

加味白头翁汤肠内滴注联合穴位埋线治疗 溃疡性结肠炎 33 例临床观察

赵红波* 吴晓晶 杨 云 葛志明 张 星 范娴娴

银川市中医医院肛肠科,宁夏回族自治区银川市解放西街 231 号,750001

* 通讯作者: zhaohb110@yahoo.cn, 18295211689

[摘要] 目的 观察加味白头翁汤肠内滴注联合穴位埋线治疗轻—中度湿热蕴结型溃疡性结肠炎(UC)的临床疗效。方法 将 65 例轻—中度湿热蕴结型 UC 患者随机分为观察组(33 例)和对照组(32 例),观察组采用加味白头翁汤 100ml 肠内滴注,早晚各 1 次,结合穴位埋线疗法,1 周 1 次。对照组以柳氮磺吡啶片 2.0g 研末后溶于 100ml 甲硝唑注射液中肠内滴注,早晚各 1 次。两组治疗 4 周后,复查肠镜并记录患者用药前后中医症状积分、肠镜下黏膜积分,比较两组临床疗效。结果观察组治疗后各中医症状积分、总积分较治疗前明显降低($P<0.05$),对照组治疗后腹泻、黏液脓血便症状积分及总积分较治疗前明显降低($P<0.05$);观察组治疗后腹痛、腹泻、黏液脓血便、里急后重症状积分及总积分明显低于对照组($P<0.05$)。两组治疗后结肠黏膜充血、水肿、糜烂、溃疡积分较治疗前均有明显降低($P<0.05$);观察组治疗后结肠黏膜充血、水肿、糜烂、溃疡积分明显低于对照组($P<0.05$)。观察组总有效率为 93.94% 高于对照组的 75.00% ($P<0.05$)。结论 加味白头翁汤肠内滴注联合穴位埋线法治疗轻—中度湿热蕴结型 UC 疗效确切。

[关键词] 溃疡性结肠炎;湿热蕴结型;穴位埋线;肠内滴注;加味白头翁汤

Clinical Observation on Enteral Infusion of Modified Baitouweng Decoction Combined with Acupoint Catgut Embedding for 33 Cases of Ulcerative Colitis

ZHAO Hongbo, WU Xiaojing, YANG Yun, GE Zhiming, ZHANG Xing, FAN Xianxian

(TCM Hospital of Yinchuan City, Ningxia Hui Nationality Autonomous Region 750001)

ABSTRACT **Objective** To observe the therapeutic effect of enteral infusion of Modified Baitouweng Decoction (Modified Pulsatilla Decoction) combined with acupoint catgut embedding on mild to moderate ulcerative colitis (UC) with damp-heat brewing and binding syndrome. **Methods** Sixty five mild to moderate UC patients with damp-heat brewing and binding syndrome were randomized into the observation group of 33 cases and control group of 32 cases. The observation group was given enteral infusion of 100ml Modified Baitouweng Decoction, twice daily on 8am and 8pm respectively and combined with acupoint catgut embedding, once weekly. The control group was given enteral infusion of 2.0g sulfasalazine dissolved in 100ml metronidazole solution, twice daily on 8am and 8pm respectively. The treatment lasted for 4 weeks. The scores of Chinese symptoms and colonic mucosa and the clinical efficacy were observed in both groups after treatment. **Results** The symptom scores and total scores in the observation group were significantly decreased after treatment ($P<0.05$). The scores of diarrhea and pus and blood stools and total scores in the control group were significantly decreased after treatment ($P<0.05$). The scores of abdominal pain, diarrhea, pus and blood stools and tenesmus in the observation group were lower than those in the control group after treatment ($P<0.05$). The scores of colonic mucosa congestion, edema, erosion and ulcers were significantly decreased in both groups after treatment ($P<0.05$), especially in the observation group ($P<0.05$). The total effective rate of the observation group and control group was 93.94% and 75.00% respectively, with a significant difference between groups ($P<0.05$). **Conclusion** The enteral infusion of Modified Baitouweng Decoction combined with acupoint catgut embedding is effective for mild to moderate UC with damp-heat brewing and binding syndrome, with a high relief rate of symptoms.

