

抑肝理脾法治疗 278 例慢性结肠炎的观察

潘金辉*

主题词 结肠炎/中医药疗法 泻肝 调理脾胃

自 1990 年以来我们共收治 380 例慢性结肠炎患者,按随机化原则分为治疗组 278 例和对照组 102 例,进行疗效对比观察,现将结果报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料:380 例患者按就诊先后顺序随机分组,治疗组 278 例,男性 153 例,女性 125 例。年龄 <30 岁 81 例,30~50 岁 172 例,>50 岁 25 例,年龄最小 18 岁,最大 65 岁,平均年龄 43 岁。病程 <1 年 89 例,1~5 年 126 例,5+~10 年 40 例,>10 年 23 例,时间最短 3 个月,最长 25 年。对照组 102 例,男性 58 例,女性 44 例。年龄 <30 岁 31 例,30~50 岁 60 例,>50 岁 11 例,平均年龄 41 岁。病程 <1 年 30 例,1~5 年 46 例,5+~10 年 16 例,>10 年 10 例。

1.2 临床辨证分型:治疗组 278 例中湿热积滞 72 例,脾虚肠寒 97 例,肝木乘脾 109 例;对照组 102 例中湿热积滞 27 例,脾虚肠寒 34 例,肝木乘脾 41 例。

两组所观察的病例在性别、年龄、病程及中医辨证分型等方面基本相同,经统计学处理,两组无显著差异($P>0.05$),具有可比性。

2 诊断与疗效标准

参照 1987 年全国中医学会肛肠会议有关特发性结肠炎诊断、疗效标准及《消化内镜临床应用问答》有关慢性结肠炎内镜诊断^[1]结合本病的临床表现和特点,制定如下标准。

2.1 诊断标准:

临床表现:腹痛、腹胀、肠鸣、肛门下坠感,

体检左下腹或右下腹压痛。大便呈习惯性改变和性状改变,大便秘结、或腹泻、或二者交替发生,次数增多。大便呈羊屎状或溏烂,便带粘液或少许鲜血。

肠镜检查:肠粘膜血管影纹理粗乱,网状结构消失或呈局灶性或弥漫性充血水肿,或呈粗糙颗粒状,组织脆弱易出血或有糜烂,分泌物或成假息肉,结肠粘膜活检呈炎症反应。

须排除菌痢、阿米巴痢疾、慢性血吸虫病、肠结核等感染性结肠炎及克隆氏病及其他特异性感染性疾病引起的结肠炎。

2.2 疗效判断标准(观察以服药 2 个疗程为限):痊愈:临床症状、体征消失,肠镜检查粘膜病变恢复或遗留疤痕;显效:临床症状、体征基本消失,肠镜检查肠粘膜病变仅轻度改变;好转:临床症状、体征、肠镜检查病变程度减轻;无效:临床症状、体征、肠镜检查病变均无变化或加重。

3 治疗方法

治疗组予抑肝理脾导滞基本方:白芍 15g,枳壳 10g,防风 10g,白术 12g,黄连 5g,木香 8g,厚朴 10g,泽泻 10g,山楂 10g,槟榔 10g,陈皮 5g,干姜 6g。

中虚脾弱加黄芪、党参、茯苓;阳虚湿盛加附子、肉桂、补骨脂;湿热积滞大便秘结加大黄、枳实、莱菔子、蒲公英;血瘀便血加槐花、地榆、田七;久泻不止加煨诃子、煨生姜、肉桂;疼痛甚加乳香、没药。每天 1 剂,30 天为一疗程。

口服效果不满意加中药灌肠方治疗:败酱草 30g,苦参 12g,皂角刺 10g,白芷 10g。煎水 100ml 保留灌肠,每日 1 次。

对照组:用结肠宁(湖南长沙第二制药厂生产)5g,加水稀释至 80ml 灌肠,每天 1 次,30 天为一疗程。

* 广东湛江市第一中医院,广东省湛江市海北路 24 号(524043)

收稿日期:1997-08-20;修回日期:1997-11-08

4 治疗结果分析

4.1 治疗前后肠粘膜主要变化比较:表1示,两组治疗对粘膜息肉无改变,对粘膜出血及糜烂效果显著,两组间均无显著性差异($P>0.05$),治疗组对粘膜充血、水肿、血管影模糊的改善程度明显优于对照组($P<0.01$)。

表1 两组治疗前后结肠直肠粘膜主要变化比较(例)

