

“慢泻-909”临床效应的比较研究

魏江磊* 唐幼纯**

摘要 临床观察 54 例慢性泄泻患者的主客观指标发现:多数患者属中医辨证脾阳亏虚、寒湿内盛夹有瘀血内阻,实验室指标提示患者存在机体氧自由基清除力减低、血液流变性异常及免疫功能异常。以随机原则将上述患者分验证组和对照组进行临床疗效的比较研究,结果表明,验证组无论在临床症状抑或实验室指标改善方面均优于对照组。

主题词 泄泻/中医药疗法 脾虚/中医药疗法

① 慢泻-909

慢性泄泻是严重危害健康的常见病。笔者自 1990 年 9 月至 1991 年 6 月根据祖国医学理论,运用协定方“慢泻-909”治疗 27 例慢性泄泻患者,并设同等例数的阳性对照组进行临床和实验室效应的比较研究,现将结果报告如下。

1 材料与方法

1.1 一般资料

所选病例皆符合全国高等院校统编教材《中医内科学》(第五版)泄泻诊断及全国中医脾胃病第二次学术会议慢性泄泻标准。验证组与对照组各 27 例。其中男 30 例,女 24 例,男女比例为 1.25:1。验证组与对照组的平均年龄分别为 38.52 ± 3.28 岁与 37.79 ± 3.15 岁 ($P > 0.05$); 其平均病程分别为 2.81 ± 0.38 月与 2.78 ± 0.24 月 ($P > 0.05$)。54 例中诊断为慢性细菌性结肠炎 30 例,溃疡性结肠炎 6 例,过敏性肠炎 8 例,肠结核 8 例,其他 2 例。中医辨证为阳虚湿阻夹瘀型 38 例,脾肾阳虚、瘀血内阻 10 例,脾虚湿阻型 6 例。

1.2 治疗方法

验证组用“慢泻-909”,该方是以 1990 年邵武会议协定方为基础创制的。该方组成:党参、焦白术、茯苓、丹参、益母草、雷公藤各 15g,

肉豆蔻、补骨脂、石榴皮各 10g,炮姜 6g。对照组治以附子理中汤,不加化瘀之品。上述药物均水煎,浓缩至 150~200 ml,每日口服 1 剂,2 周为 1 疗程,连服 1 至 2 个疗程。治疗期间停用西药。有水、电解质及酸碱平衡障碍者可予适当处理。

1.3 观察项目

根据临床症状出现频度估算积分值:水样便 8 分,糊样便 6 分,腹胀 3 分,腹痛 3 分,神疲 2 分,乏力 3 分,纳谷不香 3 分,四肢不温 4 分,面色萎黄 3 分,舌淡胖 4 分,舌暗 4 分,舌下络脉瘀曲 3 分,脉濡软 4 分,脉涩 3 分。

全部病例均于治疗前后各作一次大便培养(包括大便常规检查),采用上海医科大学研制的玻管式粘度计检测 54 例治疗前后的血液流变学指标,并测定其葡萄糖耐量,描绘耐量曲线以观察治疗前后肠吸收功能的改变。两组各有 15 例治疗前后分别作乙状结肠镜检查(必要时作组织学检查),并采用丁氏改良的邻苯三酚自发氧化法^[1]测定 15 例治疗前后的红细胞超氧化物歧化酶(SOD)活力。两组各有 20 例于治疗前后各作一次淋巴细胞转化试验。

2 结果

2.1 疗效标准

显效:临床症状积分值下降 $\geq 50\%$,实验室指标明显改善;有效:临床症状积分值下降 $30\% \sim 49\%$,实验室指标改善;无效:临床症状积分值下降 $< 30\%$,实验室指标无改善或有恶化。

2.2 疗效分析

经 1~2 个疗程治疗,验证组显效 10 例,有效 13 例,无效 4 例,总有效率 85.2%;对照组显效 4 例,有效 11 例,无效 12 例,总有效率 55.6%。验证组疗效明显优于对照组 ($P < 0.05$)。治疗前后验证组与对照组的临床症状积

* 安徽中医学院附属医院,安徽省合肥市巢湖路 145 号 (230031); ** 安徽农学院

收稿日期:1991-08-26

分均差值分别是 21 ± 5.7 与 $9 \pm 3.7 (M \pm SD)$, 治疗后验证组的下降幅度明显大于对照组 ($P < 0.01$)。临床资料表明在腹泻、腹痛、腹胀、舌暗等临床表现改善方面, 验证组明显优于对照组, 而在四肢不温、乏力、纳差、神疲等症状的改善方面, 两组大致相似。

