

芍药汤合附子理中汤加减对寒热错杂型溃疡性结肠炎的疗效及血清 IL-6、IL-10、TNF- α 水平的影响*

冯利¹, 魏妮², 王波¹, 王翔¹, 薛昶¹, 张峰¹, 金鑫^{3△}

1. 陕西省安康市中心医院肛肠科, 陕西安康 725000; 2. 陕西省西安市中医医院肛肠科, 陕西西安 710021; 3. 陕西省安康市中心医院普通外科, 陕西安康 725000

摘要:目的 探讨芍药汤合附子理中汤加减对寒热错杂型溃疡性结肠炎的疗效及血清白细胞介素-6(IL-6)、白细胞介素-10(IL-10)、肿瘤坏死因子- α (TNF- α)的影响。方法 选取 2022 年 9 月至 2024 年 10 月安康市中心医院肛肠科收治的 116 例溃疡性结肠炎患者作为研究对象, 采用密封信封随机分配法将其分为对照组和观察组, 每组 58 例。对照组采用口服美沙拉嗪肠溶片治疗, 观察组在对照组基础上加用芍药汤合附子理中汤加减治疗。2 组均连续治疗 4 周, 记录治疗期间 2 组不良反应发生情况。采用酶联免疫吸附试验检测血清 IL-6、IL-10、TNF- α 水平。比较 2 组临床疗效及治疗前后中医证候积分、改良 Mayo 内镜评分(IMES)、炎症性肠病生活质量问卷(IBDQ)评分。结果 治疗后, 2 组下痢稀薄、肛门灼热、腹痛绵绵、畏寒怕冷、口渴不欲饮、饥不欲食、舌脉积分及总积分均低于治疗前, 且观察组低于对照组, 差异均有统计学意义($P < 0.05$)。与治疗前相比, 2 组治疗后 IMES 降低, IBDQ 评分升高, 差异均有统计学意义($P < 0.05$); 与对照组相比, 观察组治疗后 IMES 降低, IBDQ 评分升高, 差异均有统计学意义($P < 0.05$)。观察组总有效率为 96.55%, 明显高于对照组的 77.59%($P < 0.05$)。与治疗前相比, 2 组治疗后血清 IL-6、TNF- α 水平降低, 血清 IL-10 水平升高, 差异均有统计学意义($P < 0.05$); 与对照组相比, 观察组治疗后血清 IL-6、TNF- α 水平降低, 血清 IL-10 水平升高, 差异均有统计学意义($P < 0.05$)。2 组治疗期间不良反应总发生率比较, 差异无统计学意义($P > 0.05$)。结论 芍药汤合附子理中汤加减能够提高寒热错杂型溃疡性结肠炎患者的临床疗效, 降低机体炎症反应, 提高患者生活质量, 安全性较高。

关键词: 溃疡性结肠炎; 芍药汤; 附子理中汤; 炎症因子; 中医证候积分; 临床疗效

中图分类号: R259; R446.1 **文献标志码:** A **文章编号:** 1672-9455(2026)14-1887-06

Efficacy of the modified Shaoyao decoction combined with Fuzi Lizhong decoction in patient with ulcerative colitis with cold-heat complex syndrom and its effect on serum IL-6, IL-10 and TNF- α levels*

Feng Li¹, Wei Ni², Wang Bo¹, Wang Xiang¹, Xue Chang¹, Zhang Feng¹, Jin Xin^{3△}

1. Department of Anorectal Medicine, Ankang Central Hospital, Ankang, Shaanxi 725000, China;

2. Department of Colorectal Medicine, Xi'an Traditional Chinese Medicine Hospital, Xi'an, Shaanxi 710021, China; 3. Department of General Surgery, Ankang Central Hospital, Ankang, Shaanxi 725000, China

Abstract: **Objective** To explore the efficacy of modified Shaoyao decoction combined with Fuzi Lizhong decoction in patient with ulcerative colitis with cold-heat complex syndrom and its effect on serum IL-6, IL-10 and TNF- α levels. **Methods** A total of 116 patients with ulcerative colitis admitted to the Department of Anorectal Medicine of Ankang Central Hospital from September 2022 to October 2024 were selected as research subjects, who were divided into a control group and an observation group by the sealed envelope random allocation method, with 58 cases in each group. The control group was treated with oral mesalazine enteric-coated tablets, and the observation group was treated with modified Shaoyao decoction combined with Fuzi Lizhong decoction on the basis of the control group. Both groups were treated continuously for 4 weeks, adverse reactions during treatment were recorded in both groups. Enzyme-linked immunosorbent assay was used to determine serum levels of IL-6, IL-10 and TNF- α . The clinical efficacy, traditional Chinese medicine (TCM) syndrome scores, modified Mayo endoscopic score (IMES) and Inflammatory Bowel Disease Quality of Life Ques-

