

芍药汤加味结合穴位埋线治疗溃疡性结肠炎 (湿热内蕴型)临床研究

赵建政,王真权,李晶,陆晴,李梓瑜,肖佑*

湖南中医药大学第二附属医院,湖南 长沙 410005

摘要 目的:探讨溃疡性结肠炎(UC)患者应用芍药汤加味结合穴位埋线治疗的临床效果。方法:前瞻性选取 2023 年 4 月—2025 年 4 月湖南中医药大学第二附属医院肛肠科就诊的 120 例湿热内蕴型 UC 患者,使用随机数字表法进行分组,由独立研究者执行分配,尽管干预措施限制了对患者设盲,但内镜结局的评估严格遵循了盲法原则,由不知分组情况的内镜医师完成,对照组(脱落 0 例,最终纳入 60 例)给予西药+穴位埋线治疗,联合组(脱落 0 例,最终纳入 60 例)在此基础上联合芍药汤加味治疗。疗程均为 6 周。比较两组治疗前后中医症状评分和溃疡性结肠炎内镜下严重程度指数(UCEIS)评分的变化,检测 Th17/Treg 细胞平衡相关指标[IL-22、IL-21、IL-10、转化生长因子- β (TGF- β)]表达水平,并评价治疗前后两组的临床疗效和安全性。结果:在治疗 6 周后,联合组临床总有效率为 95.00%(57/60)高于对照组的 83.33%(50/60),差异有统计学意义($P < 0.05$)。治疗后,两组患者的 UCEIS 评分、中医症状评分、IL-22、IL-21 均较治疗前明显降低($P < 0.05$),且联合组低于对照组($P < 0.05$);两组的 IL-10、TGF- β 均较治疗前明显提高($P < 0.05$),且联合组高于对照组($P < 0.05$)。两组患者经治疗后未见明显不良反应。结论:芍药汤加味联合穴位埋线可有效改善 UC 患者的症状及疗效,并能降低 UCEIS 评分,还能通过调控 Th17/Treg 细胞平衡相关指标的表达水平,减轻炎症反应,且具备良好的安全性。

关键词 溃疡性结肠炎;芍药汤;穴位埋线;湿热内蕴;内镜下严重程度指数

中图分类号: R256.34

文献标识码: A

文章编号: 1002-2392(2026)07-0067-05

DOI: 10.19664/j.cnki.1002-2392.260143

溃疡性结肠炎(Ulcerative colitis, UC)是一种非特异性炎症性肠病,临床上表现为腹痛、反复腹泻、黏液脓血便等,对患者生活质量造成了严重影响^[1]。近年来,随着人们生活方式及饮食结构改变,导致 UC 疾病的发病率呈逐渐上升趋势,如今已成为了肛肠科重点防治疾病之一^[2]。

在 UC 的现代医学治疗体系中,氨基水杨酸制剂、糖皮质激素及免疫抑制剂等构成了主流方案。然而,临床实践表明,部分患者对传统药物治疗反应不佳,或出现激素依赖、抵抗等现象;长期应用免疫抑制剂则可能伴随感染、肝肾功能损害等潜在风险^[3]。尽管生物制剂为中重度患者提供了新的选择,但其高昂的费用

及部分患者的失应答问题,亦限制了其广泛应用。因此,当前 UC 的治疗仍面临缓解率不足、病情易复发、长期用药安全性风险等多重挑战,探索更为安全、有效且能促进黏膜愈合的联合治疗方案显得尤为迫切。在这一背景下,中医药在 UC 的综合治疗中展现出独特的整体调节与多靶点干预优势。中医认为 UC 活动期核心病机多为湿热蕴结、气血失调,治宜清热化湿、调气行血^[4]。芍药汤作为中医经典名方,方中黄芩、黄连清热燥湿,当归、白芍调和营血,木香、槟榔行气导滞,契合 UC 活动期之核心病机,为临床常用基础方^[5]。此外,穴位埋线作为传统针灸的延伸疗法,通过对穴位产生持续而温和的物理与生化刺激,发挥调节胃肠功能、改善局部微循环、促进结肠黏膜修复的作用,具备疗效维持时间长、操作简便等优点^[6]。目前,虽有部分研究探讨了中药或针灸在 UC 治疗中的应用,但将经方芍药汤加味与穴位埋线相结合,并聚焦于内镜下黏膜严重程度指数这一客观、精准疗效指标的高质量研究仍较为缺乏。因此,本研究旨在系统观察

