

藏医辨证分型治疗溃疡性结肠炎疾病的研究

拉桑太

青海省海南藏族自治州贵南县茫拉乡卫生院

DOI:10.32629/ffcr.v3i9.20048

[摘要] 目的：探讨运用藏医辨证分型方法治疗溃疡性结肠炎的相关研究。方法：本研究将2024年5月至2025年5月期间在我院接受治疗的75例溃疡性结肠炎患者作为研究对象。采用随机数字表法将其均衡分配至对照组（37例，采用常规西药疗法开展治疗）与研究组（38例，采用藏医辨证分型的方法实施治疗）。比较两组的治疗效果。结果：治疗后研究组患者的证候积分及炎症因子水平均显著低于对照组，组间比较差异具有统计学意义（ $P < 0.05$ ）。两组在不良反应发生率方面不存在统计学显著差异（ $P > 0.05$ ）。结论：对溃疡性结肠炎患者实施藏医辨证分型治疗能够有效改善患者的症状表现，优化患者的炎症因子水平，具有较高的安全性。

[关键词] 藏医；辨证分型；溃疡性结肠炎；证候积分；炎症因子水平

中图分类号：R574.6 文献标识码：A

Research on Tibetan Medicine Syndrome Differentiation and Treatment of Ulcerative Colitis

Lashangta

Mangla Township Health Center, Guinan County, Hainan Tibetan Autonomous Prefecture, Qinghai Province

Abstract: Methods: This study selected 75 patients with ulcerative colitis who received treatment in our hospital from May 2024 to May 2025 as the research subjects. The therapeutic effects of the two groups were compared. Results: After treatment, the syndrome scores and inflammatory factor levels of the patients in the study group were significantly lower than those in the control group, and the difference between the groups was statistically significant ($P < 0.05$). There was no statistically significant difference in the incidence of adverse reactions between the two groups ($P > 0.05$).

Keywords: Tibetan medicine; Syndrome differentiation classification; Ulcerative colitis; Syndrome score; Inflammatory factor level

引言

溃疡性结肠炎作为一种慢性炎症性疾病，其病变部位主要集中于直肠与结肠的黏膜层及黏膜下层。此病的诱发因素较为多元，涵盖感染因素、免疫机制失调、遗传倾向以及饮食结构不合理等多个方面^[1]。在临床表现上，患者多以腹痛、腹泻、便中带血、排出黏液便等症状为主；病情较为急重者，还可能伴有发热、身体消瘦、贫血等全身性症状。溃疡性结肠炎具有病程漫长、反复发作且难以彻底治愈的特点，这极大地影响了患者的生活质量。长期受疾病困扰的患者，甚至可能出现抑郁、焦虑等精神层面的障碍。目前西医治疗本病以5-氨基水杨酸制剂、糖皮质激素、免疫抑制剂及生物制剂等为主，对于药物疗效不佳或出现严重并发症的患者，可采取外科手术干预。中医治疗本病遵循病证结合原则，以辨证论治为核心，通过补虚泻实、调和脏腑、气血同调等治法，联合内服与外治等多种途径，形成个体化诊疗体系^[2]。临床实践表明，采用中西医结合的方式治疗溃疡性结肠炎，能够更有效地缓解患者的症状，减少治疗过程中出现的不良反应，

延缓病情的进一步发展^[3]。此外，我国少数民族医药在治疗该病方面，也拥有众多独具特色的疗法以及经过实践验证有效的方剂。鉴于此，本研究聚焦于探讨藏医辨证分型方法治疗溃疡性结肠炎的相关内容，具体如下：

1 对象和方法

1.1 对象

本研究选取2024年5月至2025年5月期间在我院接受治疗的75例溃疡性结肠炎患者作为样本。纳入标准：（1）依据《炎症性肠病诊断与治疗的共识意见（2018年·北京）》，患者存在反复发作的腹痛、腹泻症状，伴有黏液便、脓血便等情况，且结肠镜检查呈现黏膜充血、水肿、红斑以及纹理不清晰等表现；（2）患者年龄需达到或超过18岁；（3）患者对本研究的内容充分知晓，并自愿参与其中。排除标准：（1）患者同时合并有其他胃肠道疾病；（2）在参与本研究前的1个月内，患者接受过其他相关治疗；（3）患者处于妊娠期或哺乳期；（4）患者对本研究所使用的药物存在过敏、不耐受情况。按照随机分组方法分为：对照组37例（男