2.3 治疗前后乙状结肠镜检查、大便培养及大便常规检查变化的比较

乙状结肠镜检查异常包括肠粘膜充血水肿、脆性增高, 或有浅表小溃疡, 皱襞肿胀变钝、边缘不规则等; 组织学检查异常指有炎性细胞浸润。两组各有 15 例做了以上检查。大便培养异常指可找到致病菌, 大便常规异常指镜检有白细胞或脓细胞。全部病例做了以上检查。表 1 示, 在改善肠粘膜充血、水肿, 以及大便培养、大便常规改善等方面, 验证组疗效均优于对照组, 但两组差别无统计学意义 ($P > 0.05$)。

2.4 治疗前后葡萄糖耐量曲线的变化

治疗前两组葡萄糖耐量曲线明显低于正常

表 1 治疗前后乙状结肠镜、大便培养及常规情况比较

组 别	乙状结肠镜检查异常例数	大便培养异常例数	大便常规异常例数
验证组	12/6	10/3	12/5
对照组	13/10	10/6	13/6

注: 表中数据为治疗前异常例数/治疗后异常例数

曲线, 治疗后验证组曲线接近正常, 而对照组曲线无明显变化(图略)。

2.5 治疗前后红细胞 SOD 测定的比较

治疗前验证组与对照组各 15 例测定的红细胞 SOD 活性, 结果均低于正常标准, 分别为 $890 \pm 98.12 \text{ u/gHb}$ ($M \pm SD$, 下同) 与 $910 \pm 99.32 \text{ u/gHb}$, 疗前两组比较无显著性差异 ($P > 0.05$)。治疗后验证组与对照组各 15 例的红细胞 SOD 活性均较治疗前有明显提高, 分别为 $1810 \pm 240.21 \text{ u/gHb}$ 与 $1089 \pm 124.28 \text{ u/gHb}$, 疗后两组比较显然以验证组的提高更为显著 ($P < 0.01$)。

表 2 两组治疗前后血液流变学指标变化 ($M \pm SD$)

	验证组 (27例)		对照组 (27例)	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
高切全血比粘度	6.02 ± 0.81	$4.31 \pm 1.58^{*AA}$	5.98 ± 0.80	5.91 ± 0.79
低切全血比粘度	8.19 ± 1.11	$6.90 \pm 1.01^{*AA}$	8.15 ± 1.09	7.91 ± 1.06
全血还原粘度	8.93 ± 1.12	$6.92 \pm 1.01^{*AA}$	8.89 ± 1.09	8.61 ± 1.02
血浆比粘度	1.85 ± 0.35	$1.59 \pm 0.20^{*A}$	1.83 ± 0.33	1.79 ± 0.32
纤维蛋白原 (mg%)	878 ± 137	$710 \pm 98^{*AA}$	856 ± 131	827 ± 124
血沉方程 K 值	90.2 ± 9.9	$68.3 \pm 6.14^{*AA}$	89.8 ± 9.7	84.2 ± 9.5

注: *与同组治疗前相比 $P < 0.01$; ^A与对照组治疗后相比 $P < 0.05$; ^{AA}与对照组治疗后相比 $P < 0.01$

2.6 治疗前后血液流变学指标的比较

如表 2 所示, 验证组高切速及低切速全血比粘度、全血还原粘度、血浆比粘度、纤维蛋白原、血沉方程 K 值治疗前后变化显著 ($P < 0.01$), 对照组各项指标变化不显著 ($P > 0.05$)。治疗后两组比较在高切速及低切速全血比粘度、血浆比粘度、全血还原粘度、血沉方程 K 值及纤维蛋白原方面差别显著 ($P < 0.05 \sim 0.01$), 其余指标差别不显著 ($P > 0.05$)。

2.7 淋巴细胞转化试验指标变化

两组各 20 例测定治疗前后淋巴细胞转化率, 验证组治疗前后分别为 $39.12 \pm 5.81\%$ 、 $58.89 \pm 6.02\%$; 对照组分别为 $38.89 \pm 5.68\%$ 、 $40.08 \pm 5.73\%$ 。验证组治疗后淋巴细胞转化率明显升高 ($P < 0.01$), 对照组升高不明显 ($P > 0.05$)。