收稿日期:2025-07-31 修回日期:2026-03-26

基金项目:湖南省自然科学基金项目(2025JJ50698)

作者简介:赵建政(1995-),男,硕士,主治医师,主要从事肛门结直肠外科研究。

*通信作者:肖佑(1985-),男,硕士,副主任医师,主要从事肛门结直肠外科研究。

芍药汤加味结合穴位埋线对 UC 患者内镜下严重程度的影响,以期为该病的中西医结合治疗提供更可靠的临床证据。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取湖南中医药大学第二附属医院 2023 年

表 1 两组湿热内蕴型 UC 患者一般资料对比

组别	例数	年龄($\bar{x} \pm s$)/岁	性别/例		UCEIS 评分($\bar{x} \pm s$)/分	疾病严重程度分级/例		病程($\bar{x} \pm s$)/年
			男	女		轻度	中度	
对照组	60	42.61 $\pm$ 7.28	33	27	3.88 $\pm$ 0.62	41	19	2.16 $\pm$ 0.63
联合组	60	42.59 $\pm$ 7.16	35	25	3.84 $\pm$ 0.59	39	21	2.19 $\pm$ 0.54

1.2 诊断标准

1.2.1 西医诊断标准

符合文献^[7]中关于 UC 的诊断标准,持续或反复(≥ 4 周)发作腹泻、黏液脓血便及腹痛等典型症状,结肠镜检查是确诊金标准,典型表现为连续性、弥漫性黏膜炎症,从直肠开始向上延伸,内镜下可见黏膜血管纹理模糊、充血水肿、糜烂或溃疡。

1.2.2 中医辨证标准

参考文献^[8]拟定中医辨证标准。主症:腹泻、腹痛、便脓血、肛门灼热。次症:身热不扬、口苦口干。舌脉:舌质红,苔黄腻;脉滑数。以上满足主症 3 项、次症 1 项及以上,并结合舌脉,可辨证为湿热内蕴型。

1.3 纳入标准

①符合 UC 的西医诊断标准,中医辨证为湿热内蕴型;②溃疡性结肠炎内镜下严重程度指数(UCEIS)^[9] ≤ 6 分;③疾病严重程度分级为轻度至中度;④年龄 >18 岁;⑤患者同意参与本研究。

1.4 排除标准

①对本研究药物过敏者;②精神状态异常者;③合并恶性肿瘤者;④既往有胃肠道手术史者;⑤肝、肾等器官功能障碍者;⑥近 2 周采取治疗者;⑦感染性结肠炎患者;⑧合并血液系统及免疫系统疾病者;⑨妊娠期及哺乳期妇女;⑩合并狭窄、肠梗阻等严重并发症者。

1.5 治疗方法

1.5.1 对照组

予以常规西药治疗,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;0.25 g)1 g/次,口服治疗,每日 3 次。在研究期间,除非出现无法耐受的不良反应,否则维持该固定剂量,连续治疗 6 周。予以穴位埋线治疗,选取足三里、关元及脾俞,操作时患者取仰卧位,常规皮肤消毒后,术者规范执行手卫生并佩戴无菌手套,采用无菌操作技术,将 2 cm 长的铬制羊肠线置入一次性埋线针前端,以 30 ~

4 月—2025 年 4 月接受诊治的湿热内蕴型 UC 患者 120 例,使用随机数字表法分为对照组和联合组,每组 60 例,两组一般资料比较,差异无统计学意义,具有可比性($P>0.05$)。见表 1。本研究经湖南中医药大学第二附属医院伦理委员会批准(2023 - KY - 010)。

