

中西医结合加内镜介入治疗溃疡性结肠炎 126 例临床观察

王长洪* 陆宇平* 王立新* 杨卓* 麻树人*
陈山泉* 刘杨* 高文艳* 林一帆* 朱虹*

摘要 目的:观察中西医结合加内镜介入治疗溃疡性结肠炎的临床疗效。方法:选取 126 例溃疡性结肠炎患者,给予口服健脾益气、清热解毒、化瘀通络的中药;对于部分病变在左半结肠者,给予中药保留灌肠;病情较重者,给予口服艾迪沙或柳氮磺胺吡啶,每日 3~4g;合并有炎性息肉者,采用微波凝固或热活检钳夹除。结果:126 例患者中临床治愈 98 例,显效 11 例,有效 15 例,无效 2 例,治愈率 77.8%,总有效率 86.5%。主要症状及肠黏膜病变积分与治疗前比较差异有显著性($P < 0.01$)。配合内镜介入治疗者,肠炎性息肉完全消失。结论:中西医结合加内镜介入治疗溃疡性结肠炎疗效显著。

主题词 结肠炎,溃疡性/中西医结合疗法

Clinical Observation on 126 Cases of Ulcerative Colitis Treated by Integration of Chinese Medicine with Western Medicine Combined with Endoscopy

Wang Changhong, Lu Yuping, Wang Lixin, et al.

(General Hospital of Shenyang Military Region of PLA, Shenyang 110015)

Objective: To observe the therapeutic effect of integration of Chinese medicine with western medicine combined with endoscopy on ulcerative colitis. **Methods:** 126 cases of ulcerative colitis were treated with oral administration of Chinese drugs for strengthening the spleen and supplementing qi, clearing away heat and toxic materials, and removing blood stasis and dredging the collaterals. Patients with the lesion in the left colic were given retention-enema of Chinese medicine, and severe patients were given oral administration of Etiasa or Azulfidine, 3-4g each day. For the patient accompanied with inflammatory polyp, microwave coagulation or hot biopsy forceps was adopted for removing the polyp. **Results:** Among the 126 cases, 98 cases were clinically cured, 11 cases markedly effective, 15 cases effective and 2 cases ineffective, the cured rate being 77.8% and the total effective rate being 86.5%. There was a significant difference before and after treatment in the cumulative score for main symptoms and lesion of intestinal mucosa ($P < 0.01$). For the patient who was treated by addition with endoscopy, the enteritipal polyp disappeared completely. **Conclusion:** The integration of Chinese medicine with western medicine combined with endoscopy has obvious therapeutic effect on ulcerative colitis.

Key Word Colitis, ulcerative/integrated treatment of Chinese medicine and western medicine therapy

溃疡性结肠炎是一种病因不明的慢性非特异性结肠炎症,以腹痛、腹泻、黏液脓血便为主要临床表现,病程缠绵,易反复,目前尚无特效疗法。我们于 1996~2003 年共收治溃疡性结肠炎患者 126 例,采用中西医结合并配合内镜介入治疗,效果满意,现报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料:126 例均系 1996~2003 年中国人民解放军沈阳军区总医院中医科住院及门诊患者,其中男性 68 例,女性 58 例;年龄 16~78 岁,平均(42±13)岁;病程 1~20 年,平均(5±3)年;病情严重程度:轻度 27 例,中度 67 例,重度 32 例;慢性复发型 45 例,慢性持续型 66 例(64 例有口服柳氮磺胺吡啶或艾迪沙

史),初发型 15 例;临床症状表现:腹泻 121 例,腹痛 120 例,脓血便 118 例,下坠感 78 例,便秘 5 例,发热 5 例(37.8~38.5℃);病变部位:直肠 84 例,乙状结肠 75 例,降结肠 63 例,横结肠 24 例,升结肠 20 例,回盲部 17 例。126 例患者中,有炎性息肉形成者 33 例(1021 枚),其中广基 708 枚,有蒂 229 枚,桥型 84 枚;病变部位在全结肠者 8 例,左半结肠 10 例,直肠、乙状结肠 4 例,直肠、降结肠 1 例,乙状结肠、降结肠 1 例,回盲部、直肠 1 例,升结肠 2 例,降结肠 4 例,直肠 2 例。

1.2 诊断及纳入标准:参照 2000 年成都全国炎症性肠病学术研讨会制定的《对炎症性肠病诊断治疗规范的建议》^[1]。根据典型的临床表现和结肠镜检查所见及(或)黏膜活检支持,排除细菌性痢疾、阿米巴痢疾、慢性血吸虫病、肠结核等感染性结肠炎及结肠克隆病、缺血性结肠炎、放射性结肠炎等基础上,诊断本病并纳入

