

DOI: 10.13288/j.11-2166/r.2015.17.013

健脾清肠汤内服联合愈疡灌肠方保留灌肠治疗慢性持续型溃疡性结肠炎活动期患者 31 例临床观察

党中勤¹, 党志博², 王宇亮^{*}, 李严生¹, 席玉红¹, 汪方园¹

(1. 河南省中医院, 河南省郑州市东风路 6 号, 450002; 2. 北京中医药大学)

摘要 目的 观察中药健脾清肠汤内服联合愈疡灌肠方保留灌肠治疗脾虚湿热证慢性持续型溃疡性结肠炎活动期的临床疗效。方法 将 62 例脾虚湿热证慢性持续性溃疡性结肠炎活动期患者随机分为治疗组与对照组各 31 例, 治疗组给予健脾清肠汤内服, 并配合愈疡灌肠方保留灌肠治疗; 对照组给予口服美沙拉嗪肠溶片每次 1 g, 每周 4 次。两组连续治疗 12 周后进行主要症状评分及镜检结肠黏膜 Baron 内镜评分以评价临床疗效, 并观察不良反应。结果 治疗组临床疗效总有效率为 93.55%, 对照组为 83.87%, 治疗组优于对照组 ($P < 0.05$)。两组治疗后腹痛、腹泻及脓血便症状积分及 Baron 内镜评分与治疗前比较均明显降低 ($P < 0.01$); 治疗后治疗组腹痛、腹泻积分及 Baron 内镜评分均明显低于对照组 ($P < 0.05$)。治疗组无不良反应发生, 对照组有 3 例患者出现不良反应。结论 健脾清肠汤内服联合愈疡灌肠方保留灌肠治疗脾虚湿热证慢性持续性溃疡性结肠炎活动期疗效肯定, 能够改善患者腹痛、腹泻、脓血便等主要临床症状, 促进患者肠黏膜愈合, 且无明显不良反应。

关键词 溃疡性结肠炎; 健脾清肠汤; 愈疡灌肠方; 中药灌肠

溃疡性结肠炎又称慢性非特异性溃疡性结肠炎, 以原因不明的大肠黏膜的慢性炎症和溃疡形成为主要病理特点, 有腹痛、腹泻及黏液脓血便等主要临床表现, 常反复发作, 缠绵难愈, 并与结肠癌的发病有关, 被 WHO 列为现代难治病之一^[1]。根据本病的病因病机特点, 结合多年的临床经验, 我们采用中药健脾清肠汤内服联合愈疡灌肠方保留灌肠治疗脾虚湿热证慢性持续型溃疡性结肠炎活动期患者 31 例, 现报道如下。

1 临床资料

1.1 诊断标准

西医诊断标准参照《对我国炎症性肠病诊断治疗规范的共识意见》^[2]中慢性持续型溃疡性结肠炎有关标准, 1) 临床表现: 有持续或反复发作的腹泻、黏液脓血便伴腹痛、里急后重和不同程度的全身症状, 病程多在 4~6 周以上, 可有关节、皮肤、眼、口和肝胆等肠外表现。2) 结肠镜检查: 病变多从直肠开始, 呈连续性、弥漫性分布, 表现为黏膜血管纹理模糊、紊乱或消失、充血、水肿、

易脆、出血和脓性分泌物附着, 亦常见黏膜粗糙, 呈细颗粒状; 病变明显处可见弥漫性、多发性糜烂或溃疡。3) 黏膜组织学检查: 活动期: 固有膜内有弥漫性、慢性炎性细胞和中性粒细胞、嗜酸性粒细胞浸润; 隐窝有急性炎性细胞浸润, 尤其是上皮细胞间有中性粒细胞浸润和隐窝炎, 甚至形成隐窝脓肿, 可有脓肿溃入固有膜; 隐窝上皮增生, 杯状细胞减少; 可见黏膜表层糜烂、溃疡形成和肉芽组织增生。

中医辨证标准参照《溃疡性结肠炎中医诊疗共识意见》^[3]有关脾虚湿热证标准, 主症: 腹泻, 腹痛, 脓血便; 次症: 腹胀, 纳差, 里急后重, 舌质淡红, 苔黄腻, 脉濡数。

