

中药灌肠治疗慢性复发型溃疡性结肠炎急性发作期 30 例

★ 袁亮 李国栋 邱剑峰 洪子夫 (中国中医科学院广安门医院肛肠科 100053)

★ 王朝阳 (北京中医药大学针灸学院针灸教研室 100029)

摘要:目的:观察中药灌肠方治疗湿热内蕴型慢性复发型溃疡性结肠炎急性发作期临床疗效。方法:采用随机对照法观察,治疗组 30 例采用中药灌肠方灌肠治疗;对照组 30 例用甲硝唑灌肠治疗,观察两组治疗后的疗效及症状改善程序。结果:灌肠方治疗组总有效率和临床缓解率分别为 93.3% 和 63.3%, 优于西药甲硝唑对照组的 76.67% 和 40%, P 均 < 0.05 ; 灌肠方在改善腹痛、腹泻、脓血便等主症方面疗效优于对照组, $P < 0.01$ 。结论:中药灌肠疗法对治疗溃疡性结肠炎具有良好的疗效。

关键词:慢性复发型;溃疡性结肠炎;急性发作期;灌肠

中图分类号:R 574.62 **文献标识码:**A

以溃疡性结肠炎为代表的炎症性大肠疾病是国内外难治性肠道疾病之一,目前西医治疗尚无突破进展,治疗难点是:复发率高,合并症多,有恶变倾向。大量文献表明,全身免疫功能异常、局部粘膜屏障功能下降、局部病理改变的形成对该病的发病和转归起重要作用。提示治疗上使用能直接作用于局部,改善局部粘膜免疫屏障功能、促进局部组织修复、降低病理改变程度的药物,同时再利用其它药物调节全身免疫功能,应该是治疗本病的最具针对性的治疗方法。而灌肠疗法配合中医辨证用药恰恰符合该要求。从中医角度来讲,该病发病通常总属本虚标实,上虚下实,本虚以脾虚为主,标实以大肠湿热为重,局部病机主要表现为湿热内蕴,采用清利湿热为主的中药灌肠,能够直达病所,以治其标,同时配合辨证治疗以治其本,可达到标本兼顾的目的。近十年的临床报道也表明,采用中药保留灌肠结合辨证施治治疗本病疗效满意。因此,作者总结中国中医研究院广安门医院肛肠科多年使用的中药灌肠经验方配合中成药辨证治疗与甲硝唑保留灌肠配合中成药辨证治疗进行临床疗效对比观察。

1 资料与方法

1.1 一般资料 治疗组男性 14 例,女性 16 例,年龄 26~68

岁,病程 1~17 年;病位直肠 8 例,直乙结肠 12 例,左半结肠 8 例,全结肠 2 例;其中湿热内蕴型 18 例,脾胃虚弱型 12 例。对照组男性 12 例,女性 18 例;年龄 18~65 岁;病位直肠 10 例,直乙结肠 12 例,左半结肠 7 例,全结肠 1 例;其中湿热内蕴型 16 例,脾胃虚弱型 14 例。

1.2 诊断标准 西医诊断标准:按 1993 年太原全国慢性非感染性肠道疾病学术研讨会制定的诊断标准。中医辨证分型诊断标准按 1992 年 8 月第四届全国中西医结合消化系统疾病学术交流会上制定的本病的辨证分型标准。

1.3 治疗方法 治疗组选用中药灌肠经验方。组成如下:黄连 9 g, 连翘 10 g, 栀子 10 g, 白芍 10 g, 防风 12 g, 甘草 12 g。由山西省药物研究所按本配方制成浓煎剂成药,封装在塑料瓶中,每瓶含药 20 mL,治疗时用水稀释成 100 mL,每晚保留灌肠一次。其中湿热内蕴型可酌情加服加味香连丸 6 g, 3 次/日;脾胃虚弱型加服成药参苓白术丸 6 g, 3 次/日。对照组:每晚用甲硝唑 100 mL,保留灌肠一次。配服药同上。两组均连续用药 3 周后复查各项指标,并观察结果。

1.4 统计方法 计量资料采用 t 检验,计数资料采用 χ^2 检验。等级资料用秩和检验。

4 讨论

当处于肾功能不全失代偿期时,体内的钙、磷代谢就已经出现紊乱,肾小球滤过磷减少,肾小管回吸收磷不能进一步减低,甲状旁腺功能亢进等均使体内血磷升高;而由于患者厌食,呕吐及进食少等使钙的摄入不足,磷在肠道结合钙的排出等因素均造成体内血钙减少;低钙高磷的出现又加重继发性甲状旁腺功能的亢进及残余肾功能的损害,临床上出现肾性骨病、皮肤顽固性瘙痒、贫血、神经系统损害、心血管疾病等,已有学者将高磷血症称之为“肾衰患者的无声杀手”。因此对控制高磷血症调整血钙,对延缓慢性肾功能不全的进展显得尤其重要。我们通过化湿补肾泄浊法对慢肾衰患者的综合运用,干扰了慢肾衰钙磷代谢的紊乱,治疗组