* 基金项目: 陕西省中医药管理局项目(SZY-KJCYC-2025-LC-024)。

作者简介: 冯利, 女, 副主任医师, 主要从事肛肠疾病中西医结合临床方向的研究。△ 通信作者, E-mail: dingcf115@163.com。

引用格式: 冯利, 魏妮, 王波, 等. 芍药汤合附子理中汤加减对寒热错杂型溃疡性结肠炎的疗效及血清 IL-6、IL-10、TNF- α 水平的影响[J].

检验医学与临床, 2026, 23(14): 1887-1892.

tionnaire (IBDQ) score before and after treatment were compared between the two groups. **Results** After treatment, the scores of individual symptoms (loose dysentery stool, burning anus, persistent abdominal pain, fear of cold, thirst without desire to drink, hunger without appetite) as well as tongue and pulse manifestations and total TCM syndrome scores in both groups were lower than those before treatment, which in the observation group were significantly lower than those in the control group, with statistically significant differences ($P < 0.05$). Compared with before treatment, both groups presented decreased IMES and increased IBDQ score after treatment, with statistically significant differences ($P < 0.05$). Post-treatment IMES was lower and IBDQ score was higher in the observation group than that in the control group ($P < 0.05$). The total effective rate was 96.55% in the observation group, which was markedly higher than 77.59% in the control group ($P < 0.05$). Compared with before treatment, the levels of serum IL-6 and TNF- α in both groups decreased and the level of serum IL-10 increased after treatment, with statistically significant differences ($P < 0.05$). Compared with the control group, the post-treatment serum IL-6 and TNF- α levels decreased and the serum IL-10 level increased in the observation group, with statistically significant differences ($P < 0.05$). There was no statistically significant difference in overall incidence rate of adverse reactions between the observation group and the control group during the treatment period ($P > 0.05$). **Conclusion** The modified Shaoyao decoction combined with Fuzi Lizhong decoction can effectively improve the clinical efficacy of patients with ulcerative colitis with cold-heat complex syndrom, improve immune function and improve the quality of life of patients, with high safety.

Key words: ulcerative colitis; Shaoyao decoction; Fuzi Lizhong decoction; inflammatory factors; TCM syndrome score; clinical efficacy

溃疡性结肠炎(UC)是一种慢性非特异性炎症性肠病,好发于 15~40 岁的青壮年群体,近年来其患病率呈上升趋势^[1]。UC 的临床症状主要表现为反复发作的腹泻、腹痛、黏液血便、里急后重等,组织学检测可见黏膜充血、水肿,伴炎症细胞浸润、隐窝结构改变及肉芽组织增生等^[2-3]。目前,临床上暂无根治 UC 的特效药,主要依赖药物治疗(氨基水杨酸制剂、糖皮质激素、免疫抑制剂等)来控制急性炎症,虽具有一定疗效,但长期应用仍面临个体差异大、复发率高、药物不良反应及部分患者应答不足等问题,严重影响患者生活质量^[4-5]。

中医辨证论治体系在 UC 治疗中展现出独特优势。UC 在中医范畴中属于“肠澼”“痢疾”,其病机以脾虚为本,湿热、血瘀为标,多因治疗不及时或治疗方法不当导致外邪内陷、脏腑损伤、湿热内蕴^[6]。寒热错杂型 UC 是一种中医辨证分型,其病机复杂,表现为寒热虚实错杂,病情迁延、易反复发作^[7]。中医治疗强调温中补虚、清热化湿,同时注意寒热并用为要^[8]。芍药汤具有清热燥湿、调和气血之效,善治湿热痢疾^[9];附子理中汤则温阳健脾、缓急止痛、固本止泻,可治虚寒下利^[10]。二者配伍后,芍药汤清其湿热,附子理中汤温中助阳,既协同调节寒热,又兼顾气血阴阳平衡,从而有望改善患者的临床症状。

肠道黏膜免疫系统异常激活是 UC 发病的重要机制之一,其中白细胞介素-6(IL-6)、肿瘤坏死因子- α (TNF- α)等促炎性细胞因子过度表达,可驱动并维持肠道炎症反应;而白细胞介素-10(IL-10)作为重要的抗炎与免疫调节因子,其表达不足会削弱黏膜的修复

