

中药内服加灌肠治疗慢性溃疡性结肠炎 31 例临床观察

张 喆¹ 符 思¹ 王 微¹ 姜良铎^{2*}

0. 中日友好医院中医消化科, 北京市朝阳区和平里樱花东路 2 号, 100029; 2. 北京中医药大学东直门医院)

* 通讯作者: liangduojiang@163.com, (010)84013402

[摘要] **目的** 观察中药内服配合灌肠治疗慢性溃疡性结肠炎(UC)大肠湿热证的临床疗效。**方法** 64 例 UC 患者随机分为治疗组 31 例, 给予中药汤剂内服并配合灌肠治疗; 对照组 33 例, 给予口服美沙拉嗪每次 1g, 每日 4 次。连续治疗 8 周后评价临床疗效、中医证候疗效、主要症状评分及肠黏膜评分, 观察不良反应。**结果** 治疗组临床疗效、证候疗效总有效率均为 87.1%, 对照组均为 75.8%, 两组比较差异均有统计学意义($P < 0.05$)。两组患者治疗后腹痛、腹泻、脓血便症状积分均明显降低($P < 0.05$), 并且治疗组治疗后腹痛、腹泻积分明显低于对照组($P < 0.05$); 治疗后治疗组肠黏膜积分改善优于对照组($P < 0.05$)。**结论** 中药内服配合灌肠治疗 UC 大肠湿热证疗效肯定, 能明显改善临床症状, 且无明显不良反应。

[关键词] 溃疡性结肠炎; 中药; 灌肠; 大肠湿热证

Clinical Observation on Chronic Ulcerative Colitis treated by Chinese Herbal Decoction for Oral Taking and Enema : a Report on 31 Cases
ZHANG Zhe¹, FU Si¹, WANG Wei¹, JIANG Liangduo²

(1. China-Japan Friendship Hospital, Beijing 100029; 2. Dongzhimen Hospital, Beijing University of Chinese Medicine)

ABSTRACT **Objective** To observe the effect of Chinese herbal decoction for oral taking and enema on chronic ulcerative colitis (UC) with the large intestine damp heat syndrome in TCM. **Methods** Sixty-four UC patients were randomized into treatment group of 31 cases treated by Chinese herbal decoction for oral taking and enema, and control group of 33 cases medicated by mesalamine 1g each time, 4 times a day. After the treatment for 8 weeks in succession, the clinical effect and TCM syndrome effect were evaluated with the main symptom scores and intestinal mucosa scores. And the adverse reactions were also observed. **Results** The total effective rate of the treatment group was 87.1%, better than 75.8% of the control group ($P < 0.05$). The symptom scores including abdominal pain, diarrhea, and purulent bloody stool of the patients of both groups were significantly lowered ($P < 0.05$), and the scores of abdominal pain and diarrhea of the treatment group were significantly lower than those of the control group ($P < 0.05$). The improvement of the intestinal mucosa score of the treatment group was better than that of the control group ($P < 0.05$). **Conclusion** Chinese herbal decoction for oral taking and enema is effective for chronic UC with the large intestine damp heat syndrome in TCM.

Keywords ulcerative colitis (UC); Chinese medicines; enema; syndrome of damp heat in the large intestine

溃疡性结肠炎(ulcerative colitis, UC)是消化系统的常见病, 近年随着生活水平提高, 饮食结构改变等因素, 发病率逐渐增加。运用中医药治疗该病, 具有药效安全、副作用小等优点^[1]。我们应用中药内服合并灌肠治疗, 共观察轻中度 UC 患者 31 例, 现将结果报道如下。

1 临床资料

1.1 一般资料

选择 2010 年 1~12 月在中日友好医院门诊及住院的 UC 患者共 64 例, 采用信封法随机分为治疗组和对照组。治疗组 31 例, 其中男 10 例, 女 21 例; 平均年龄(38.5±10.1)岁; 病程 0~7 年, 平均 5.6 年; 其中初发型 2 例, 慢性持续型 9 例, 慢性复发型 20 例; 轻度 13 例, 中度 18 例。对照组 33 例, 其中男 11 例, 女 22 例, 平均年龄(42.8±12.3)岁, 病程

0~7 年, 平均 5.2 年; 其中初发型 1 例, 慢性持续型 11 例, 慢性复发型 21 例; 轻度 15 例, 中度 18 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。

1.2 诊断标准

1.2.1 西医诊断标准 根据中国中西医结合学会消化系统疾病专业委员会《溃疡性结肠炎中西医结合诊治方案(草案)》^[2]和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》^[3]进行诊断、病情分类及病情程度的判断。

1.2.2 中医证候诊断标准 参照《中药新药临床研究指导原则》^[4]和文献[2]制定。大肠湿热证: 主症: ①腹痛, 腹泻, 便下黏液脓血; ②里急后重; ③舌质红, 苔黄腻; ④脉滑数或濡数。次症: ①肛门灼热; ②

