

# 溃疡性结肠炎的临床诊断与规范化治疗进展

卢君

湖北省宜昌市夷陵区小溪塔社区卫生服务中心（社区医院），中国·湖北 宜昌 443100

**摘要：**溃疡性结肠炎是一种病因尚未完全明确的慢性非特异性炎症性肠病，以结肠黏膜连续性、弥漫性炎症及溃疡形成为主要病理特点，临床表现以反复腹泻、黏液脓血便、腹痛、里急后重为核心症状。本病病程迁延、易反复发作，严重影响患者生活质量，且长期患病存在癌变风险。近年来，随着内镜技术、生物制剂及个体化治疗理念的发展，溃疡性结肠炎的诊断与治疗水平不断提高。本文结合国内外最新指南与临床研究，对溃疡性结肠炎的病因、临床表现、诊断要点、鉴别诊断及规范化治疗方案进行综述，为临床诊疗提供参考。

**关键词：**溃疡性结肠炎；炎症性肠病；结肠镜检查；规范化治疗；黏膜愈合

## Clinical Diagnosis and Standardized Treatment Progress of Ulcerative Colitis

Lu Jun

Xiaoxita Community Health Service Center (Community Hospital), Yiling District, Yichang City, Hubei Province, China  
Hubei Yichang 443100

**Abstract:** Ulcerative colitis is a chronic nonspecific inflammatory bowel disease with an incompletely understood etiology, characterized primarily by continuous and diffuse inflammation of the colonic mucosa and ulcer formation. The core clinical manifestations include recurrent diarrhea, mucopurulent bloody stools, abdominal pain, and tenesmus. This disease is protracted and prone to relapse, significantly impairing patients' quality of life, and carries a long-term risk of malignant transformation. In recent years, advancements in endoscopic techniques, biologic agents, and personalized treatment concepts have continuously improved the diagnosis and management of ulcerative colitis. This article reviews the etiology, clinical manifestations, diagnostic criteria, differential diagnosis, and standardized treatment protocols of ulcerative colitis based on the latest domestic and international guidelines and clinical research, providing a reference for clinical practice.

**Keywords:** Ulcerative colitis; Inflammatory bowel disease; Colonoscopy; Standardized treatment; Mucosal healing

## 0 引言

溃疡性结肠炎属于炎症性肠病的主要类型之一，病变多累及直肠和结肠，以黏膜及黏膜下层慢性炎症为特征。该病可发生于任何年龄，以青壮年多见，发病率在全球范围内呈逐年上升趋势。由于病因复杂、临床表现多样、缺乏特异性诊断指标，临床上易与感染性肠炎、克罗恩病、缺血性肠病等混淆。当前全球溃疡性结肠炎（UC）的患病率持续上升，截至 2023 年估计约为 500 万例，这反映了全球范围内 UC 负担的增加及其对公共健康的挑战。在中国等新兴工业化国家，由于生活方式、西方饮食模式普及等因素，其发病率近年增长尤为显著。根据 2023 年发布的《中国溃疡性结肠炎诊治指南》，我国 UC 的患病率约为 11.6/10 万，且呈逐年上升趋势。城市化进程、饮食结构西化以及抗生素的广泛使用被认为是推动这一趋势的主要因素。此外，UC 的误诊率仍较高，尤其在基层医疗机构，早期诊断率不足 30%，导致部分患者错过最佳治疗窗

口。同时该病治疗周期长、易复发，部分患者会出现严重并发症。因此早期、准确诊断与规范化、个体化治疗，是改善患者预后、提高生活质量的关键。

## 1 病因与发病机制

溃疡性结肠炎的病因尚未完全阐明，目前认为是由遗传、环境、肠道菌群、免疫紊乱等多因素共同作用导致。UC 的发病涉及肠道屏障损伤、免疫失衡及肠道菌群改变等多重机制。最新研究表明遗传易感基因与微生态失调之间具有交互作用，可能共同驱动肠黏膜慢性炎症。相关临床生物标志物的识别也为更精准的机制探索提供了新靶点。近年来的研究发现，溃疡性结肠炎患者的肠道菌群呈现出明显的失调，尤其是有益菌（如乳酸菌、双歧杆菌）减少，而致病菌（如变形杆菌、拟杆菌）数量增多。这种不平衡可能是导致肠道黏膜屏障功能受损、免疫反应失控的重要因素。例如在一项针对溃疡性结肠炎患者的微生物组分析研究中，发现患者的肠道内双歧杆菌数量显著低于健康对

