健脾行气清肠化瘀汤治疗溃疡性结肠炎临床研究

熊晓芳，吴露婷，曹晨

龙岩市中医院，福建 龙岩 364000

［摘要］**目的：**观察健脾行气清肠化瘀汤治疗脾虚湿热兼气滞血瘀型溃疡性结肠炎的临床疗效。**方法：**选取54例脾虚湿热兼气滞血瘀型溃疡性结肠炎患者作为研究对象，随机分为对照组和试验组，每组27例。对照组服用美沙拉嗪肠溶片治疗，试验组服用健脾行气清肠化瘀汤治疗。2组均治疗4周。治疗前、治疗4周后评定改良Mayo评分、炎症性肠病生活质量量表（IBDQ）评分、Baron内镜评分，比较2组的临床疗效。**结果：**治疗4周后，试验组临床疗效总有效率高于对照组（$P<0.05$）。2组改良Mayo评分、IBDQ评分均高于治疗前（$P<0.05$），试验组改良Mayo评分、IBDQ评分均高于对照组（$P<0.05$）。2组Baron内镜评分均较治疗前下降（$P<0.05$），试验组Baron内镜评分低于对照组（$P<0.05$）。**结论：**采用健脾行气清肠化瘀汤治疗脾虚湿热兼气滞血瘀型溃疡性结肠炎患者较美沙拉嗪肠溶片具有更好的治疗效果，可有效改善临床症状，促进结肠黏膜组织愈合，提高患者生活质量。

［关键词］溃疡性结肠炎；脾虚湿热证；气滞血瘀证；健脾行气清肠化瘀汤；生活质量

［中图分类号］R574.62 ［文献标志码］A ［文章编号］0256-7415（2023）22-0074-04

DOI：10.13457/j.cnki.jncm.2023.22.015

Clinical Study on Jianpi Xingqi Qingchang Huayu Decoction for Ulcerative Colitis

XIONG Xiaofang, *WU Luting*, *CAO Chen*

Longyan Hospital of Traditional Chinese Medicine, Longyan Fujian 364000, China

Abstract: Objective: To observe the clinical effect of Jianpi Xingqi Qingchang Huayu Decoction on ulcerative colitis of spleen deficiency damp-heat complicated with qi stagnation and blood stasis type. **Methods:** A total of 54 patients with ulcerative colitis of spleen deficiency damp-heat complicated with qi stagnation and blood stasis type were selected as the study objects and randomly divided into the control group and the trial group, with 27 cases in each group. The control group was given Mesalazin Enteric-Coated Tablets for treatment, and the trial group was treated with Jianpi Xingqi Qingchang Huayu Decoction. Both groups were treated for 4 weeks. Before treatment and after 4 weeks of treatment, Modified Mayo score, Inflammatory Bowel Disease Questionnaire (IBDQ) score and Baron endoscopy score for endoscopy were evaluated; the clinical effects were compared between the two groups. **Results:** After 4 weeks of treatment, the total clinical effective rate in the trial group was higher than that in the control group ($P<0.05$). The scores of Modified Mayo and IBDQ in both groups were higher than those before treatment ($P<0.05$), and the above scores in the experiment group were higher than those in the control group ($P<0.05$). The Baron endoscopy scores in both groups were decreased when compared with those before treatment ($P<0.05$), and the Baron endoscopy score in the trial group was lower than that in the control group ($P<0.05$). **Conclusion:** The curative effect of Jianpi Xingqi Qingchang Huayu Decoction has a better therapeutic effect on patients with ulcerative colitis of spleen deficiency damp-heat

［收稿日期］2023-02-14
［修回日期］2023-08-16
［作者简介］熊晓芳（1982-），女，医学硕士，中医副主任医师，E-mail：10146056@qq.com。

complicated with qi stagnation and blood stasis type than Mesalazin Enteric-Coated Tablets, which can effectively improve the clinical symptoms, promote the healing of colonic mucosa and enhance the quality of life of patients.

Keywords: Ulcerative colitis; Spleen deficiency damp-heat syndrome; Qi stagnation and blood stasis syndrome; Jianpi Xingqi Qingchang Huayu Decoction; Quality of life

