

中药内服加灌肠治疗大肠湿热型溃疡性结肠炎临床研究

陈慕豪, 王立恒

广东省中医院珠海医院, 广东 珠海 519015

[摘要] 目的: 观察自拟中药口服与灌肠联合美沙拉嗪口服治疗大肠湿热型溃疡性结肠炎的临床疗效。方法: 将 42 例溃疡性结肠炎患者随机分为 2 组, 各 21 例, 对照组口服美沙拉嗪治疗; 治疗组在对照组治疗基础上加用自拟中药煎剂口服及保留灌肠治疗。4 周为 1 疗程, 1 疗程后评价疗效。结果: 2 组改良 Mayo 评分治疗后与本组治疗前比较, 差异均有统计学意义 ($P < 0.05$); 2 组治疗后评分比较, 差异均有统计学意义 ($P < 0.05$)。总有效率治疗组 95.24%, 对照组 62.00%, 2 组比较, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。结论: 中药煎剂口服及灌肠联合美沙拉嗪治疗溃疡性结肠炎疗效显著, 值得临床推广应用。

[关键词] 溃疡性结肠炎; 中药; 美沙拉嗪; 灌肠

[中图分类号] R574.62 **[文献标志码]** A **[文章编号]** 0256-7415 (2016) 03-0047-03

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2016.03.019

溃疡性结肠炎(Ulcerative colitis, UC)是一种病因不明的大肠黏膜的慢性炎症和溃疡性病变, 主要限于黏膜及黏膜下层, 呈连续性非节段性分布, 多累及直肠、乙状结肠, 也可逆行向上扩展至右半结肠, 甚至全结肠和回肠末段; 临床上以反复发作的腹痛、腹泻、黏液脓血便、里急后重为特点, 部分患者可伴有发热、体重减轻等全身症状, 常反复难愈, 给治疗带来一定困难。本研究采用中药内服加灌肠联合口服美沙拉嗪治疗溃疡性结肠炎, 取得了满意效果, 现报道如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 选择 2012 年 10 月—2015 年 8 月本院消化内科住院的溃疡性结肠炎患者, 共 42 例, 随机分为治疗组和对照组, 各 21 例。治疗组, 男 13 例, 女 8 例; 年龄 22~80 岁, 平均(46.76±17.69)岁。对照组, 男 12 例, 女 9 例; 年龄 26~80 岁, 平均(46.28±15.60)岁。2 组年龄、性别、病情等一般资料比较, 差异无统计学意义($P > 0.05$), 具有可比性。

1.2 纳入标准 西医诊断参照《炎症性肠病诊断与治疗的共识意见》(2012 年·广州)^[1]: ①伴有腹泻、腹痛及血便等症状, 经肠镜及病理检查确诊为溃疡性

结肠炎; ②常规粪便及霉菌培养无致病菌; ③取得患者同意, 并签署知情同意书。

1.3 中医辨证 参照《溃疡性结肠炎中医诊疗共识》(2009)^[2]: 大肠湿热证, 主症: ①腹痛, 腹泻, 便下黏液脓血; ②舌质红、苔黄腻。次症: ①肛门灼热; ②里急后重; ③身热, 小便短赤; ④口干口苦, 口臭; ⑤脉滑数。

2 治疗方法

2.1 对照组 口服美沙拉嗪缓释颗粒(500 mg/袋, 商品名艾迪莎, 爱的发制药公司生产, 批号 H20100062)1.0 g, 每天 4 次; 服用 4 周为 1 疗程。

2.2 治疗组 在对照组治疗基础上采用中药内服加灌肠, 口服中药以葛根芩连汤为基础加减, 处方: 葛根、黄连、黄芩、三七、白术、木香各 10 g, 薏苡仁 30 g, 延胡索、蒲公英、茯苓各 15 g, 砂仁、炙甘草各 5 g, 水煎服, 每天 1 剂, 连服 4 周; 自拟灌肠方, 处方: 苦参、蒲公英、延胡索、侧柏叶、败酱草、白及各 15 g, 花蕊石 30 g, 黄柏、明矾各 10 g。机器煎药半小时至 120 mL, 冷却至 25℃后保留灌肠, 灌肠方法: 患者取侧卧位, 采用 F12 导管插入肛门 10~15 cm, 15 min 内灌肠完毕, 灌肠后患者卧床休息 30 min, 保留时间尽量延长, 每天 1 次,