45°角斜刺进针,得气后行提插捻转手法以增强针感,随后保持针芯位置固定,缓慢退出针管,使羊肠线准确留置在穴位组织内。术毕以无菌棉球覆盖针孔,胶布固定。治疗期间每周操作 1 次,再次埋线时需在原进针点旁开 1 mm 左右处施术,该操作需严格遵循无菌操作,通过改变进针点可避免局部组织重复损伤。连续治疗 6 周。

1.5.2 联合组

在对照组基础上联合芍药汤加味治疗,基础组方:黄芩 9 g,黄连 6 g,白芍 15 g,当归 9 g,木香 6 g,槟榔 6 g,大黄 3 ~ 6 g(后下),甘草 6 g。针对湿热蕴盛证,加败酱草 15 g,地榆炭 12 g 以增强解毒凉血作用;若便血明显,加三七粉 3 g(冲服),白及 9 g 以化瘀止血;黏液较多者加苍术 9 g,薏苡仁 30 g 健脾化湿。每日 1 剂,水煎取汁 300 mL,分早晚两次温服。连续治疗 6 周。

1.6 观察指标及疗效判定标准

1.6.1 中医症状评分及疗效判定标准

在治疗前后,参照文献^[8],患者的腹泻、腹痛、便脓血、肛门灼热作为主症,以 0 ~ 6 分作为评分;身热不扬、口苦口干、小便短黄作为次症,以 0 ~ 3 分作为评分,对治疗前后的主症、次症以及总分进行计算,总分为 33 分。

疗效判定标准参照文献^[10]制定。显效:临床症状完全缓解,UCEIS 评分 ≤ 1 分;有效:临床症状明显改善,UCEIS 评分下降 ≥ 2 分;无效:临床症状无改善或加重,UCEIS 无下降或加重。总有效率=(显效例数+有效例数)/总例数 $\times 100\%$ 。

1.6.2 内镜下严重程度指数

在治疗前后,采用 UCEIS 进行评估,包含血管纹理(0 分:正常;1 分:血管模糊或部分消失;2 分:血管完全消失)、出血(0 分:无出血;1 分:黏膜点状出血;2 分:自发性出血或擦拭后出血;3 分:溃疡伴大量出血)、糜烂/溃疡(0 分:无;1 分:糜烂 ≤ 5 mm;2 分:浅

溃疡 > 5 mm; 3 分: 深溃疡或广泛坏死性溃疡) 3 个维度, 总分为 8 分, 评分越高则表明内镜下炎症越严重。

1.6.3 Th17/Treg 细胞平衡相关指标

在治疗前后抽取患者空腹静脉血 3 mL, 离心处理后取血清采用酶联免疫吸附法检测 IL-21、IL-22、转化生长因子-β (TGF-β)、IL-10 水平。

1.6.4 安全性观察

统计患者治疗期间发生的不良反应情况, 每间隔 2 周复查血常规及肝肾功能, 监测有无不适症状。

1.7 统计学方法

采用 SPSS27.0 统计学软件处理数据, 计量资料符合正态分布用 ($\bar{x} \pm s$) 表示, 组间、组内比较分别用独立样本 *t* 检验、配对样本 *t* 检验; 如计量资料不符合正态分布, 采用中位数和四分位数 [$M(P_{25}, P_{75})$] 来表示, 用 Mann-Whitney *U* 检验; 计数资料用例 (%) 表示, 并用 χ^2 检验; $P < 0.05$ 为差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 临床疗效

治疗后, 联合组总有效率为 95.00%, 高于对照组的 83.33% ($\chi^2 = 4.227, P < 0.05$)。见表 2。

表 2 两组湿热内蕴型 UC 患者临床疗效对比 (例)

组别	例数	显效	有效	无效	总有效率/%
对照组	60	19	31	10	83.33
联合组	60	32	25	3	95.00 [#]