Keywords ulcerative colitis; damp-heat brewing and binding syndrome; acupoint catgut embedding; enteral infusion; Modified Baitouweng Decoction (Modified Pulsatilla Decoction)

溃疡性结肠炎(UC)是一种累及结直肠黏膜的慢性非特异性炎症性疾病,病变局限于黏膜与黏膜下层,临床以反复和持续发作的腹痛、腹泻、黏液脓血便、里急后重等为主要表现。其病情迁延反复,缠绵难愈,属临床难治性病症之一,且 UC 的发病率、爆发型死亡率有逐年增高的趋势,被认为是结直

肠癌发病的三大高危因素之一^[1]。我们采用加味白头翁汤肠内滴注联合穴位埋线疗法治疗轻—中度湿热蕴结型 UC 患者,现报道如下。

1 临床资料

1.1 诊断标准及中医辨证标准

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];中医辨证标准参照《溃疡性结肠炎中医诊断与治疗》^[3]中关于UC湿热蕴结型辨证标准。

1.2 纳入标准

①符合上述诊断标准;②年龄18~65岁;③病例均为轻—中度,经纤维电子结肠镜确诊病变部位在直肠、乙状结肠及降结肠处;④治疗前1周停用影响UC的药物,签署知情同意书。

1.3 排除标准

患有心、肝、肾和造血系统等严重原发性疾病、精神病患者及妊娠或哺乳期妇女;治疗期间出现严重不良反应,病情恶化或出现中毒性巨结肠、肠穿孔、肠梗阻等并发症者;合并恶性肿瘤、Crohn病、放射性肠炎及结核性肠炎等疾病者。

1.4 一般资料

65例均为银川市中医医院肛肠科2009年11月至2011年12月收住入院的轻—中度UC患者。采用随机数字表法分为观察组和对照组。其中观察组33例,男19例,女14例;年龄22~61岁,平均 (37.48 ± 9.34) 岁;病程0.5~3年,平均 (2.33 ± 1.65) 年;发病部位:直肠19例,乙状结肠10例,降结肠4例。对照组32例,男20例,女12例;年龄18~59岁,平均 (39.52 ± 8.67) 岁;病程0.7~4年,平均 (2.72 ± 1.71) 年;发病部位:直肠20例,乙状结肠8例,降结肠4例。两组患者性别、年龄、病程和病变范围等方面差异均无统计学意义($P > 0.05$),具有可比性。

2 方法

2.1 治疗方法

观察组:埋线穴位参照《针灸学》^[4]中关于痢疾的常规针刺穴位取穴:天枢、下皖、上巨虚、关元、曲池、内庭,以上穴位均取双侧。埋线操作:常规皮肤消毒,将2—0号医用羊肠线剪至1.0cm等长线段,置于75%酒精中浸泡30min备用。穿入一次性9号针头内,刺入穴位,深约2.0cm左右,提插得气后针芯抵住羊肠线,缓慢退出,羊肠线留置穴内,覆盖无菌棉球,胶布固定。1周埋线1次,4周为1个疗程。加味白头翁汤(组成:白头翁30g,黄连、黄柏、益母草、白及、紫草各20g,当归、木香、白芍各15g,炙甘草10g。由我院制剂中心统一煎制,每剂煎2次,药液混匀,分装2袋,每袋100ml,每次1袋,早晚8点各肠内滴注1次,治疗4周。滴注方法:晨起或睡前排空大便,将100ml药液加温至38~39℃,

倒入灌肠袋,患者臀部抬高10cm,连接灌肠袋橡胶导管涂抹石蜡油缓慢插入肛门内,依据病情插入约12~30cm,药液以30~40滴/min缓缓滴入肠道,采用左侧位—胸膝位—右侧卧位交替,以延长药液在肠内停留的时间,保留2h以上。

对照组:柳氮磺吡啶肠溶片(SASP,上海中西三维药业有限公司,批号:20110108)2.0g研末溶于甲硝唑注射液(四川科伦药业股份有限公司,批号:k11120205)100ml,肠道滴注,滴法、疗程同观察组。

两组患者治疗过程中进食易消化、清淡饮食。

2.2 观察指标和方法

2.2.1 中医症状积分 参照《中药新药临床研究指导原则》^[5]记录患者治疗前后腹痛、腹泻、黏液脓血便、里急后重等主要临床症状改善情况,按症状轻重分级计分:正常:0分;轻度:1分;中度:2分;重度:3分。