2.8 临床症状积分与各项实验室参数的相关性

治疗前后红细胞 SOD、淋巴细胞转化率、葡萄糖耐量与临床症状积分呈中度负相关 ($r =$

-0.4~-0.51, $P<0.05$);全血还原粘度、血沉方程K值与临床症状积分呈高度正相关($r=0.58\sim0.61$, $P<0.05$);治疗前后其余指标与临床积分呈中度正相关($r=0.28\sim0.51$, $P<0.05$)。

3 讨论

慢性泄泻是临床常见病,治疗难度偏大,笔者根据临床资料分析,认为其病机关键是阳虚、湿阻、血瘀。水湿、瘀血既是阳虚的必然产物,又可阻滞气机,使阳气失其畅达,故又为阳虚的加强因素,久之,形成恶性循环,是本病难治的原因所在。

现代医学认为:肠管的分泌、消化、吸收功能障碍是慢性腹泻的病理基础^[2],而炎症、缺血、缺氧及自由基造成的组织损伤^[3]则是导致上述功能障碍的主要原因。当机体免疫功能减退、血液浓稠、聚集性增加时,局部组织缺血、缺氧、抵抗力下降、病原菌侵袭而出现炎症反应。在炎症区域,大量吞噬细胞聚集,在炎性刺激物作用下,释放大量的氧自由基,当超过机体清除能力时,则引起周围组织损伤,而SOD参与清除体内过多的氧自由基^[4]。同时,缺血、缺氧使大量ATP降解为AMP最终导致次黄嘌呤堆积,而次黄嘌呤在黄嘌呤氧化酶作用下转变为尿酸的过程中便可产生大量的氧自由基^[5],亦引起组织受损,SOD含量则因此而降低^[6]。本文观察慢性泄泻患者治疗前后临床症状积分与红细胞SOD活性、淋巴细胞转化率呈负相关,与全血还原粘度、血沉方程K值呈正相关支持上述推论。但因例数尚少,需待进一步观察。

根据其病机关键是“阳虚、湿阻、血瘀”,拟定温阳、祛湿、化瘀的“慢泻-909”方,其中补骨脂、肉豆蔻、炮姜、党参温阳益气;白术、茯苓健脾利湿;丹参、益母草活血化瘀;雷公藤消炎解毒,其寒性又可防全方温之太过;石榴皮收敛,以免斫丧正气。现代研究表明:补骨脂、炮姜能兴奋心脏,促进血液循环^[7];茯苓、白术可改善肠蠕动,减少其分泌量;丹参、益母草可通过降低血液粘度而减少自由基的产

生并可提高红细胞的SOD活性^[8];党参能增强网状内皮系统吞噬能力^[9],并能清除自由基^[9];雷公藤为非特异性抗炎剂^[10],有免疫调整作用。诸药合用可通过抗炎、改善局部微循环、清除自由基等作用纠正肠道功能障碍以促使慢性泄泻向愈。经与单纯温阳的对照组比较,“慢泻-909”无论在临床症状积分、乙状结肠镜检查、葡萄糖耐量曲线、大便培养及常规抑或血液流变学、红细胞SOD活性改善等方面均有较大优势。

4 参考文献

- 1 丁克祥.老年医学 1987;(2):32.
- 2 上海第一医学院.内科学.第一版.北京:人民卫生出版社,1979:384.
- 3 Thomason JA, et al. Procadiovase Dis 1986; 28: 449.
- 4 余新华,等.全国SOD与衰老和临床学术会论文集.1991:54.
- 5 顾严己,等.中华胸心血管外科杂志 1989; 5(3):167.
- 6 Grudun Y, et al. J Mol Cell Cardiol 1984; 16:459.
- 7 许青媛.常用老年保健中药.第一版.北京:人民卫生出版社,1986:102~119, 51.
- 8 徐宜英,等.全国SOD与衰老和临床学术会论文集.1991:74.
- 9 何基渊.北京中医学院学报 1988; 11(5):38.
- 10 石奕丽.浙江中医杂志 1991; 26(3):133.

本刊征稿启事

“专题笔谈”栏从1991年第10期开始刊登临床用药经验以来,受到广大读者的好评,为继续办好本栏目,拟分期分批征求稿件,欢迎广大作者、读者踊跃投稿。请在以下药物中(蝉衣、细辛、三七、白及、芒硝、水蛭、皂荚、蒲黄、吴茱萸、乌药)任选一二味,介绍运用体会。要有别于教科书,为家传师授,或个人在实践中摸索出来的经验,以及老药新用,发前人所未发。撰写时每一味药成为独立的一篇,以便于分检归类。来稿择优选用,不退稿。收稿截止日期1992年10月底。来稿请注明“中药征稿”。