注: 与对照组比较, [#] $P < 0.05$ 。

2.2 中医症状评分

治疗前两组中医症状评分比较无明显差异 ($P > 0.05$), 治疗后联合组的中医症状评分明显低于对照组

表 5 两组湿热内蕴型 UC 患者 Th17/Treg 细胞平衡相关指标对比 ($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	时间	IL-21/(ng/mL)	IL-22/(ng/mL)	TGF-β/(μg/L)	IL-10/(ng/L)
对照组	60	治疗前	42.68 ± 8.16	39.93 ± 7.22	35.69 ± 5.74	16.79 ± 2.52
		治疗后	29.41 ± 3.82 [*]	28.62 ± 4.13 [*]	49.53 ± 6.28 [*]	43.94 ± 4.62 [*]
联合组	60	治疗前	42.95 ± 8.72	39.16 ± 7.05	35.41 ± 5.16	16.63 ± 2.58
		治疗后	23.61 ± 3.19 ^{**}	22.86 ± 4.61 ^{**}	54.94 ± 6.19 ^{**}	48.15 ± 5.48 ^{**}

注: 与本组治疗前比较, ^{*} $P < 0.05$; 与对照组治疗后比较, [#] $P < 0.05$ 。

2.5 安全性结果

治疗过程中, 两组患者均未出现严重不良反应, 且血常规检查结果、肝肾功能检查结果未发现明显异常, 表明本研究临床用药较为安全。

3 讨论

UC 是一种病因尚未明确的结肠、直肠慢性疾病, 病变多局限于大肠及黏膜下层, 病程较长, 且容易反复发作^[11]。中医认为 UC 属“肠癖”“痢疾”等范畴, 其病

($P < 0.05$)。见表 3。

表 3 两组湿热内蕴型 UC 患者中医症状评分对比 ($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	例数	时间	主症评分	次症评分	总分
对照组	60	治疗前	16.82 ± 3.68	5.86 ± 1.08	22.68 ± 3.79
		治疗后	12.08 ± 2.14 [*]	4.31 ± 0.95 [*]	16.39 ± 2.35 [*]
联合组	60	治疗前	16.67 ± 3.53	5.95 ± 1.06	22.62 ± 3.95
		治疗后	8.39 ± 1.77 ^{**}	3.22 ± 0.69 ^{**}	11.61 ± 1.86 ^{**}

注: 与本组治疗前比较, ^{*} $P < 0.05$; 与对照组治疗后比较, [#] $P < 0.05$ 。

2.3 内镜下严重程度指数

治疗前两组间 UCEIS 评分无显著差异 ($P > 0.05$), 治疗后联合组的 UCEIS 评分低于对照组 ($P < 0.05$)。见表 4。

表 4 两组湿热内蕴型 UC 患者内镜下严重程度指数对比 ($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	例数	时间	血管纹理	出血	糜烂/溃疡
对照组	60	治疗前	1.42 ± 0.36	1.29 ± 0.42	1.17 ± 0.32
		治疗后	0.82 ± 0.29 [*]	0.76 ± 0.17 [*]	0.86 ± 0.17 [*]
联合组	60	治疗前	1.48 ± 0.32	1.25 ± 0.39	1.11 ± 0.33
		治疗后	0.33 ± 0.08 ^{**}	0.35 ± 0.09 ^{**}	0.42 ± 0.11 ^{**}

注: 与本组治疗前比较, ^{*} $P < 0.05$; 与对照组治疗后比较, [#] $P < 0.05$ 。

2.4 Th17/Treg 细胞平衡相关指标

治疗前两组 Th17/Treg 细胞平衡相关指标无明显差异 ($P > 0.05$), 观察组治疗后的 IL-21、IL-22 低于对照组 ($P < 0.05$), TGF-β、IL-10 高于对照组 ($P < 0.05$)。见表 5。

机主要责之于脾胃虚弱为本, 湿热内蕴、气滞血瘀为标^[12]。湿热内蕴型 UC 多表现为腹痛、里急后重、便下脓血, 病因多由饮食不节、情志失调、外感湿热或劳倦内伤所致, 导致湿热毒邪壅滞肠腑, 气血壅滞, 化腐成疡^[13]。可见, 先天禀赋不强、后天脾胃虚弱为 UC 发病的基本病机, 且病位在于肠, 与脾、胃两脏功能失调密切相关。故在治疗时应当遵循“急则治标”原则, 应当以清热化湿、凉血解毒为主。中医药治疗注重

