

临床研究

温中健脾法治疗慢性消化性溃疡及慢性非特异性
溃疡性结肠炎临床研究

张乐乐 耿 雷

(抚顺中医院, 抚顺, 113008)

摘要 目的:探讨温中健脾法治疗虚寒型慢性消化性溃疡及慢性非特异性溃疡的临床疗效。方法:将 120 例符合中医虚寒证的慢性消化性溃疡及慢性非特异性溃疡性结肠炎患者按 1:1 随机分为治疗组 60 例和对照组 60 例。治疗组采用温中健脾法治疗,慢性消化性溃疡采用雷尼替丁对照,慢性非特异性溃疡性结肠炎用柳氮磺吡啶肠溶片进行对照。疗程 2 个月。结果:中医证候总显效率为 75.00%,总有效为 83.33%,对照组分别为 56.67% 和 75.00%。治疗组慢性非特异性溃疡性结肠炎疾病疗效评价的显效率为 40%,总有效率 73.33%,对照组分别为 44.44% 和 80.95%,治疗组慢性消化性溃疡疗效总显效率为 42.22%,总有效率 73.33%,对照组分别为 52.38% 和 80.95%,组间比较差异无统计学意义($P > 0.05$)。结论:采用芪连片治疗慢性消化性溃疡及慢性非特异性溃疡疗效满意。

关键词 温中健脾法;脾脏象;慢性消化性溃疡;慢性非特异性溃疡性结肠炎

Wenzhong Jianpi Method in Treating Chronic Peptic Ulcers and Chronic Non-specific Ulcerative Colitis

Zhang Le le, Geng Lei

(Fushun Hospital of Traditional Chinese Medicine, Fushun 113008, China)

Abstract **Objective:** To discuss the clinical efficacy of the Wenzhong Jianpi (middle-warming, spleen-tonifying) method in chronic peptic ulcers and chronic non-specific ulcerative cases belonging to the pattern of Xuhan (deficiency-cold). **Methods:** We randomized 120 cases of Xuhan featured chronic peptic ulcers and chronic non-specific ulcerative colitis patients into a 1:1 treatment group (60 cases) and a control group (60 cases). The treatment group used self-designed prescription Wenzhong Jianpi Yin, the control group adopted ranitidine or sulfasalazine (enteric coated tablets) respectively for a treatment course of two months. **Results:** For alleviating of TCM syndrome symptoms, the treatment group had a total significant effective rate of 75.00%, and total effective rate of 83.33%; which were 56.67% and 75.00% of the control group. For treating chronic non-specific ulcerative colitis, the treatment group had a total significant effective rate of 40.00% and total effective rate of 73.33%; Control group was at 44.44% and 80.95% respectively. For treating Chronic Peptic Ulcers, the treatment group had a total significant effective rate of 42.22% and total effective rate of 73.33%; Control group was at 52.38% and 80.95% respectively. Group comparison had no statistical significance ($P > 0.05$). **Conclusion:** Wenzhong Jianpi method has satisfactory efficacy in treating chronic peptic ulcers and chronic non-specific ulcerative colitis.

Key Words Wenzhong Jianpi method; Spleen manifestations; Chronic peptic ulcers; Chronic non-specific ulcerative colitis

中图分类号:R243 文献标识码:A doi:10.3969/j.issn.1673-7202.2015.03.009

慢性消化性溃疡及慢性非特异性溃疡性结肠炎均是临床常见病,二者均具有病程漫长、症状反复发作的特点^[1]。此两种疾病虽在不同部位,但从中医脏象角度出发均为脾脏象功能失调后产生的以胃肠道系统失调性的疾病。脏象学说又称“脏腑学说”,是中医学中研究人体脏腑的生理功能、病理变化及其相互关系的学说,也是中医学异病同治的理论根源的基础。笔者根据中医脾脏理论特点,采用温中

健脾法于 2013 年 3 月至 2014 年 8 月治疗慢性消化性溃疡及慢性非特异性溃疡性结肠炎共 60 例,取得了较满意的效果,现报道如下。

1 材料与方法

1.1 一般资料

1.1.1 诊断标准 试验采用以证为主,证病结合的方式,临床选择中医虚寒证^[2],西医确诊为消化性溃疡活动期或慢性非特异性溃疡性结肠炎^[3]的门诊或

住院患者作为观察对象。

1.1.2 病例选择标准 1)符合中医虚寒证候诊断标准者。2)纤维内镜诊断为溃疡活动期(溃疡直径在 3~20 mm)者;或者内窥镜诊断为慢性非特异性溃疡性结肠炎诊断标准者。3)年龄 18~70 岁。4)消化性溃疡排除穿凿性溃疡、胃底部溃疡、溃疡合并重度异型增生者或试验前 30 d 进行手术者,或有特殊原因如胃泌素瘤、肝硬变等导致的溃疡。5)溃疡性结肠炎排除合并有局部狭窄、肠梗阻、肠穿孔、直肠息肉、中毒性结肠扩张、结肠癌、直肠癌等严重的并发症者。6)妊娠或正准备妊娠的妇女,哺乳期妇女,合并有心血管、肝、肾和造血系统等严重原发性疾病、精神病患者。

