

健脾灵片治疗慢性溃疡性结肠炎

——附 60 例临床观察

中国人民解放军第 211 医院中医科

陈治水 王怀山 贾丹兵 王云翔 孙旗立
李增灿 王少真 黄泰安 杜 敏

慢性溃疡性结肠炎也称慢性非特异性溃疡性结肠炎,临床以腹痛、腹泻和粘液脓血便反复发作,迁延难愈为特点。近年来,我们用自制健脾灵片治疗本病 60 例,其疗效明显优于西药对照组。兹将临床与实验研究结果报道如下。

临 床 资 料

全部病例均符合 1978 年杭州会议制定的诊断标准,随机分为两组。健脾灵组 60 例,男性 42 例,女性 18 例;年龄在 18~65 岁之间,平均 42.4 岁;病程在 1~5 年 26 例,6~10 年 15 例,11~15 年 19 例;慢性复发型 33 例,慢性持续型 27 例。西药对照组 26 例,男性 18 例,女性 8 例;年龄在 19~60 岁之间,平均 43 岁;病程在 1~5 年 18 例,6~10 年 5 例,11~15 年 3 例;慢性复发型 15 例,慢性持续型 11 例。

方法和结果

一、治疗方法

1. 健脾灵组:健脾灵片由黄芪、党参、白术、当归、炮姜、乌梅炭、儿茶、元胡、木香、白芍、甘草等药物制成,每片含生药 0.47 克。每日服 3 次,每次服 8 片,服药期间禁用其他药物。20 天为一疗程,2~3 个疗程后复查纤维肠镜和其他指标。

2. 对照组:每次服柳氮磺胺吡啶片 1 克,日服 4 次,部分病人加服复方苯乙哌啶和解痉止痛剂。疗程同上。

二、观察指标和测定方法

纤维肠镜检查由本院内窥镜室进行。总 E-玫瑰花试验、活性 E-玫瑰花试验、淋巴细胞转化率均用微量全血法,三者本院正常值分别为 $62.5 \pm 5.4\%$ 、 $41.0 \pm 5.0\%$ 、 $54.9 \pm 7.2\%$ 。免疫球蛋白测定用单向免疫扩散法,正常参考值 IgG 为 1170 ± 220 毫克%,IgA 为 204 ± 70 毫克%,IgM 为 119 ± 65 毫克%。 C_3 测定用琼脂单向扩散法,正常值为 125 ± 25 毫克%。D-木糖排泄试验用金敬善氏方法⁽¹⁾。

三、治疗结果与分析

1. 疗效标准:疗效判定标准制定如下。近期治愈:临床症状和体征消失,纤维肠镜检查粘膜病变恢复正常,追访半年以上无复发;显效:症状和体征基本消失,肠镜检查肠粘膜仅有轻度炎性改变;好转:症状和体征减轻,肠镜检查病变程度有所减轻;无效:症状、体征、肠镜检查均无变化者。

2. 近期疗效:按以上疗效标准统计,健脾灵组近期治愈 40 例,显效 13 例,好转 5 例,无效 2 例;近期治愈率为 66.7%,总有效率为 96.7%。对照组近期治愈 8 例,显效 8 例,好转 7 例,无效 3 例;近期治愈率为 30.8%,总有效率为 88.5%。两组的近期治愈率相比较有非常显著性差异($P < 0.01$)。两组近期治愈病例症状、体征消失和肠镜检查恢复正常所需时间的比较见表 1。

3. 治疗前后化验指标的变化

(1) 血常规变化:健脾灵组治疗前红细胞计数为 469 ± 67.7 万个/毫米³(均值±标准差,下同),治疗后为 522 ± 52.7 万个/毫米³;

表 1 两组近期治愈病例症状、体征消失和
肠镜检查恢复正常所需平均时间(天)的比较

组 别	腹痛	腹泻	纳差	腹胀	肠鸣	下坠	乏力	腹部 压痛	肠镜 检查
健脾灵组	15.2	18.9	33.5	25.1	39.3	20.5	33.2	27.4	50.1
对 照 组	33.8	31.6	55.2	30.7	40.5	25.5	57.3	44.5	60.5

治疗前血红蛋白为 13.6 ± 1.9 克%, 治疗后为 15.0 ± 1.3 克%。二者治疗后均较治疗前有明显提高 ($P < 0.001$)。而对照组的红细胞计数和血红蛋白含量治疗前后均无明显差异, 说明健脾灵组有健脾生血的作用。

(2) 血清蛋白含量变化: 健脾灵组治疗前白蛋白为 4.06 ± 0.58 克%, 治疗后为 4.75 ± 0.53 克%, 治疗前后比较有非常显著差异 ($P < 0.001$); 治疗前后球蛋白含量无明显变化。对照组治疗后对血浆白蛋白和球蛋白含量均无明显影响。以上结果提示健脾灵有改变患者营养状态的作用。