能力^[11]。相关研究表明,UC 患者经过有效治疗后,上述血清炎症因子水平会得到显著改善^[12]。因此,本研究基于中医辨证论治理论,采用芍药汤合附子理中汤加减联合常规西药治疗 UC,观察该治疗方案对寒热错杂型 UC 患者的临床疗效及血清炎症因子的影响,以期为中西医协同治疗 UC 提供更多治疗思路。现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 采用 2 组率比较的优效性试验设计($\alpha = 0.05$ 双侧,把握度 $1 - \beta = 0.8, 1 : 1$ 分配),通过公式 $n = (Z_{1-\alpha/2} + Z_{1-\beta})^2 \times [p_1(1 - p_1) + p_2(1 - p_2)] / (p_1 - p_2)^2$ 计算,预期有效率参考既往研究^[13]: $p_1 = 0.94, p_2 = 0.74$,经计算每组需 49 例,考虑 10% 脱落率,实际每组样本量 ≥ 54 例,本研究根据医院实际情况共纳入 116 例。

选取 2022 年 9 月至 2024 年 10 月安康市中心医院肛肠科收治的 116 例 UC 患者作为研究对象,采用密封信封随机分配法将其分为对照组和观察组,每组 58 例。分配隐藏措施:独立统计员使用 SAS 软件生成随机分配序列,按顺序编码后装入密闭、不透光、连续编号的信封,信封由药品管理中心统一保管。在受试者签署知情同意书并完善基线评估后,药品管理中心将信封分发给受试者,根据编码分发对应干预药物,以确保分配过程隐藏。2 组性别、年龄、病程、疾病严重程度比较,差异均无统计学意义($P > 0.05$),具有可比性,见表 1。纳入标准:(1)西医诊断符合《炎症性肠病诊断与治疗的共识意见(2018 年,北京)》^[14] 中 UC 的诊断标准,且处于轻、中度;(2)中医辨证诊断符

合《溃疡性结肠炎中医诊疗专家共识意见(2017)》^[6]中寒热错杂证,主症为下痢稀薄、肛门灼热、腹痛绵绵,次症为畏寒怕冷、口渴不欲饮、饥不欲食,舌脉为舌质红或舌淡红、苔薄黄,脉弦或细弦,符合 2 项主症+1 项次症,鉴别舌脉,排除单纯湿热证或虚寒证,可确诊寒热错杂证;(3)年龄>18 岁;(4)可配合进行相应治疗。排除标准:(1)入组前 2 个月接受过其他药物治疗;(2)合并心、肝、肾功能损害;(3)合并其他肠道疾病,如肠易激综合征、直肠癌、痔疮等;(4)合并免疫系统疾病,如系统性红斑狼疮、1 型糖尿病等;(5)溃疡性结肠炎缓解期。本研究获得安康市中心医院医学伦理委员会批准(审批号:2021No075)。

表 1 2 组患者基线资料比较(*n*/*n* 或 $\bar{x}\pm s$)

组别	<i>n</i>	性别(男/女)	年龄(岁)	病程(月)	疾病严重程度 (轻度/中度)
观察组	58	30/28	32.13±5.43	5.46±1.17	29/29
对照组	58	31/27	31.82±4.32	5.75±1.45	30/28
χ^2/t		0.035	0.340	-1.185	0.034
<i>P</i>		0.852	0.734	0.238	0.853

1.2 方法

1.2.1 对照组 口服美沙拉嗪肠溶片(生产厂家:黑龙江天宏药业股份有限公司;生产批号:国药准字 H20103359;规格:0.25 g/片),3 次/d,0.5 g/次,三餐前服用,治疗周期为 4 周。

1.2.2 观察组 在对照组的基础上加用芍药汤合附子理中汤加减^[15]。基础方:黄连 3 g,黄芩 10 g,酒大黄 5 g(后下),白芍 18 g,太子参 10 g,炒白术 12 g,木香 6 g,当归 10 g,仙鹤草 15 g,肉桂 3 g,炮姜 6 g,制附子 9 g(先煎),炙甘草 6 g。大肠湿热明显者(便血较多,肛门灼热):去肉桂,加地榆炭 10 g,马齿苋 15 g,虎杖 12 g;大便白多赤少,脘痞纳呆:去酒大黄,加藿香 6 g,炒苍术 10 g,砂仁 6 g;畏寒肢冷,久泻者:加黄芪 15 g,煨肉豆蔻 6 g,补骨脂 10 g,附子增至 12 g(久煎);滑脱不禁:加煅赤石脂 12 g,干姜 10 g,粳米 30 g。水煎服,1 剂/d,7 d 为一个疗程,连续治疗 4 个疗程。

