

中药内服加灌肠治疗活动期溃疡性结肠炎 33 例

黎人铨¹, 张俊¹, 张杰伟², 张全鹏^{3*}

(1. 海南省琼海市中医院保健科, 海南 琼海 571400; 2. 海南医学院附属
医院, 海口 570102; 3. 海南医学院, 海口 571101)

[摘要] 目的: 观察中药内服加灌肠治疗轻、中度溃疡性结肠炎的短期临床疗效。方法: 将 65 例溃疡性结肠炎患者随机分为治疗组 33 例和对照组 32 例, 治疗组给予清肠清洗汤内服加灌肠方灌肠治疗, 对照组给予美沙拉嗪肠溶片口服, 疗程 30 d, 比较两组患者症状积分变化、疾病疗效及疾病活动指数。结果: 治疗组在降低中医证候积分、疾病疗效、改善疾病活动指数方面均优于对照组 ($P < 0.05$)。结论: 中药内服加灌肠治疗能有效改善轻、中度溃疡性结肠炎患者的临床症状, 值得临床推广应用。

[关键词] 溃疡性结肠炎; 清肠消溃汤; 中药灌肠

[中图分类号] R287 **[文献标识码]** B **[文章编号]** 1005-9903(2012)02-0233-02

溃疡性结肠炎 (Ulcerative colitis, UC) 即慢性非特异性溃疡性结肠炎, 是一种原因不明的直肠和结肠的炎性疾病。临床表现主要为腹泻、黏液脓血便、腹痛, 病情迁延, 轻重不等, 容易复发, 是临床疑难病种之一, 现代医学的临床疗效并不十分令人满意。笔者在临床采用清肠消溃汤内服, 配合灌肠治疗取得了较好的临床效果。

1 资料与方法

1.1 一般资料 65 例患者均源于 2009 年 4 月至 2011 年 4 月我院住院及门诊。其中男 36 例, 女 29 例; 年龄 19~65 岁, 平均 39 岁; 病程 0.5~21 年, 平均 4.9 年; 轻度 34 例, 中度 31 例。随机分为试验组 33 例与对照组 32 例, 两组患者性别、年龄、病程、病情程度 (标准自拟)、病变范围等均衡性检验均无显著性差异, 具有可比性。

1.2 纳入标准 符合西医学诊断标准^[1], 病情程度属轻、中度者, 并排除细菌性痢疾、阿米巴痢疾、慢性血吸虫病、肠结核、结肠克罗恩病、缺血性结肠炎、放射性结肠炎等。符合中医湿热内蕴证诊断标准^[2], 主症: 腹泻、脓血便或血便、里急后重、腹痛。次症: 肛门灼热、身热、溲赤、舌红苔黄腻、脉滑数或濡数。

1.3 治疗方法 对照组给予美沙拉嗪肠溶片 (葵

花药业集团佳木斯鹿灵制药有限公司, 批号 H19980148), 吞服勿咀嚼, 活动期 1 g/次, 4 次/d, 症状缓解后维持治疗 1 周, 0.5 g·d⁻¹, 4 次/d。治疗组采用清肠消溃汤内服。方药组成: 白头翁 15 g, 白术 20 g, 败酱草 15 g, 赤芍 15 g, 黄连 6 g, 黄芩 6 g, 苍术 15 g, 地榆 15 g, 川厚朴 12 g。腹痛、腹胀明显加白芍 12 g, 木香 10 g, 便血明显者加白及 15 g, 白芨 15 g。每日 1 剂, 煎汁 400 mL, 分 2 次服用, 疗程 30 d。灌肠方: 蒲公英 20 g, 苦参 20 g, 地榆 15 g, 白及 15 g, 诃子 10 g, 生甘草 10 g, 云南白药 2~4 g, 水煎液 100 mL 保留灌肠, 保留至少 2 h, 每晚 1 次, 每日 1 剂, 疗程 15 d。

1.4 疗效标准

1.4.1 中医证候积分疗效评定指标^[3] 腹泻: 0 分, 无; 2 分, 每日 <4 次; 4 分, 每日 4~6 次; 6 分, 每日 >6 次。脓血便: 0 分, 无; 2 分, 少量脓血; 4 分, 脓血便为主; 6 分, 全部脓血便或便新鲜血。腹痛: 0 分, 无; 2 分, 腹痛轻微, 隐痛, 偶发; 4 分, 腹痛或胀痛, 每日发作数次; 6 分, 腹部剧痛或绞痛, 反复发作。腹胀: 0 分, 无; 1 分, 偶有, 轻微腹胀; 2 分, 腹胀较重, 反复出现, 但能忍受; 3 分, 剧烈腹胀, 持续出现, 不能忍受。肛门灼热: 0 分, 无; 1 分, 有。里急后重: 0 分, 无; 1 分, 有。食欲减退: 0 分, 无; 1 分, 有。乏力: 0 分, 无; 1 分, 有。