2.2.2 结肠镜检查积分 治疗前后行结肠镜检查,根据镜下结肠黏膜有无充血、水肿、糜烂、溃疡及假性息肉进行评分。参照文献^[6]评分标准:无、轻、中、重分别计为0、1、2、3分。

2.2.3 不良反应 观察治疗期间两组患者出现的不良反应,并于治疗后进行尿常规、肝功能、肾功能检测。

2.3 临床疗效判定标准

参照《对我国炎症性肠病诊断治疗规范的共识意见》^[2]标准:痊愈:临床症状消失,结肠镜检查肠黏膜恢复正常,大便外观及化验检查正常,停药后6个月未复发;显效:临床症状基本控制,肠镜复查黏膜病变大致恢复正常;有效:临床症状好转,肠镜检查发现黏膜轻度炎症或假息肉形成;无效:经治疗后临床症状、肠镜及病理检查结果均无改善。

2.4 统计学方法

采用SPSS 13.0统计分析软件,计量资料采用均数±标准差($\bar{x} \pm s$)表示,组间比较采用 t 检验;计数资料组间比较采用 χ^2 检验,等级资料采用Ridit分析。

3 结果

3.1 两组患者治疗前后中医症状积分比较

表1示,观察组治疗后各症状积分、总积分较治疗前明显降低($P < 0.05$),对照组治疗后腹泻、黏液脓血便症状积分及总积分较治疗前明显降低($P < 0.05$);观察组治疗后腹痛、腹泻、黏液脓血便、里急后重症状积分及总积分明显低于对照组($P < 0.05$)。

表 1 两组患者治疗前后中医症状积分比较(分, $\bar{x} \pm s$)

组别	时间	例数	腹痛	腹泻	黏液脓血便	里急后重	总积分
观察组	治疗前	33	1.08±0.13	1.43±0.12	1.53±0.14	1.31±0.15	13.53±2.19
	治疗后	33	0.57±0.11* Δ	0.37±0.10* Δ	0.31±0.12* Δ	0.44±0.07* Δ	3.57±1.14* Δ
对照组	治疗前	32	1.10±0.04	1.42±0.31	1.69±0.12	1.32±0.87	12.78±2.20
	治疗后	32	0.99±0.14	0.85±0.09*	0.78±0.15*	0.96±0.15	7.66±0.98*

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

表 2 两组患者治疗前后结肠镜检查积分比较(分, $\bar{x} \pm s$)

组别	时间	例数	充血	水肿	糜烂	溃疡	假性息肉
观察组	治疗前	33	3.92±1.33	3.75±1.38	4.10±1.30	3.89±1.80	4.15±1.91
	治疗后	33	1.15±0.19* Δ	1.68±0.17* Δ	1.35±0.26* Δ	1.31±0.10* Δ	3.01±1.08
对照组	治疗前	32	3.82±1.31	3.64±1.32	4.22±1.39	4.14±1.77	4.12±1.81
	治疗后	32	2.46±0.23*	2.39±0.24*	2.93±0.22*	2.76±0.19*	3.88±1.16

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

3.2 两组患者治疗前后结肠镜检查积分比较

表 2 示,两组治疗后结肠黏膜充血、水肿、糜烂、溃疡积分较治疗前均有明显降低($P<0.05$);假性息肉积分治疗前后差异无统计学意义($P>0.05$);治疗后观察组结肠黏膜充血、水肿、糜烂、溃疡积分明显低于对照组($P<0.05$)。

3.3 两组患者临床疗效比较

观察组 33 例,痊愈 10 例,显效 15 例,有效 6 例,无效 2 例,痊愈率 30.30%,总有效率 93.94%;对照组 32 例,痊愈 5 例,显效 9 例,有效 10 例,无效 8 例,痊愈率 15.63%,总有效率 75.00%。两组总有效率比较差异有统计学意义($P<0.05$),观察组优于对照组。