溃疡性结肠炎(UC)是一种以结直肠黏膜连续性、弥漫性炎症改变为特点的慢性非特异性肠道炎症性疾病，其病理改变主要限于大肠黏膜和黏膜下层，临床表现为腹泻、黏液脓血便、腹痛，呈反复发作的慢性病程，病情轻重不等，易出现癌变，严重影响患者的生活质量。由于UC的病因病机尚未明晰，治疗缺乏特异性，故被列为疑难疾病。目前现代医学常用治疗药物有氨基水杨酸类、糖皮质激素、免疫抑制剂、生物制剂、抗菌药物、微生态制剂等，仅能缓解症状，无法根治。美沙拉嗪是新型氨基水杨酸制剂，具有抗炎的功效，虽广泛用于治疗UC，但仍有部分患者的疗效不理想，不良反应明显，存在复发风险[1]。笔者在临床上常见脾虚湿热兼气滞血瘀型UC患者，根据健脾行气、清热利湿、活血化瘀之法，应用由当归芍药散合薏苡附子败酱散加减而成的健脾行气清肠化瘀汤治疗，取得了较好的治疗效果。本研究以美沙拉嗪肠溶片作为对照组用药，观察对比美沙拉嗪肠溶片与健脾行气清肠化瘀汤治疗脾虚湿热兼气滞血瘀型UC患者的临床疗效，结果报道如下。

1 临床资料

1.1 诊断标准 参照《溃疡性结肠炎中医诊疗专家共识意见(2017)》[2]中的诊断标准。

1.2 辨证标准 参考《溃疡性结肠炎中医诊疗专家共识意见(2017)》[2]拟定脾虚湿热兼气滞血瘀型UC辨证标准。主症：大便稀溏，有少量脓液或脓血；腹部隐痛、胀痛，食少纳差。次症：腹胀肠鸣；肢体倦怠；神疲懒言；面色萎黄。舌脉：舌质淡暗或舌边有齿痕，苔白腻，舌下络脉迂曲，脉细弱或濡缓。主症必备2项，同时具备次症1~2项，参考舌脉，即可辨为此证。

1.3 纳入标准 符合UC诊断标准与脾虚湿热兼气滞血瘀证辨证标准；年龄30~65岁；签署知情同意书。

1.4 排除标准 患细菌性痢疾、阿米巴痢疾、慢性血吸虫病、肠结核等感染性结肠炎以及缺血性结肠炎、放射性结肠炎、孤立性直肠溃疡、结肠克罗恩病；伴有心、肝、肾等严重原发性疾病；伴有胃肠道肿瘤；伴有精神疾病或认知功能障碍；妊娠期或哺乳期妇女；对本研究所用药物过敏。

1.5 剔除标准 证型发生改变；出现心、肺、肝、肾功能损害；出现妊娠；出现药物过敏反应；依从性差。

1.6 一般资料 纳入2018年1月1日—2021年12月31日龙岩市中医院收治的54例脾虚湿热兼气滞血瘀型UC患者，采用随机数字表法分为2组，每组27例。对照组男14例，女13例；年龄30~64岁，平均(45.89±8.68)岁；病程12~45个月，平均(25.15±9.34)个月。试验组男15例，女12例；年龄32~60岁，平均(46.26±8.62)岁；病程10~35个月，平均(26.19±8.74)个月。2组一般资料比较，差异均无统计学意义($P>0.05$)，具有可比性。本研究获得龙岩市中医院医学伦理委员会审核批准。

2 治疗方法

2.1 对照组 予美沙拉嗪肠溶片(莎尔福，Dr.Falk Pharma Gmbh，进口药品注册证号H20171358，规格：0.5 g/粒)，根据实际情况，每次服0.5~1.5 g，每天3次，连续服药4周。

2.2 试验组 予健脾行气清肠化瘀汤治疗。处方：茯苓、败酱草各20~30 g，木香、厚朴各20 g，炒薏苡仁15~20 g，当归、川芎、赤芍各10~15 g，炒白术、泽泻各10~20 g。根据患者的体质量对药物剂量进行适当调整。随症加减：伴有肝气郁结者，加柴胡15 g，枳实、白芍各10 g；大便夹有不消化食物者，加神曲15 g，枳实10 g；久泻气陷者，加黄芪30 g，升麻、柴胡各6 g；腹痛较甚者，加乌药20 g，

延胡索18 g，枳实10 g；肾气虚者，加熟地黄、山药各15 g，山萸肉10 g；肾阳虚者，加淫羊藿、杜仲各10 g；肾阴虚者加枸杞子、黄精、桑椹各10 g。由龙岩市中医院煎药房统一煎煮，分包封装，由患者放于冰箱保存，服用前加热，每天服2次，每次服1包，于饭后30 min服用，疗程为4周。1周调整一次用药。

