

# 清热肠愈方灌肠治疗溃疡性结肠炎大肠湿热证临床观察

丁世玲

丽水市中医院消化内科, 浙江 丽水 323000

**[摘要]** 目的: 探讨清热肠愈方灌肠治疗溃疡性结肠炎(UC) 大肠湿热证的疗效以及 UC 患者保留灌肠的护理方式。方法: 将 90 例患者随机分为 2 组各 45 例, 对照组采用口服柳氮磺吡啶肠溶片配合常规护理干预; 治疗组在对照组的基础上加用清热肠愈方灌肠治疗。观察比较 2 组中医临床症状评分、临床疗效, 并检测 2 组治疗前后血清白细胞介素(IL)-18、IL-17 水平变化。结果: 总有效率治疗组为 97.78%, 对照组为 80.00%, 2 组比较, 差异有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。治疗后 2 组患者腹泻、脓血便、腹胀痛、肛门灼痛等症状评分均比治疗前降低 ( $P < 0.01$ ), 且治疗组治各症状评分均低于对照组 ( $P < 0.01$ )。治疗后 2 组患者血清 IL-18、IL-17 水平均比治疗前下降 ( $P < 0.01$ ), 且治疗组上述指标下降较对照组更显著 ( $P < 0.01$ )。结论: 在西药治疗、护理干预的基础上给予清热肠愈方灌肠治疗 UC 大肠湿热证疗效显著, 抑制血清 IL-18、IL-17 水平可能是其作用机制之一。

**[关键词]** 溃疡性结肠炎; 大肠湿热证; 清热肠愈方; 灌肠; 护理干预

**[中图分类号]** R574.62 **[文献标志码]** A **[文章编号]** 0256-7415 (2016) 04-0228-03

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2016.04.086

溃疡性结肠炎(UC)属多发病,也是临床难治性疾病种之一。该病活动期的主要症状有腹泻、腹痛、脓血便以及里急后重,病程漫长,常易复发,若久治不愈甚至可能发生癌变<sup>[1]</sup>。相关调查显示,UC 在我国的发病率为 11.6/105<sup>[2]</sup>。近年来,由于生活习惯、饮食结构等该病,该病的发病率仍不断上升。临床上,中药灌肠疗法治疗 UC 疗效肯定<sup>[3]</sup>。本研究针对 UC 大肠湿热证的病机特点,采用清热肠愈方灌肠治疗,同时给予护理干预,收效明显,结果报道如下。

## 1 临床资料

**1.1 一般资料** 选取本院消化科 2013 年 1 月—2015 年 1 月收治的 UC 患者共 90 例,按照随机数字表法分为 2 组各 45 例。治疗组男 27 例,女 18 例;年龄 37~65 岁,平均(47.27±4.81)岁;病程 1.5~3.5 年,平均(2.61±0.28)年;病情程度:轻度 19 例,中度 26 例。对照组男 30 例,女 15 例;年龄 35~63 岁,平均(46.91±4.64)岁;病程 1~3 年,平均(2.49±0.15)年;病情程度:轻度 21 例,中度 24 例。2 组性别、年龄、病程和病情方面比较,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 UC 诊断标准** 参照《溃疡性结肠炎诊疗指南》<sup>[4]</sup>中相关标准,所有患者均经钡剂灌肠和结肠镜等检查进行确诊。病情分级<sup>[5]</sup>:重度:腹泻每天超过 6 次(包括 6 次),并伴明显黏液性血便,体温高于 37.5℃,脉搏 >90 次/min,血红蛋白(Hb)<100 g/L,红细胞沉降率(ESR)>30 mm/h;轻度:腹泻每天少于 4 次,轻或无便血,无发热、脉搏加快或贫血,ESR 正常;中度:介于重度和轻度之间。

**1.2.2 大肠湿热证诊断标准** 参照《溃疡性结肠炎中西医结合诊疗指南》<sup>[6]</sup>标准制定。主证:腹胀痛或里急后重,腹泻黏液脓血便,肛门灼痛,舌苔黄厚或腻;次证:口苦口干,身热,小便短赤,脉濡数或滑数。同时符合主证 2 项加次证 2 项,或主证第 1 项加次证 3 项即可确诊。