1.1.3 病例基本资料 120 例患者均为我院 2013—2014 年门诊或住院患者,按统计软件以区组随机方法按 1:1 随机分为治疗组 60 例和对照组 60 例。治疗组中男 37 例,女 23 例;年龄 38~69 岁,平均(49.52±15.39)岁;其中消化性溃疡 45 例,结肠炎患者 15 例;受试者平均病程为(13.41±7.06)个月。对照组男 31 例,女 29 例;年龄 32~65 岁,平均(47.25±14.19)岁;其中消化性溃疡 42 例,结肠炎患者 18 例;受试者平均病程为(13.89±5.52)个月。2 组基线资料比较,差异均无统计学意义($P>0.05$)。

1.2 方法 治疗组应用温中健脾饮(由黄芪、白术、当归、西洋参、桂枝、芍药、甘姜、大枣、木香、陈皮、蒲公英、椿根皮、炙甘草等组成),2 次/d,水煎服;对照组消化性溃疡患者服用盐酸雷尼替丁胶囊(广东华南药业集团有限公司生产),2 次/d,1 次 1 粒口服;慢性结肠炎患者服用柳氮磺吡啶肠溶片(华润双鹤药业股份有限公司生产)的补脾益肠丸,3 次/d,1 g/次口服,逐渐增量至 2 g/次,好转后减量为每次 0.5 g。两组观察期均以 1 个月为 1 个疗程。治疗过程中患者饮食及生活习惯保持不变,不得应用以上述治疗目的为主要适应证的中西药物及治疗方法。

1.3 观察指标 1)受试者虚寒证相关的临床症状和体征:脘腹隐痛,喜暖喜按、大便稀溏或泄泻、倦怠乏力、神疲懒言、食少、腹胀、畏寒肢冷等;2)治内窥镜检查。

1.4 疗效判定

1.4.1 中医证候疗效标准 参照《中药新药临床研究指导原则》^[2]疗效判定标准制订。临床痊愈:临床症状、体征消失或基本消失,症状积分较治疗前减少 95% 以上;显效:临床症状、体征明显改善,症状积分

较治疗前减少 70%~95%;有效:症状体征均有好转,治疗后症状积分较治疗前减少 30%~69%;无效:治疗后症状积分较治疗前减少不足 30%。

1.4.2 消化性溃疡疗效判定标准^[2] 临床痊愈:溃疡及周围炎症全部消失;显效:溃疡消失,仍有炎症;有效:溃疡面积小 50% 以上;无效:溃疡面积小于 50%。

1.4.3 慢性非特异性溃疡性结肠炎疗效评定^[2] 显效:临床症状消失,结肠镜复查黏膜正常。有效:临床症状基本消失,结肠镜复查黏膜轻度炎症反应及部分假息肉形成。无效:临床症状、内镜及病理检查无改善。

1.5 统计学方法 治疗前后所有数据运用 SPSS 10.0 统计软件处理,计量资料采用配对或组间 t 检验,计数资料采用才检验(卡方检验),等级资料采用秩和检验进行统计分析。

2 结果

2.1 虚寒证疗效 表 1 示,本次临床试验治疗组中医证候总显效率为 75.00%,总有效为 83.33%;对照组分别为 56.67% 和 75.00%。组间总显效率比较差异有统计学意义($P<0.05$)。表 2 示,两组中医证候积分治疗后下降明显,与疗前比较差异有统计学意义($P<0.05$);疗后及治疗前后差值两组间比较差异均有统计学意义($P<0.05$)。

表 1 受试者中医证候疗效(例,%)

例数	临床痊愈	显效	有效	无效	显效率%	总有效率%
60	31	14	8	7	75.00*	88.33
60	22	12	11	15	56.67	75.00

注:与对照组比较,* $P<0.05$ 。

表 2 受试者中医证候积分

组别	例数	治疗前	治疗后	差值
治疗组	60	8.54±3.86	2.03±1.52* [△]	6.51±2.22
对照组	60	8.62±3.78	2.62±1.76 [△]	6.00±2.32

注:与对照组比较,* $P<0.05$;与治疗前比较,[△] $P<0.05$ 。

2.2 慢性非特异性溃疡性结肠炎疗效 表 3 示,治疗组总显效率为 40%,总有效率为 73.33%,对照组分别为 44.44% 和 87.78%,组间比较差异无统计学意义($P>0.05$)。

表 3 慢性非特异性溃疡性结肠炎疗效综合评价(例,PP,%)

例数	显效	有效	无效	显效率%	总有效率%
15	6	5	4	40.00	73.33
18	8	6	4	44.44	77.78

2.3 慢性消化性溃疡疗效 表 4 示,总显效率为 42.22%,总有效率 73.33%,对照组分别为 52.38%和 80.95%,组间比较差异无统计学意义($P > 0.05$)。

表 4 慢性消化性溃疡疗效综合评价(例,%)

