

四君子汤加味治疗脾虚夹瘀型溃疡性结肠炎临床观察

邓素萍¹, 王小娟²

1. 惠州市中医医院, 广东 惠州 516000; 2. 湖南中医药大学附属第一医院, 湖南 长沙 410007

[摘要] 目的: 观察四君子汤加味治疗脾虚夹瘀型溃疡性结肠炎(UC)的临床疗效。方法: 将45例脾虚夹瘀型UC患者随机分为2组, 治疗组23例内服四君子汤加味; 对照组22例口服柳氮磺吡啶片。结果: 治疗后2组临床疗效及电子肠镜疗效经秩和检验, 差异均有统计学意义($P < 0.05$), 治疗组疗效优于对照组。治疗后2组中医证候、电子结肠镜积分均较治疗前降低($P < 0.05$); 治疗组两项积分降低较对照组更显著($P < 0.05$)。结论: 四君子汤加味治疗脾虚夹瘀型UC疗效显著。

[关键词] 溃疡性结肠炎; 脾虚夹瘀; 四君子汤加味

[中图分类号] R574.62 **[文献标志码]** A **[文章编号]** 0256-7415(2015)04-0089-02

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2015.04.042

溃疡性结肠炎(UC)是一种慢性非特异性结肠炎症, 病变主要累及结肠黏膜和黏膜下层, 范围多自远段结肠开始, 可逆行向近段发展, 甚至累及全结肠及末端回肠, 呈连续性分布。本病临床主要表现为腹泻、腹痛和黏液脓血便。近年来, 笔者应用四君子汤加味治疗脾虚夹瘀型UC, 取得了满意疗效, 结果报道如下。

1 临床资料

1.1 诊断标准 西医诊断参照《对我国炎症性肠病诊断治疗规范的共识意见》^[1]中慢性非特异性UC的诊断标准, 并经电子结肠镜检查确诊。中医辨证参照《中药新药临床研究指导原则(试行)》^[2]制定的慢性非特异性UC中医证候诊断标准。脾虚夹瘀证: 主症: 腹泻, 黏液便或脓血便, 食少, 腹胀痛。次症: 肢体倦怠, 神疲懒言, 腹内包块。舌象: 舌质淡胖苔薄白或舌紫有瘀点瘀斑。脉象: 脉细弱或濡缓或弦涩。具备主症(除第一项必备外)及次症的任意2项即可确诊。

1.2 纳入标准 符合以上西医诊断及中医辨证标准; 年龄在18岁以上或65岁以下; 签署知情同意书者。

1.3 排除标准 有严重的并发症, 如局部狭窄、肠梗阻、肠穿孔、直肠息肉、中毒性结肠扩张、结肠癌及肛门疾病者; 病情危重或合并有心、脑、肝、肾和造血系统等严重原发性疾病及精神疾病, 难以对新药的有效性和安全性作出确切评价者; 治疗前1月内服用氨基酸水杨酸类、皮质类固醇、免疫抑制剂等其它治疗溃疡性结肠炎药物的患者; 孕妇、哺乳期妇女或服药期中(间)可能怀孕者; 对柳氮磺吡啶片过敏的患者。

1.4 一般资料 观察病例均来自2013年2月—2014年5月

惠州市中医医院消化内科门诊, 共45例, 随机分为2组。治疗组23例, 男15例, 女8例; 年龄18~63岁, 平均(40.3±11.6)岁; 病程6月~20年, 1年以内5例, 1~5年12例, 6~10年有4例, 11年以上2例; 按照文献^[2]分级: 中轻度11例, 中度9例, 重度3例。对照组22例, 男13例, 女9例; 年龄10~64岁, 平均(39.7±9.23)岁; 病程3月~24年, 1年以内4例, 1~5年13例, 6~10年4例, 11年以上1例; 病情分级: 中轻度12例, 中度8例, 重度2例。2组患者在性别、年龄、病程、病情分级等方面比较, 差异均无统计学意义($P > 0.05$), 具有可比性。

2 治疗方法

2.1 治疗组 给予四君子汤加味治疗。处方: 黄芪30g, 茯苓、红藤、党参各15g, 白术、诃子、白及各10g, 甘草5g, 三七3g。上药每天1剂, 水煎, 由惠州市中医医院中药房统一煎成每袋200mL, 每天1次, 口服。

2.2 对照组 给予柳氮磺吡啶片(上海三维制药有限公司生产), 每次1000mg, 每天3次, 口服。

均连续服药4周为1疗程。治疗2疗程后比较疗效。观察期间所有纳入患者均要求避免食用刺激性和富含纤维的食物。病情发作时不要生食蔬菜和水果。

3 观察指标与统计学方法

3.1 观察指标 治疗前后观察患者的症状, 按照《中药新药临床研究指导原则(试行)》^[2]对主要症状分主症和次症, 采取半定量等级计分评价方法分别记分。主症按无、轻、中、重分别记0、2、4、6分, 次症按无、轻、中、重分别记0、1、2、3分。按照《中药新药临床研究指导原则(试行)》^[2]对结