与对照组在治疗后的钙、磷比较有显著性差异。治疗方中藿香、佩兰、白豆蔻、生大黄以化湿泄浊;太子参、杜仲、续断、鸡血藤、茯苓、白术、薏苡仁等补肾健脾扶正,改善保护残余肾功能;龙骨、牡蛎含有碳酸钙、磷酸钙、硫酸钙及镁、铝、钾等多种矿物质,加之生大黄的通腑泄浊功能,可抑制磷自肠道内吸收,控制磷滞留,起到降低血磷改善低钙血症的作用,从而达到延缓慢肾衰进展、改善症状、提高患者生存质量的目的。

参考文献

[1] 王海燕. 原发性肾小球疾病分型与治疗及诊断标准专题治疗座谈会纪要[J]. 中华内科杂志, 1993, 32(2): 131

(收稿日期:2006-05-12)

1.5 结肠镜检查记分标准 (1)充血。无:0分;轻度:血管纹理增粗,2分;中度:血管纹理不清,纹理紊乱,4分;重度:血管纹理消失,6分。(2)水肿。无:0分;轻度:粘膜反光略增强,2分;中度:粘膜反光增强明显,4分;重度:粘膜反光增强明显,呈铺路石样改变,6分;(3)糜烂。无:0分;轻度:2分;中度:可伴有出血,4分;重度:触之有明显出血,6分;(4)溃疡。无:0分;轻度:散在分布,数量<3个,周边轻度红肿,2分;中度:散在分布,数量>3个,周边明显红肿,4分;重度:表面布满脓苔,周边显著红肿,6分;(5)假性息肉。无:0分;轻度:散在分布,数量<10个,累积局部肠段,2分;中度:分布多,数量>10个,累积局部肠段,4分;重度:分布多,数量>10个,累积多个肠段6分。

2 结果

2.1 疗效标准 临床缓解:临床主要症状消失、次要症状消失或基本消失,大便检查正常,结肠镜等检查粘膜改变正常者,或总积分减少>4/5者。显效:临床主要症状消失、次要症状改善,大便检查轻度异常,结肠镜等检查粘膜改变轻度异常者,或总积分减少>2/3者。有效:临床主要症状好转,大便常规检查轻度异常,结肠镜等检查粘膜病变有所好转者,或总积分减少≥1/3者。无效:疗程结束后,临床主要、大便常规检查、结肠镜等检查均无明显好转甚至加重者,或总积分减少<1/3者。

2.2 治疗结果 见表1~5。

表1 两组疗效比较 例

组别	例数	临床缓解	显效	有效	无效	总有效率(%)
治疗组	30	5	15	8	2	93.3%
对照组	30	3	9	11	7	76.7%

注:两组疗效比较,有显著性差异, $P<0.05$ 。

表2 两组治疗前后腹痛、腹泻、脓血便症状比较

		腹痛 *△★				腹泻 *△★				脓血便 *△			
		无	轻	中	重	无	轻	中	重	无	轻	中	重
治疗组	治疗前	0	10	17	3	2	11	13	4	2	8	14	6
	治疗后	18	5	6	1	22	4	3	1	22	4	4	0
对照组	治疗前	1	7	20	2	1	9	15	5	3	9	11	7
	治疗后	6	15	7	2	4	1	5	2	18	4	5	3

注:与治疗组治疗前比,* $P<0.05$;与对照组治疗前比,△ $P<0.05$;与对照组治疗后比,★ $P<0.05$ 。表5同此。

表3 两组治疗前后免疫球蛋白值($\bar{x} \pm s$) $g \cdot L^{-1}$

组别		IgA	IgG	IgM
治疗组	治疗前	1.39±0.50	14.37±2.57	1.37±0.47
	治疗后	1.27±0.57	10.73±1.21 [△]	1.26±0.35
对照组	治疗前	1.41±0.54	14.24±2.01	1.34±0.41
	治疗后	1.32±0.65	12.12±2.62	1.32±0.52

注:治疗前后对比△ $P<0.05$ 。

表4 两组治疗前后内镜镜检查积分情况($\bar{x} \pm s$)