1.2 纳入标准

符合上述西医诊断标准; 疾病分期为活动期; 年龄 18~66 岁; 签署知情同意书。

1.3 排除标准

合并严重并发症如局部狭窄、肠梗阻、肠穿孔、中毒性巨结肠、大出血以及结肠癌、直肠癌者; 妊娠期、哺乳期妇女; 合并严重的原发性心、肝、肺、肾及血液系统疾病者。

* 通讯作者: 29156687@qq.com, 13653822100

1.4 一般资料

选择河南省中医院肝胆脾胃病科 2012 年 1 月至 2014 年 10 月住院的脾虚湿热证慢性持续型溃疡性结肠炎活动期患者共 62 例, 采用随机数字表法分为治疗组和对照组各 31 例。治疗组中男 12 例, 女 19 例; 年龄 26 ~ 47 岁, 平均 (36.32 ± 10.25) 岁; 病程 0.5 ~ 7 年, 平均 (5.26 ± 3.81) 年; 病情程度^[3]: 轻度 11 例, 中度 17 例, 重度 3 例。对照组中男 11 例, 女 20 例; 年龄 25 ~ 48 岁, 平均 (37.41 ± 12.62) 岁; 病程 1 ~ 6 年, 平均 (5.60 ± 4.12) 年; 病情程度: 轻度 13 例, 中度 14 例, 重度 4 例。两组患者一般资料比较差异无统计学意义 ($P > 0.05$), 具有可比性。

2 方法

2.1 治疗方法

对照组给予美沙拉嗪肠溶片 (每片 0.25 g, 葵花药业集团佳木斯鹿灵制药有限公司生产, 国药准字 H19980148), 每次 1 g, 每日 4 次, 口服。

治疗组采用中医多途径给药: 1) 中药健脾清肠汤内服, 药物组成: 黄芪 25 g, 败酱草 25 g, 炒白术 25 g, 茯苓 30 g, 炒苍术 15 g, 木香 12 g, 防风 10 g, 炒白芍 30 g, 徐长卿 25 g, 黄连 9 g, 仙鹤草 30 g, 炙甘草 10 g。加减: 腹痛明显者加醋延胡索 15 g、生蒲黄 15 g (包)、五灵脂 12 g (包); 腹胀明显者加枳实 12 g、厚朴 10 g、炒莱菔子 18 g; 便血重者加地榆炭 15 g、茜草炭 15 g、藕节炭 15 g; 滑脱不禁者加乌梅 15 g、赤石脂 25 g、禹余粮 25 g; 湿热明显者加黄芩 12 g、黄柏 9 g、白头翁 15 g; 若假性息肉形成者加牡蛎 30 g、露蜂房 12 g、莪术 15 g。中药饮片由河南省中医院药品采购中心统一购置, 采用 YFY13/3A 型号的煎药机煎药, 每次煎煮 7 剂, 加水 4000 ml, 密闭煎煮 30 min, 取汁 2800 ml, 在无菌条件下密封, 每袋 200 ml, 每次 200 ml, 每日 2 次, 口服。2) 愈疡灌肠方保留灌肠, 药物组成: 苦参 30 g, 地榆炭 25 g, 白及 15 g, 煅龙骨 30 g, 煅牡蛎 30 g, 五倍子 15 g, 三七粉 10 g。药物制备方法同上, 用时每次 200 ml, 每日 1 次, 保留灌肠, 连续灌肠 14 天后停灌 1 天。灌肠方法: 灌肠液温度以 (39 ± 0.5) °C 为宜, 先取左侧卧位, 充分暴露臀部, 铺治疗巾, 抬高臀部约 10 cm, 润滑肛管前端, 肛管插入直肠 15 cm, 视患者的耐受情况, 调整灌肠给药速度, 通常为 80 滴/min。体位调整: 若直肠、乙状结肠和左半结肠溃

疡, 取左侧卧位, 并尽可能延长灌肠液保留时间; 若溃疡面广泛或波及全结肠, 则依次取左侧卧位、平卧位及右侧卧位各 20 min, 然后取舒适体位静卧。

两组均以 12 周为 1 个疗程。

2.2 观察指标和方法

2.2.1 主要症状评分 参考《中药新药临床研究指导原则 (试行)》^[4] 中溃疡性结肠炎症状分级量化标准, 对腹痛、腹泻、脓血便进行评分。

2.2.2 结肠黏膜溃疡评分 按 Baron 内镜评分标准^[5-8]: 正常黏膜图像计 0 分; 轻度病变 (血管纹理模糊, 黏膜充血但无出血) 计 1 分; 中度病变 (黏膜呈颗粒样变化, 中度接触性出血) 计 2 分; 重度病变 (黏膜溃疡并自发性出血) 计 3 分。