[收稿日期] 2014-08-27

[作者简介] 邓素萍(1982-), 女, 主治医师, 研究方向: 脾胃病。

肠镜黏膜病变分级：按正常、Ⅰ级、Ⅱ级、Ⅲ级分别记为0、1、2、3分。治疗前后检查血、尿、粪常规，大便潜血，肝肾功能。

3.2 统计学方法 采用SPSS 13.0统计学软件包。计量资料以 $(\bar{x} \pm s)$ 表示，满足正态性、方差齐性时用 t 检验，不满足时用非参数检验；计数资料用 χ^2 检验；等级资料用秩和检验。

4 疗效标准与治疗结果

4.1 临床疗效标准 参照《中药新药临床研究指导原则(试行)》^[2]拟定。临床痊愈：中医临床症状、体征消失或基本消失，证候积分 $\geq 95\%$ 。显效：中医临床症状、体征明显改善，证候积分减少 $\geq 70\%$ 。有效：中医临床症状、体征均有好转，证候积分减少 $\geq 30\%$ 。无效：中医临床症状、体征均无明显改善，甚或加重，证候积分减少不足 30% 。

4.2 电子结肠镜UC疗效标准 参照《中药新药临床研究指导原则(试行)》^[2]拟定。将由Ⅰ级变为Ⅱ级定为改善1级，由Ⅱ级变为Ⅲ级定为改善2级，依此类推。显效：肠镜复查黏膜病变恢复至正常，或溃疡病灶已形成瘢痕；肠镜复查黏膜恢复程度达2级以上。有效：肠镜复查黏膜病变恢复程度达1级以上。无效：肠镜检查黏膜病变改善未达到以上标准，甚至加重者。

4.3 2组临床疗效比较 见表1。总有效率治疗组为86.96%，对照组为72.72%。2组临床疗效经秩和检验， $Z=2.119$ ， $P=0.034 < 0.05$ ，差异有统计学意义($P < 0.05$)，治疗组疗效优于对照组。

组别	n	临床痊愈 显效 有效 无效				总有效率(%)
		临床痊愈	显效	有效	无效	
治疗组	23	12	5	3	3	86.96
对照组	22	5	5	6	6	72.72

4.4 2组电子结肠镜疗效比较 见表2。总有效率治疗组为86.96%，对照组为50.00%。2组临床疗效经秩和检验， $Z=2.641$ ， $P=0.008 < 0.05$ ，差异有统计学意义($P < 0.05$)，治疗组疗效优于对照组。

组别	n	显效 有效 无效			总有效率(%)
		显效	有效	无效	
治疗组	23	12	8	3	86.96
对照组	22	5	6	11	50.00

4.5 2组治疗前后中医证候、电子结肠镜积分比较 见表3。治疗后2组中医证候、电子结肠镜积分均较治疗前降低($P <$

0.05)；治疗组两项积分降低较对照组更显著($P < 0.05$)。

表3 2组治疗前后中医证候、电子结肠镜积分比较 $(\bar{x} \pm s)$ 分

组别	n	中医证候积分		电子结肠镜积分	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
治疗组	23	13.54 ± 4.53	7.43 ± 3.23	1.80 ± 0.32	0.43 ± 0.25
对照组	22	14.67 ± 5.75	9.23 ± 2.25	1.78 ± 0.31	0.61 ± 0.31

与同组治疗前比较，① $P < 0.05$ ；与对照组治疗后比较，② $P < 0.05$

5 讨论

近年来，UC的发病在我国乃至亚洲地区呈增高趋势。有调查显示，近15年来我国UC患病数逐年增多，已过14万^[1]。到目前为止，该病的治疗缺乏特异性，且因其并发症增多，死亡率高，癌变率高，严重危害患者健康。从其临床证候特点来看，UC属于中医学“肠癖”范畴。在病机上，多数观点认为UC之发病与脾关系密切，而脾虚是发病的根本，湿邪在泄泻发病的发生、发展中起着至关重要的作用，气滞血瘀是泄泻病理变化的又一关键环节。四君子汤加味是在四君子汤基础上加减，立足辨证论治，借鉴现代研究成果所创立的治疗脾虚夹瘀型UC的中药方剂。该方以黄芪为君，且剂量较大，起到益气健脾、托毒生肌功效；近代药理研究结果证明，黄芪多糖能调节人体免疫功能，是理想的免疫增强剂。茯苓、党参、白术为臣，健脾益气，且茯苓兼有祛湿之功效。黄芪与党参相须为用，黄芪专于气分而达肌表，党参益气生血长于止泻，一表一里，相互为用，其扶正补气之功更加显著。因湿邪是UC的主要致病因素，湿久而生郁热，佐以红藤清热解湿。白及收敛，止血。三七和营止血，通脉行瘀。实验表明，三七皂苷对急性炎症引起的毛细血管通透性升高、炎性渗出和组织水肿均有抑制作用，具有较强的抗炎功效。所以三七也有利于肠黏膜水肿的消退。诃子味苦涩，苦所以泄、涩所以收敛而实大便。诸药相伍，可使脾气得复，湿邪得除，溃疡得愈，而收佳效。

[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]. 中华消化杂志, 2007, 27(8): 545-550.
- [2] 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: 135-137.
- [3] 夏冰. 重视对溃疡性结肠炎规范化的临床诊断与治疗[J]. 临床消化病杂志, 2007, 19(1): 3.

(责任编辑: 冯天保)