1.3 观察指标

1.3.1 中医证候积分 分别于治疗前、治疗后,依据《中药新药临床研究指导原则(试行)》^[16]对 2 组患者开展中医证候积分量化评估。依据症状严重程度分为无、轻度、中度、重度 4 级,分级赋分规则如下:(1)主症主要包括下痢稀薄、肛门灼热、腹痛绵绵,按无症状计 0 分,轻度计 2 分,中度计 4 分,重度计 6 分;(2)次症主要包括畏寒怕冷、口渴不欲饮、饥不欲食,按无症状计 0 分,轻度计 1 分,中度计 2 分,重度计 3 分;舌脉异常归入次症评分体系,舌脉无异常计 0 分,存在异常计 1 分;(3)中医证候总积分=各主症得分总

和+各次症(含舌脉)得分总和。

1.3.2 UC 活动度及患者生活质量 采用改良 Mayo 内镜评分(IMES)^[17]评估 2 组患者治疗前和治疗后 UC 活动度,IMES 含便血、排便次数、内镜检查及医生评价,IMES≤2 分且未出现单项>1 分为缓解期,IMES>2 分为活动期,其中>2~5 分为轻度活动期,>5~10 分为中度活动期,>10~12 分为重度活动期。采用炎症性肠病生活质量问卷(IBDQ)^[18]评估疾病对患者生活质量的影响,评分为 32~224 分,共包含 4 个维度:肠道症状(10 项)、全身症状(5 项)、情感功能(6 项)和社会功能(12 项),分数越高表示生活质量越好,总分≥170 分为临床缓解。

1.3.3 血液指标 治疗前和治疗后分别采集患者晨起空腹静脉血 5 mL,3 000 r/min(离心半径:10 cm)离心 15 min 后分离血清,采用酶联免疫吸附试验(ELISA)检测血清 IL-6、IL-10、TNF-α 水平,IL-6、IL-10、TNF-α ELISA 试剂盒均购自北京义翘神州科技股份有限公司(货号:KIT10395A、SEKA10947、GMP-10602-HNAE),严格按照试剂盒说明书步骤进行操作。使用多功能酶标仪(美国 Bio-rad 公司,型号 iMARK 680)检测吸光度值,根据建立的标准曲线计算血清 IL-6、IL-10、TNF-α 水平。

1.3.4 不良反应 记录患者治疗期间头晕头痛、恶心等药物不良反应的发生情况。

1.3.5 临床疗效 (1)显效:肠镜下肠黏膜恢复正常或病灶已形成瘢痕,中医临床症状、体征消失或明显改善,中医证候积分减少≥70%;(2)有效:肠镜可见肠黏膜恢复程度达 1 级以上,中医临床症状、体征均有好转,中医证候积分减少≥30%;(3)无效:肠镜下黏膜改善未达到以上标准,中医临床症状、体征均无明显改善,中医证候积分减少<30%^[6,16]。总有效率=(显效例数+有效例数)/总例数×100%。

1.4 统计学处理 采用 SPSS26.0 统计软件进行数据处理。经 Shapiro-Wilk 检验,符合正态分布的计量资料以 $\bar{x}\pm s$ 表示,2 组间比较采用独立样本 *t* 检验,组内治疗前后比较采用配对 *t* 检验;不符合正态分布的计量资料以 *M*(*P*₂₅, *P*₇₅)表示,2 组间比较采用 Mann-Whitney *U* 检验,组内治疗前后比较采用非参数 Wilcoxon 符号秩检验。计数资料以例数或百分率表示,组间比较采用 χ^2 检验或校正 χ^2 检验,等级资料比较采用秩和检验。以 *P*<0.05 为差异有统计学意义。

2 结 果

2.1 2 组治疗前后中医证候积分比较 治疗前,2 组中医证候积分比较,差异均无统计学意义(*P*>0.05);治疗后,2 组下痢稀薄、肛门灼热、腹痛绵绵、畏寒怕冷、口渴不欲饮、饥不欲食、舌脉积分及总积分均低于治疗前,且观察组低于对照组,差异均有统计学意义(*P*<0.05)。见表 2。

表 2 2 组治疗前后中医证候积分比较 $[\bar{x}\pm s$ 或 $M(P_{25},P_{75})$,分]

组别	<i>n</i>	下痢稀薄		肛门灼热		腹痛绵绵		畏寒怕冷	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
观察组	58	4.15±1.02	2.12±0.84 [*]	4.06±1.01	2.08±0.69 [*]	3.88±0.87	1.64±0.77 [*]	2.27±0.45	0.92±0.27 [*]
对照组	58	4.31±1.16	2.71±0.97 [*]	4.12±1.05	3.10±1.01 [*]	3.76±0.84	2.31±0.73 [*]	2.25±0.44	1.22±0.42 [*]
<i>t/Z</i>		−0.740	−3.284	−0.294	−5.955	0.709	−4.510	0.227	−4.291
<i>P</i>		0.461	0.001	0.769	<0.001	0.48	<0.001	0.821	<0.001