3 观察指标与统计学方法

3.1 观察指标 ①临床疗效。观察脓血便、腹痛、腹泻等症状的变化。②改良Mayo评分。改良Mayo评分系统主要按照内镜下肠黏膜表现、脓血便情况、排便次数、医师总体评价的轻重程度分别计0～3分。总分0～12分，11～12分为重度活动，6～10分为中度活动，3～5分为轻度活动。评分越高，代表症状越严重。在治疗前、治疗4周后进行评分。③生活质量。采用炎症性肠病生活质量量表(IBDQ)评估患者的肠道症状(10个问题)、全身症状(5个问题)、情感能力(12个问题)、社会能力(5个问题)4个方面，每个问题的选项均分为7个等级，计1～7分，总分32～224分。分值越高，代表生活质量越好。在治疗前、治疗4周后进行评分。④Baron内镜评分。主要针对电子结肠镜检查结果进行评分。轻度病变计1分(血管纹理清晰，肠黏膜充血但无出血)，中度病变计2分(肠黏膜发生颗粒样改变，中度接触性出血)，重度病变计3分(肠黏膜溃疡，自发性出血)。评分越低，表示肠黏膜病变程度越轻。在治疗前、治疗4周后行电子结肠镜检查并进行评分。

3.2 统计学方法 运用SPSS17.0软件进行统计分析。计量资料以均数±标准差($\bar{x}\pm s$)表示，组间比较用独立样本t检验，组内治疗前后比较用配对样本t检验。计数资料以百分比(%)表示，采用χ^2检验。

4 疗效标准与治疗结果

4.1 疗效标准 痊愈：脓血便、腹泻、腹痛等症状完全消失，电子结肠镜检查结果示肠黏膜完全恢复正常；显效：脓血便、腹泻、腹痛等症状基本消失，电子结肠镜检查结果示肠黏膜轻度炎症；无效：脓血便、腹泻、腹痛等症状无改善，甚至加重，电子结肠镜检查结果与治疗前比较无明显改善。于治疗4周后评定疗效。

4.2 2组临床疗效比较 见表1。治疗4周，试验组总有效率96.30%，对照组总有效率74.07%，2组总有效率比较，差异有统计学意义($P<0.05$)。

表1 2组临床疗效比较 例

组 别	例数	痊愈	显效	无效	总有效率(%)
试验组	27	7	19	1	96.30
对照组	27	4	16	7	74.07
χ^2值					5.283
P值					0.022

4.3 2组治疗前后改良Mayo评分及IBDQ评分比较 见表2。治疗前，2组改良Mayo评分、IBDQ评分比较，差异均无统计学意义($P>0.05$)。治疗后，2组改良Mayo评分均较治疗前下降，IBDQ评分均较治疗前升高，差异均有统计学意义($P<0.05$)。试验组改良Mayo评分低于对照组，IBDQ评分高于对照组，差异均有统计学意义($P<0.05$)。

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

组 别	例数	改良Mayo评分		IBDQ评分	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
试验组	27	8.44±0.84	3.37±0.79①	131.81±12.17	215.52±19.34①
对照组	27	8.40±0.85	4.44±0.85①	134.33±15.49	186.40±10.97①
t值		0.174	4.791	0.665	6.805
P值		0.863	<0.001	0.509	<0.001

注：①与本组治疗前比较，$P<0.05$

4.4 2组治疗前后Baron内镜评分比较 见表3。治疗前，2组Baron内镜评分比较，差异无统计学意义($P>0.05$)。治疗后，2组Baron内镜评分均较治疗前下降($P<0.05$)，试验组Baron内镜评分低于对照组($P<0.05$)。

表3 2组治疗前后Baron内镜评分比较($\bar{x}\pm s$) 分

组 别	例数	治疗前	治疗后
试验组	27	1.88±0.32	0.81±0.39①
对照组	27	1.85±0.36	1.15±0.36①
t值		0.010	3.329
P值		0.992	0.002

注：①与本组治疗前比较，$P<0.05$

5 讨论

从中医学角度分析，UC大多是由于饮食、劳倦、思虑等因素，致脾胃功能受损，运化失职，湿热内郁，伤及气血而成痢。《济生方·痢疾论治》云："夫人饮食起居失宜，运动劳逸过度，则脾胃不