结肠镜检查结果	治疗组		对照组	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
充血	3.80±1.32	1.07±1.46△△△	3.73±1.55	2.00±2.10△△△**
水肿	3.79±1.35	1.17±1.73△△△	3.60±1.52	1.87±1.96△△△**
糜烂	4.08±1.25	2.08±1.81△△△	4.00±1.38	2.60±2.00△△△
溃疡	3.54±1.62	1.62±1.60△△△	3.46±1.87	2.38±1.67△△△**
息肉	4.00±1.63	3.50±1.00	3.60±1.67	3.20±1.10

注:治疗前后对比△△△ $P<0.001$;治疗后组间对比** $P<0.01$ 。

表5 两组治疗前后大便常规检查情况比较 例

组别	RBC *△★				WBC *△				脓球 *△			
	-	+	++	+++	-	+	++	+++	-	+	++	+++
治疗组治疗前	2	10	12	6	4	9	10	7	1	11	9	9
治疗组治疗后	22	5	3	0	17	8	3	2	16	9	3	2
对照组治疗前	4	9	10	7	4	7	10	9	0	12	8	12
对照组治疗后	13	8	6	3	12	8	8	2	15	8	4	3

3 讨论

不完全统计近10年国内主要期刊中有关中药灌肠治疗溃疡性结肠炎的病例报道,共2860例,发现中药保留灌肠立法主要包括以下几类:清热利湿、凉血止血、化瘀止血、涩肠止泻、健脾化浊、解毒生肌和缓急止痛。其中选用清热利湿法为主治疗本病的病例数为1499例,占52.4%。其它立法所占比例分别为:凉血止血法458例(16%)、解毒生肌法329例(11.5%)、化瘀止血法242例(8.5%)、涩肠止泻法158例(5.5%)、健脾化浊法94例(3.3%)和缓急止痛法80例(2.8%)。提示:清热利湿法为中药保留灌肠的最常用的治疗方法,同时也反过来证明,大肠湿热是本病局部标实证的主要表现。

其病机主要为上虚下实,本虚标实,临床活动期以标实症状为主要表现,多表现为大肠湿热症状。湿热内蕴,熏蒸雍滞肠间,致脂络受伤,腐败成疡,化为脓血,故下利赤白、腹痛、里急后重、本灌肠方具有清热解毒、凉血止血的功能,针对局部病机,直达病所,故能迅速有效地缓解标实症状。

统计分析表明:中药灌肠方在治疗溃疡性结肠炎发作期的腹泻、腹痛、粘液脓血便等主症方面明显优于对照组 $P<0.05$ 。推测本方煎剂具有良好的抑菌杀菌作用^[1],可减轻局部肠道感染,从而减轻炎症刺激,减少炎症渗出,同时具有良好的抑制亢进的肠蠕动^[1],可减少排便次数。灌肠方在改善局部充血、水肿、溃疡方面优于对照组,提示灌肠方对减轻局部炎症反应损伤程度,促进局部组织修复的作用优于对照组。灌肠方在止血方面优于对照组,说明灌肠方中栀子、黄连、连翘等中药具有良好的清热解毒、凉血止血的作用,对于湿热内蕴所导致的热迫血行的实热出血,具有良好作用。

中药灌肠方能够降低增高的血清免疫球蛋白含量,说明它能有效地调节机体亢进的体液免疫功能,推测可能是灌肠方能有效地清除肠道内的细菌及其毒素,使体内抗原含量降低有关。同时与白芍、防风、甘草等药物本身具有一定的免疫调节功能有关^[1~6]。

参考文献

- [1] 李国栋,陈思昶,王瑛. 中药灌肠方治疗溃疡性结肠炎临床观察与实验研究[J]. 中西医结合杂志,1989,9(10):616
- [2] 李秀兰. 外用中药抗感染作用研究——对小鼠腹腔巨噬细胞激活和吞噬作用的观察[J]. 中西医结合杂志,1986,6(8):486
- [3] 周金黄. 中药药理与临床研究进展第一册[M]. 北京:中国科学技术出版社,1992
- [4] 张泓,魏文树,陈敏珠,等. 白芍总苷的免疫调节作用及机理[J]. 中国药理与毒理学杂志,1990,4(3):190
- [5] 王键华,崔景荣,朱燕,等. 防风及其地区习用品解热镇痛作用的比较研究[J]. 中国医药学报,1989,4(1):20
- [6] 李淑荣,唐光菊. 荆芥与防风的药理作用研究[J]. 中药材,1989,12(6):37
- [7] 唐荣江,闵照华,徐诚愈. 防风的药理实验研究[J]. 中药通报,1988,13(6):44

(收稿日期:2006-04-29)