小便短赤;③下腹坠痛或灼痛;④身热;⑤口干口苦,口臭。证型确定:具备主症 2 项(第 1 项必备)加次症 2 项,或主症第 1 项加次症 3 项。

1.3 纳入标准

①符合 UC 西医诊断标准且临床类型为初发型、慢性复发型、慢性持续型。②临床严重程度为轻度、中度。③病情分期为活动期的患者。④符合中医诊断辨证属大肠湿热证者。⑤年龄 18~65 岁。⑥患者知情同意。

1.4 排除标准

①有严重并发症如局部狭窄、肠梗阻、肠穿孔、中毒性结肠扩张、大出血以及结肠癌、直肠癌患者。②妊娠期、哺乳期妇女。③严重的原发性心、肝、肺、肾、血液系统疾病者。

2 方法

2.1 治疗方法

治疗组给予中药内服和灌肠治疗。①内治法:治则:清热利湿,行气导滞。处方:黄连 6g,黄芩 10g,白头翁 10g,(煨)木香 10g,(炒)当归 10g,(炒)白芍 20g,地榆 10g,白蔹 10g,肉桂 3g(后下),甘草 6g。由中日友好医院煎药室煎为 200ml,100ml/袋,每次 1 袋,每日 2 次,早晚饭后 30min 服用。②中药灌肠治疗:处方:黄柏 30g,石菖蒲 20g,苦参 10g,地榆 30g,白及 9g,三七(粉)3g,诃子 10g,锡类散 1.5g,根据病变部位混合浓缩至 200ml(由中日友好医院煎药室制备)。灌肠方法:灌肠液温度:与肠腔温度接近,以 39~40℃为宜。灌肠时间:每晚灌肠 1 次。方法与体位:嘱患者排尿,取左侧卧位暴露臀部,下垫橡胶单、治疗巾,抬高臀部 10cm,连接、润滑肛管前端,排气、夹管显露肛门,肛管插入直肠 10~15cm,液面距肛门不超过 20cm,根据患者的耐受情况,调节灌肠速度为 80~100 滴/min,同时观察病情。灌肠结束后,取左侧卧位 30min、平卧位 30min、右侧卧位 30min,后可取舒适体位。可根据病变部位选择体位,病位在直肠、乙状结肠和左半结肠(脾曲以远),取左侧卧位,广泛结肠和全结肠,取左侧卧位 30min、平卧位 30min、右侧卧位 30min。可使药液在肠道内保留较长时间。肛管插入深度:一般选用 14~16 号肛管。理想的插管深度为结肠镜所观察的病变部位稍上位置,一般插入 10~15cm 为宜。

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

两组患者疗程均为 8 周,在治疗期间停用其他治疗药物,嘱患者生活规律、精神乐观、劳逸适度,忌食辛辣油腻肥厚等物。

2.2 观察指标及方法

①中医临床症状指标:主要症状包括腹泻、脓血便、腹痛,参照文献[4]中的 UC 症状分级量化标准进行评分。②结肠镜检查:观察结肠黏膜的充血、水肿、糜烂、溃疡等治疗前后变化,评分参照 Baron 评分标准^[5]: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)计 2 分,重度病变(黏膜溃疡并自发性出血)计 3 分。③安全性观察指标:血常规、尿常规、心电图、肝功能、肾功能;观察可能出现的不良反应,分析不良反应原因。疗程内随访,每 2 周随访 1 次;8 周结束后评定其有效性和安全性。

2.3 临床疗效评定标准

参照文献[3]制定。①完全缓解:临床症状消失,结肠镜复查发现黏膜大致正常。②有效:临床症状基本消失,结肠镜复查黏膜轻度炎症或假息肉形成。③无效:临床症状、内镜及病理检查结果均无改善。

2.4 证候疗效评定标准

参照文献[4]的疗效评定标准制定。疗效指数=(治疗前积分-治疗后积分)/治疗前积分×100%,①临床缓解:疗效指数≥95%;②显效:疗效指数≥70%但<95%;③有效:疗效指数≥30%但<70%;④无效:疗效指数<30%。

2.5 统计学方法

采用 SPSS 11.5 统计软件进行数据分析。计量资料采用 *t* 检验;计数资料用 χ^2 检验;等级资料采用秩和检验。

3 结果

3.1 两组患者临床疗效比较

表 1 示,两组患者临床疗效总有效率比较差异有统计学意义($P<0.05$),治疗组临床疗效优于对照组。

表 1 两组患者临床疗效比较[例(%)]

组别	例数	完全缓解	有效	无效	总有效
治疗组	31	5(73.0)	22(18.9)	4(8.1)	27(87.1)
对照组	33	4(45.5)	21(33.3)	8(21.2)	25(75.8)

3.2 两组患者证候疗效比较

表 2 示,两组患者证候疗效总有效率比较差异有统计学意义($P<0.05$),治疗组证候疗效优于对照组。

表2 两组患者证候疗效比较[例(%)]

组别	例数	临床缓解	显效	有效	无效	总有效
治疗组	31	5(16.1)	16(51.6)	6(19.4)	4(12.9)	27(87.1)
对照组	33	4(12.1)	7(21.2)	14(42.4)	8(24.2)	25(75.8)

