或血红蛋白低于 Hb<60g/l，伴有心肺功能不全者可适当提高标准。滤白红细胞 4 单位，0.9%氯化钠注射液 100ml 输血前后冲管，于输血起 20min，24h 注意观察患者是否有头痛、发热、胸闷、气促等不良反应，于 24h 复查血 Rt，以明确输血疗效。

4. 激素治疗：氢化可的松 200~400mg+0.9%氯化钠 100ml，静点日 1 次；

5. 灌肠：可选择激素灌肠，示例：0.9%氯化钠 100ml+利多卡因 5ml+庆大霉素 8 万单位+地塞米松 5mg，保留灌肠日 1-2 次，灌肠方法可选用床头滴流管滴灌，一般于 3-5 分钟灌完，或调整至患者耐受速度。

6. 止血药：血凝酶 1 单位+0.9%氯化钠注射液 2ml，肌注日 2 次；

7. 止痛：禁用抗胆碱类(如 654-2)及阿片剂(如吗啡、度冷丁等)，非甾体类抗炎止痛药，以防引发中毒性巨结肠。可选择针刺、艾灸止痛。

8. 抗生素：建议 2 组抗生素联合用药。

(五) 护理与调摄

1. 基础护理

定时测体温、脉搏、呼吸、血压，观察腹痛及腹泻次数、量、色、形等，必要时留取标本送检。如有患者便血，则应估计出血量及出血部位。腹泻频繁者应注意水、电解质、

酸碱平衡，鼓励多饮水。注意观察并发症如肠穿孔、肠梗阻等，及时告知医师。

2. 生活调摄

注意休息，重症者应卧床休息，轻症可适当活动，如散步、太极拳等，但应保证充分睡眠及休息。避免受凉、防止肠道感染。

3. 心理护理

注意劳逸结合，生活有序，保持充足的睡眠。保持情绪稳定愉快，避免不良刺激，避免精神过度紧张。

4. 饮食护理

注意饮食调节，活动期以清淡、易消化、高维生素、低脂少渣及营养丰富的流质或半流无刺激性饮食为主，避免食用牛奶或乳制品等含乳糖蛋白食品。忌食油腻、生冷、辛辣、煎炸、酒类等刺激性饮食。必要时可进行一些食疗，煲汤、粥，如莲子山药粥等。重症者应禁食，采取静脉内营养治疗，使肠道休息，避免可能引起肠道过敏的过敏源。

5. 皮肤护理

保持臀部清洁干燥，便后用温水擦洗，肛周涂痔疮膏保护。长期卧床者注意臀部及肛门皮肤护理等。

三、疗效评价

(一) 评价标准

1. 临床症状疗效评价标准

分别观察治疗前后腹泻、脓血便、腹痛等主要症状记分变化(表4)。

表4：症状量化分级标准表

腹泻	正常 0 分	无
	轻度 3 分	腹泻每日<4 次
	中度 6 分	腹泻每日 4—6 次
	重度 9 分	腹泻每日>6 次
脓血便	正常 0 分	无
	轻度 3 分	少量脓血
	中度 6 分	脓血便为主
	重度 9 分	全部脓血便或便新鲜血
腹痛	正常 0 分	无
	轻度 3 分	腹痛轻微，隐痛，偶发
	中度 6 分	腹痛或腹胀，每日发作数次
	重度 9 分	腹部剧痛或绞痛，反复发作

2. 证候疗效评价标准：参照中华中医药学会脾胃病分会“溃疡性结肠炎中医诊疗共识

(2009)。疗效指数二(疗前积分—疗后积分)÷疗前积分 X100%临床缓解：用药前、服药后，症状和体征明显改善(疗效指数≥95%)。

显效：服药后，症状和体征明显改善(70%≤疗效指数<95%)。

有效：服药后，症状和体征有改善(30%≤疗效指数<70%)。

无效：服药后，症状和体征无明显减轻或加重者(疗效指数<30%)。

3. 结肠镜检查结肠黏膜病变疗效评价标准(Baron 评分标准)

内镜下黏膜愈合已成为目前 UC 治疗的目标之一。内镜评分具有重要作用，目前 Baron 内镜评分应用最广，其标准为：

(1) 正常黏膜图像记 0 分。

(2) 轻度病变(血管纹理模糊，黏膜充血但无出血)记 1 分。

(3) 中度病变(黏膜呈颗粒样变化，中度接触性出血)记 2 分。

(4) 重度病变(黏膜溃疡并自发性出血)记 3 分。

观察并评价治疗前后记分变化。

4. 黏膜组织学检查疗效评价标准(Geboes 指数)

肠黏膜组织学与内镜评分结合可准确评价 UC 黏膜愈合情况。Geboes 指数(表 5)描述详细，可重复性，效度高，是 UC 理想的组织学评分指数，已被用于许多临床试验。观察 Geboes 指数治疗前后记分变化，作为药效评估的终点指标之一。