组别	<i>n</i>	口渴不欲饮		饥不欲食		舌脉		总积分	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
观察组	58	2.14±0.35	0.94±0.24 [*]	1.98±0.32	0.88±0.33 [*]	1(1,1)	0(0,0) [*]	19.48±1.28	8.58±1.50 [*]
对照组	58	2.16±0.37	1.18±0.39 [*]	2.02±0.24	1.05±0.24 [*]	1(1,1)	0(0,1) [*]	19.62±1.83	11.57±2.26 [*]
<i>t/Z</i>		−0.280	−3.743	−0.714	−2.975	0.754	3.541	−0.385	−7.872
<i>P</i>		0.780	<0.001	0.477	0.004	0.432	<0.001	0.701	<0.001

注:与同组治疗前相比,^{*}*P*<0.05。

2.2 2 组治疗前后 IMES、IBDQ 积分比较 治疗前,2 组 IMES、IBDQ 评分比较,差异均无统计学意义(*P*>0.05);与治疗前相比,2 组治疗后 IMES 降低、IBDQ 评分升高,差异均有统计学意义(*P*<0.05);与对照组相比,观察组治疗后 IMES 降低,IBDQ 评分升高,差异均有统计学意义(*P*<0.05)。见表 3。

表 3 2 组患者治疗前后 IMES、IBDQ 评分比较 $(\bar{x}\pm s$,分)

组别	<i>n</i>	IMES 评分		IBDQ 评分	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
观察组	58	7.42±1.88	1.53±0.52 [*]	108.42±14.23	201.13±10.32 [*]
对照组	58	7.33±1.83	2.85±0.91 [*]	107.65±12.31	171.23±11.15 [*]
<i>t</i>		0.261	−9.592	0.312	14.988
<i>P</i>		0.794	<0.001	0.756	<0.001

注:与同组治疗前相比,^{*}*P*<0.05。

2.3 2 组临床疗效比较 2 组临床疗效等级分布比较,差异有统计学意义(*P*<0.05);观察组总有效率为 96.55%,明显高于对照组的 77.59%(*P*<0.05)。见

表 4。

表 4 2 组临床疗效比较 $[n(%)]$

组别	<i>n</i>	显效	有效	无效	总有效
观察组	58	46(79.31)	10(17.24)	2(3.45)	56(96.55)
对照组	58	30(51.72)	15(25.86)	13(22.41)	45(77.59)
<i>Z/χ²</i>			3.376		9.265
<i>P</i>			0.001		0.002

2.4 2 组治疗前后血清 IL-6、IL-10、TNF-α 水平比较 治疗前,2 组血清 IL-6、IL-10、TNF-α 水平比较,差异均无统计学意义(*P*>0.05);与治疗前相比,2 组治疗后血清 IL-6、TNF-α 水平降低,血清 IL-10 水平升高,差异均有统计学意义(*P*<0.05);与对照组相比,观察组治疗后血清 IL-6、TNF-α 水平降低,血清 IL-10 水平升高,差异均有统计学意义(*P*<0.05)。见表 5。

2.5 2 组药物不良反应发生情况比较 治疗期间,2 组不良反应总发生率比较,差异无统计学意义(*P*>0.05)。见表 6。

表 5 2 组治疗前后血清 IL-6、IL-10、TNF-α 水平比较 $(\bar{x}\pm s$,ng/L)

组别	<i>n</i>	IL-6		IL-10		TNF-α	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
观察组	58	65.53±12.01	21.13±5.64 [*]	17.94±2.23	31.54±2.86 [*]	43.17±5.34	32.25±2.79 [*]
对照组	58	64.31±12.12	31.24±4.53 [*]	18.03±2.18	23.14±2.43 [*]	43.23±4.98	41.57±3.21 [*]
<i>t</i>		0.150	−12.002	−0.998	16.156	−0.064	−15.728
<i>P</i>		0.881	<0.001	0.321	<0.001	0.949	<0.001

注:与同组治疗前相比,^{*}*P*<0.05。

表 6 2 组药物不良反应发生情况比较 $[n(%)]$

组别	<i>n</i>	头晕头痛	腹胀	恶心	总发生
观察组	58	1(1.72)	2(3.48)	3(5.17)	6(10.34)
对照组	58	2(3.48)	1(1.72)	2(3.48)	5(8.62)
<i>χ²</i>					0.100
<i>P</i>					0.751