对照组，而与炎症程度呈正相关。

### 1.1 免疫功能紊乱

肠道黏膜免疫系统异常激活，促炎细胞因子大量释放，导致肠黏膜屏障受损、炎症持续存在，是本病发生发展的核心环节。

### 1.2 肠道菌群失调

患者肠道内有益菌减少、致病菌增多，菌群结构紊乱可诱发并加重黏膜炎症。

### 1.3 遗传易感性

本病具有明显家族聚集倾向，多个基因位点与炎症性肠病发病相关。近年来，多组学技术的发展揭示了 UC 发病中宿主 - 微生物相互作用的复杂性。研究发现，UC 患者肠道中短链脂肪酸（尤其是丁酸）水平显著下降，丁酸作为肠上皮细胞的主要能量来源，其缺乏可导致肠屏障功能受损。此外，外泌体和非编码 RNA 在免疫调控中的作用也逐渐受到关注，可能成为未来诊断与治疗的新靶点。

### 1.4 环境与诱发因素

高糖高脂饮食、精神压力过大、熬夜、吸烟、非甾体抗炎药使用、肠道感染等，均可诱发或加重病情。

## 2 临床表现

### 2.1 消化道症状

#### 2.1.1 腹泻与黏液脓血便

为本病最典型症状，几乎见于所有活动期患者。腹泻特点为持续性或反复发作，轻者每日排便 2-3 次，重者可达 10-20 次以上，甚至出现夜间腹泻，严重影响睡眠。粪便性状多为糊状或水样便，典型者混有黏液、脓血，有时呈鲜血便。便血程度与黏膜炎症严重程度正相关：轻度活动期多为黏液带血丝；中重度活动期可见肉眼血便或大量鲜血，甚至出现失血性贫血。临床常用 Mayo 评分中的便血亚项进行量化评估。需注意与感染性肠炎、痔疮出血等鉴别。

#### 2.1.2 腹痛

腹痛是 UC 活动期常见症状，多呈阵发性、痉挛性隐痛或绞痛。疼痛部位以左下腹或下腹最为多见，与病变累及左半结肠相关；部分全结肠炎患者可表现为弥漫性腹痛。典型腹痛特征为“疼痛—便意—便后缓解”，即腹痛发作时患者急欲排便，排便后疼痛可暂时缓解。这种模式有助于与克罗恩病、肠易激综合征等功能性肠病鉴别。腹痛程度可反映炎症活动度，重度患者可出现持续性剧烈疼痛，需警惕中毒性巨结肠等并发症。

#### 2.1.3 里急后重

为直肠受累的重要标志，多见于溃疡性直肠炎或左半

结肠炎患者。表现为排便不尽感、肛门坠胀感、频繁如厕但排便量少，甚至仅排出少量黏液脓血而无粪便。严重者每日如厕次数可达 30 次以上，严重影响生活质量。里急后重的病理基础是直肠黏膜充血水肿、感觉阈值降低，导致直肠对粪便刺激过度敏感。临床上可通过内镜下的黏膜炎症评分及直肠测压进行客观评估。

#### 2.1.4 其他症状

除上述核心症状外，UC 患者常伴有以下消化道表现：

**腹胀与腹部不适：**多因肠道积气、肠道蠕动功能紊乱所致，尤其在病变累及范围较广者中常见。

**食欲减退与恶心：**与炎症因子（如 TNF- $\alpha$ 、IL-6）释放有关，严重时可导致营养不良。

**呕吐：**多见于急性重度 UC，可能提示肠梗阻、中毒性巨结肠或电解质紊乱。

**便秘：**部分左半结肠炎或直肠炎患者可出现便秘与腹泻交替，甚至表现为排便困难、粪块嵌顿，需与功能性便秘鉴别。

### 2.2 全身症状

轻度患者可能仅表现为间歇性腹泻和轻度腹痛，中重度活动期患者可出现低热、乏力、体重下降、贫血、低蛋白血症、水电解质紊乱。而重度患者则可能出现持续性腹泻、黏液脓血便、严重体重下降及贫血症状。通过不同临床表型的分类，可以帮助医生更好地评估病情并做出适当的治疗决策。

根据 Montreal 分型，UC 可根据病变范围分为：直肠型（E1）、左半结肠型（E2）和广泛结肠型（E3）。不同分型的治疗策略与预后存在显著差异。例如，E1 型患者以局部治疗为主，而 E3 型患者需系统治疗，且癌变风险更高，应加强随访。此外，急性重度溃疡性结肠炎是 UC 的危重亚型，病死率约为 1%-2%，需早期识别并积极干预。