2.2.3 不良反应 两组治疗前后分别检测血、尿、大便常规, 心电图及肝肾功能, 并观察可能出现的不良事件, 疗程结束后进行安全性评价。

2.3 临床疗效标准

参照《对我国炎症性肠病诊断治疗规范的共识意见》^[9] 制定, 完全缓解: 主要症状消失; 结肠镜复查结肠黏膜大致正常, Baron 内镜评分减少 ≥ 95%。显效: 主要症状基本消失, 结肠镜复查结肠黏膜炎症明显减轻, Baron 内镜评分减少 ≥ 70% 但 < 95%。有效: 主要症状明显改善, 结肠镜复查黏膜轻度炎症或假息肉形成, Baron 内镜评分减少 ≥ 30% 但 < 70%。无效: 主要临床症状以及内镜检查结果均无改善。

2.4 统计学方法

采用 SPSS 15.0 统计软件, 计数资料采用 χ^2 检验, 计量资料采用 t 检验, 等级资料采用 Ridit 分析, 以 $P < 0.05$ 表示差异具有统计学意义。

3 结果

3.1 两组患者临床疗效比较

治疗组 31 例中完全缓解 20 例占 64.52%, 显效 5 例占 16.13%, 有效 4 例占 12.90%, 无效 2 例占 6.45%, 总有效率 93.55%; 对照组 31 例中完全缓解 17 例占 54.84%, 显效 4 例占 12.90%, 有效 5 例占 16.13%, 无效 5 例占 16.13%, 总有效率 83.87%, 两组比较差异有统计学意义 ($P < 0.05$), 治疗组优于对照组。

3.2 两组患者主要症状积分比较

表 1 示, 两组治疗后腹痛、腹泻及脓血便积分与本组治疗前比较均明显降低, 差异有统计学意义

表 1 两组慢性持续型溃疡性结肠炎活动期患者治疗前后主要症状积分及 Baron 内镜评分比较 (分, $\bar{x} \pm s$)

组别	时间	例数	腹痛	腹泻	脓血便	Baron 内镜评分
治疗组	治疗前	31	3.12 ± 0.76	3.05 ± 0.71	2.36 ± 0.52	2.46 ± 0.52
	治疗后	31	0.96 ± 0.38 ^{*△}	1.02 ± 0.65 ^{*△}	1.02 ± 0.35 [*]	1.27 ± 0.39 ^{*△}
对照组	治疗前	31	3.09 ± 0.81	2.89 ± 0.67	2.25 ± 0.38	2.43 ± 0.48
	治疗后	31	1.75 ± 0.42 [*]	1.81 ± 0.73 [*]	1.18 ± 0.32 [*]	1.76 ± 0.42 [*]

注: 与本组治疗前比较, * $P < 0.01$, 与对照组治疗后比较, $\Delta P < 0.05$

($P < 0.01$); 治疗组治疗后腹痛、腹泻积分均明显低于对照组, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。

3.3 两组患者 Baron 内镜评分比较

表 1 示, 两组患者治疗后肠黏膜病变 Baron 内镜评分积分较治疗前均明显降低, 差异具有统计学意义 ($P < 0.01$)。治疗后治疗组 Baron 内镜评分低于对照组, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)。

3.4 不良反应

治疗组无不良反应发生。对照组有 3 例患者出现不良反应, 其中 2 例出现恶心、呕吐, 1 例出现头晕不适, 均经对症治疗后缓解。

4 讨论

溃疡性结肠炎的西医治疗药物主要有氨基水杨酸类、皮质激素类、免疫抑制剂等, 尽管其短期缓解率高, 但需长期服用, 疗效不稳定, 毒副作用较大, 患者耐受性差, 限制了其在临床中的广泛运用。