性 20 例，女性 17 例，平均年龄为 47.20 ± 4.14 岁，平均病程为 4.17 ± 0.34 年），研究组 38 例（男性 21 例，女性 17 例，平均年龄为 47.26 ± 4.34 岁，平均病程为 4.63 ± 0.43 年）。对两组研究对象的基线数据开展对比分析，均未呈现出显著的统计学差异 ($P > 0.05$)。

1.2 方法

对照组患者采用常规西药疗法进行治疗。患者需在餐前 1 小时口服美沙拉嗪肠溶片，起始用药剂量设定为每次 1g，每日服用 4 次。治疗期间，每周对患者的临床表现进行全面评估，待患者症状得到缓解后，将用药剂量调整为每次 0.5g，每日服用 3 次。若患者治疗周期超过 2 周，病情仍未出现明显改善，则根据实际情况，在谨慎评估后酌情增加药物剂量。

研究组患者运用藏医辨证分型的方法实施治疗。首先对患者病症类型进行精准辨析。对于寒湿型溃疡性结肠炎患者，给予九味石榴丸进行治疗。九味石榴丸的配方构成如下：150g 石榴、80g 山柰、70g 桂皮、70g 红块糖、60g 胡椒、50g 葶苈、40g 蛇床子、40g 白豆蔻、20g 肉豆蔻、20g 草果。在制备过程中，除红块糖外，将其他药物研磨成粉末，过筛后充分混合搅拌均匀；红块糖加水制成丸剂，待其干燥后即得成品。该药物口服，每日服用 3 次，每次 0.5g。对于气滞型溃疡性结肠炎患者，则给予七味熊胆粉进行治疗。七味熊胆散的配方为：120g 唐古特乌头、100g 香附、100g 马兜铃、100g 羽叶点地梅、50g 波棱瓜子、25g 止泻木子、2g 熊胆。制备时，将所有药材研磨成粉末，过筛后混合搅拌均匀。该药物口服，每日服用 2 次，每次 1g，分别于早、晚饭后服用。

两组患者均连续干预 6 周。

在患者接受疾病治疗的过程中，需明确告知患者做好腹部保暖，日常饮食应以清淡为主，保持规律的作息，减少饮食及作息因素对溃疡性结肠炎病情的不利影响。同时，提醒患者严格遵循用药规范，按时、按量服用药物，以此确保药物能够充分发挥其治疗疾病的效用。

1.3 观察指标

统计分析两组患者在治疗过程中头痛、身体乏力、恶心不适、皮肤过敏等不良反应的发生情况。

对比两组患者治疗前后的证候积分。针对腹泻、腹痛、脓血便以及里急后重等症，依据其严重程度实施评分。各项症状的评分区间设定为 0~7 分，其中，0 分代表无相关症状表现；1~3 分表示症状处于轻度程度，对患者的正常生活不产生明显影响；4~5 分表示症状为中度，会对患者的日常生活造成一定程度的干扰；6~7 分则表示症状严重，致使患者无法正常开展生活活动。

对两组患者的炎症因子水平进行比较，分别于治疗前后采集两组清晨空腹静脉血 2mL，采用半径 5cm、转速

3000r/min 的离心机离心 10min，分离血清后使用酶联免疫吸附法测定白细胞介素-2 (IL-2)、肿瘤坏死因子- α (TNF- α) 及白细胞介素-6 (IL-6) 的表达水平。

1.4 统计学分析

借助 SPSS 26.0 统计软件包对收集的数据进行了全面分析。计量资料以 t 值进行检验并用 $\bar{x} \pm s$ 描述，计数资料以卡方检验并用 % 描述，当 P 值小于 0.05 时，判定该差异在统计学层面具有显著意义。