3.4 不良反应

观察组在用药期间未发现不良反应,治疗后尿常规、肝功能、肾功能等检查未见异常。治疗期间对照组 4 例出现恶心、腹胀、食欲下降,经对症治疗均缓解。

4 讨论

UC 属于中医学“休息痢”、“泄泻”等范畴,刘河间《素问玄机原病式》指出:“诸泻痢皆属于湿,湿热甚于肠胃之内,而肠胃怫郁,以致气液不得宣通而成”。湿蕴肠道,黏腻难去,其性凝滞,阻碍气机、血液之运行可致瘀血;热邪灼伤津液,血液黏稠,通行受阻亦可致瘀血。现代研究也表明,UC 湿热蕴结证患者血液处于高凝状态,血液的高凝状态可导致肠道微血栓形成,肠黏膜缺血坏死,甚至溃疡形成,进而加重 UC 病情的发展,形成恶性循环^[7]。

依据《灵枢·终始》中“久病者,邪气入深,刺此

病者,深内而久留之”的理论,在临床上治疗湿热蕴结型 UC 采用中药直肠滴入配合穴位埋线。穴位埋线是通过羊肠线异体蛋白组织诱导机体产生变态反应,它集穴位针刺效应、刺血疗法于一体,对施术穴位产生长期刺激的治疗效果,以弥补单纯针刺的治疗时间短、疗效难巩固、易复发的缺点^[8]。加味白头翁汤中白头翁、黄连、黄柏清热燥湿,泻火解毒,凉血止痢;白芍、益母草、紫草凉血消肿,生肌敛疮;当归、木香活血行气,使补而不滞,取其“行血则便脓自止、调气则后重自除”之意;白芍、炙甘草柔肝缓急止痛。全方共奏清热利湿、活血生肌、缓急止痛之效,既调整了免疫功能,还改善了肠道血液循环,促进炎症吸收和组织修复再生^[9]。使病变部位的湿热清,瘀血化,溃疡愈合,疾病向愈。加之肠道药物缓慢滴入,使药物直达病所,延长作用时间,促进吸收,提高药物利用率,且副作用少而起效快。

本研究中,观察组治疗后在改善腹痛、腹泻、便血、里急后重症状及结肠黏膜充血、水肿、糜烂、溃疡方面明显优于对照组($P<0.05$)。该法临床疗效确切、不良反应少,有一定临床应用价值。不足之处在于穴位埋线研究设计尚缺乏科学统一的量化指标,不能全面反映临床疗效,尚需进一步研究。

参考文献

- [1] Vagefi PA, Longo WE. Colorectal cancer in patients with inflammatory bowel disease[J]. Clin Colorectal Cancer, 2005, 4(5): 313-319.
- [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.

(下转第 2121 页)

本研究显示,正常组大鼠胃黏膜及胃黏膜非典型增生处均有 PCNA 阳性细胞出现,模型组 PCNA 阳性细胞面密度表达增强,应用消痞颗粒治疗后,PCNA 表达减弱。正常组大鼠胃窦部黏膜的增殖带部分细胞可检出 Bcl-2 蛋白,而模型组大鼠胃黏膜则出现了 Bcl-2 蛋白表达的显著增强,与文献报道的人类胃癌前病变时 Bcl-2 蛋白表达的变化规律一致^[15]。消痞颗粒治疗后,大鼠胃黏膜的 Bcl-2 蛋白表达水平显著下降。正常组大鼠胃窦部黏膜的增殖带有 Bax 蛋白表达,而模型组 Bax 阳性表达的显著减弱,经消痞颗粒治疗 Bax 表达有一定增强,但结果无统计学意义,可能与样本量较少有关。

本病病机以本虚标实,虚实夹杂为特点,消痞颗粒以益气养阴、理气散结、活血化瘀、清热解毒为法,由百合乌药汤化裁而成。方中党参、(炙)百合补气养阴润燥;乌药、香橼皮理气消痞;党参、百合与乌药、香橼皮合用,扶正而不碍邪,驱邪而不伤正,补而不滞。丹参、三七活血化瘀,一寒一温活血不伤正,与入气分的乌药、香橼同用,气血同调,共奏化瘀理气、散结消痞之效。蒲公英、白花蛇舌草清热解毒化湿。研究表明,消痞颗粒可影响萎缩性胃炎伴非典型增生大鼠胃黏膜增殖和凋亡的失衡状态,从而阻断和逆转萎缩性胃炎癌前病变。

