

中药口服和灌肠并用治疗溃疡性结肠炎 100 例

张 萍

(湖北省襄樊市中医院肛肠外科,湖北省襄樊市长征路 24 号,441000)

关键词 溃疡性结肠炎/中医药疗法

溃疡性结肠炎(Ulcerative Colitis, UC)又称慢性非特异性溃疡性结肠炎,是一种原因不明的直肠与结肠慢性炎性疾病,表现为连续性弥漫性黏膜与黏膜下层炎症,以溃疡糜烂为主,多累及远端结肠,亦可累及全部结肠。病因尚未完全明了,临床以反复发作、缠绵难愈为特点。目前对该病并无特效治法。近年来有关报道显示其发病率有明显增高趋势,且被认为是结肠癌的癌前病变,已被世界卫生组织列为现代难治病之一^[1]。近年来笔者采用中药辨证加灌肠治疗本病疗效满意,现报道如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 治疗组 100 例,其中男 58 例,女 42 例;平均年龄 38.4 岁;病程最 1 个月至 22 年。对照组 66 例,其中男 39 例,女 27 例;平均年龄 36.7 岁;病程 3 个月至 15 年。2 组病例的一般情况及合并症分布基本一致。差异无统计学意义($P > 0.05$)。

1.2 西医诊断标准 依据 1987 年全国中医学会肛肠会议有关特发性结肠炎诊断标准,结合本病的临床特点,制定以下标准^[2]: 1)临床表现:腹痛、腹胀、肠鸣、肛门下坠感,大便习惯改变和性状改变,大便秘结,或腹泻,体检左下腹或右下腹压痛,或二者交替出现,次数增多,大便呈羊屎状或稀糊样,带黏液脓子或黏液血便。2)肠镜检查:肠黏膜血管影纹理紊乱,网状结构模糊或消失,局灶性或弥漫性充血水肿或呈粗糙颗粒状,组织脆弱易出血或有糜烂,分泌物或成假息肉,结肠黏膜活检呈炎症反应。3)须排除菌痢、阿米巴痢疾、慢性血吸虫病、肠结核等感染性结肠炎、克隆氏病及其他特异性感染性疾病引起的结肠炎。

1.3 辨证分型标准 1)湿热内蕴:黏液脓血便,以脓血为甚,肛门灼热,里急后重。舌红苔黄,脉滑数。2)脾肾阳虚:黏液血便,以黏液为甚,食少纳呆,形寒肢冷,遇寒即发。舌淡苔薄白,脉沉细。3)肝脾不调:腹痛即泻,泻后痛减,与情志因素相关。舌淡红,苔薄白,脉弦细。4)寒热错杂:神疲乏力,黏液脓血便,肛门灼热,舌质红,苔白厚,脉沉细。

1.4 疗效评定标准 依据 1993 年全国慢性非感染性
万方数据

肠道疾病学术会议制定的《溃疡性结肠炎的诊断及疗效标准》^[3]。显效:临床症状消失,肠镜复查黏膜充血水肿糜烂溃疡等完全消失或疤痕期。有效:临床症状明显改善,肠镜复查黏膜炎症明显减退或溃疡明显缩小,或数目明显减少。无效:临床症状及肠镜复查均无明显改善。

2 方法

2.1 治疗组 口服给药:湿热内蕴型用白头翁汤合芍药汤加减。主要药物:白芍 20g,黄芩 10g,黄连 6g,生大黄 10g(后下),槟榔 10g,当归 10g,木香 6g。偏热甚者加白头翁 15g,黄柏 15g,秦皮 15g。偏湿甚者加猪苓 15g,泽泻 15g,茯苓 15g,苍术 15g。脾肾阳虚型用参苓白术散合附子理中丸、四神丸加减。主要药物:党参 15g,茯苓 15g,白扁豆 15g,山药 20g,砂仁 10g,薏苡仁 30g,桔梗 6g。偏脾阳虚者加附子 10g,干姜 10g,白术 15g,甘草 10g。偏肾阳虚者加补骨脂 15g,肉豆蔻 15g,吴茱萸 6g,五味子 10g。肝脾不调型用痛泻要方合四逆散加减。主要药物:白术 15g,白芍 20g,防风 12g,陈皮 12g,柴胡 12g,枳壳 15g,甘草 10g。寒热错杂型用乌梅丸加减。主要药物:乌梅 10g,黄连 3g,黄柏 10g,太子参 15g,当归 15g,制附子 10g,桂枝 6g,川椒 6g,干姜 6g,细辛 3g。用法:1 日 1 剂,水煎取汁 200mL 口服,早晚各 1 次,10 日为 1 个疗程,共观察 3 个疗程。灌肠基本方药:白头翁 20g,白及 12g,五倍子 12g,黄连 10g,地榆 15g,马齿苋 20~30g,蒲公英 15~20g,败酱草 20~30g,仙鹤草 20~30g,鱼腥草 20~30g。

操作方法:将 10 味中药浓煎取汁 100mL,冷却至 36℃~37℃。灌肠前患者排空大小便,将一次性灌肠管轻缓插入肛门约 15cm,用 20mL 一次性注射器分次抽取中药汁,与灌肠管连接,将药液轻缓推入结肠。患者采用平卧或侧卧臀部抬高 30min,每晚睡前治疗 1 次。10 次为 1 个疗程,共观察 3 个疗程。

