

中西医结合治疗慢性结肠炎脾胃虚弱证临床分析

胡斌

宁波市北仑区中医院肛肠外科, 浙江 宁波 315800

[摘要] 目的: 观察在西药治疗基础上以健脾化湿汤内服和灌肠方保留灌肠治疗慢性结肠炎脾胃虚弱证患者的疗效。方法: 筛选本院收治的 90 例慢性结肠炎脾胃虚弱证病例, 随机分为观察组和对照各 45 例。对照组口服柳氮磺吡啶肠溶片, 观察组在对照组治疗基础上给予健脾化湿汤内服和灌肠方保留灌肠治疗。2 组疗程均为 8 周。比较 2 组的临床疗效、中医症状评分、Southerland 疾病活动指数评分。结果: 观察组总有效率为 95.56%, 高于对照组的 75.56%, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。治疗后, 观察组各项中医症状评分均较治疗前降低 ($P < 0.01$), 且低于对照组, 差异均有统计学意义 ($P < 0.01$); 2 组腹泻、脓血便、黏膜表现及医师病情评估评分均较治疗前降低 ($P < 0.01$); 观察组各项评分均低于对照组, 差异均有统计学意义 ($P < 0.01$)。结论: 在西药治疗基础上予健脾化湿汤内服和灌肠方保留灌肠治疗慢性结肠炎脾胃虚弱证, 可明显改善患者的中医临床症状和 Southerland 疾病活动指数, 提高临床疗效。

[关键词] 慢性结肠炎; 脾胃虚弱证; 中西医结合疗法; 健脾化湿汤; 灌肠方

[中图分类号] R574.62 **[文献标志码]** A **[文章编号]** 0256-7415 (2016) 05-0077-03

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2016.05.030

慢性结肠炎也称慢性非特异性溃疡性结肠炎, 属临床多发性疑难病, 以腹泻、腹痛、血便、大便次数增多及不成形为特点^[1]; 该病病程漫长, 缠绵难愈, 愈后常复发, 对患者的生活质量造成严重影响^[2]。由于其病因病机至今尚不十分清楚, 目前西医临床尚无特效治疗药物和方法。中医学从整体观出发, 对慢性结肠炎进行辨证论治的良好疗效已得到大量研究证实^[3-4]。本研究在西药常规干预的基础上采用中药汤剂内服和保留灌肠治疗慢性结肠炎脾胃虚弱证患者, 收效明显, 现将结果总结报道如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 本研究筛选纳入慢性结肠炎病例 90 例, 均为本院肛肠科 2013 年 2 月—2015 年 2 月收治的患者, 按随机数字表法分为观察组和对照组, 每组 45 例。对照组男 26 例, 女 19 例; 年龄 26~63 岁, 平均 (48.81 ± 6.43) 岁; 病程 11 月~4 年, 平均 (2.25 ± 0.37) 年; 病情分级: 轻度 20 例, 中度 25 例。观察组男 28 例, 女 17 例; 年龄 23~65 岁, 平均 (48.31 ± 6.79) 岁; 病程 10 月~3.5 年, 平均

(2.18 ± 0.33) 年; 病情分级: 轻度 18 例, 中度 27 例。2 组性别、年龄及病程等基本临床资料比较, 差异均无统计学意义 ($P > 0.05$), 具有可比性。

1.2 诊断标准 依据《对我国炎症性肠病诊断治疗规范的共识意见(2007 年, 济南)》^[5]中的慢性结肠炎诊断标准, 并结合患者的临床症状、结肠镜及病理学检查诊断; 临床症状: 4~6 周以上腹泻或便血, 1 个以上的结肠镜表现并可有肠外表现; 黏膜组织改变: 固有膜弥漫性中性粒细胞、嗜酸性粒细胞及慢性炎性细胞浸润; 黏膜表层有溃疡、糜烂及肉芽组织增生; 隐窝炎性浸润。病情分级诊断: 根据《中药新药临床研究指导原则(试行)》^[6]相关标准, 轻度: 每天腹泻 < 3 次, 便血轻或无, 脉搏加快或贫血, 无发热, 血沉正常; 中度: 介于轻度和重度之间; 重度: 每天腹泻 ≥ 6 次, 显著性黏液血便, 脉搏 > 90 次/min, 血红蛋白 < 100 g/L, 体温 $> 37.5^\circ\text{C}$, 血沉 > 30 mm/h。