参考文献

- [1] Garcia RL, Coitrera MD, Gown AM. Analysis of proliferating grade using anti-PCNA /cyclin monoclonal antibodies in fixed, embedded tissues [J]. Am J Pathol, 1989,134(4):733-739.
- [2] Robbins BA, de la Vega D, Ogata K, et al. Immunohistochemical detection of proliferating cell nuclear antigen in solid human malignancies[J]. Arch Pathol Lab Med, 1987,111(9):841-845.
- [3] 张旭晨. 综合法复制大鼠胃癌前期病变模型[J]. 中华实验外科杂志,1994,11(5):31-33.
- [4] Krajewska M, krajewski S, Epstein JI, et al. Immunohistochemical analysis of bcl-2, bax, bcl-X, and mcl-1 expression in prostate cancers[J]. Am J Pathol, 1996,148(5):1567-1576.
- [5] 孙秀娣,牧人,周有尚,等. 中国胃癌死亡率 20 年变化情况分析及其发展趋势预测[J]. 中华肿瘤杂志,2004,26(1):4-9.
- [6] 陆再英,钟南山. 内科学[M]. 7 版. 北京:人民卫生出版社,2008:397-384.
- [7] Yasui W, Yokozaki H, Fujimoto J, et al. Genetic and epigenetic alterations in multistep carcinogenesis of the stomach[J]. J Gastroenterol,2000,35 Suppl 12:111-115.
- [8] Shao XH, Yang YP, Dai J, et al. Effects of He-Ne laser irradiation on chronic atrophic gastritis in rats[J]. World J Gastroenterol,2005,11(25):3958-3961.
- [9] Waseem NM, Lane DP. Monoclonal antibody analysis of the proliferating cell nuclear antigen (PCNA). Structural conservation and the detection of a nucleolar form[J]. J Cell Sci,1990,96(Pt 1):121-129.
- [10] Maeda K, Chung YS, Onoda N, et al. Proliferating cell nuclear antigen labeling index of preoperative biopsy specimens in gastric carcinoma with special reference to prognosis [J]. Cancer,1994,73(3):528-533.
- [11] Hemmer J. In vitro bromodeoxyuridine labelling of squamous carcinomas of the oral cavity[J]. Eur J Cancer, 1990,26(2):113-115.
- [12] Reed JC. Promise and problems of Bcl-2 antisense therapy [J]. J Natl Cancer Inst,1997,89(14):988-990.
- [13] Maeda S, Yoshida H, Mitsuno Y, et al. Analysis of apoptotic and antiapoptotic signaling pathways induced by Helicobacter pylori[J]. Gut,2002,50(6):771-778.
- [14] El-Rifai W, Powell SM. Molecular biology of gastric cancer[J]. Semin Radiat Oncol,2002,12(2):128-140.
- [15] 王仰坤,纪小龙,马乃绪. 胃黏膜异型增生形态与 p53, Bcl-2 和 c-erbB-2 表达的关系[J]. 世界华人消化杂志, 1999,7(2):114-116.

(收稿日期:2012-07-24;修回日期:2012-10-12)

[编辑:侯建春]

(上接第 2114 页)

- [3] 吴焕淦. 溃疡性结肠炎中医诊断与治疗[M]. 上海:上海科学技术出版社,2009:345-346.
- [4] 石学敏. 针灸学[M]. 北京:中国中医药出版社,2002:251-252.
- [5] 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,2002:122.
- [6] 陈治水,危北海,张万岱,等. 溃疡性结肠炎中西医结合治疗方案(草案)[J]. 中国中西医结合消化杂志,2005,13(2):133-134.

- [7] 刘敬军,郑长青,周卓,等. 白头翁三七丹参灌肠治疗溃疡性结肠炎的实验研究[J]. 陕西中医,2009,30(1):105-107.
- [8] 方庆霞,王少松,谢有良,等. 穴位埋线治疗功能性便秘患者 72 例临床观察[J]. 中医杂志,2011,22(21):1849-1851.
- [9] 陈锦锋,陈建林,韩宇斌,等. 芍药汤合白头翁汤治溃疡性结肠炎(湿热内蕴型) 80 例疗效观察[J]. 新中医,2007,40(7):47-48.

(收稿日期:2012-02-23;修回日期:2012-05-18)

[编辑:叶晨]