(3) D-木糖排泄率变化: 健脾灵组共测定 30 例, 治疗前为 $19.82 \pm 9.53\%$, 治疗后为 $26.51 \pm 10.41\%$, 治疗前后差值为 6.69 ± 1.62 (平均差值 $\pm$ 标准误), 治疗前后的比较有非常显著差异 ($P < 0.001$), 说明健脾灵有增加小肠吸收功能的作用。对照组共测定 19 例, 治疗前为 $20.42 \pm 9.78\%$, 治疗后为 $21.34 \pm 10.10\%$, 治疗前后差值为 $0.92 \pm 0.98\%$ (平均差值 $\pm$ 标准误), 治疗前后的比较无显著差异 ($P > 0.05$)。

(4) 免疫指标变化: 结果见表 2。从表 2 看出, 健脾灵组治疗后总 E-玫瑰花试验、活性 E-玫瑰花试验和淋巴细胞转化率等三项细胞免疫指标均较治疗前有明显提高 ($P < 0.001$), 对照组治疗前后结果无明显变化 ($P < 0.05$)。健脾灵组治疗后 IgM 和 IgA 较治疗前明显降低 ($P < 0.001$)。两组治疗后对 IgG、C₃ 均无明显影响。以上说明, 健脾灵片对人体细胞免疫功能有增加作用, 对异常增高的 IgM 有降低作用, 提示本品对免疫功能有一定调节作用, 但对异常增高的 C₃ 却无明显影响。

表 2 两组免疫指标比较

免疫指标	健脾灵组 (50 例)	对照组 (26 例)
总 E-玫瑰花 试验 (%)	40.5~52.6 12.1 $\pm$ 1.34*	41.7~45.2 3.5 $\pm$ 1.92
活性 E-玫瑰花 试验 (%)	24.6~40.5 15.9 $\pm$ 1.44*	24.8~27.9 3.1 $\pm$ 1.61
淋巴细胞转化 率 (%)	45.1~55.6 10.5 $\pm$ 1.06*	45.4~47.6 2.2 $\pm$ 1.14
IgG (毫克%)	1125~1105 -20.0 $\pm$ 56.1	1072~1130 58.0 $\pm$ 43.9
IgA (毫克%)	210.5~178.3 -32.2 $\pm$ 1.57*	194.2~206.4 12.2 $\pm$ 6.92
IgM (毫克%)	176.3~126.3 -50.0 $\pm$ 6.96*	151.0~160.0 9.0 $\pm$ 5.30
C ₃ (毫克%)	161.0~143.6 -17.4 $\pm$ 16.5	170.2~167.4 -2.8 $\pm$ 23.9

注: 表中数字上行为治疗前~治疗后均值, 下行为治疗前后平均差值 $\pm$ 标准误; * 治疗前后自身比较 $P < 0.001$

讨 论

慢性溃疡性结肠炎是一种非特异性的炎性肠病, 属于祖国医学的“久泻”、“休息痢”范畴。现代医学对本病因尚未完全明了, 一般认为主要与自身免疫和遗传因素有关, 多因感染、饮食不节、精神刺激等因素所诱发。本病用柳氮磺胺吡啶加激素治疗, 虽然可暂时获效, 但停药后多有复发。根据临床观察, 本病虽然以腹泻、腹痛、粘液脓血便为主要表现, 但多伴有纳差、乏力、体瘦面黄、舌淡脉弱等脾虚证候, 故多数学者都认为本病以脾虚或脾肾虚为主, 而肝郁、湿热、瘀血等多为标证^(2,3,4)。我们对近两年国内 25 篇资料 1322 例作了综述分析, 发现以脾虚为主者占本病的 75.8%⁽⁶⁾。泻泄之本, 无不由于脾胃。脾胃乃后天之本, 主水谷之腐熟和运化。若因饮食失节、寒温失调、劳倦过度、情志不畅, 均可伤及脾胃, 脾胃伤则运化失常, 水反为湿, 谷反为滞, 下注则病泄泻。脾胃气虚, 气血化源匮乏, 病邪乘虚入侵, 损伤脉络, 使肠粘膜失养, 遂形成粘膜溃疡。因本病病机以脾虚为本, 故治疗当以健脾为主。我们自拟的健脾灵片, 方中黄芪、党参、白术、甘草甘温健脾益气, 炮姜温中止血, 乌梅酸敛止泻, 白芍伍甘草缓肝之急而止痛; 当归、元胡、木香辛温活血行气,