[收稿日期] 2015-10-12

[作者简介] 陈慕豪 (1982-), 男, 主治中医师, 主要从事中西医消化内科及内镜诊治。

连续2周为1疗程。

3 观察指标与统计学方法

3.1 参考改良 Mayo 评分系统 参照文献[3]。见表1。对患者临床活动指数进行评价，主要判定依据是排便次数、便血、内镜发现、医师总体评价，评分≤2分且无单个分项评分>1分为临床缓解，3~5分为轻度活动，6~10分为中度活动，11~12分为重度活动；有效定义为评分相对于基线值的降幅≥30%以及≥3分，而且便血的分项评分降幅≥1分或该分项评分为0或1分。

3.2 统计学方法 运用 SPSS17.0 统计学软件进行

检验，计量资料以($\bar{x} \pm s$)表示，采用 *t* 检验；计数资料采用 χ^2 检验。

4 疗效标准与治疗结果

4.1 临床疗效标准 临床缓解：临床症状消失，结肠镜复查见黏膜大致正常或无活动性炎症。有效：临床症状基本消失，结肠镜复查见黏膜轻度炎症。无效：临床症状、结肠镜复查均无改善。

4.2 2组治疗后改良 Mayo 评分比较 见表2。2组改良 Mayo 评分治疗后与本组治疗前比较，差异均有统计学意义($P < 0.05$)；2组治疗后评分比较，差异均有统计学意义($P < 0.05$)。

表1 评估 UC 活动性的改良 Mayo 评分系统

项目	0分	1分	2分	3分
排便次数	正常	比正常增加1~2次/天	比正常增加3~4次/天	比正常增加5次/天或以上
便血	未见出血	不到一半时间内出现便中混血	大部分时间内为便中混血	一直存在出血
内镜发现	正常	轻度病变(红斑、血管纹理减少、轻度易脆)	中度病变(明显红斑、血管纹理缺失、易脆、糜烂)	重度病变(自发性出血、溃疡形成)
医师总体评价	正常	轻度病情	中度病情	重度病情

表2 2组治疗后改良 Mayo 评分比较($\bar{x} \pm s$) 分

组别	<i>n</i>	治疗前	治疗后
治疗组	21	6.14 ± 1.65	1.95 ± 1.02 ^②
对照组	21	6.10 ± 1.51	3.14 ± 1.31 ^①

与治疗前比较，^① $P < 0.05$ ；与治疗组治疗后比较，^② $P < 0.05$

4.3 2组临床疗效比较 见表3。总有效率治疗组95.24%，对照组62.00%，2组比较，差异有统计学意义($P < 0.05$)。

表3 2组临床疗效比较 例

组别	<i>n</i>	临床缓解	有效	无效	总有效率(%)
治疗组	21	13	7	1	95.24 ^①
对照组	21	6	7	8	62.00

与对照组比较，^① $P < 0.05$

5 讨论

目前，对于 UC 的发病原因及机制仍未完全清楚，多数的相关研究倾向于 UC 是遗传和环境共同作用的基础上，由免疫反应介导，免疫调节功能紊乱，炎症细胞大量活化，释放多种炎症因子最终导致肠黏膜慢性难愈性的炎症反应。作为目前治疗 UC 的首选药物，美沙拉嗪缓释颗粒释放出的 5-氨基水杨酸，可以有效地抑制引起炎症的前列腺素合成和炎性介质

白三烯的形成，从而对肠黏膜的炎症起显著抑制作用，虽然美沙拉嗪作为目前治疗 UC 的一线药物其疗效已得到证明，但随着服用时间的延长，单独使用美沙拉嗪疗效有所降低，不良反应随之增加，而轻中度患者本身对激素及免疫及制剂的抗拒使病情难以控制^[4]，本研究单用美沙拉嗪中有 38% 患者无效，故中西医结合治疗可以拓宽了本病治疗的思路。

本病属于中医学痢疾、便血、滞下等范畴，主要病机是脾虚湿盛，与外感、饮食、劳倦、情志、遗传等有关。其证以脾虚、肾虚为本，湿、热、气滞、血瘀、寒等为标。病初多为湿热内蕴；病久及肾，则出现脾肾阳虚、寒热错杂之证，最后，各种原因影响脾运化水谷精微及水湿，肠道传导水湿及饮食代谢物的功能，导致泄下黏液、脓血便，在活动期，临床最常见证型为大肠湿热。