根据本病的临床表现, 属于中医学“久痢”“肠风”“久泻”等范畴。有研究显示, 中药治疗溃疡性结肠炎疗效肯定, 能显著改善临床症状^[7-8]。我们经过多年临床研究, 认为本病以脾虚失运为本, 湿热阻滞为标, 诚如《医宗金鉴》所云“泻成于湿, 湿皆成于脾虚”。《景岳全书·泄泻》云“泄泻之本, 无不由于脾胃。”湿浊困遏脾阳, 脾失健运, 湿滞愈发严重, 湿浊与脾虚互为因果, 于是久泻乃成。清阳得升, 湿浊得降, 中气行其斡旋之能, 则久泻可止。脾虚运化失常, 湿邪客于肠道, 壅塞气机, 故见腹痛、里急后重; 湿滞肠道, 郁久化热, 与气血相搏, 肠腑血络受损, 瘀血阻滞, 血败肉腐终成脓血, 故下利赤白脓血^[9-10]; 同时湿邪日久, 化热入里, 蕴结大肠, 水谷传导失司, 清浊不分, 故泄泻日久不愈, 正如《素问·阴阳应象大论》所云“清气在下, 则生飧泄”。久之, 湿邪困阻气机, 则气机郁滞, 肝失疏泄, 木郁乘脾, 脾失健运, 而使湿邪更为难除; 久泻、久痢不止, 久病及肾, 终导致脾肾阳虚。故治疗本病重在健脾化湿, 兼顾理气、清肠, 日久则

温肾、涩肠、止泻^[11-12]。健脾清肠汤中黄芪健脾益气, 败酱草解毒清肠, 共为君药; 白术、茯苓、苍术健脾化湿, 黄连清热燥湿解毒, 共为臣药; 木香、防风理气, 徐长卿、白芍止痛, 仙鹤草止血, 共为佐药; 炙甘草调和诸药, 与白芍配伍有缓急止痛作用, 为佐使药, 诸药合用, 共奏健脾化湿、清肠止泻之功。时箐静等^[13]研究认为, 灌肠疗法是治疗慢性溃疡性结肠炎的有效方法。愈疡灌肠方中苦参、地榆炭、白及、煅龙牡、五倍子、三七粉合用有清肠、止血、止泻作用, 可加速结肠黏膜局部炎症修复、溃疡面愈合。中药内服、灌肠联合应用, 可内外并治、标本兼顾, 故收效桴鼓。

本项研究结果表明, 健脾清肠汤内服联合愈疡灌肠方保留灌肠治疗脾虚湿热证慢性持续型溃疡性结肠炎活动期患者能够改善患者腹痛、腹泻、脓血、便主要临床症状, 促进肠黏膜愈合, 安全可靠, 患者依从性良好, 对其作用机制有待于进一步研究。

参考文献

- [1] 张恩户, 郭琦, 陈金文, 等. 固肠止泻肠溶胶囊对溃疡性结肠炎模型大鼠结肠组织 MPO 和病理学的影响 [J]. 中国中医基础医学杂志, 2008, 7(11): 843-844.
- [2] 中华医学会消化病学分会炎症性肠病协作组. 对我国炎症性肠病诊断治疗规范的共识意见 [J]. 胃肠病学, 2007, 12(8): 488-495.
- [3] 中华中医药学会脾胃病分会. 溃疡性结肠炎中医诊疗共识意见 [J]. 中华中医药杂志, 2010, 25(6): 891-895.
- [4] 郑筱萸. 中药新药临床研究指导原则(试行) [M]. 北京: 中国医药科技出版社, 2002: 129-134.
- [5] Baron JH, Connell AM, Lennard-Jones JE. Variation between observers in describing mucosal appearances in proctocolitis [J]. Br Med J, 1964, 1(5375): 89-92.
- [6] 欧阳钦, 苗新普. 炎症性肠病评估指标的临床应用 [J]. 中华消化杂志, 2009, 29(3): 209-212.
- [7] 刘果, 刘大铭, 孙慧怡, 等. 溃结复发方加减对慢性溃疡性结肠炎患者抗中性粒细胞胞浆抗体的影响 [J]. 中医杂志, 2014, 55(11): 927-930.
- [8] 戎玲勤, 徐甦. 康复新液灌肠联合健脾清肠汤加减治