2 结果

2.1 两组患者的不良反应发生状况对比

两组患者的不良反应发生率无统计学差异 ($P > 0.05$)。相关数据见表 1。

表 1 两组的不良反应发生状况对比[n,(%)]

组别	例数	头痛	身体乏力	恶心不适	皮肤过敏	不良反应发生率
研究组	38	0 (0)	1 (2.63)	1 (2.63)	0 (0)	2 (5.26)
对照组	37	1 (2.70)	0 (0)	2 (5.41)	1 (2.70)	4 (10.81)
χ^2	-	-	-	-	-	0.784
P	-	-	-	-	-	0.376

2.2 两组患者治疗前后的证候积分对比

研究组与对照组治疗前的腹泻症状评分为 (3.89 ± 0.76) 分和 (3.87 ± 0.73) 分， $t=0.116$ ， $P=0.908$ ；研究组与对照组治疗前的腹痛症状评分为 (4.18 ± 0.61) 分和 (4.07 ± 0.77) 分， $t=0.687$ ， $P=0.494$ ；研究组与对照组治疗前的脓血便症状评分为 (5.77 ± 0.56) 分和 (5.75 ± 0.52) 分， $t=0.160$ ， $P=0.873$ ；研究组与对照组治疗前的里急后重症状评分为 (4.42 ± 0.66) 分和 (4.57 ± 0.62) 分， $t=1.014$ ， $P=0.314$ ；研究组与对照组治疗后的腹泻症状评分为 (1.08 ± 0.16) 分和 (1.96 ± 0.22) 分， $t=19.850$ ， $P=0.001$ ；研究组与对照组治疗后的腹痛症状评分为 (0.97 ± 0.15) 分和 (1.69 ± 0.26) 分， $t=13.557$ ， $P=0.001$ ；研究组与对照组治疗后的脓血便症状评分为 (1.49 ± 0.48) 分和 (2.37 ± 0.43) 分， $t=8.355$ ， $P=0.001$ ；研究组与对照组治疗后的里急后重症状评分为 (1.14 ± 0.32) 分和 (2.07 ± 0.62) 分， $t=8.194$ ， $P=0.001$ ；治疗前两组患者的证候积分对比无统计差异 ($P > 0.05$)；治疗后，研究组患者的证候积分均比对照组低，差异均具有统计学意义 ($P < 0.05$)。

2.3 两组患者治疗前后的炎症因子水平对比

研究组与对照组治疗前的 IL-2 为 (25.27 ± 4.16) ng/L 和 (25.73 ± 4.04) ng/L， $t=0.486$ ， $P=0.629$ ；研究组与对照组治疗前的 TNF- α 为 (68.27 ± 13.61) ng/L 和 (67.96 ± 15.03)

ng/L, $t=0.094$, $P=0.926$; 研究组与对照组治疗前的 IL-6 为 (28.77 ± 5.23) ng/L 和 (28.47 ± 5.49) ng/L, $t=0.242$, $P=0.809$; 研究组与对照组治疗后的 IL-2 为 (10.18 ± 2.62) ng/L 和 (18.78 ± 3.99) ng/L, $t=11.062$, $P=0.001$; 研究组与对照组治疗后的 TNF- α 为 (21.34 ± 4.37) ng/L 和 (36.13 ± 5.85) ng/L, $t=12.427$, $P=0.001$; 研究组与对照组治疗后的 IL-6 为 (13.74 ± 3.33) ng/L 和 (21.65 ± 4.77) ng/L, $t=8.346$, $P=0.001$; 治疗前两组患者的炎症因子水平对比无统计学差异 ($P>0.05$); 治疗后, 研究组患者的炎症因子水平均比对照组低, 差异均具有统计学意义 ($P<0.05$)。