本研究中口服方葛根芩连汤为治疗湿热型泄泻、痢疾的经典方，辅以三七、延胡索活血止痛，蒲公英清热利湿，薏苡仁渗湿止泻，木香、砂仁行气燥湿止痛，再以茯苓、白术健脾渗湿顾护胃气，炙甘草调和诸药；灌肠方以苦参、黄柏祛湿清下焦湿热，蒲公英、败酱草清热解毒、消痈排脓，明矾、白及、花蕊石、侧柏叶收敛、燥湿、止泻、止血，延胡索活血

止痛,局部治疗更能起到止泻止血止痛作用。现代药理学研究证实,以上诸药可调节机体免疫功能,促进肠道组织细胞再生,消除黏膜溃疡,降低慢性溃疡性结肠炎的复发率。肠道内有丰富的血管丛,血运丰富,加之血管大多交织成网,血流较为缓慢,采用预热灌肠,还可以促进周围血管血液循环,加速药物的吸收,使药用成分可以通过血液循环迅速达到炎症部分,从而提高治疗疗效^[5]。

本研究中药内服加灌肠配合口服美沙拉嗪取得确切疗效,明显优于单用美沙拉嗪口服,值得临床推广。中医治疗的优势在于辨证施治,本研究病例多为初发型,中医辨证以大肠湿热为主,临床上缓解期常出现虚证明显,此时若能辨证用药配合必要美沙拉嗪必能取得稳固长期疗效,有待进一步随访。

[参考文献]

[1] 中华医学会消化病学分会炎症性肠病学组. 炎症性肠病

诊断与治疗的共识意见[J]. 胃肠病学, 2012, 17(12): 763-781.

[2] 中华中医药学会脾胃病分会. 溃疡性结肠炎中医诊疗共识[J]. 中国中西医结合杂志, 2010, 30(5): 527-532.

[3] D'Haens G, Sandborn WJ, Feagan BG, et al. A review of activity indices and efficacy end points for clinical trials of medical therapy in adults with ulcerative colitis[J]. Gastroenterology, 2007, 132(2): 763-786.

[4] 高翠贤, 古丽巴哈尔·司马义. 溃疡性结肠炎疾病活动指数的回顾性比较研究[J]. 中国全科医学, 2012, 15(19): 2167-2169.

[5] 刘果, 孙慧怡, 周波, 等. 益气活血解毒法抗溃疡性结肠炎复发的临床疗效评价[J]. 北京中医药大学学报, 2013, 36(1): 51-55.

(责任编辑: 马力)

美沙拉嗪联合中药灌肠治疗脾虚湿热型溃疡性结肠炎 48 例临床观察

吴世钺¹, 陈璇^{2,3}, 郑烈^{2,3}, 唐志鹏^{2,3}

1. 甘肃省中医药研究院, 甘肃 兰州 730050

2. 上海中医药大学附属龙华医院消化内科, 上海 200032

3. 上海中医药大学脾胃病研究所, 上海 200032

[摘要] 目的: 观察美沙拉嗪联合中药灌肠治疗脾虚湿热型溃疡性结肠炎临床疗效。方法: 将 90 例患者随机分为 2 组, 各 45 例, 对照组给予口服美沙拉嗪片治疗; 治疗组在对照组治疗基础上给予中药灌肠治疗。均连续治疗 2 周。治疗后观察 2 组临床疗效, 结肠炎活动指数 (UCAI)、C-反应蛋白 (CRP)、血沉 (ESR) 及临床症状积分变化情况。结果: 总有效率对照组 84.44%, 治疗组 97.78%, 2 组比较, 差异有显著性意义 ($P < 0.05$)。2 组治疗后 UCAI、CRP、ESR 指标均低于治疗前, 与本组治疗前比较, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$); 治疗后各项指标治疗组与对照组比较, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。治疗组治疗后发热、腹痛、腹泻、里急后重及脓血便等积分与对照组比较, 差异均有统计学意义 ($P < 0.05$)。结论: 美沙拉嗪联合中药灌肠治疗脾虚湿热型溃疡性结肠炎, 临床疗效明显, 并可改善临床症状。

[关键词] 溃疡性结肠炎; 美沙拉嗪; 中药灌肠; 脾虚湿热型

[中图分类号] R574.62 [文献标志码] A [文章编号] 0256-7415 (2016) 03-0049-03

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2016.03.020

[收稿日期] 2015-12-12

[基金项目] 国家自然科学基金面上项目 (81573892); 甘肃省自然科学基金项目 (GZK-2013-39)

[作者简介] 吴世钺 (1980-), 男, 主治医师, 主要从事肠道疾病的中医药治疗工作。

[通讯作者] 唐志鹏, E-mail: zhipengtang@sohu.com; 郑烈, E-mail: liezhenglie@126.com。