

清热化湿解毒法治疗溃疡性结肠炎发作期 28 例

林 燕 王新月 韩昌盛

(北京中医药大学,北京市朝阳区北三环东路 11 号,100029)

关键词 溃疡性结肠炎/中医疗法;清热化湿解毒法

溃疡性结肠炎(Ulcerative Colitis, UC)是直肠和结肠黏膜的一种慢性非特异性炎症性病变,被世界卫生组织列为现代难治病之一。近年来,随着人们生活方式的改变,发病率有逐年增高的趋势,尤其北京地区 UC 发病率显著升高,严重影响患者的生活质量。由于本病发病机制复杂,目前西医尚无特异性、针对性治疗手段,临床应用的药物主要为氨基水杨酸类、皮质类固醇激素和免疫抑制剂,其近期临床缓解率较高,但相当一部分患者存在药物抵抗,从而严重影响了其治愈率。中医将本病归为“痢疾”“休息痢”“久痢”等范畴,在整体观念与辨证论治指导下,中医治疗本病辨病与辨证相结合,中药内服与灌肠、栓剂相结合,治疗手段灵活多样,近年来取得良效。

1 临床资料

1.1 一般资料 本课题组研究对象来自于 2008 年 9 月-2010 年 1 月东直门医院、中日友好医院和首都医科大学附属复兴医院门诊和住院患者,符合纳入标准的 60 例,随机分为治疗组 30 例、对照组 30 例。治疗过程中脱落 5 例,为观察中自然脱离、失访者,包括治疗过程有效,但不能完成整个疗程,以致资料不全等影响疗效和安全性判断者,最后有效病例 55 例,其中治疗组 28 例,对照组 27 例。治疗组男 16 例,女 12 例;年龄 16~69 岁,平均(40.95±13.62)岁;平均病程(5.32±4.86)年。病情分布:轻 9 例,中 15 例,重 4 例;证候积分为 18.59±7.47。病理分级:Ⅰ级 9 例,Ⅱ级 14 例,Ⅲ级 5 例。临床活动指数为 10.09±1.87;内镜指数为 6.36±3.11。对照组男 14 例,女 13 例;年龄 17~68 岁,平均(40.65±15.08)岁;平均病程(4.85±4.65)年。病情分布:轻 10 例,中 14 例,重 3 例;证候积分为 17.90±7.49。病理分级:Ⅰ级 10 例,Ⅱ级 13 例,Ⅲ级 4 例。临床活动指数为 9.76±2.15;内镜指数为 6.74±3.28。2 组患者性别构成、平均年龄、平均病程、病情分布、证候积分、病理分级、临床活

动指数、内镜指数比较,均无显著性差异($P>0.05$),具有可比性。

1.2 纳入标准 1)符合溃疡性结肠炎的西医诊断标准,采用 2007 年济南中华医学会第七次全国消化病学术会议制定标准^[1];2)选择临床类型属于初发型、慢性持续型、慢性复发型溃疡性结肠炎活动期患者;3)入选病例以轻中度溃疡性结肠炎为主,重度者则大便 1 日不超过 10 次,不须紧急或抢救治疗者。

1.3 中医证候标准 参照中国中西医结合学会消化系统疾病专业委员会 2003 年在重庆修订的《溃疡性结肠炎中西医结合诊治方案(草案)》^[2]自拟。中医辨证为大肠湿热、积毒内蕴证型。主症:1)腹泻便溏;2)黏液脓血便;3)腹痛;4)里急后重;5)舌质红,舌苔黄腻;6)脉滑数或濡数。次症:1)肛门灼热;2)身热;3)下腹坠痛或灼痛;4)口苦,口臭;5)小便短赤。证型确定:具备主症 2 项(第 1 项必备)、次症 2 项;或主症第 1 项,次症 3 项。

2 治疗方法

2.1 中药治疗组 给予清热化湿解毒、消积导滞的溃结 I 号方。基本药物组成:赤芍、白芍、当归、黄连、黄柏、茯苓、木香、炒五灵脂、生蒲黄、焦四仙、连翘、三七粉等。水煎 150mL/次,2 次/日,口服。其中病变部位在直、乙结肠的给予野菊花栓,1 粒,2 次/日;病变部位在降结肠以上及全结肠者给予灌肠剂,方药为黄柏、黄连、苦参、五倍子、三七粉。浓煎 100mL/次,1 次/日,保留灌肠或肛门滴注。

2.2 西药对照组 活动期给予柳氮磺胺吡啶(SASP)每日 4~6g,分 4 次口服;病变部位在直、乙结肠者用柳氮磺胺吡啶栓剂 0.5~1g,2 次/日。以上 2 组疗程均为 1 个月。

3 统计学方法

所有数据采用 SPSS 12.0 统计软件处理,计量资料采用 t 检验,计数资料应用 χ^2 分析。

4 结果

4.1 疗效评判标准 综合疗效评定标准^[1]:1)完全缓解:临床症状消失,结肠镜检查黏膜大致正常;2)有效:临床症状基本消失,结肠镜复查黏膜轻度炎症或假息肉形成;3)无效:经治疗后临床症状、内镜及病理检