“调气行血”以促进黏膜修复,内治法如芍药汤加味口服,外治法如穴位埋线,可通过局部与整体调节相结合增强疗效,通过多靶点调控实现抗炎、调节免疫等综合作用。

本研究结果显示,联合组患者治疗后的临床疗效高于对照组,且主症、次症以及总评分均低于对照组,这说明芍药汤加味治疗在联合穴位埋线治疗时可进一步提高 UC 患者的治疗效果,改善其腹泻、腹痛、便脓血等临床症状。分析原因,芍药汤加味以黄芩、黄连为君药,黄芩长于清上焦湿热,黄连专泻中焦火毒,可协同发挥清热燥湿、解毒止痢的作用;白芍为臣,酸甘敛阴,养血柔肝,既缓急止痛,又防君臣药苦寒伤阴;木香、槟榔、当归为佐,其中木香、槟榔行气导滞,治“里急后重”,当归活血和血,针对便下脓血,共奏调气和血之效;甘草为使,当归活血和血,助黄芩黄连凉血不留瘀,甘草调和诸药,缓和大黄泻下之峻烈。加味药物中,败酱草增强清热解毒之功,地榆炭专入血分凉血止血。全方遵循“清热不碍湿,燥湿不伤阴,行气不耗气”的原则,通过君药清湿热、臣药调气血、佐药畅气机、使药和阴阳,实现“清热化湿-调气行血-解毒生肌”的协同效应^[14]。穴位埋线通过持续刺激患者经络,且治疗过程中以足三里作为主穴,并配以关元穴、脾俞穴,起到祛湿散寒、调理脾胃的作用,这对于 UC 有显著的效果^[15]。以上联合治疗实现了机体的全面调控,符合中医理论“标本兼治”的原则,清热化湿以治标,埋线健脾益气以固本,二者协同可显著改善中医证候评分,且通过改善患者症状使得临床疗效更具优势。

内镜检查是 UC 的重要诊断手段,其能直接观察患者病情严重程度。D'Amico 等^[16]研究中证实,内镜下黏膜表现是 UC 病理特征的核心,主要表现为连续性、弥漫性的黏膜炎症改变,具体特征包括血管纹理异常、糜烂与溃疡、自发性出血等。UC 患者的内镜下严重程度可通过 UCEIS 量化评估,本研究结果发现,联合组患者的 UCEIS 评分低于对照组。分析原因,芍药汤中黄芩苷、黄连素等活性成分通过直接抑制 NF- κ B 等炎症信号通路,快速降低肠黏膜中促炎因子表达,从而对 UCEIS 评分中“出血”“糜烂/溃疡”指标改善尤为显著^[17]。穴位埋线通过持续刺激调节机体迷走神经活性,从全身免疫调控角度协同刺激黏膜血管纹理恢复^[18]。联合治疗中,芍药汤从化学层面直接清除肠道湿热毒邪,而埋线通过物理刺激可维持机体长期免疫稳态,两者协同的干预策略完美契合了 UC 黏膜愈合的病理需求,由此可显著降低 UCEIS 评分。