* 中国人民解放军沈阳军区总医院中医科内镜中心辽宁省沈阳市沈河区文化路 83 号(110015)

收稿日期:2005-01-11;修回日期:2005-05-16

观察病例。

1.3 病情严重程度分级标准:参照《胃肠病学》^[2]。轻度:患者腹泻每日 4 次以下,便血轻或无,无发热、脉搏加快或贫血,血沉正常;中度:介于轻度和重度之间;重度:腹泻每日 6 次或 6 次以上,明显黏液血便,体温 $>37.5^{\circ}\text{C}$,脉搏 >90 次/分钟,血红蛋白 $<100\text{g/L}$,血沉 $>30\text{mm/小时}$ 。

1.4 主要症状及肠黏膜病变轻重分级标准:参照 1992 年 9 月中国中西医结合学会消化系统疾病专业委员会制定的《慢性非特异性溃疡性结肠炎中西医结合诊断、辨证和疗效标准》^[3](以下简称 1992 年标准)略做调整,其中腹泻 ≤ 3 次为 1 级,4~5 次为 2 级, ≥ 6 次为 3 级,其余同原标准。

2 治疗及观察方法

2.1 治疗方法:患者均口服健脾益气、清热解毒、化痰通络的中药,每剂加水煎至 300ml,每次口服 100ml,每日 3 次。基本组方:黄芪 30g,肉桂 10g,炮姜 10g,败酱草 10g,白头翁 15g,黄连 10g,白术 15g,苍术 15g,地骨皮 15g,当归 15g,丹参 15g,炙甘草 10g。大便干燥加大黄 5g、厚朴 15g,息肉形成加莪术 15g、薏苡仁 20g。凝血酶原时间(PT) $>$ 正常对照 3 秒或纤维蛋白原(FIB) $>4.0\text{g/L}$ 者,静脉滴注丹参或红花注射液;部分病变在左半结肠者(48 例),给予中药保留灌肠,每剂加水煎至 100ml,睡前保留灌肠。组方:苦参 20g,败酱草 20g,秦皮 20g,白头翁 20g,黄连 15g,黄柏 15g,白及 15g,紫花地丁 15g,地榆 20g。病情较重者,其中 15 例口服艾迪沙(法国爱的发制药公司),14 例口服柳氮磺胺吡啶(上海福达制药有限公司)每日 3~4g;合并有炎性息肉形成者,采用微波凝固或热活检钳夹除。口服及灌肠治疗均以 4 周为 1 个疗程,两个疗程后进行疗效评价。凡未坚持两个疗程、未复查肠镜的病例均予剔除。

2.2 观察指标及方法:治疗前及治疗第 1、4、8 周均记录患者有关症状及体征,并于治疗前及治疗后 1 周内进行肠镜检查,观察结肠黏膜的充血、水肿、糜烂、溃疡及息肉情况。参照 1992 年标准,对主要症状及肠镜检查所见黏膜病变情况进行计分:排便次数:0~1 次计 0 分,2~3 次计 1 分,4~5 次计 3 分,6 次或 6 次以上计 5 分;脓血便:无脓血便计 0 分,少量脓血便计 1 分,中等量脓血便计 3 分,多量脓血便或便新鲜血计 5 分;腹痛:无腹痛计 0 分,腹痛轻微、隐痛、偶发计 1 分,中等度、隐痛或胀痛,每日发作数次计 3 分,重度、剧痛或绞痛、反复发作计 5 分;下坠:无下坠计 0 分,轻、便后消失计 1 分,中等、便后略减轻计 3 分,明显、便后不减计

5 分;充血水肿:无充血水肿计 0 分,轻度计 1 分,中等度计 3 分,重度计 5 分;糜烂:无糜烂计 0 分,轻度计 1 分,中等度、可伴有出血计 3 分,重度、触之有明显出血计 5 分;溃疡:无溃疡计 0 分,散在分布、数量 ≤ 3 个、周边轻度红肿计 1 分,散在分布、数量 >3 个、周边明显红肿计 3 分,分布多、表面布满脓苔、周边显著红肿计 5 分。