3 讨 论

UC 是炎症性肠病的主要亚型,其发病机制涉及遗传、免疫、菌群等多个方面,导致临床上缺乏精准治疗策略^[19-21]。目前临床主要依据患者症状、黏膜病理等情况进行对症治疗,但存在疗效不稳定、复发率高等问题,严重影响患者的生活质量。寒热错杂型 UC

病理特征具有明显异质性,进一步增加了临床治疗难度。偏寒证型以脾阳亏虚为本(大便白多赤少、畏寒肢冷、喜温喜按),偏热证型则以湿热瘀结为标(黏液脓血便、肛门灼热、舌红苔黄),二者共同存在“脾虚失运,湿浊内生,郁久化热,气血搏结,肠络损伤”的核心病机^[22-23]。中医治疗需遵循“动态平衡”原则,针对寒热偏盛差异,在基础方中灵活化裁,如偏寒者重用附子、干姜温阳散寒,偏热者加黄连、白头翁清热燥湿,从而实现温中散寒不助火、清热利湿不伤阳的协同效应^[24-25]。基于此,本研究在西药基础上联合芍药汤合附子理中汤加减治疗寒热错杂证 UC,探讨该治疗方案在治疗 UC 中的应用效果。

本研究结果显示,与对照组比较,观察组治疗后中医证候积分、IMES 均降低,IBDQ 评分升高,临床疗效显著提升。说明芍药汤合附子理中汤加减能够有效改善寒热错杂型 UC 患者的临床症状,提高患者的生活质量。本研究以芍药汤合附子理中汤加减为治疗方剂,其中芍药汤出自《素问病机气宜保命集·泻痢论》,附子理中汤出自《太平惠民和剂局方》,合方中白芍养血柔肝、缓急止痛;肉桂温阳散寒、辛热通阳;黄连与黄芩合用,清热燥湿、泻火解毒,兼具抗炎镇痛之效,能清肠中湿热,缓解腹痛;太子参配伍炒白术,补气健脾、生津润肺,增强脾胃运化功能,改善腹泻;木香行气导滞,调畅气机;当归活血养血,与白芍配伍加强养血止痛的效果;仙鹤草凉血止血,清热解毒;制附子温补脾阳,散寒止痛;炮姜温中止痛,回阳救逆;炙甘草补中益气,调和诸药。大肠湿热明显者,去肉桂避免助热伤阴,加地榆炭凉血止血,马齿苋清热解毒、凉血,虎杖活血化瘀、清热泻火。大便白多赤少、脘痞纳呆者,去酒大黄以防损伤脾胃,加藿香芳香化浊,炒苍术燥湿健脾,砂仁理气化湿,改善脘痞和食欲不振。畏寒肢冷、久泻者,加黄芪益气固表,煨肉豆蔻温中涩肠,补骨脂温肾助阳,附子加量增强温阳作用。滑脱不禁者,加煅赤石脂固涩止泻,干姜温中散寒,粳米益气健脾,共奏固涩之功^[26]。整方配伍得当,切中寒热错杂型 UC 之病机:芍药汤清热燥湿、调和气血,附子理中汤温中散寒、健脾益气,二者合用清湿热而不损脾阳,温脾肾而不助邪火,能够有效提升临床治疗 UC 的疗效^[27]。提示中西医结合治疗寒热错杂型 UC 有助于提高临床疗效。

相关研究发现,IL-6、TNF- α 等促炎性细胞因子与抗炎因子 IL-10 之间的动态平衡是肠道免疫稳态的核心,而 UC 患者常因 Th1/Th2 失衡与 Treg 功能缺陷导致促炎性细胞因子占优势地位^[28]。本研究结果显示,与对照组比较,观察组治疗后血清 IL-6、TNF- α 水平均降低,血清 IL-10 水平升高,提示芍药汤合附子理中汤加减能够有效改善寒热错杂型 UC 患者机体炎症反应,这可能与中药汤剂的多靶点免疫调控作用