分组	血管影模糊	充血	水肿	颗粒增粗	糜烂	出血	息肉
治疗组							
治前	278	156	172	181	56	18	4
治后	69	47	33	81	6	0	4
对照组							
治前	102	52	65	61	24	9	6
治后	56	31	23	37	6	1	6

4.2 近期疗效比较:表2示,治疗组总有效率和治愈率都明显高于对照组,经统计学处理,差异均有非常显著性($P<0.01$)。

表2 两组近期疗效比较

分组	例数	痊愈例(%)	显效例(%)	有效例(%)	无效例(%)
治疗组	278	182(65.5)	66(23.7)	26(9.4)	4(1.4)
湿热积滞	72	47(65.3)	21(29.2)	3(4.2)	1(1.4)
脾虚肠寒	97	61(62.9)	22(22.7)	13(13.4)	1(1.0)
肝木乘脾	109	74(67.9)	23(21.1)	10(9.2)	2(1.8)
对照组	102	32(31.4)	35(34.3)	23(22.6)	12(11.8)
湿热积滞	27	8(29.6)	10(37.0)	6(22.2)	3(11.1)
脾虚肠寒	34	12(35.3)	12(35.3)	5(14.7)	5(14.7)
肝木乘脾	41	12(29.3)	13(31.7)	12(29.3)	4(9.8)

4.3 远期随访情况:我们对两组痊愈患者停药1年内随访,结果治疗组不同程度复发21例,对照组复发9例,治疗组复发率较低($P<0.05$),对复发者仍按原法治疗,症状亦有不同程度改善。

5 讨论

随着内镜的普及和病理活检的开展,慢性结肠炎的诊断率明显增加,本院肠镜检查1100余例,诊断慢性结肠炎者达70%。慢性结肠炎是一种多因性或原因不明的炎症性肠病,主要

累及直肠、乙状结肠、左半结肠;次为右半结肠、全结肠及末端回肠。

本病在临床上的表现为本虚标实,虚实相兼,寒热错杂。其病因多见于饮食无度,宿食内停或喜膏粱厚味,呆胃滞脾。此外情志失调,忧思恼怒,精神紧张,以致肝气郁结,失其疏泄。病理变化与肝脾肾密切相关,而关键在于肝。唐容川说:“木之性,主疏泄,食之入胃,全赖肝上之气以疏泄,而水谷乃化,若肝不能疏泄水气,渗泄中满之证在所难免”。肝属木为风脏,肝气亢盛或郁结,每影响于脾胃,脾属阴而主燥湿运化,但需赖肝木之条达活泼、升散疏泄之情,脾胃之气才能升降如常,不致阴凝湿滞,从而纳食得以正常。《黄氏医书八种厥阴风木篇》曰:“风木者,五脏之贼,百病之长”“木为水火中之气,病则土木郁迫,水火不交,外燥而内湿,下寒而上热”。肝木之强,乘侮脾土,脾阳受损,运化失司,谷反为滞,水反为湿,津液糟粕下趋,腹痛腹泄诸症丛生,故治以抑肝理脾、消滞祛湿、行气疏导三焦气机是为根本大法。方中以白芍泻肝木,防风散肝疏脾,白术、泽泻理脾去湿,枳壳、槟榔、山楂消积导滞,干姜温中化湿,川连清解湿浊之火,陈皮、木香理气畅调三焦。全方取辛以行,苦以燥,淡以渗,温以化,热以清,寒热并调,补泻并用。此外我们在临床上常以大黄、枳实、槟榔、莱菔子等加强消积导滞,以去腐澄源,清除肠内病理性产物,终止病理反馈造成的恶性循环,改善肠内代谢,收到良好的效果。至于久泻不止,除脾虚肠寒外,命门火衰,火不生土常为主因,治疗以培元补肾、敛肠固涩,常加用煨乌梅、煨肉蔻、煨诃子、补骨脂、肉桂之类。

灌肠为一种简单实用的办法,可使药物直达病所,能收到较好的效果。治疗组治愈率和有效率都明显高于单一以结肠宁灌肠治疗的对照组,治疗组各证型之间的疗效无明显的差别,说明临床辨证用药的优越性。本法治疗未发现毒副作用,患者的依从性较佳,便于治疗观察。

6 参考文献

- 1 刘久法. 消化道内镜临床应用问答. 北京: 科学出版社, 1994: 254.