- 疗溃疡性结肠炎 32 例 [J]. 中医杂志, 2013, 54(13): 1150-1151.
- [J] 段迎喜, 包俊萍. 黄连吴茱萸葛根苦参为主方治疗慢性溃疡性结肠炎 [J]. 中国中医基础医学杂志, 2006, 5(12): 953.
- [J] 张喆, 符思, 王微, 等. 中药内服加灌肠治疗溃疡性结肠炎 31 例临床观察 [J]. 中医杂志, 2012, 53(3): 225-227.
- [J] 张凯麟. 柴胡芍药汤治疗溃疡性结肠炎的临床疗效分析 [J]. 中国中医基础医学杂志, 2013, 12(11): 1367-1368.
- [J] 席玉红, 党中勤, 李严生, 等. 中医综合疗法联合辨证施护治疗溃疡性结肠炎 60 例观察 [J]. 中医药导报, 2014, 20(5): 110-112.
- [J] 时菁静, 王立冬, 刘玉兰, 等. 灌肠膏联合中药熏洗剂在溃疡性结肠炎患者保留灌肠时对肛门及肛管的保护作用 [J]. 中医杂志, 2014, 55(6): 489-492.
- [J] 张凯麟. 柴胡芍药汤治疗溃疡性结肠炎的临床疗效

Clinical Observation on Oral Administration of *Jianpi Qingchang Decoction* (健脾清肠汤) Combined with Retention Enema with *Yushang Guanchang Decoction* (愈疡灌肠方) in the Treatment of Chronic Persistent Ulcerative Colitis of 31 Cases

DANG Zhongqin¹, DANG Zhibo², WANG Yuliang¹, LI Yansheng¹, XI Yuhong¹, WANG Fangyuan¹

(1. Traditional Chinese Medicine Hospital of Henan Province, Zhengzhou, Henan Province, 450002; 2 Beijing University of Chinese Traditional Medicine)

ABSTRACT Objective To observe the clinical efficacy of oral administration of traditional Chinese medicine *Jianpi Qingchang Decoction* (健脾清肠汤) combined with retention enema with *Yushang Guanchang Decoction* (愈疡灌肠方) in the treatment of chronic persistent ulcerative colitis with the spleen deficiency and dampness heat syndrome.

Methods A total of 62 cases of chronic persistent ulcerative colitis with the spleen deficiency and dampness heat syndrome were randomly divided into treatment group and control group, with 31 cases in each group. The treatment group was given oral administration of *Jianpi Qingchang Decoction* combined with retention enema with *Yushang Guanchang Decoction*; The control group was given orally mesalazin enteric-coated tablets 1g each time, 4 times a week.

After 12 weeks of continuous treatment, the main symptom score and Baron endoscopic score of endoscopic examination of the colon mucosa in both groups were got to evaluate the clinical efficacy, and the adverse reactions were observed. **Results** The total effective rate was 93.55% in the treatment group and 83.87% in the control group, the treatment group was better than the control group ($P < 0.05$). After treatment, the abdominal pain, diarrhea and bloody purulent stool integral and Baron endoscopic score in both groups were significantly decreased than those before the treatment ($P < 0.01$); The scores of abdominal pain, diarrhea integral and Baron endoscopic score in the treatment group were significantly lower than those in the control group ($P < 0.05$). No adverse reactions occurred in the treatment group, there were 3 cases of adverse reactions in the control group. **Conclusion** Oral administration of traditional Chinese medicine *Jianpi Qingchang Decoction* combined with retention enema with *Yushang Guanchang Decoction* in the treatment of chronic persistent ulcerative colitis with the spleen deficiency and dampness heat syndrome do have curative effect, it can improve the main clinical symptoms of patients, such as abdominal pain, diarrhea, bloody purulent stool and so on, it can promote the healing of intestinal mucosa of patients, and there is no obvious adverse reaction.

Keywords ulcerative colitis; *Jianpi Qingchang Decoction*; *Yushang Guanchang Decoction*; herbal enema

(收稿日期: 2015-02-05; 修回日期: 2015-03-03)

编辑: 叶 晨

更正: 本刊 2015 年第 13 期 1155 页左栏第 2 段中“胃为阳明燥土, 属阳, 喜燥恶湿; 脾为太阴湿土, 属阴, 喜润恶燥”应为“胃为阳明燥土, 属阳, 喜润恶燥; 脾为太阴湿土, 属阴, 喜燥恶湿”, 特此更正, 并向读者致歉。