2.3 统计学方法:采用 SPSS 10.0 统计软件对结果进行分析,计量资料用平均值 $\pm$ 标准差表示,采用 t 检验。

3 结果

3.1 疗效判定标准:参照中华人民共和国卫生部 1995 年制定发布的《中药新药治疗慢性非特异性溃疡性结肠炎的临床研究指导原则》及 1992 年标准。临床治愈:临床症状消失,结肠镜检查黏膜大致正常,停药后观察 6 个月无复发,积分减少率 $\geq 95\%$;显效:临床症状基本消失,积分减少率 $\geq 70\%$ 而 $<95\%$,结肠镜复查黏膜轻度炎症或部分假息肉形成,或主要症状分级减少 2 级以上,或肠黏膜病变分级减少 2 级以上;有效:临床症状好转,积分减少率 $>30\%$ 而 $<70\%$,结肠镜检查黏膜病变有所好转,或主要症状分级减少 1 级以上,或肠黏膜病变分级减少 1 级以上;无效:经治疗后临床症状、内镜检查无改善,积分减少率 $\leq 30\%$ 。积分减少率 = (治疗前积分 - 治疗后积分) / 治疗前积分 $\times 100\%$,总有效率 = (治愈例数 + 显效例数) / 可供疗效评价总例数 $\times 100\%$ 。

3.2 临床疗效:126 例患者中临床治愈 98 例,显效 11 例,有效 15 例,无效 2 例,治愈率 77.8%,总有效率 86.5%。

3.3 治疗前后主要症状积分比较:表 1 示,治疗前后比较,腹泻、腹痛、下坠感、脓血便等积分差异均有显著性($P < 0.01$)。

表 1 治疗前后主要症状积分比较(分, $\bar{x} \pm s$)

时间	例数	腹泻	腹痛	下坠感	脓血便
治疗前	126	3.24 $\pm$ 1.45	2.75 $\pm$ 1.65	2.15 $\pm$ 1.66	3.18 $\pm$ 1.42
治疗后	126	0.55 $\pm$ 1.10 *	0.65 $\pm$ 1.39 *	0.35 $\pm$ 1.14 *	0.31 $\pm$ 1.13 *

与治疗前同项目比较, * $P < 0.01$ 。下同

3.4 治疗前后肠镜积分比较:表 2 示,治疗前后比较,充血水肿、糜烂、溃疡等积分差异均有显著性($P < 0.01$)。

表 2 治疗前后肠镜积分比较(分, $\bar{x} \pm s$)

时间	例数	充血水肿	糜烂	溃疡
治疗前	126	3.15 $\pm$ 1.54	2.35 $\pm$ 1.73	2.43 $\pm$ 1.79
治疗后	126	0.61 $\pm$ 1.42 *	0.58 $\pm$ 1.33 *	0.56 $\pm$ 1.38 *

3.5 溃疡性结肠炎合并有炎性息肉疗效:33例合并有炎性息肉者经药物治疗及内镜下微波凝固或热活检钳夹除(2例外科手术后残余息肉行内科治疗)后,息肉全部消失,6个月内无复发,治愈率100%。

4 讨论

随着生活水平的提高,溃疡性结肠炎在我国的发生率亦有所增加,其病因不清,可能与遗传、免疫、饮食、精神等因素有关。对于溃疡性结肠炎,西医多采用柳氮磺胺吡啶、5-氨基水杨酸、激素等进行治疗,虽有一定疗效,但其疗程长,副作用较多,治疗费用昂贵,患者往往难以坚持。溃疡性结肠炎属中医学“痢疾”、“泄泻”、“肠风下血”等范畴,多从虚寒论治^[1]。我们经多年临床研究,认为其发病多因素体脾胃虚弱,复因饮食不节,而致热毒内蕴,阻于脉络,气机不畅,血腐肉败而成。病机多为本虚标实,脾胃虚弱为本,热毒血瘀为标,久病伤及气血,脾胃之气更弱,而致病程缠绵,反复难愈。脉络瘀阻在溃疡性结肠炎的发病中起到十分重要的作用,局部病理检查可以看到微血栓形成,外周血可出现高凝状态^[5]。治宜健脾益气,清热解毒,化瘀通络,组方中以黄芪、白术、肉桂、炮姜健脾益气,温中散寒;败酱草、白头翁、黄连清热解毒;当归、丹参活血通络。现代药理研究表明,黄芪、丹参可增强免疫功能,改善微循环,消除自由基;败酱草可消除局部炎症,改善病变部位的微循环,促进溃疡面的愈合;白头翁具有增强免疫功能,抗炎、抗氧化的作用;肉桂对于药物引起的肠功能紊乱具有调整作用。全方共奏健脾益气、清热解