### 2.3 肠外表现

对于肠外表现，特别是在关节、肝胆和眼部症状的描述可以进一步丰富。可提供数据支持：约有 20%-30% 的溃疡性结肠炎患者在疾病活动期出现关节症状。部分患者可出现关节疼痛、结节性红斑、口腔溃疡、眼部炎症、肝胆系统损伤等肠外表现。

## 3 辅助检查

### 3.1 实验室检查

**血常规：**可提示贫血、白细胞升高。

**炎症指标：**血沉、C 反应蛋白升高，提示疾病处于活动期。

粪便检查：可见红细胞、白细胞，粪便钙卫蛋白可作为黏膜炎症及愈合情况的重要参考。除钙卫蛋白外，粪便乳铁蛋白、血清学标志物（如 ANCA、ASCA）也在 UC 诊断与鉴别中具有一定价值。其中，p-ANCA 阳性在 UC 中更为常见，敏感性约为 60%–70%，有助于与克罗恩病鉴别。此外，肠道超声因其无创、可重复性强，逐渐被用于评估肠壁厚度与炎症活动，尤其适用于儿童、孕妇及拒绝内镜检查者。

病原学检查：用于排除细菌、阿米巴、血吸虫等感染性病因。

### 3.2 内镜检查

结肠镜是诊断溃疡性结肠炎的金标准。

典型表现：

病变呈连续性、弥漫性分布；

黏膜充血水肿、质脆、易出血；

可见糜烂、浅小溃疡；

病程较长者可见假性息肉、黏膜桥、结肠袋消失、肠管缩短。

### 3.3 病理组织学检查

活动期：黏膜及黏膜下层大量炎性细胞浸润、隐窝炎、隐窝脓肿。

缓解期：隐窝结构紊乱、腺体萎缩、杯状细胞减少。

### 3.4 影像学检查

近几年，影像学技术（如 MRI 与 CT）的进展使得我们能够在无创情况下评估肠道壁厚度、病变范围及肠道并发症，尤其是在非典型病例中，帮助早期诊断和差异化诊断。例如 MRI 在评估肠壁的水肿、炎症及结肠收缩方面展现出了比传统内镜更为优越的优势，某些患者的肠道病变难以通过结肠镜直观显示，但 MRI 却能够清晰地揭示。钡剂灌肠可显示黏膜粗乱、肠管僵硬、“铅管样”改变；CT/MRI 多用于评估并发症及鉴别诊断。

## 4 诊断与鉴别诊断

### 4.1 诊断要点

具有慢性反复发作的腹泻、黏液脓血便、腹痛等典型临床表现。

结肠镜及病理检查支持溃疡性结肠炎改变。

排除感染、克罗恩病、缺血性肠病、结直肠肿瘤、放射性肠炎等疾病。

临床需进行分型：初发型 / 慢性复发型；病变范围：直肠炎、左半结肠炎、全结肠炎；病情程度：轻度、中度、重度。

### 4.2 鉴别诊断

溃疡性结肠炎与克罗恩病的主要区别在于病变的分布特征，溃疡性结肠炎通常呈连续性分布，而克罗恩病则呈节段性、跳跃式分布。此外，病理学检查显示，溃疡性结肠炎常伴有肠道黏膜的广泛炎症及浅表溃疡，而克罗恩病的溃疡则较深并可能累及肠壁全层。提到最新的诊断工具，如基因检测在鉴别溃疡性结肠炎和克罗恩病中的应用，已成为未来临床诊断的重要补充。

感染性肠炎：多急性起病，病原学检查可阳性，抗感染治疗有效。

克罗恩病：病变呈节段性、跳跃式分布，可累及全消化道，溃疡多为纵行、裂隙状。

缺血性肠病：多见于老年人，急性腹痛、便血，与血管病变相关。

结直肠癌：多见于中老年人，内镜及病理可明确鉴别。

新兴诊断技术：近年来，机器学习与人工智能在 UC 诊断中的应用逐渐兴起。基于内镜图像训练的深度学习模型，已能在数秒内识别 UC 特征性病变，准确率高达 90% 以上。此外，基因表达谱分析（如 TNF- $\alpha$ 、IL-23、JAK-STAT 通路相关基因）有助于识别 UC 亚型，指导个体化治疗。尽管这些技术尚未普及，但其在提升诊断效率和精准度方面潜力巨大。