Th17/Treg 细胞稳态可作为重要的免疫机制指标,有研究中证实,UC 患者常存在 Th17 细胞过度活化和 Treg 细胞功能抑制的情况,导致黏膜炎症持续,免疫稳态不佳^[19]。IL-21 可促进 Th17 分化;IL-22 在高表达时可发生促炎反应;TGF- β 可诱导 Treg 分化,以此抑制炎症;且 IL-10 是关键的抗炎因子。本研究结果显示,联合组患者的 IL-21 和 IL-22 水平明显低于对照组,IL-10 和 TGF- β 则明显高于对照组。分析原因,芍药汤中的黄芩苷成分可显著抑制肠道炎症反应,降低促炎因子 IL-6、TNF- α 的表达;同时黄连素成分则能抑制 Th17 细胞分化,协同黄芩苷促进黏膜屏障修复,其中黄芩长于清上焦湿热,黄连专攻下焦湿热,其共同针对 UC“湿热内蕴”,通过降低 IL-22/IL-23 等炎症因子水平,上调 TGF- β /IL-10 等抗炎因子表达,实现 Th17/Treg 免疫平衡的双向调节^[20]。同时,穴位埋线通过持续刺激足三里,可调节 TGF- β /Smad 通路,且刺激脾俞后能进一步增强 IL-10 分泌,在系统层面构建免疫耐受微环境。在这种联合疗法的双时相调节模式中,能更有效地帮助 UC 患者重建 Th17/Treg 免疫平衡。同时在安全性的观察中,发现两组中均未有发生严重不良反应的患者,说明该联合治疗方法较为安全。

综上,芍药汤加味联合穴位埋线治疗湿热内蕴型 UC 患者可明显改善其中医症状、内镜下疾病严重程度,还可调节 Th17/Treg 免疫平衡,具有显著的临床疗效,且安全性高,未出现明显不良反应。

参考文献:

- [1] WANGCHUK P, YESHI K, LOUKAS A. Ulcerative colitis: clinical biomarkers, therapeutic targets, and emerging treatments[J]. Trends Pharmacol Sci, 2024, 45(10): 892-903.
- [2] SUN Y, ZHANG Z, ZHENG C Q, et al. Mucosal lesions of the upper gastrointestinal tract in patients with ulcerative colitis: a review[J]. World J Gastroenterol, 2021, 27(22): 2963-2978.
- [3] 耿晶, 曹瑜. 肠胃康颗粒联合美沙拉嗪肠溶片治疗大肠湿热型溃疡性结肠炎的效果[J]. 现代消化及介入诊疗, 2022, 27(8): 992-995.
- [4] 龙鑫月, 弓艳霞, 唐艳萍. 葛根芩连汤加减联合美沙拉嗪治疗大肠湿热型溃疡性结肠炎临床效果及其对肠道菌群、免疫功能和炎症水平的调节[J]. 中华中医药学刊, 2024, 42(1): 118-121.
- [5] 李素英, 郑凯, 刘金狄, 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.
- [6] 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.
- [7] 中国中西医结合学会消化系统疾病专业委员会. 溃疡性结肠炎中西医结合诊疗共识意见(2017 年)[J]. 中国中西医结合消化杂志, 2018, 26(2): 105-111, 120.
- [8] 李乾构, 周学文, 单兆伟. 实用中医消化病学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2001: 446-462.

- [9] 杨黄欢,邓中民,危贵君,等. 结肠镜联合内镜超声对溃疡性结肠炎疾病严重程度的评估价值研究[J]. 浙江医学,2023,45(5):498-503,后插3.
- [10] 郑筱萸. 中药新药临床研究指导原则(试行)[M]. 北京:中国医药科技出版社,2002:129-130.
- [11] LONG D, MAO C H, HUANG Y T, et al. Ferroptosis in ulcerative colitis: Potential mechanisms and promising therapeutic targets [J]. Biomed Pharmacother, 2024, 175: 116722.
- [12] 林子栋,席作武,刘洪波. SIRT1 在复方苦参汤抑制溃疡性结肠炎小鼠氧化损伤和炎性反应中的作用[J]. 中成药,2023,45(2):415-422.
- [13] 黄蓓,孙兴伟,胡志飞,等. 膈下逐瘀汤导 TLR4/NF- κ B 信号通路对溃疡性结肠炎的干预作用及对肠黏膜屏障的影响[J]. 中国医师杂志,2025,27(2):220-224.
- [14] 张晓宇,陈爱霞,刘晓晓. 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.
- [15] 谢超群,陈凯,孙豪娴,等. 穴位埋线调控 NOD 样受体热蛋白结构域 3/半胱氨酸蛋白酶-1 信号通路抗溃疡性结肠炎损伤的机制研究[J]. 针刺研究,2023,48(7):625-634.
- [16] D'AMICO F, MAGRO F, DIGNASS A, et al. Practical management of mild to moderate ulcerative colitis: an international expert consensus [J]. Expert Rev Gastroenterol Hepatol, 2024, 18(8):421-430.
- [17] 楼伟,王伟东,曹生辉. 芍药汤加减治疗溃疡性结肠炎效果及对 YKL-40、IL-17 变化的研究[J]. 中华中医药学刊,2022,40(1):19-21.
- [18] 程怡佳,黄玲. 安肠消溃穴位埋线法联合美沙拉秦治疗肾脾阳虚型溃疡性结肠炎患者的疗效及对其血清炎症因子、免疫功能的影响[J]. 世界中西医结合杂志,2024,19(3):586-590,595.
- [19] LIU X M, ZHOU M X, DAI Z Z, et al. Salidroside alleviates ulcerative colitis via inhibiting macrophage pyroptosis and repairing the dysbacteriosis-associated Th17/Treg imbalance [J]. Phytother Res, 2023, 37(2):367-382.
- [20] 高亚,曹晖,宾东华,等. 芍药汤治疗湿热内蕴型溃疡性结肠炎疗效及对患者炎症因子和 T 淋巴细胞亚群的影响[J]. 陕西中医,2024,45(10):1336-1339,1344.