3 讨论

藏医药拥有悠久的发展历史, 作为我国特色少数民族医药体系, 其具备鲜明的地域属性。在开展疾病诊疗活动时, 藏医以三因学说、五源学说为理论基石, 对疾病展开辨证分析, 并科学规划相应的治疗方案, 进而为患者实施治疗。在藏医学的理论范畴中, 溃疡性结肠炎被归为“大肠(培根)木布病”。此病症是由于人体三因(“隆”“赤巴”“培根”)失调, 与血、黄水相互混杂而引发的一种综合性病症^[4]。藏医学认为, 饮食失节、情志失调、寒热失衡等因素, 会导致人体胃肠的消化功能受到损害, 食物在大肠内积滞不化, 进而损伤大肠黏膜, 使其溃烂, 最终腐败脱落, 从而引发腹泻、脓血便等症状^[5]。

本研究结果表明, 经治疗后, 研究组患者的腹泻、腹痛、脓血便以及里急后重等证候积分显著低于对照组, 同时研究组的 IL-2、TNF- α 、IL-6 等炎症因子水平也明显低于对照组 ($P<0.05$)。深入分析其内在机制, 藏医通过对患者进行细致的辨证分析, 将其划分为寒湿型、气滞型等多种类型。从病因层面探究, 寒湿之气侵袭人体, 会导致气血运行不畅、凝滞不通, 进而对脾脏和肠胃等脏腑造成损伤, 最终引发寒湿型溃疡性结肠炎^[6]。因此在治疗时, 重点在于祛除湿气、驱散寒邪、使气机通畅, 选用藏药九味石榴丸进行治疗。该药具有止泻、温养胃部、健脾益气的功效, 方中药物配伍可发挥健胃消食、化湿祛浊等作用^[7]。气滞型溃疡性结肠炎, 除了受到湿气的影 响外, 患者大多还伴有热证, 湿热相互交 织, 阻滞气血运行, 从而引发该类型的溃疡性结肠炎。所以,

在治疗气滞型溃疡性结肠炎时, 选用七味熊胆粉, 以发挥祛湿、行气的作用^[8]。通过对不同病证类型实施精准化治疗, 可从根本上改善病机、阻断病情进展, 进而有效减轻患者临床症状, 降低炎症反应水平。本研究结果揭示, 二者在不良反应发生率方面不存在统计学层面的显著差异 ($P>0.05$)。这一结果有力表明, 采用藏医辨证分型的方式开展治疗, 并不会致使药物不良反应的发生概率上升。

综上所述, 针对溃疡性结肠炎患者运用藏医辨证分型疗法展开治疗, 可显著改善患者的临床症状, 优化其体内炎症因子的表达水平, 且具备较高的安全性保障。

【参考文献】

- [1]孙岩,井晓峰,陆莎,等.体质结合辨证分型中医疗法辅助治疗活动期溃疡性结肠炎的效果及对炎症免疫的影响[J].临床误诊误治,2025,38(2):67-71,89.
- [2]杨坤,张然,陈正彦,等.溃疡性结肠炎患者主要中医证型与结肠镜下分型及黏膜微观征象的关系研究[J].哈尔滨医药,2024,44(4):131-133.
- [3]覃靖桑,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.
- [4]刘雪枫,乔婧,高建德,等.党参总皂苷对 TNBS 诱导的大鼠溃疡性结肠炎的保护作用及其机制[J].中国应用生理学杂志,2021,37(4):397-401,406.
- [5]李新蕊,陈海娟,高禹涵,等.藏药翁布对溃疡性结肠炎的作用机制研究[J].天然产物研究与开发,2024,36(2):206-217.
- [6]刘雪枫,乔婧,高建德,等.党参多糖对溃疡性结肠炎大鼠结肠上皮 NF- κ B 信号通路的影响[J].中成药,2021,43(6):1445-1450.
- [7]吴长祥.藏药十五味黑药散联合微波热疗治疗溃疡性结肠炎的效果[J].中国民族医药杂志,2021,27(11):8-9.
- [8]杨少宾.芪芍颗粒联合藏药肠宁丸(散)治疗溃疡性结肠炎的临床观察[J].中国民族医药杂志,2021,27(9):10-11.

作者简介:

拉桑太(1975.02-),男,藏族,青海共和县人,本科,主治医师,研究方向为藏医外治学。