1.3 脾胃虚弱证辨证标准 根据《中药新药临床研究指导原则(试行)》^[6]相关标准辨证属脾胃虚弱证。

[收稿日期] 2016-01-13

[作者简介] 胡斌 (1970-), 男, 主治医师, 主要从事肛肠外科临床工作。

主症：腹泻，脓血便，食少，腹胀；次症：肢体倦怠，神疲懒言，舌质淡胖或有齿痕、苔薄白，脉细弱或濡缓。

1.4 纳入标准 ①符合慢性结肠炎诊断标准者；②符合脾胃虚弱证辨证标准者；③年龄20~65岁；④病情分级为轻、中度者；⑤知情，且签署协议书。

1.5 排除标准 ①妊娠、哺乳期妇女；②合并心、肝、肾、内分泌及造血系统等功能障碍者；③合并消化系统其他疾病，如细菌性痢疾、克隆氏病、肠结核、肠穿孔、肠梗阻等；④重度慢性结肠炎患者；⑤精神疾病患者。

2 治疗方法

2.1 对照组 口服柳氮磺吡啶肠溶片(Kemwell AB)，初始剂量：每次2g，每天3次；无明显不适者，可逐渐增至每天4~6g；待症状缓解，逐渐减量至维持量为每天1.5~2g。

2.2 观察组 在对照组治疗基础上给予健脾化湿汤内服和灌肠方保留灌肠。健脾化湿汤组成：人参、山药、扁豆各12g，黄芪、茯苓、莲子各10g，白术、薏苡仁、砂仁、甘草各9g，每天1剂，常规水煎煮2次后混匀药液，分早晚2次内服。灌肠方组成：金银花15g，玄参、白及、儿茶各12g，青黛、地榆各10g，每天1剂，常规水煎煮，取药液100mL在温度为37℃~40℃时行保留灌肠，每晚睡前操作，每天1次，每周5次。

2组疗程均为8周。疗程期间所有患者禁食生冷、辛辣食物及酒类等；保持心情舒畅，注意饮食卫生。

3 观察指标与统计学方法

3.1 观察指标 ①中医症状评分：参照《中药新药临床研究指导原则(试行)》^[6]相关标准。评价指标有腹泻、脓血便、食少、腹胀、肢体倦怠、神疲懒言，根据症状分级进行记分：无(0分)，轻(2分)，中(4分)和重(6分)，分数越高，表明症状越差。②

Southerland 疾病活动指数^[7]：评价指标有腹泻、脓血便、黏膜表现及医师病情评估，均按症状轻重分4级评分：腹泻：正常(0分)，每天1~2次(1分)，每天3~4次(2分)，每天5次(3分)；脓血便：无(0分)，少许(1分)，明显(2分)，以血为主(3分)；黏膜表现：正常(0分)，黏膜轻度易脆(1分)，中度易脆(2分)，重度易脆伴渗出(3分)；医师病情评估：正常(0分)，轻度(1分)，中度(2分)，重度(3分)。

3.2 统计学方法 采用SPSS17.0统计软件分析数据。计量资料以 $(\bar{x} \pm s)$ 表示，采用 t 检验；计数资料应用 χ^2 检验。 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

4 疗效标准与治疗结果

4.1 疗效标准 依据《中药新药临床研究指导原则(试行)》^[6]拟定。临床缓解：临床症状、体征消失，疗效指数 $\geq 95\%$ ；显效：临床症状、体征显著好转， $70\% \leq$ 疗效指数 $< 95\%$ ；好转：临床症状、体征均有好转， $30\% \leq$ 疗效指数 $< 70\%$ ；无效：临床症状、体征无改善甚或加重，疗效指数 $< 30\%$ 。疗效指数 = (治疗后中医症状评分 - 治疗前中医症状评分) / 治疗前中医症状评分 $\times 100\%$ 。

4.2 2组临床疗效比较 见表1。观察组总有效率为95.56%，高于对照组的75.56%，差异有统计学意义($P < 0.05$)。

表1 2组临床疗效比较

组别	n	临床缓解	显效	好转	无效	总有效率(%)
对照组	45	16	10	8	11	75.56
观察组	45	26	11	6	2	95.56 ^①

与对照组比较，① $P < 0.05$

4.3 2组治疗前后中医症状积分比较 见表2。治疗后，观察组各项中医症状评分均较治疗前降低($P < 0.01$)，且低于对照组，差异均有统计学意义($P < 0.01$)。

4.4 2组治疗前后 Southerland 疾病活动指数评分比较 见表3。治疗后，2组腹泻、脓血便、黏膜表现

表2 2组治疗前后中医症状积分比较 $(\bar{x} \pm s, n=45)$

组别	时间	腹泻	脓血便	食少	腹胀	肢体倦怠	神疲懒言
对照组	治疗前	4.88 ± 0.62	4.92 ± 0.71	4.80 ± 0.81	4.75 ± 0.66	4.86 ± 0.65	4.89 ± 0.67
	治疗后	4.80 ± 0.66	4.89 ± 0.68	4.77 ± 0.78	4.72 ± 0.68	4.82 ± 0.61	4.85 ± 0.63
观察组	治疗前	4.82 ± 0.58	4.90 ± 0.65	4.76 ± 0.72	4.71 ± 0.52	4.84 ± 0.57	4.86 ± 0.60
	治疗后	1.03 ± 0.16 ^{①②}	1.06 ± 0.15 ^{①②}	1.11 ± 0.16 ^{①②}	1.20 ± 0.14 ^{①②}	1.16 ± 0.15 ^{①②}	1.22 ± 0.18 ^{①②}

