

溃疡性结肠炎中医治疗研究进展

★ 常宁甫 指导:张煜 (广西中医学院 2007 级硕士研究生 南宁 530001)

摘要:溃疡性结肠炎是一种原因未明、与自身免疫有关的炎症性肠病,治疗相当棘手,已被世界卫生组织列为现代难治病之一,近年来发病率呈逐渐上升的趋势。对近年来通过中医辨证及中药内服、中药灌肠、中药内服合并中药灌肠以及针灸等治疗溃疡性结肠炎进行了综述。

关键词:溃疡性结肠炎;中医药疗法;综述

中图分类号:R 257.462 **文献标识码:**A

溃疡性结肠炎(UC)是一种以结肠粘膜慢性炎症和溃疡形成为病理特点的消化道疾病,临床上较为常见,迄今病因尚不明确。属于中医“泄泻”、“痢疾”、“肠癖”等范畴。近年文献报道显示该病的发病率有明显增高的趋势,本病治愈难度大,且愈后又常易复发,并与结肠癌关系密切,已受到医学界的普遍重视。西药治疗本病有停药后易复发,长期用药副作用多,顽固性病例疗效不理想等缺点。而中医药治疗溃疡性结肠炎有显著的优势,本文就近年来的有关文献综述如下:

1 病因病机

目前,UC 中医辨证的规范性标准尚未确认,临床分型多样化,病因病机也不尽相同,临床上常根据全国溃疡性结肠炎研讨会制定的中医分型法^[1],将本病分为四型:脾虚夹湿型、气滞血瘀型、肝郁脾虚型、脾肾阳虚型。孟庆坤认为^[2],溃疡性结肠炎的致病因素多种多样,且各种病理产物之间常相互转化,互为因果,故切不可拘泥于一型而诊治。溃疡性结肠炎究其根本是整体属虚,局部属实,虚实夹杂的一类病证。其标在大肠“湿、热、瘀、毒”为标证主因;其本在脾肾,而以肾阳虚衰为本中之本。谭丹^[3]认为溃疡性结肠炎以脾虚为发病的根本,在病变发展中有湿阻、气滞、血瘀、气虚、阳虚之不同,病机虽然复杂,但总以本虚标实、虚实夹杂为主。赵树平^[4]认为本病的主要致病因素为湿邪,湿伤于下,病位在大肠,与脾胃关系密切,久病多及肝肾。初病多实,久病多虚,虚责之于脾、肾气或肾阳虚;实责之于湿热壅滞、肝气郁结或气滞血瘀。王蕊^[5]认为脾虚日久,气虚不摄,膏脂下流是本病的主要病机,湿热贯穿本病始终。脾虚与湿热疫毒的胶结是本病的

特点。

2 中医内服治疗

2.1 中医辨证施治 辨证论治是中医药治疗溃疡性结肠炎的主要方法,应氏^[6]根据中医理论,辨证分为三型。湿热型,治宜清热利湿,疏肝健脾,方药:大黄、党参、马齿苋、黄柏、白头翁、茯苓、薏苡仁;脾虚型,治宜温补脾阳、燥湿和胃,方药:党参、白术、芡实、茯苓、瓦楞子、白及、白扁豆;阳虚型,治以温补脾肾、涩肠止泻,方药:制附子、五味子、瓦楞子、炮姜、吴茱萸、炉甘石、赤石脂、炙甘草。水煎液肠道用药治疗 UC 共 120 例,结果:临床治愈 89 例,总有效率 95.18%。胡氏^[7]辨证施治,湿热蕴结型用葛根苓连汤加减,脾胃虚弱型用参苓白术散加减,脾肾阳虚型用四神丸加减;对照组用香连丸、补脾益肠丸口服。结果湿热蕴结型和脾胃虚弱型总有效率高于对照组。张乐^[8]治疗溃疡性结肠炎分为:肝郁气滞,脾虚湿盛型 23 例。治以疏肝理气,健脾化湿,方用四逆散加味:柴胡、白芍、甘草、香附、扁蓄、酒制大黄。腹痛剧加秦皮,重白芍;里急后重加白头翁;血便加元胡、地榆、槐花;脾肾阳虚,湿邪壅滞型 29 例,治以健脾补肾、温中化湿,方用理中汤加味:党参、白术、炮姜、炙甘草、砂仁、广木香、扁蓄、酒制大黄。腹泻腹痛剧者加炮附子、补骨脂、白芍;脓血便、滑泻不禁者加赤石脂、元胡、薏苡仁、地榆、槐花。治疗 52 例,治愈 14 例,显效 26 例,好转 8 例,无效 4 例,总有效率为 92.3%。