例数	临床控制	显效	有效	无效	总显效率%	总有效率%
45	8	11	14	12	42.22	73.33
42	10	12	12	8	52.38	80.95

3 讨论

慢性非特异性溃疡性结肠炎(Ulcerativecolitis , UC),该病于 1973 年被世界卫生组织(WHO)医学科学国际组织委员会正式命名。该病病因尚未完全阐明,主要是侵及结肠黏膜的慢性非特异性炎性疾病,临床是以腹泻、黏液脓血便、腹痛及里急后重等为主要症状^[4]。消化性溃疡常发生于胃和十二指肠,该病的形成和发展与胃液中的胃酸和胃蛋白酶的消化作用有关,是以周期性上腹疼痛呈反复周期性发作为主要特征^[5]。

消化性溃疡属于中医的胃痛、胃脘痛、吞酸、嘈杂等范畴。对于本病的病因病机,目前医家普遍认为这是由于外感六淫、七情刺激、饮食所伤、劳倦内伤导致的脾胃虚弱,肝胃不和,从而升降失常损伤肠胃,久而成病^[6]。结肠炎疾病中医学根据其临床主要表现归属于泄泻、痢疾等范围,中医认为该病基本病机为脾胃失降失司久而湿热留滞肠间与气血相搏、瘀阻气血,损伤血络而为病^[7]。

由上可见,消化性溃疡及非特异性溃疡性结肠炎虽临床表现及部位不同,但脾虚是二者的共同因素,也是疾病发生的重要原因。脾、胃位居中焦,脾主升清、运化,胃主纳谷、腐熟,二者共同作用,具有升清降浊斡旋上下之能,若饮食不节、劳倦过度或久病虚损可损伤脾气致其健运失司^[8]。“邪之所凑,其气必虚”,脾虚失运气血失和壅滞中焦,胃膜失滋导致溃疡发生;若脾虚失运,湿滞下注于肠,则生泄泻。在疾病发生发展过程中,脾失健运可致气滞、瘀血及痰湿等病理因素形成,反致使脾胃更伤,由此形成恶性循环,而致该病迁延难愈或反复发作,正气损伤,久而成脾胃虚寒之征。

中医学说的基本出发点是整体观念和辨证论治。整体观念即从人体的整体性出发,认为五脏在生理功能上有着密切的联系,但在其系统分属、生克制化、精气阴阳等关系上,皆受气于脾而得治,脾胃一伤,百病由生^[9],这也是脾脏象理论科学的基础。故以此类病的治疗关键,一定要抓住主要病机,以温补脾胃为基本大法,兼以燥湿清热为辅,这也是该类疾病异病同治的辨证理论基源。故基于上理,自拟专方温中健脾饮治疗以上疾病,且均取得了很好的疗效。温中健脾饮以补中益气汤和小建中汤为基础方,即用黄芪、白术、当归、西洋参等补脾益气,再取法小建中汤用桂枝、芍药、甘姜、大枣温中健脾,再以木香、陈皮行气,蒲公英、椿根皮清热利湿,白芨止血并促进溃疡愈合。诸药使用,以脾脏象理论为指导,以温中健脾为主,清热祛湿为辅,标本兼治,相辅相成,与消化性溃疡及非特异性溃疡性结肠炎的以脾虚为主,湿热并购的病机相吻合。本方取法古方,攻补兼施,以共同达到祛邪扶正之功效,具有一定的特色。

参考文献

[1] 张东铭. 盆底与肛门病学[M]. 贵阳: 贵州科学技术出版社, 2000: 481.

[2] 郑筱萸. 中药新药临床研究指导原则[S]. 北京: 中国医药科技出版社, 2002: 129 - 134, 151 - 157.

[3] 陈治水, 危北海, 张万岱, 等. 中国中西医结合学会第十届消化系统疾病学术会议纪要[J]. 中国中西医结合杂志, 1999, 19(8): 509 - 510.

[4] 刘锦龙, 郑丽华, 白松. 中西医结合治疗慢性非特异性结肠炎对微生态平衡观察[J]. 中国民族民间医药杂志, 2010, 19(16): 88.

[5] 张润民. 中医药治疗消化性溃疡研究进展[J]. 河北中医. 2011, 33(4): 626 - 628.

[6] 高志良. 中药联合四联疗法治疗 42 例胃溃疡临床疗效观察[J]. 现代诊断与治疗. 2013, 15: 3413.

[7] 陈晓丽, 费建平. 辨证治疗慢性非特异性溃疡性结肠炎研究进展[J]. 河北中医, 2014, 2(2): 316 - 318.

[8] 黄玉龙, 丁培杰. 中医药治疗消化性溃疡的研究进展[J]. 长春中医药大学学报, 2014, 8(4): 747 - 749.

[9] 赵巍, 唐晶, 刘悦, 等. 基于现代文献揭示(脾主运化\统血)等脾脏象理论科学内涵[J]. 中华中医药学刊, 2014, 6(6): 1270 - 1273.

(2015 - 02 - 06 收稿 责任编辑: 洪志强)