有关。有研究表明,芍药汤中的白芍总苷(TGP)可调节 Th1/Th2 细胞亚群平衡并抑制 Toll 样受体 4 (TLR4)/核因子- κ B(NF- κ B)炎症信号通路,减少 IL-1 β 、IL-6、TNF- α 等促炎性细胞因子的表达,同时促进 IL-10 的分泌来发挥抗炎作用^[29-30]。黄芩中所含的黄芩苷能够抑制 NF- κ B p65 的表达,进一步阻断炎症信号传导,有利于减轻肠黏膜损伤^[31]。张艳晓等^[32] 研究发现,附子理中汤对脾肾阳虚型 UC 疗效确切,作用机制可能与降低血清促炎症因子及细胞间黏附因子的表达有关。同时该方剂还能通过促进细胞间黏附分子-1 和 Occludin 蛋白的表达,改善肠黏膜通透性,促进肠黏膜修复,并调节肠道菌群平衡,发挥肠道保护作用^[10]。唐运媛等^[33] 研究也发现,联合加味芍药汤可有效减轻湿热型 UC 患者临床症状,降低炎症水平,与本研究结果相似。以上研究均提示,芍药汤合附子理中汤方剂可能通过抑制多个炎症信号通路来发挥协同效应,有效调节炎症恶性循环(降低促炎性细胞因子水平、提升抗炎性细胞因子水平),减少肠道黏膜损伤。此外,本研究 2 组治疗期间药物不良反应发生情况无明显差异,说明芍药汤合附子理中汤加减方剂安全性良好,并展现出了较为理想的临床疗效。

综上所述,芍药汤合附子理中汤加减治疗寒热错杂型 UC 疗效显著,能够有效调节炎症因子水平,缓解临床症状,并显著提升患者生活质量。同时,该方案不良反应轻,安全性高,具备良好的临床应用与推广价值。但本研究仍存在单中心、小样本、短周期研究的局限,可能影响结果的外推性,未来需开展多中心、大样本的随机对照试验,同时开展长期随访研究观察该方案对远期疗效及远期复发情况,以进一步验证本研究结论。此外,未来可深入探讨该方剂调节肠道菌群、修复肠道黏膜屏障等其他潜在作用机制,为该方案的应用提供更充分的理论支持。

利益冲突 所有作者均声明不存在利益冲突。
作者贡献 冯利:设计论文框架,起草论文;王翔、王波:参与该项目具体操作及研究过程;薛昶、魏妮:数据收集及统计学分析;张峰:论文修改;冯利、金鑫:拟定写作思路,指导撰写文章并最后定稿。

参考文献

[1] Le Berre C, Honap S, Peyrin-Biroulet L. Ulcerative colitis [J]. Lancet, 2023, 402(10401): 571-584.
[2] Nakase H, Sato N, Mizuno N, et al. The influence of cytokines on the complex pathology of ulcerative colitis [J]. Autoimmun Rev, 2022, 21(3): 103017.
[3] Krugliak Cleveland N, Torres J, et al. What does disease progression look like in ulcerative colitis, and how might it be prevented [J]. Gastroenterology, 2022, 162(5): 1396-1408.

[4] Hirten R P, Sands B E. New therapeutics for ulcerative colitis[J]. Annu Rev Med, 2021, 72: 199-213.

[5] Zohny M H, Alrouji M, Alhajlah S, et al. Diacetyl-rhein, an anthraquinone antiarthritic agent, suppresses dextran sodium sulfate-induced inflammation in rats; a possible mechanism for a protective effect against ulcerative colitis[J]. Biomed Pharmacother, 2022, 154: 113651.

[6] 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.

[7] 覃靖荣, 张馨月, 朱梓铭, 等. 溃疡性结肠炎中医证候要素及其辨证分型评述[J]. 陕西中医药大学学报, 2024, 47(4): 7-11.

[8] 康钰, 周开俊, 周悦, 等. 沈舒文症位多维调治慢性溃疡性结肠炎经验[J]. 中医学报, 2024, 39(11): 2416-2421.

[9] 李素英, 郑凯, 刘金秋, 等. 芍药汤加减对溃疡性结肠炎患者 CD4⁺ T 细胞平衡的影响及疗效分析[J]. 四川中医, 2024, 42(9): 132-136.

[10] 邓珂欣, 席作武, 王炎炎, 等. 附子理中汤“补火生土”治疗溃疡性结肠炎机制探讨[J]. 辽宁中医药大学学报, 2024, 26(5): 98-102.

[11] 杜鹏程, 韩璠, 谷九莲. 溃疡性结肠炎患者血清单核细胞趋化蛋白-1、高迁移率族蛋白 B1、肿瘤坏死因子- α 、白细胞介素-6 和白细胞介素-10 水平与肠道菌群的相关性[J]. 新乡医学院学报, 2021, 38(4): 370-373.

[12] 何建伟, 丁益宏, 韩晓梅, 等. 愈疡合剂直肠滴注疗法对溃疡性结肠炎大肠湿热型患者中医证候、血清 IL-6、IL-10、TNF- α 水平的影响[J]. 四川中医, 2021, 39(10): 98-101.