儿茶一味，苦涩性平，为生肌敛疮之要药，配黄芪、当归、甘草等有托脓排毒、养血生肌之作用。诸药组合，有益气健脾、涩肠止泻、缓急止痛、养血生肌之效。本方特点为补而不滞，温而不燥，涩中有通，用治脾虚为主要病机的慢性结肠炎甚为适宜。

据现代药理研究分析，黄芪、白术、党参有增强人体免疫功能的作用，甘草有类皮质激素的作用，两者配合有免疫调节作用。本资料表明，慢性溃疡性结肠炎病人多有细胞免疫功能低下表现，经用健脾灵片治疗后，患者的总E-玫瑰花试验、活性E-玫瑰花试验、淋巴细胞转化率均较治疗前明显提高，而异常增高的IgM降至正常，从临床证实本方有调节免疫功能的作用。国外学者认为⁽⁶⁾，本病活动期C₃水平明显增高，缓解期降至正常。本组病人治疗前C₃也明显高于正常人，但治疗后无明显下降。因此，对于本病患者C₃变化的临床意义，有待今后进一步加以探讨。

我们所作的小白鼠游泳耐力实验表明，健脾灵组较对照组的游泳耗竭时间明显延长(P<0.05)，结合临床所见，服用健脾灵后病

员消瘦、乏力症状明显改善，可以证明健脾灵有显著的强壮作用。D-木糖试验结果表明，健脾灵能改善小肠吸收功能，表现为病员食欲增加，血红细胞计数、血红蛋白和血浆白蛋白含量明显上升等。此外，我们还就健脾灵对兔离体肠管的影响作了实验观察。发现给药后兔空肠和回肠蠕动立即减慢，幅度减小，当药液浓度达1%以上时，肠管呈完全松弛状态；该药对氯化乙酰胆碱和氯化钡所致离体肠管痉挛也有非常显著的抑制作用。说明健脾灵的缓急止痛、涩肠止泻功能是通过对抗乙酰胆碱M-受体激动作用及对肠管平滑肌的直接抑制作用来实现的。

参加本项研究工作的还有高平、吴敏学、陶玉滨、韦建军、李仲才等同志，在此一并致谢。

参 考 文 献

- (1) 金敬善，中华医学检验杂志2(2):91, 1979。
- (2) 宋桂琴等：中西医结合杂志5(8):474, 1985。
- (3) 张祥德：浙江中医杂志(11):509, 1984。
- (4) 程广里：中国肛肠病杂志5(1):9, 1985。
- (5) 陈治水：中医药信息(5):14, 1986。
- (6) 陈仁译：《补体学入门》。第一版，146~147页，人民卫生出版社，1982。

补阳还五汤治愈小儿偏风1例

山东省潍坊市中医院小儿科 刘玉英

小儿偏风临床较为少见，我于1983年收治两例，均用补阳还五汤加味治疗，疗效满意，现举1例，以供同道参考。

郭××，女，1岁1个月，1983年12月25日入院。

患儿于20天前晨起玩耍，突然歪倒，继见右侧肢体瘫痪，神志尚清，翌日出现口角喎斜，阵发性痉挛，痉挛时右上肢屈曲，口眼抽动。遂于12月2日到市人民医院诊为“脑血管闭塞性病变”，收住院20天，痉挛基本消失，他症未除而来本院收住儿科。检查：体形肥胖，发育正常，神志清，两目时向左侧斜视，口向左侧偏斜，右侧肢体不会活动，肌肉松弛，肤温较健侧低，右下肢肌肉略萎缩，足外翻，不能站立。伸舌时舌尖偏向右侧，舌尖红苔黄，脉细。此乃痰火阻络，筋脉失养，属中医“中风”范畴。治宜补气活血为主，补阳还五汤加味，黄芪15克，川芎6克，归尾6克，

赤芍9克，桃仁6克，红花6克，地龙6克，桑寄生12克，牛膝6克，钩藤9克，蜈蚣1条，胆星6克，甘草3克，9剂。药后五官端正，右手臂能伸展持玩具，但握力差，扶着能站立走步。继以原方去蜈蚣加僵蚕6克，服至6剂，右侧肢体活动正常，足外翻消失，肌力正常，获愈出院。

按：此患儿体质肥胖，易生痰浊，日久痰郁化热生风，阳风扰动，血随气逆，痰火阻络，故致卒倒，喎斜不遂。热生风，风火相煽，以致抽风。病久则正气不足，营气不充，气血运行不畅，经脉闭阻，筋脉失于濡养，以使偏瘫肢凉，肌肉萎缩。所以当以补气活血为主，佐以祛风化痰，选用了补阳还五汤为基本方。方中重用了黄芪补气为君，以振运气机益气通络，归芍红花等活血通瘀，加钩藤蜈蚣胆星等搜风化痰。诸药合用，标本同治，故收良效。