1.4.2 疾病疗效标准^[4] 痊愈: 结肠镜检查黏膜病变恢复正常或溃疡灶已形成瘢痕, 大便常规检查 3 次正常, 舌脉象基本恢复正常, 次症基本消失且临床主要症状消失; 显效: 治疗后大便常规检查红、白细胞每高倍镜视野在 3 个以下, 舌脉象基本恢复正

[收稿日期] 2011-09-22

[第一作者] 黎人铨, 主治医师, 从事消化内科临床工作, Tel: 18900745656, E-mail: paper58@126.com

[通讯作者] * 张全鹏, 硕士, 讲师, Tel: 15595791128, E-mail: zhangquanpeng@hotmail.com

常,结肠镜检查黏膜病变恢复程度及次症改善程度达 2 级以上且临床主要症状基本消失;好转:治疗后大便常规检查红、白细胞每高倍镜视野在 5 个左右,结肠镜检查黏膜病变恢复程度达 1 级以上且临床主要症状改善 1 级以上;无效:治疗后病理检查、结肠镜及临床症状均无改善。

1.4.3 UC 活动指数评分^[5] 根据 UC 患者的大便性状、出血情况及体重分别于治疗前、治疗 30 d 末对患者进行疾病活动指数(DAI)综合评分。

1.5 统计学处理 应用 SPSS 13.0 统计分析软件,计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示,计数资料比较采用 χ^2 检验, $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组中医证候积分比较 疗后中医证候积分治疗组低于对照组,差异有显著性 ($P < 0.05$),见表 1。

表 1 两组中医证候积分比较 ($\bar{x} \pm s, n = 32$)

组别	时间	证候积分
治疗	治疗前	12.61 ± 0.92
	治疗后	3.93 ± 0.41 ¹⁾
对照	治疗前	12.70 ± 1.01
	治疗后	6.52 ± 0.55

注:与对照组比较¹⁾ $P < 0.05$ (表 2 同)。

2.2 两组疗效比较 治疗组总有效率为 87.9%,对照组为 68.7%,差异有显著性 ($P < 0.05$)。见表 2。

表 2 两组疗效比较 例(%)

组别	n	痊愈	显效	有效	无效	总有效
治疗	33	5(15.2)	14(42.4)	10(30.3)	4(12.1)	(87.9) ¹⁾
对照	32	1(3.1)	12(37.5)	10(31.3)	10(31.3)	(68.7)

2.3 两组 DAI 比较 治疗组、对照组疗前 DAI 评分分别为 (3.75 ± 1.22), (3.61 ± 1.19), 疗后评分分别为 (1.05 ± 0.28), (2.47 ± 0.32), 疗后组间差异有显著性 ($P < 0.05$)。

3 讨论

UC 属于中医学“腹痛”、“泄泻”、“痢疾”、“肠

风”、“脏毒”范畴。湿热蕴肠、气滞络瘀为基本病机,脾虚失健为主要发病基础^[4]。溃疡性结肠炎病变主要在脾胃与大小肠,脾虚湿滞是其发病的根本,湿热是致病之标,疾病过程中可产生湿、热、瘀、毒使病情缠绵难愈。因此活动期多属实证,以湿热蕴肠、气血不调为主,治疗应清肠化湿、调气活血、敛疡生肌为主,配合局部灌肠,内外合治,控制病情。

清肠消溃汤是以白头翁汤为基础。方中以白头翁清热解毒、凉血治痢,白术燥湿健脾共为君药,黄连、黄芩、败酱草、苍术清热解毒燥湿为臣;地榆凉血止血、解毒敛疮;赤芍行瘀止痛、凉血消肿;川厚朴行气止痛。全方共奏清热燥湿、凉血止痢,调气和血、敛疮止痛之功。

灌肠方中蒲公英清热解毒;苦参清热燥湿、祛风;地榆、白及止血、敛疮、消肿、生肌;诃子收敛、止泻;生甘草清热解毒、缓急止痛、调和诸药;云南白药具有抗炎、止血、愈创、活血、化瘀之功。采用灌肠给药,药物直达病所,对局部病灶有加速修复作用。

本组资料显示:清肠消溃汤配合灌肠能有效降低 UC 证候积分,降低 UC 活动指数,对 UC 总有效率达到 87.9%,临床使用安全,可临床推广使用。

[参考文献]

- [1] 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]. 中华内科杂志, 2008, 47(1): 73.
- [2] 中国中西医结合学会消化系统疾病委员会. 第四届全国学术交流会慢性非特异性溃疡性结肠炎中西医结合诊断、辨证和疗性标准(试行方案)[J]. 中国中西医结合杂志, 1994, 14(4): 239.
- [3] 郑筱萸. 中药新药临床研究指导原则(试行)[S]. 北京: 中国医药科技出版社, 2002: 132.
- [4] 陈治水, 危北海, 张万岱, 等. 溃疡性结肠炎中西医结合诊治方案(草案)[J]. 中国中西医结合消化杂志, 2005, 13(2): 133.
- [5] 张声生. 溃疡性结肠炎中医诊疗共识意见[J]. 中华中医药杂志, 2010(6): 891.

[责任编辑 何伟]