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

及医师病情评估评分均较治疗前降低($P < 0.01$); 观察组各项评分均低于对照组, 差异均有统计学意义($P < 0.01$)。

表 3 2 组治疗前后 Southerland 疾病活动

指数评分比较($\bar{x} \pm s$, $n=45$)

分

组别	时间	腹泻	脓血便	黏膜表现	医师病情评估
对照组	治疗前	2.28±0.27	2.26±0.26	2.30±0.28	2.25±0.27
	治疗后	0.91±0.14 ^①	0.87±0.12 ^①	0.89±0.13 ^①	0.85±0.12 ^①
观察组	治疗前	2.30±0.26	2.24±0.27	2.32±0.25	2.21±0.28
	治疗后	0.32±0.05 ^{①②}	0.30±0.06 ^{①②}	0.31±0.05 ^{①②}	0.23±0.05 ^{①②}

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

5 讨论

慢性结肠炎属中医学泄泻、久痢、肠癖等范畴; 《素问·阴阳应象大论》曰: “湿胜则濡泻”。中医学认为该病病位虽在肠, 但以脾虚为发病之本, 脾胃虚弱, 运化无权, 水湿聚于大肠, 是导致本病发生的重要因素。《景岳全书》记载: “泄泻之本, 无不由脾胃。” 《症因脉治》云: “脾虚泻之因, 脾气素虚, 或大病后, 过用寒冷, 或饮食不节, 劳伤脾胃, 皆成脾虚泄泻之症。” 因此, 慢性结肠炎的临床治疗以健脾护胃为主, 兼以清热解毒、除湿止泻等以治标。

健脾化湿汤是依据《太平惠民和剂局方》的参苓白术散加减化裁而定, 方中人参、白术、茯苓益气健脾渗湿; 黄芪入脾经, 补中益气; 莲子、山药助益气健脾, 兼能止泻; 扁豆、薏苡仁助白术、茯苓以健脾渗湿; 砂仁醒脾和胃, 行气化滞; 甘草健脾和中, 调和诸药。综合全方, 补中气, 渗湿浊, 使脾气健运, 湿邪得去, 则诸症自除。灌肠方中金银花、青黛、玄参清热解毒; 白及、儿茶、地榆止血生肌、敛疮。将上述 6 味药应用于保留灌肠法, 药物经直肠黏膜吸收, 避免了肝脏的首过效应, 提高了药物的生物利用度, 利于创面愈合^⑧。

本次研究结果显示, 加用健脾化湿汤内服和灌肠方保留灌肠干预能够明显改善慢性结肠炎患者的脾胃虚弱证相关症状, 降低 Southerland 疾病活动指数相关指标的评分, 与对照组比较, 差异均有统计学意义($P < 0.01$)。观察组总有效率高于对照组($P < 0.05$)。本研究从中西医量表指标及疗效分析多方面证实, 健脾化湿汤内服和灌肠方保留灌肠治疗脾胃虚弱型慢性结肠炎患者疗效显著。

综上所述, 在西药治疗基础上予健脾化湿汤内服和灌肠方保留灌肠治疗慢性结肠炎脾胃虚弱证, 可明显改善患者的中医临床症状和 Southerland 疾病活动指数, 提高临床疗效。

[参考文献]

- [1] 冯卓, 孙建华, 陈新静. 中医药治疗慢性结肠炎 23 例疗效分析[J]. 中国医药导报, 2011, 8(4): 89-90.
- [2] 黄敬东. 中药内服加中药灌肠治疗慢性结肠炎临床疗效观察[J]. 中医临床研究, 2015, 7(17): 85-86.
- [3] 徐俊伟, 赵旭, 朱建华. 慢性结肠炎中医辨治体会[J]. 中医杂志, 2013, 54(16): 1421-1423.
- [4] 井小会, 王晓莉, 杨少军, 等. 中医药治疗慢性结肠炎研究进展[J]. 河南中医, 2014, 34(1): 178-180.
- [5] 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(2007 年, 济南)[J]. 中华消化杂志, 2007, 27(8): 545-549.
- [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: 129-133.
- [7] 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.
- [8] 杨丽华, 马春, 杨戈, 等. 马齿四白汤保留灌肠治疗慢性结肠炎 72 例[J]. 中国老年学杂志, 2007, 27(20): 2031-2032.

(责任编辑: 吴凌)