充，大肠虚弱，而风冷暑湿之邪，得以乘间而入，故为痢疾。”又因迁延不愈，正虚邪恋，或因治疗不当，收涩太早，关门留寇，湿热内蕴，壅滞肠间与气血相搏结，使肠道传导失司，肠络受伤，气凝血瘀，腐肉成痈，故缠绵难愈。主要病机以脾虚为本，湿热、血瘀为标。笔者临床上常见脾虚湿热兼气滞血瘀型UC患者，认为与龙岩地区的气候和当地居民的饮食偏好等有关。龙岩地区处于福建西南部，属于亚热带季风气候，春季潮湿多雨，夏季高温多雨，水土属于湿热性质，本地居民喜好食辛辣、牛羊肉等肥甘厚腻之品，易滋腻碍胃，使脾胃受损，湿热之邪内生，内外湿热相合，则成脾虚湿热证。湿热之邪阻滞气机，气滞则血行不畅，日久形成气滞血瘀之证。该证型UC患者病程长，病情反复，笔者认为与湿邪缠绵难祛有关。故以健脾行气、清热利湿、活血化瘀为治法，选取经方当归芍药散合薏苡附子败酱散加减，拟成健脾行气清肠化瘀汤。该方以茯苓、白术为君药，两药健脾益气、利水渗湿。败酱草、泽泻、薏苡仁为臣药，败酱草、薏苡仁可清热解毒、破瘀排脓，泽泻利水渗湿、泄热化浊。佐以当归、川芎、赤芍行气活血化瘀，当归补血活血祛瘀，赤芍清热凉血、散瘀止痛，川芎活血行气、祛风止痛，三药合用，可行气、活血化瘀而不伤正。木香、厚朴为使药，木香健脾行气止痛，厚朴燥湿、消积、行气，两药合用行气燥湿，引药达病变大肠部位。现代药理学研究发现，茯苓、泽泻、芍药、败酱草均有免疫调节、抗炎、抗病毒等多种作用[3-6]；白术有调节胃肠运动、抗炎性反应、调节免疫系统等作用[7]；薏苡仁有镇痛抗炎、调节肠道菌群等作用[8]；木香、厚朴均有调节胃肠运动的功效[9-10]。诸药合用，健脾行气、清热利湿、活血化瘀，使脾虚得补，湿热得清，局部瘀血得以祛除，溃疡收口得愈。

改良Mayo评分简便易行，是欧洲克罗恩病和结肠炎组织(ECCO)推荐的理想疗效观察指数[11]，目前已被广泛应用于临床试验。IBDQ量表包括32个定性和半定量的问题，评估UC患者生活的4个方面(肠道症状、全身症状、情感能力、社会能力)，准确性、可信度和反应度良好[12]。内镜下黏膜愈合已成为UC治疗的目标之一。目前Baron内镜评分应用最广，已被应用于许多临床试验，作为药效评估的终点指标之一[13-14]。

本研究结果显示，试验组总有效率高于对照组，改良Mayo评分、Baron内镜评分均低于对照组，IBDQ评分高于对照组，提示健脾行气清肠化瘀汤治疗脾虚湿热兼气滞血瘀型UC患者较美沙拉嗪肠溶片具有更好的治疗效果，可更好地改善临床症状，提高患者的生活质量，有效促进结肠黏膜组织愈合，具有临床推广价值。

[参考文献]

[1] 邹欣. 双歧杆菌三联活菌胶囊联合美沙拉嗪治疗溃疡性结肠炎的效果及对肠道菌群的影响[J]. 临床合理用药杂志，2022，34(15)：32-41.
[2] 中华中医药学会脾胃病分会. 溃疡性结肠炎中医诊疗专家共识意见(2017)[J]. 中华中医药杂志，2017，32(8)：3585-3589.
[3] 杜晓妍，吴娇. 茯苓的化学成分和药理作用研究进展[J]. 新乡医学院学报，2021，38(5)：496-500.
[4] 陈金鸾，王翠竹，李平亚，等. 败酱属植物化学成分及药理作用研究进展[J]. 特产研究，2014，36(3)：59-62.
[5] 刘珊珊，郭杰，李宗艾，等. 泽泻化学成分及药理作用研究进展[J]. 中国中药杂志，2020，45(7)：1578-1595.
[6] 金英善，陈曼丽，陶俊. 芍药化学成分和药理作用研究进展[J]. 中国药理学与毒理学杂志，2013，27(4)：745-749.
[7] 左军，张金龙，胡晓阳. 白术化学成分及现代药理作用研究进展[J]. 辽宁中医药大学学报，2021，23(10)：6-9.
[8] 李晓凯，顾坤，梁慕文，等. 薏苡仁化学成分及药理作用研究进展[J]. 中草药，2020，51(21)：5645-5657.
[9] 王阳，范潇晓，杨军，等. 木香的萜类成分与药理作用研究进展[J]. 中国中药杂志，2020，45(24)：5917-5928.
[10] 盛永成，王晶，张世洋，等. 厚朴药理研究进展[J]. 成都中医药大学学报，2018，41(2)：109-114.
[11] 中华中医药学会脾胃病分会. 溃疡性结肠炎中医诊疗共识意见[J]. 中华中医药杂志，2010，25(6)：891-895.
[12] GUYATT G，MITCHELL A，IRVINE E J，et al. A new measure of health status for clinical trials in inflammatory bowel disease[J]. Gastroenterology，1989，96(3)：804-810.
[13] 欧阳钦，苗新普. 炎症性肠病评估指标的临床应用[J]. 中华消化杂志，2009，29(3)：209-212.
[14] GEBOES K，RIDDELL R，OST A，et al. A reproducible grading scale for histological assessment of inflammation in ulcerative colitis[J]. Gut，2000，47(3)：404-409.

(责任编辑：吴凌)