**1.3 纳入标准** ①符合活动期 UC 诊断标准及中医辨证标准者;②年龄 35~65 岁;③病情分级为轻、中度者;④患者知情同意,且签署协议书者。

**1.4 排除标准** ①病情为重度及暴发型者;②有结肠癌、肠梗阻等胃肠道严重疾病者;③有心、脑、

**[收稿日期]** 2015-10-24

**[作者简介]** 丁世玲 (1981-),女,护师,研究方向:消化内科常见疾病的临床护理。

肝、肾等重要脏器严重疾病者；④精神病患者；⑤妊娠及哺乳期妇女；⑤不配合用药者。

## 2 治疗方法

2.1 对照组 口服柳氮磺吡啶肠溶片(上海福达制药有限公司),每次1g,每天3次。

2.2 治疗组 柳氮磺吡啶肠溶片治疗及常规护理同对照组。加用清热肠愈方灌肠治疗,处方:大黄、连翘各9g,黄芩、黄连、当归各15g,芍药12g,滑石30g,木香、甘草各6g。将上述药物加水400mL,浸泡30min,浓煎至100~150mL,进行保留灌肠。灌肠护理:于每晚睡前给予灌肠,灌肠前嘱患者排空二便,取左侧卧位且臀部垫高10cm;灌肠液温度为37~38℃,插入深度为25~30cm;插管过程应顺势插入,调节滴速30~40滴/min,以患者舒适无便意为宜;灌肠后取膝胸卧位,嘱患者尽量保留约2h;每天1次。

2.3 护理措施 2组均配合相应护理干预。①饮食护理:少量多餐,注意补充多种维生素;以易消化、柔软及富于营养食物为主。在急性期主要食用无渣半流质食品,禁食刺激性及冷饮等;严重腹泻者可食热米汤、煮过的牛奶,禁食产气食物;病情好转者,宜食用无刺激性的少渣半流质及营养充足食物;并需注意饮食卫生,避免肠道感染。②用药指导:向患者宣教服药后可能伴有副作用,增加服药的依从性。③腹泻护理:及时补液,便后用温水清洗肛周,保持肛周干净和干爽,0.05%碘伏擦洗会阴及肛周。④心理护理:针对患者不同的心理状况,实施个性化心理疏导;建议患者规律安排生活作息时间,鼓励适当锻炼,分散注意力,调节心理状态;护理人员多与患者交流,让患者正确认识 and 面对疾病,增强自信心。⑤对患者家属进行疾病相关健康教育,提供疾病的家庭护理方法及注意事项。

2组均观察8周。

## 3 观察指标与统计学方法

3.1 观察指标 ①中医临床症状评分:参照《中药新药临床研究指导原则(试行)》<sup>[6]</sup>标准,评价腹泻、脓血便、腹胀痛、肛门灼痛等指标,其中无症状计0分,症状轻计2分,症状中等计4分,症状重计6分。②检测血清白细胞介素(IL-18和IL-17水平:均采用Elisa法于治疗前后进行检测,试剂盒由上海卖约尔生物科技有限公司提供。

3.2 统计学方法 采用SPSS17.0统计软件包进行数据分析,计量资料以( $\bar{x} \pm s$ )表示,组间比较应用 $t$ 检验;计数资料比较应用 $\chi^2$ 检验。

## 4 疗效标准与治疗结果

4.1 疗效标准 依据《溃疡性结肠炎中西医结合诊疗指南》<sup>[9]</sup>标准拟定。临床治愈:临床症状基本消失,肠镜检查黏膜恢复正常;显效:临床主要症状显著缓解,肠镜复查黏膜病变显著好转;有效:临床主要症状有所改善,肠镜复查黏膜病变有所好转;无效:治疗后临床症状和肠镜检查均无任何改善。

4.2 2组临床疗效比较 见表1。临床疗效总有效率治疗组为97.78%,对照组为80.00%,2组比较,差异有统计学意义( $P < 0.05$ )。

表1 2组临床疗效比较

组别	$n$	临床治愈	显效	有效	无效	总有效率(%)
对照组	45	12	15	9	9	80.00
治疗组	45	22	14	8	1	97.78 <sup>①</sup>

与对照组比较,① $P < 0.05$

4.3 2组中医症状积分比较 见表2。治疗后2组患者腹泻、脓血便、腹胀痛、肛门灼痛等症状评分均比治疗前降低( $P < 0.01$ ),且治疗组治各症状评分均低于对照组( $P < 0.01$ )。

表2 2组中医症状积分比较( $\bar{x} \pm s$ )

组别	$n$	时间	腹泻	脓血便	腹胀痛	肛门灼痛
对照组	45	治疗前	3.87±0.39	3.84±0.36	3.89±0.41	3.77±0.32
		治疗后	2.07±0.26 <sup>①</sup>	2.08±0.17 <sup>①</sup>	2.05±0.18 <sup>①</sup>	2.01±0.18 <sup>①</sup>
治疗组	45	治疗前	3.91±0.41	3.90±0.39	3.94±0.42	3.78±0.35
		治疗后	0.84±0.07 <sup>②</sup>	0.79±0.09 <sup>②</sup>	0.73±0.12 <sup>②</sup>	0.80±0.08 <sup>②</sup>

与本组治疗前比较,① $P < 0.01$ ;与对照组治疗后比较,② $P < 0.01$

4.4 2组血清IL-18、IL-17水平比较 见表3。治疗后2组患者血清IL-18、IL-17水平均比治疗前下降( $P < 0.01$ ),且治疗组上述指标下降较对照组更显著( $P < 0.01$ )。