3.3 两组患者治疗前后中医主要症状积分比较

表3示,两组患者治疗后腹痛、腹泻、脓血便积分较治疗前比较差异均有统计学意义($P<0.05$);治疗后组间比较,治疗组腹痛、腹泻积分明显低于对照组($P<0.05$),而脓血便两组比较差异无统计学意义($P>0.05$)。

表3 两组患者治疗前后中医主要症状积分比较(分, $\bar{x}\pm s$)

组别	时间	例数	腹痛	腹泻	脓血便
治疗组	治疗前	31	2.79 $\pm$ 0.41	2.58 $\pm$ 0.47	1.92 $\pm$ 0.43
	治疗后	31	0.92 $\pm$ 0.31* Δ	0.96 $\pm$ 0.32* Δ	1.04 $\pm$ 0.41*
对照组	治疗前	33	2.73 $\pm$ 0.46	2.63 $\pm$ 0.54	1.98 $\pm$ 0.44
	治疗后	33	1.31 $\pm$ 0.30*	1.43 $\pm$ 0.37*	0.99 $\pm$ 0.41*

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

3.4 两组患者治疗前后肠黏膜病变积分比较

表4示,肠黏膜病变积分两组治疗前后自身比较,差异均有统计学意义($P<0.05$);两组治疗后比较差异亦有统计学意义($P<0.05$)。

表4 两组患者治疗前后肠黏膜病变积分比较(分, $\bar{x}\pm s$)

组别	例数	治疗前	治疗后
治疗组	31	2.51 $\pm$ 0.44	1.73 $\pm$ 0.34* Δ
对照组	33	2.42 $\pm$ 0.47	2.01 $\pm$ 0.45*

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

3.5 安全性评价

两组患者治疗后血常规、尿常规、肝肾功能、心电图等检测指标均无特殊改变。

4 讨论

UC是一种原因尚不明确的直肠和结肠慢性非特异性疾病,病变主要在大肠黏膜与黏膜下层^[6]。属中医学“休息痢”与“久痢”范畴。从整体来看,湿邪和脾虚是病理过程中的两大要素,正如《医宗金鉴》所云“泻成于湿,湿皆成于脾虚”。因此痢之初起,缘于湿热客于肠道,壅阻气机,故见腹痛、里急后重;湿热熏灼肠道,与气血相搏,肠间脂膜血络受损,化腐成为脓血,故下利赤白脓血;同时湿热下注,蕴结大肠,水谷传导失司,清浊不分,故泄泻而作。病情如未能及时控制,则进一步中焦湿困,气机郁滞,肝失条达,脾失健运,而使湿邪更为难除;久泄不止,愈泄愈虚,久病及肾,最终导致脾肾阳虚。故本病病位虽在大肠,但与脾、肝、肾三脏关系密切,因此治

疗本病注重调理五脏,尤重脾胃,清化湿热,且温清并用、通涩兼施。

内服方中重用白芍养血和营、缓急止痛,配以当归养血活血,体现了“血行则便脓自愈”之义,且可兼顾湿热邪毒熏灼肠络,伤耗阴血之虑为君;木香行气导滞,调气则后重自除,两药相配,调和气血,配合苦寒而入血分的白头翁清热解毒、凉血止痢,以及黄芩、黄连泻火解毒、燥湿厚肠,是为臣药。地榆、白芍清热解毒、凉血止血、敛疮消痛,同时佐以少量肉桂,借其辛热温通之性,既可助当归、白芍行血和营,又可防呃逆拒药,属佐助兼反佐之用。甘草调和诸药,与白芍相配,又能缓急止痛,亦为佐使。诸药合用,湿祛热清,气血调和,共奏凉血止痢之功。同时UC的肠黏膜表现为局部糜烂、充血、溃疡,类似中医学“疮疡”,灌肠方中黄柏、苦参、地榆、石菖蒲等清热解毒,三七(粉)、白及收涩敛肌,诃子收涩止泻,锡类散解毒化腐,诸药合用灌肠,使药物直达病所,以内外合治,清肠化湿,敛疮生肌。

本研究结果显示,治疗组临床疗效、证候疗效有效率均优于对照组($P<0.05$),说明中药内服加灌肠治疗轻、中度UC疗效显著。同时两组治疗后均改善了患者的腹痛、腹泻、脓血便症状($P<0.05$),并且治疗组在改善患者腹痛、腹泻症状方面优于对照组,说明应用中药内服并配合灌肠治疗,可更好地改善患者的自觉症状,减轻患者的痛苦。本研究治疗方案未出现明显不良反应,有利于提高患者长期维持治疗的依从性。

参考文献

[1]叶萍.中西医结合保留灌肠治疗溃疡性结肠炎60例[J].中医杂志,2008,49(11):1001-1002.
[2]中国中西医结合学会消化系统疾病专业委员会.溃疡性结肠炎中西医结合诊治方案(草案)[J].中华中西医结合杂志,2004,24(11):1052-1055.
[3]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].现代消化及介入诊疗,2008,13(2):139-145.
[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]杨冬华.消化系疾病治疗学[M].北京:人民卫生出版社,2005:284.

(收稿日期:2011-04-14;修回日期:2011-07-04)