表1 2组临床综合疗效

组别	例数	完全缓解	有效	无效	总有效率
治疗组	28	25(89.29)*	3(10.71)	0(0)	100.00*
对照组	27	11(40.74)	9(33.33)	7(25.93)	74.07

注:与对照组比较,* $P < 0.05$ 。

表2 2组中医证候疗效

组别	n	临床痊愈	显效	有效	无效	显效率	总有效率
治疗组	28	11(39.29)*	14(50)*	3(10.71)	0(0)	89.29*	100.0
对照组	27	4(14.81)	7(25.93)	9(33.33)	7(25.93)	40.74	74.07

注:与对照组比较,* $P < 0.05$ 。

查无改善。证候疗效评定标准:1)临床痊愈:中医临床症状、体征消失或基本消失,证候积分减少 $\geq 95\%$;2)显效:中医临床症状、体征明显改善,证候积分减少 $\geq 70\%$;3)有效:中医临床症状、体征均有好转,证候积分减少 $\geq 30\%$;4)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%。计算方法:证候疗效 = $\frac{\text{治疗前积分} - \text{治疗后积分}}{\text{治疗前积分}} \times 100\%$

4.2 临床综合疗效 2组临床综合疗效见表1。2组临床综合疗效比较 $P < 0.05$,有统计学意义,可认为治疗组的临床综合疗效优于对照组。2组完全缓解率比较经 χ^2 检验, $P < 0.05$;2组总有效率比较经 χ^2 检验, $P < 0.05$,2组完全缓解率和总有效率均有显著性差异。

4.3 中医证候疗效 2组中医证候疗效见表2。经 χ^2 检验,治疗组中医证候疗效优于对照组($P < 0.05$),2组证候显效率比较, $P < 0.05$,具有显著性差异。

5 讨论

UC根据典型的临床表现,应符合中医“痢疾”“肠癖”的诊断,因患者一般表现有缓解期、发作期不同,

病程长,易复发,应属“痢疾”中“休息痢”慢性复发型或“久痢”慢性持续型的范畴。我们将中医的辨证论治与西医的临床分期相结合,概括出不同时期的病机特点。其中发作期以标实为主,而本虚存在,标实邪盛是其病机特点。因此,发作期治以清化湿热,调气行血,通因通用。症见脓血便较多,赤白相兼,甚至赤多白少,或便见血色鲜红,湿热明显者,宜清热化湿、调气行血,常以芍药汤辨证加減为用。同时应注意应用消导法,消积导滞,通因通用,以及活血化癥法等。同时,针对局部糜烂、溃疡等病理改变,可给予清热化湿、解毒凉血、敛疮生肌、活血止血等药灌肠。针对溃疡性结肠炎、乙状结肠炎位置偏下,脓血便、里急后重明显者,可给予肛内栓剂治疗,药物选择与灌肠药类似,中成药有野菊花栓等。针对发作期湿邪为患,标实邪盛的病机特点,治疗以祛邪为主,用以赤芍、白芍、当归、黄连、黄柏、茯苓、木香、炒五灵脂、生蒲黄、焦四仙、连翘、三七粉为主要组成的溃结I号方进行治疗,达到清热化湿解毒、消积导滞的目的,并结合不同的病变部位,选择适当的方式局部给药。研究证明,以清热化湿解毒为主要治法的溃结I号方,在临床综合疗效、中医证候疗效方面皆优于西药柳氮磺胺吡啶,能迅速改善临床症状,缓解病情,近期疗效显著。

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. 胃肠病学, 2007, 12(8): 488-494.
- [2] 陈治水, 危北海, 张万岱, 等. 溃疡性结肠炎中西医结合诊治方案(草案). 中国中西医结合消化杂志, 2005, 13(2): 133-136.

(2010-07-22 收稿)②

平肝舒怒饮治疗痞证的体会

刘 树 山

(内蒙古鄂尔多斯市中心医院中医科, 017000)

关键词 痞证/中医药疗法;② 平肝舒怒饮

痞证为胸腹饱闷而不舒畅。笔者将自2007年以来用平肝舒怒饮治疗痞证11例的临床体会总结如下。

1 临床资料

11例患者均来自本院中医科门诊及病房,其中男5例,女6例,年龄最小26岁,最大67岁。所有病例均无急重症,以功能性病变和慢性病为主。

2 治疗方法

平肝舒怒饮(柴胡6g,白芍30g,枳实9g,当归30g,白芥子9g,车前子9g,白术9g,枳壳3g,牡丹皮9g,神曲3g,麦芽6g,山楂9g),水煎服,日服2次。服本药期间

禁服其他中药类制剂及辛辣刺激食品。

3 治疗结果

所有病例均在1~5剂之间明显见效,痞满消失,诸症好转。疗程平均为3天。

4 讨论

平肝舒怒饮原为治疗胁痛而设。方中对血虚中满有当归、白芍;食积中满有焦三仙;脾虚中满有炒苍术、炒白芍;痰膈中满有白芥子;湿热太甚为病者有车前子、枳实清利郁热。综观全方,可使肝木平,肝血生,热清痰消,胃和,阴升而阳降,天地交泰,故而无病也。

(2010-04-15 收稿)