毒、化瘀通络之功。我们对于便血较多的患者,也坚持化瘀止血,而不用收涩止血,重症患者还加用丹参或红花静脉滴注。对于病变在左半结肠者,特别是60cm以下病变的患者,采用中药保留灌肠,使药物直达病所,有助于提高疗效。对于病情较重者,配合西药治疗,以期尽快缓解临床症状,提高患者治疗的依从性,为中药治疗创造条件,待症状有所缓解后即将西药逐渐减停。本组有64例患者就诊时曾口服艾迪沙或柳氮磺胺吡啶治疗2~3个月无效,而改服或加用中药治疗后,疗效显著。重度溃疡性结肠炎患者常合并有炎性息肉形成,此类患者单纯采用药物治疗,息肉很难消失,我们在中药治疗症状缓解后,采用内镜下微波凝固或热活检钳夹除取得较好疗效,息肉较多者,分次、分批、分部位进行治疗,有2例患者,1次微波治疗80余枚息肉,未见并发症出现。此外,在我们治疗的过程中,有1例伴多发结肠息肉者,仅经中药治疗3个月,复查肠镜即见息肉完全消失,其疗效机理尚有待进一步研究。

参考文献

- 中华医学会消化病学分会.对炎症性肠病诊断治疗规范的建议.中华消化杂志,2001,21(4):236~239.
- 郑芝田主编.胃肠病学.第3版.北京:人民卫生出版社,2000:775.
- 陈治水,危北海,陈泽民.慢性非特异性溃疡性结肠炎中西医结合诊断、辨证和疗效标准(试行方案).中国中西医结合杂志,1994,14(4):239~240.
- 贺立成.健脾理中汤治疗溃疡性结肠炎48例.湖南中医药导报,2002,8(9):538.
- 魏艳静,卞红磊,武会珍.溃疡性结肠炎患者血小板功能状态的研究.上海医学,2004,27(3):202~203.



想拥有2000个古今名医做你的高级助手吗?

一套真正帮助医院、诊所和医生提高临床疗效的高级全科诊治咨询系统

欢迎免费试用!

“慈方名医”系统通过了由中国中西医结合学会组织的专家论证。该系统“复活”了张仲景、孙思邈、张景岳等古代名医,运用群体智能优化技术实现了历代2000多位临床各科数字名医联合会诊,自动给出疑难病优化中药处方、需要重点排查的疾病和相关检查,可显著提高临床疗效,减少漏诊、误诊。使用时,医生通过客户端计算机提交患者的疾病信息,经互联网传至远程服务器,经过系统会诊后返回结果,即可打印出带有医院或诊所名称的咨询报告。该系统具有全科医生的功能,广泛适用于内、外、妇、儿、男、眼、耳鼻喉、口腔、皮肤性病等各科。一位医生说:“有‘慈方名医’在身边,遇到任何疑难病,我已经不再有束手无策的感觉,它已经成为我的拐杖和智囊。”欲快速提高中医诊疗水平,请进入新浪UC“慈方医学”交流中心(免费)。试用方法详见慈方中医网<http://www.cifang.com>,咨询电话:010-89760081。

颈肩腰腿病中医药新疗法培训班招生

本校为风湿病专科培训基地,办学10年来,培养了一大批专科人员。校长陶纪志积累了20余年治疗风湿病的经验。本校主要传授中药内服外用治疗风湿病的新疗法及类风湿性关节炎、强直性脊柱炎、无菌性骨

坏死、肩周炎、坐骨神经痛、腰椎间盘突出症,颈椎、腰椎、膝关节等部位的骨质增生,产妇受寒引起的腿脚病等治疗方法。

本校常年招生,每月1日、15日准时开课,学期7天,详细资料及入学通知汇10元索取。电话:(0319)4338888,地址:河北省巨鹿县朝阳路中医风湿病专科培训学校,联系人:李老师,邮编:055250。

长期销售空心胶囊

本产品严格按照国家标准和《中国药典》规定的质量要求生产,符合药用各项指标,有0号、1号、2号等型号,多种颜色可供选择。本公司以合理的价格欢迎需要的单位和个人来电来函咨询。对用量少的单位和个人将办理邮购业务。价格:每万粒135元(含邮资)。地址:浙江省新昌县一诺胶丸有限公司,电话:(0575)6061888,013706852676,邮编:312560,联系人:潘炎锋

出书立传 中医古籍出版社帮您忙

《中国当代医疗百科专家专著》系列丛书出版登记表(回执)

姓名		地址		邮编		传真	
电话		手机		书稿寄出时间		订购册数	
内容简介							
是/否请领导(专家)题词				是/否参加科技著作大赛或展览			

注:请按此表格内容自制表格寄回,以提前安排出版事宜。

地址:北京市水碓子邮局43号信箱,邮编:100026。

电话:(010)64008810,64014411-3219(长期有效)。