[13] 马乾章, 李云, 丁原全. 白头翁汤加味联合美沙拉嗪缓释片治疗热毒炽盛型溃疡性结肠炎的临床疗效观察[J]. 海南医学院学报, 2019, 25(12): 918-922.

[14] 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]. 中华消化杂志, 2018, 38(5): 292-311.

[15] 叶柏. 溃疡性结肠炎证治管见[J]. 南京中医药大学学报, 2005, 21(4): 266-268.

[16] 郑筱萸. 中药新药临床研究指导原则(试行)[J]. 北京: 中国医药科技出版社, 2002: 129-134.

[17] 宋泽军, 张明君, 任渝棠, 等. 改良 Mayo 内镜评分对溃疡性结肠炎有较高的评估价值[J]. 南方医科大学学报, 2022, 42(7): 997-1005.

[18] 周薇, 尤黎明, 李瑜元, 等. 中文版炎症性肠病问卷的信度和效度研究[J]. 国际护理学杂志, 2006, 25(8): 620-622.

[19] Du L L, Ha C. Epidemiology and pathogenesis of ulcerative colitis[J]. Gastroenterol Clin North Am, 2020, 49(4): 643-654.

[20] Kobayashi T, Siegmund B, Le Berre C, et al. Ulcerative colitis[J]. Nat Rev Dis Primers, 2020, 6: 74.

[21] Kanika, Ahmad A, Kumar A, et al. Leveraging thiol-functionalized biomucoadhesive hybrid nanoliposome for local therapy of ulcerative colitis[J]. Biomaterials, 2025, 312: 122747.

[22] 丁庞华, 史利卿, 石磊, 等. 活动期溃疡性结肠炎寒热错杂证患者寒热不同偏盛之间肠道菌群的差异性研究[J]. 中华中医药杂志, 2022, 37(2): 1022-1026.

[23] 鹿晓君, 高莉. 乌梅丸联合穴位埋线治疗寒热错杂证溃疡性结肠炎疗效观察[J]. 中国临床研究, 2023, 36(1): 117-121.

[24] Chen Z P, He L H, Tang W W, et al. Clinical effect of Wumei bolus on ulcerative colitis: a Meta-analysis[J]. Heliyon, 2023, 9(5): e15652.

[25] Liu Y, Li B G, Su Y H, et al. Potential activity of traditional chinese medicine against ulcerative colitis: a review[J]. J Ethnopharmacol, 2022, 289: 115084.

[26] 刘琦玲, 贺凡, 夏佳毅, 等. 经典名方芍药汤的历史沿革与关键信息考证[J]. 中国中医基础医学杂志, 2026, 32(2): 438-444.

[27] 张晓宇, 陈爱霞, 刘晓仪. 加味芍药汤联合美沙拉秦治疗湿热下注型溃疡性结肠炎临床研究[J]. 天津中医药, 2023, 40(2): 159-163.

[28] Voshagh Q, Anoshiravani A, Karimpour A, et al. Investigating the association between the tissue expression of miRNA-101, JAK2/STAT3 with TNF- α , IL-6, IL-1 β , and IL-10 cytokines in the ulcerative colitis patients[J]. Immun Inflamm Dis, 2024, 12(3): e1224.

[29] Liu G, Wang Z, Li X, et al. Total glucosides of paeony (TGP) alleviates constipation and intestinal inflammation in mice induced by Sjögren's syndrome[J]. J Ethnopharmacol, 2020, 260: 113056.

[30] Xiang J Y, Hu R W, Li Q H, et al. Total glucosides of paeony attenuates ulcerative colitis via inhibiting TLR4/NF- κ B signaling pathway[J]. Tohoku J Exp Med, 2022, 258(3): 225-236.

[31] 鲍明隆, 孙心怡, 梁梅, 等. 黄芩苷通过抑制核因子- κ B 和激活核因子-E2 相关因子 2 信号通路缓解脂多糖诱导的小鼠结肠炎症和氧化应激[J]. 动物营养学报, 2022, 34(2): 1217-1229.

[32] 张艳晓, 方锐洁, 白少玉, 等. 附子理中汤灌肠调控溃疡性结肠炎大鼠 IL-6、IL-8 及 ICAM-1 的实验研究[J]. 中国中医基础医学杂志, 2016, 22(3): 351-354.

[33] 唐运媛, 林奕, 吴东升, 等. 加味芍药汤联合艾灸对湿热型溃疡性结肠炎患者外周血中性粒细胞与淋巴细胞比值、血小板与淋巴细胞比值的影响[J]. 陕西中医, 2025, 46(6): 782-786.

(收稿日期: 2025-11-18 修回日期: 2026-02-15)
(编辑: 李菲菲 陈秋莲)