表 5 Geboes 指数

分级	指数	组织学表现
0 级(结构改变)	0. 0	无异常
	0. 1	轻度异常
	0. 2	轻中度弥漫性或多点异常
	0. 3	重度弥漫性或多点异常
1 级(慢性炎细胞浸润)	1. 0	不增多
	1. 1	轻度增多
	1. 2	中度增多
	1. 3	明显增加
2 级(中性和嗜酸性粒细胞)	2A. 嗜酸性粒细胞	
	2A. 0	不增多
	2A. 1	轻度增多
	2A. 2	中度增多
	2A. 3	明显增加
	2B 中性粒细胞	

	2B. 0	不增多
	2B. 1	轻度增多
	2B. 2	中度增多
	2B. 3	明显增加
3 级(上皮层中性粒细胞)	3. 0	无
	3. 1	<30%隐窝受累
	3. 2	<50%隐窝受累
	3. 3	>50%隐窝受累
4 级(隐窝破坏)	4. 0	无
	4. 1	部分粒细胞浸润
	4. 2	隐窝减少
	4. 3	明确的隐窝破坏
5 级(糜烂和溃疡)	5. 0	无
	5. 1	可见上皮细胞附近炎症
	5. 2	点状糜烂
	5. 3	明确的糜烂
	5. 4	溃疡和肉芽组织

5. 临床疗效评价标准(参照中华医学会消化病学分会炎症性肠病协作组 2007 年“对我国炎症性肠病诊断治疗规范的共识意见”制定)

完全缓解: 临床症状消失, 结肠镜复查发现黏膜大致正常。

有效: 临床症状基本消失, 结肠镜复查黏膜轻度炎症或假息肉形成。

无效: 经治疗后临床症状、内镜及病理检查结果均无改善。

6. 病情缓解评价标准

Sutherland DAI 总分 \leq 2 分。

7. 病情复发评价标准 Sutherland DAI 总分 $>$ 2 分。

(二) 疗效评价方法

1. 近期疗效评价方法

在患者进入路径不同时间对主要症状和客观指标进行评价。

(1) 进入路径第 1 周、第 2 周、第 3 周按照临床症状疗效评价标准和证候疗效评价标准进行疗效评价。

(2) 进入路径第 4 周, 进行临床症状疗效评价和证候疗效评价, 行结肠镜和病理检查者按照 Baron 评分标准和 Geboes 指数分别评价结肠黏膜病变疗效、黏膜组织学疗效, 根据临床疗效评价标准进行临床疗效评价, 根据 Sutherland DAI 疾病活动指数判断病情缓解情况。

2. 远期疗效评价方法

通过长期随访观察，评价临床疗效和复发率。

附录：常用方剂目录(所标注剂量代表药量比例，仅供参考)

1. 白头翁汤：白头翁 20g、黄连 10g、黄柏 15g、秦皮 15g。
2. 芍药汤：白芍 15-20g、黄芩 10g、黄连 10g、大黄 5g、当归 10g、肉桂 5g、炒甘草 5g、木香 5g、槟榔 5g。
3. 参苓白术散：党参 25g、茯苓 25g、白术 25g、白扁豆 20g、陈皮 15g、山药 25g、炒甘草 15g、莲子 15g、砂仁 10g、薏苡仁 15g、桔梗 10g。
4. 痛泻要方：陈皮、白术、白芍、防风。
5. 归脾汤：白术 15g、茯神 15g、黄芪 20g、龙眼肉 20g、酸枣仁 20g、人参 10g、木香 10g、甘草 5g、当归 15g、远志 10g。
6. 补中益气汤：黄芪 30g，炙甘草 15g、白术 15g，人参 10g、当归 5g、陈皮 10g、升麻 10g、柴胡 10g。
7. 一贯煎：北沙参 10g、麦冬 10g、当归 10g、生地 20-30g、枸杞子 10-20g、川楝子 5g。
8. 六味地黄丸：熟地黄 25g、山萸肉 15g、山药 15g、泽泻 10g、牡丹皮 10g、茯苓 10g。
9. 五仁丸：桃仁 15g、杏仁 15g、柏子仁 10g、松子 5g、郁李仁 5g、陈皮 15g。
10. 少腹逐瘀汤：小茴香 5g、干姜 10g、延胡索 10g、没药 10g、当归 30g、川芎 10g、肉桂 10g、赤芍 20g、蒲黄 30g、五灵脂 20g。
11. 四逆散：炙甘草 10g、枳实 10g、柴胡 10g、白芍 10g。
12. 乌梅丸：乌梅 30g、细辛 3g、干姜 9g、黄连 6g、当归 g、制附子 6g、蜀椒 5g、桂枝 6g、人参 6g、黄柏 6g。
13. 驻车丸：黄连、当归、阿胶、干姜。
14. 四神丸：肉豆蔻 10g、补骨脂 20g、五味子 10g、吴茱萸 10g。
15. 槐花散：槐花 20g、侧柏叶 20g、荆芥穗 10g、枳壳 10g。
16. 附子理中丸：黑附子 10g、人参 10g、干姜 10g、炙甘草 10g、白术 10g。
17. 四物汤：熟地、白芍、当归、川芎。
18. 四君子汤：人参、茯苓、炙甘草、白术。
19. 地黄饮子：熟地、山茱萸、肉苁蓉、巴戟天、附子、肉桂、石斛、麦冬、五味子、菖蒲、远志、茯苓、生姜、大枣。