Effect of Modified Shaoyao Decoction Combined with Acupoint Catgut Embedding on the Endoscopic Severity Index of Ulcerative Colitis

ZHAO Jianzheng, WANG Zhenquan, LI Jing, LU Qing, LI Ziyu, XIAO You

The Second Affiliated Hospital of Hunan University of Chinese Medicine, Changsha 410005, China

Abstract Objective: To explore the clinical effect of modified Shaoyao Decoction combined with acupoint embedding in the treatment of patients with ulcerative colitis (UC). Methods: A total of 120 patients with internal damp-heat type UC who visited the Department of Anorectal Diseases of the Second Affiliated Hospital of Hunan University of Chinese Medicine from April 2023 to April 2025 were prospectively selected. They were grouped using the random number table method and assigned by independent researchers. Although the intervention measures limited the blinding of patients, the assessment of endoscopic outcomes strictly followed the blinding principle. The treatment was carried out by endoscopists who were unaware of the grouping situation. The control group (with 0 cases dropped out and 60 cases ultimately included) was given Western medicine and acupoint embedding treatment, while the combined group (with 0 cases dropped out and 60 cases ultimately included) was treated with modified Shaoyao Decoction on this basis. The treatment courses are all 6 weeks. The changes of TCM symptoms scores and ulcerative colitis endoscopic index of severity (UCEIS) before and after treatment were compared between groups. The expression levels of Th17/Treg cell balance-related indicators [IL-22, IL-21, IL-10, transforming growth factor- β (TGF- β)] were detected, and the clinical efficacy and safety of the two groups before and after treatment were evaluated. Results: After 6 weeks of treatment, the total clinical effective rate in the combined group was 95.00% (57/60), which was much higher than 83.33% (50/60) in the control group ($\chi^2=4.227$, $P<0.05$). The UCEIS scores, TCM symptoms scores and levels of IL-22 and IL-21 in the two groups after treatment were significantly reduced compared with those before treatment ($P<0.05$), and the above scores and levels were lower in the combined group than those in the control group ($P<0.05$). The levels of IL-10 and TGF- β were significantly enhanced in the two groups compared to before treatment ($P<0.05$), and the combined group had higher levels ($P<0.05$). There were no obvious adverse reactions in the two groups after treatment. Conclusion: The modified Shaoyao Decoction combined with acupoint embedding thread can effectively improve the symptoms and therapeutic effect of UC patients, and can reduce the UCEIS scores. Additionally, it can also reduce the inflammatory response by regulating the expression levels of Th17/Treg cell balance-related indicators, with good safety.

Key words Ulcerative colitis; Shaoyao Decoction; Acupoint catgut embedding; Internal damp-heat type; Endoscopic severity index