## 5 规范化治疗

### 5.1 一般治疗

饮食：急性期给予少渣、易消化饮食，避免辛辣刺激、生冷油腻。

营养支持：纠正贫血、低蛋白血症及电解质紊乱。

心理调节：缓解焦虑、压力，避免情绪诱发加重。

### 5.2 药物治疗

#### 5.2.1 5-氨基水杨酸类

轻、中度患者诱导缓解及维持缓解的首选药物，可口服或局部灌肠使用。

#### 5.2.2 糖皮质激素

用于中重度活动期患者，快速控制炎症，不用于长期维持治疗。

#### 5.2.3 免疫抑制剂

适用于激素依赖、激素无效或反复发作者。

#### 5.2.4 生物制剂

近年来，生物制剂（如英夫利昔单抗、维多珠单抗）在治疗中重度溃疡性结肠炎中发挥了重要作用。多项临床

试验表明, 这些药物在诱导缓解和维持缓解方面表现出显著疗效。数据显示, 接受生物制剂治疗的患者, 其疾病活动评分显著下降, 黏膜愈合率显著提高。例如: 一项多中心研究显示, 维多珠单抗治疗中重度 UC 患者的疗效达到了 80%, 并且在长期跟踪调查中, 复发率低于 30%。针对中重度、传统治疗效果不佳患者, 可快速诱导并维持黏膜愈合。

#### 5.2.5 微生物制剂

辅助调节肠道菌群, 改善症状。

当前 UC 治疗目标已从“临床缓解”转向“黏膜愈合”乃至“组织学愈合”。研究表明, 组织学愈合患者的复发率显著低于仅临床缓解者。因此, 治疗策略应强调早期干预、目标导向、定期评估。对于中重度患者, 若 5-ASA 效果不佳, 应尽早启用生物制剂或小分子药物(如托法替尼、乌帕替尼)。此外, 联合用药策略(如生物制剂+免疫抑制剂)在提高疗效、降低免疫原性方面具有优势, 但需权衡感染风险。

#### 5.3 手术治疗

手术适应证: 大出血、肠穿孔、中毒性巨结肠; 可疑癌变或已发生癌变; 内科治疗无效、严重影响生活质量。

### 6 预后与长期管理

溃疡性结肠炎多呈慢性复发过程, 多数患者经规范治疗可控制病情。

长期管理重点: 规律用药, 避免自行停药; 定期复查肠镜、炎症指标、粪便钙卫蛋白; 对于病程超过 8 年的广泛结肠型 UC 患者, 应每 1-3 年进行结肠镜监测, 并取活检筛查异型增生。近年来, 染色内镜与共聚焦激光显微内镜的应用显著提高了早期癌变的检出率。此外, 建立多学科协作团队, 包括消化科、病理科、影像科、营养科及心理科, 是实现 UC 长期管理优化的关键。长期全结肠炎患者需定期监测癌变风险。

### 7 结语

溃疡性结肠炎是一种多因素介导的慢性肠道炎症性疾病, 诊断需结合临床表现、内镜、病理并严格排除相似疾病。治疗遵循分级、分期、分段、个体化原则, 以实现临床缓解与黏膜愈合为目标。早期识别、规范治疗、长期随访, 可显著降低复发率、减少并发症, 提高患者生活质量。随着精准医学、微生态干预、人工智能辅助诊断等技术的不断进步, UC 的诊疗模式正在从“经验性”向“个体化”转变。未来, 基于多组学数据的分型-预后-治疗一体化模型有望实现真正意义上的精准医疗, 进一步改善患者生活质量, 降低社会医疗负担。

#### 参考文献:

- [1] 中华医学会消化病学分会炎症性肠病学组. 中国溃疡性结肠炎诊治指南(2023 版).
- [2] 胡品津, 钱家鸣. 炎症性肠病诊断与治疗. 人民卫生出版社.
- [3] 近年国内外相关临床研究及综述文献.
- [4] 艾静, 段晓燕, 陈平. 肠道菌群在溃疡性结肠炎肠道屏障损伤修复中的研究进展[J]. 医学研究杂志, 2025,54(02):193-195+214.
- [5] 沈飞函, 马亮. 肠道菌群调节肠黏膜屏障在溃疡性结肠炎发病中的研究进展[J]. 胃肠病学, 2025,30(05):302-307.
- [6] 叶梦玲, 刘阳, 汤磊磊等. 肠道屏障与肠道菌群在溃疡性结肠炎中的研究进展[J]. 微生物学通报, 2024,51(09):3384-3397.
- [7] 柴欣, 王宏丽, 王彪猛等. 肠道菌群失调与肠道屏障功能关系的研究进展[J]. 中国医药导报, 2025,22(12):36-39.

作者简介: 卢君(1971-), 男, 汉族, 湖北宜昌, 主治医师, 大学本科, 文章方向: 消化内科。