## 5 讨论

UC归属于中医学泄泻、痢疾等范畴,其病位在大肠,与饮食起居等联系密切。《素问·太阴阳明论篇》指出:“饮食不节,起居不时者,阴受之,……阴受之则人五脏,……下为飧泄。”故其病机为湿热蕴肠,气血瘀滞,酿为脓血,导致血络损伤,故治疗

表3 2组血清IL-18、IL-17水平比较( $\bar{x} \pm s$ )

组别	n	时间	IL-18(ng/L)	IL-17(pg/L)
对照组	45	治疗前	927.52± 4.34	302.79± 18.17
		治疗后	823.69± 2.94 <sup>①</sup>	235.41± 16.35 <sup>②</sup>
治疗组	45	治疗前	931.26± 4.42	313.49± 19.62
		治疗后	711.65± 1.51 <sup>①②</sup>	187.43± 15.87 <sup>①②</sup>

与本组治疗前比较, ① $P < 0.01$ ; 与对照组治疗后比较,

② $P < 0.01$

当以清肠利湿为法则。清热肠愈方由《素问病机气宜保命集》中芍药汤化裁而成, 方中大黄、黄连、黄芩清热化湿; 芍药、当归活血和营; 连翘辛凉透达清热; 木香滞行气; 甘草既可清热和中, 又与滑石成甘寒生津之用, 使利小便而不伤津液; 滑石可清热利小便, 使三焦湿热从小便而走。综合全方, 共奏清热化湿、和血调气之效。采取灌肠疗法, 使药物直达肠道, 发挥药物的直接治疗效果。在灌肠过程中, 宜保持插管动作轻柔、溶液温度适宜以及灌肠压力适当; 在灌肠后嘱患者卧床休息, 有便意时做深呼吸, 尽量使药物在肠道中的保留时间更长, 以提高效果。

本研究中在常规用药基础上给予饮食护理和心理护理干预, 疗效明显。UC患者以消化道症状表现为主, 故加强饮食护理首当其冲, 依据不同阶段患者的具体情况予相应护理。UC患者多伴长期、反复发作特点, 易产生抑郁、焦急等心理状态, 加重病情; 故予个性化的心理护理, 积极与患者交流、沟通, 及时发现, 并有效疏导, 使患者处于心情舒畅, 利于疾病康复。

现代医学认为, UC的发生发展中常伴有免疫异常, 而细胞因子参与人体免疫过程及炎症反应。IL-8、IL-17为近年被证实与UC病程密切相关细胞因子。IL-17由T细胞产生, 在UC患者的机体含量明显升高, 阻断IL-17可达到治疗UC的目的<sup>[7]</sup>。IL-8是一种促炎症性细胞因子, UC患者的红细胞沉

降率、临床活动指数等与IL-18的表达水平相关<sup>[8]</sup>。本次结果显示, 治疗组患者血清IL-18、IL-17水平较治疗前明显降低( $P < 0.01$ ), 提示抑制IL-18、IL-17水平可能是清热肠愈方的作用机制之一。

本次观察结果显示, 在西药治疗、护理干预的基础上给予清热肠愈方灌肠治疗, 可明显改善患者中医症状, 提高临床疗效, 值得临床推广应用。

#### [参考文献]

- [1] 张保静, 陈远能, 黄斌, 等. 健脾清热活血方介导 $\beta$ -catenin, TCF-4表达防治溃疡性结肠炎相关癌变研究[J]. 中国实验方剂学杂志, 2013, 19(20): 144-149.
- [2] Wang YF, Ouyang Q, Hu RW. Progression of inflammatory bowel disease in China[J]. J Dig Dis, 2010, 11(2): 76-82.
- [3] 宁玉凤, 杨翠兰, 曹生海. 愈肠煎保留灌肠联合美沙拉嗪治疗溃疡性结肠炎60例[J]. 中国实验方剂学杂志, 2015, 21(13): 199-203.
- [4] 中华中医药学会. 溃疡性结肠炎诊疗指南[J]. 中国中医药现代远程教育, 2011, 9(10): 126-128.
- [5] 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疗指南(草案)[J]. 中国中西医结合消化杂志, 2011, 19(1): 61-65.
- [6] 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: 130-134.
- [7] Yao J, Wei C, Wang JY, et al. Effect of resveratrol on Treg/Th17 signaling and ulcerative colitis treatment in mice[J]. World J Gastroenterol, 2015, 21(21): 6572-6581.
- [8] Wang Y, Tong J, Chang B, et al. Genetic polymorphisms in the IL-18 gene and ulcerative colitis risk: a meta-analysis [J]. DNA Cell Biol, 2014, 33(7): 438-447.

(责任编辑: 冯天保)