2.2 对照组 水杨酸偶氮磺胺吡啶片(0.25g/片),每次 1.0~1.5g,每日 4 次,口服,15 日为 1 个疗程,共观察 3 个疗程。

3 结果

2 组治疗效果对比见表 1。2 组总有效率比较,差异有统计学意义($P < 0.05$),治疗组优于对照组。

表 1 2 组疗效比较

组别	例数	显效	有效	无效	总有效率(%)
对照组	66	8	36	22	66.67
治疗组	100	34	55	11	89*

注:2 组总有效率比较, * $P < 0.05$ 。

4 讨论

溃疡性结肠炎是一种直肠和结肠黏膜的慢性非特异性溃疡性病变,病因复杂且未完全揭示,但与感染因素、精神因素、酶的因素、遗传因素、免疫因素及保护物质缺乏(抗蛋白质分解物质如叶酸)因素有关。近年来由于免疫学和遗传学的研究进展,目前认为免疫因素、遗传因素是主要原因,感染因素和精神因素等多种因素只是诱发或继发因素。本病以青中年居多,也可见于小儿及 50 岁以上者。男女无大差异^[4]。

本病属中医“肠癖”“滞下”“痢疾”“便血”等范畴,多因脾胃虚弱或饮食不节或忧思恼怒,使脾胃损伤,运化乏力,湿热内生,蕴结于肠腑与气机相搏,肠道运化失司,日久脾肾阳虚,浊邪积聚,浸淫肠腑,正虚邪恋,反复发作。中医辨证可分为湿热内蕴型、脾肾阳虚型、肝脾不调型、寒热错杂型。口服中药按辨证分型论治,湿热内蕴型采用白头翁汤合芍药汤化裁,以达清泄湿热,调气行血之效;脾肾阳虚型采用参苓白术散合附子理中丸、四神丸加减,重在温补脾肾,收涩固肠,健脾渗湿;肝脾不调型采用痛泻要方合四逆散加减,以达疏肝理气、健脾和中之效;寒热错杂型单用寒药或热药皆

不显效,故采用乌梅丸化裁以温中清肠、平调寒热。

灌肠中药具有清热凉血、消肿生肌、活血化瘀、收敛止血的功效,用保留灌肠的形式给药,可以使药物直接作用于病变结肠黏膜,有利于受损黏膜的修复;同时配合适当的体位,可以延长药物作用时间,从而达到很好的疗效。而西医治疗一般给予激素及水杨酸偶氮磺胺吡啶等治疗,虽有一定疗效,但服药时间长,副作用大,患者较难坚持。根据临床观察结果,中药辨证加灌肠治疗溃疡性结肠炎从整体观念出发,标本兼治,全身与局部治疗相结合,充分发挥中医药简、便、廉、效的特点,适合临床推广应用。

在临床治疗中,我们还观察到大部分溃疡性结肠炎患者都具有焦虑多疑、抑郁急躁等性格特点,而情志因素也是发病的重要诱因之一。因此,我们在采用药物治疗的同时,还要善于做心理治疗,帮助患者打开心结,解除顾虑,积极配合治疗,才能收到事半功倍的效果。

参考文献

- [1] 李晓兰, 李兴谦, 陈凯, 等. 中西药物保留灌肠合并针灸治疗溃疡性结肠炎的临床研究. 结直肠肛门外科, 2008(14):161.
- [2] 范明明, 侯广平, 史小艳, 等. 自拟肠炎汤治疗慢性结肠炎 62 例. 现代中医药, 2005, (1):22.
- [3] 全国慢性非感染性肠道疾病学术研讨会. 溃疡性结肠炎的诊断及疗效标准[S]. 中华消化杂志, 1993, 13(6):354.
- [4] 张有生, 李春雨. 实用肛肠外科学[M]. 北京:人民军医出版社, 2009:320.

(2009-10-26 收稿)

《世界中医药》杂志第一届理事会名单

名誉理事长:余靖、朱庆生、张凤楼

理事长:李振吉(常务)、房书亭、于文明

副理事长(按姓氏笔划排列)于生龙、于淑芳、马西姆(意大利)、王国才、王志勇、王振邦、王忠和、王超群(加拿大)、王炳岐、方明金、乌兰、韦波、龙致贤、田景福、孙塑伦、孙庆涪(南非)、邓良月、邓小川、申长虹、田小明(美国)、甘培尚、任德权、吕玉波、朱征明、安迪(奥地利)、帕尔哈提·克力木、沈志祥、沈堂彪、李怀荣、李俊德、李维衡、阮诗玮、苏荣彪、吴坤平、孟长征、严朝君、里根(比利时)、张洪魁、张奇、杨殿兴、周然、邱德亮、阿尔甫、杨鸿生、陈抗生、陈可冀、陈亦江、林日初、林子强(澳大利亚)、拉蒙(西班牙)、赵英杰(新加坡)、罗伯逊(巴西)、姜再增、姜在阳、贺兴东、郑守曾、施杞、钟清(阿根廷)、诸国本、高思华、徐志伟、索天仁、夏祖昌、袁长津、高鹤亭(日本)、曹洪欣、黄立成、梅万方(英国)、屠英(美国)、程四林、喜乐、谢阳谷、彭炜、程兆盛、董德刚、董明培、董志林(荷兰)、蔡宝德(葡萄牙)、塔基娅娜·波塔波娃(俄罗斯)、鄢卫东、戴维(美国)

常务理事(按姓氏笔划排列):于连云、马其江、王奎、文渊、井树礼、丛丹江、冯东、朱岷、冷荣久、季伟平、刘金生、刘品、刘希伟、刘学安、林秀明、邵湘宁、张重刚、张倩、罗建、郑伟达、段云波、徐伟伟、赵勇、赵静、庞军、曹礼忠、黄更荣、黄维忠、崔庆荣、韩同彪、彭跃刚、靳万庆、廖利平、戴伟杰

秘书长:姜再增(兼)

副秘书长:王炳岐(兼)