2.2 专方治疗 不少医家根据自身多年的临床实践经验,运用固定的专方专药进行治疗,亦取得了较好的效果。溃疡性结肠炎 48 例^[9],基本方为白头翁汤加味,药用白头翁 25 g,黄柏 15 g,黄连 6 g,秦皮

15 g, 白花蛇舌草 15 g, 五倍子 10 g, 乌梅 15 g, 茯苓 15 g。每日 1 剂, 口服 3 次, 7 天为 1 个疗程, 间隔 2 天进行下一个疗程, 共 3 个疗程。服药期间忌辛辣刺激及燥热食物。结果: 本组 48 例, 治愈 18 例, 好转 27 例, 无效 3 例, 治愈率 37.5%, 总有效率 93.8%。彭新念^[10]将溃疡性结肠炎分为两组: 治疗组采用疏肝益脾汤治疗, 药物组成: 党参 15 g, 生黄芪 30 g, 白术 20 g, 白芍 20 g, 佛手 15 g, 防风 10 g, 扁豆 15 g, 川芎 10 g, 丹参 30 g, 延胡索 10 g, 败酱草 30 g, 黄连 10 g, 乌梅 12 g。并随症加减。对照组服用柳氮磺胺嘧啶片剂(上海第二制药厂生产, 每片 0.25 g), 每次口服 1 g, 每日 3 次。治疗组治愈率 66.67%, 总有效率 93.33%; 对照组治愈率 42.86%, 总有效率 82.13%。治疗组明显优于对照组, 经统计学处理有显著性差异($P < 0.05$)。刘必荣^[11]以黄艾海棠汤当茶饮及保留灌肠。组方: 鲜黄瓜 20 g, 干艾叶 9 g, 鲜岩丸子 12 g。内服: 取上方水煎当茶饮。治愈 8 例, 显效 24 例, 有效(临床症状好转, 结肠镜检查肠粘膜病变有所好转) 11 例, 无效 5 例, 总有效率为 89.15%。谢志彬等^[12]药用健脾清肠汤, 组成: 党参 15 g, 白术 15 g, 茯苓 15 g, 甘草 2 g, 黄芪 20 g, 制半夏 10 g, 陈皮 9 g, 马齿苋 12 g, 五倍子 10 g。并随证加减。治疗结果: 完全缓解 24 例, 显效 30 例, 好转 17 例, 无效 7 例, 有效率 91.02%。郭洪波等^[13]将溃疡性结肠炎共 88 例, 随机分为治疗组 44 例, 对照组 44 例。对照组常规方法治疗, 柳氮磺吡啶(SASP) 4 g/d, 分 4 次口服, 用药 3 周, 病情缓解后减量为 3 g/d, 分 3 次口服, 用药 3~4 周, 以后改为维持量 2 g/d, 分 2 次口服, 维持半年; 治疗组以中药治疗, 基础方为乌梅丸加减。处方: 乌梅、黄连各 12 g, 细辛 2 g。附子(先煎 30 min)、花椒各 3 g, 当归 5 g, 黄柏、桂枝、人参、干姜各 6 g。4 周为 1 疗程。病情缓解后, 隔天 1 剂, 巩固治疗半年。2 组均停药半年后追踪疗效及观察复发情况。治疗结果治疗组近期治愈 21 例, 显效 13 例, 有效 8 例, 无效 2 例, 总有效率为 95.45%, 半年复发 4 例。对照组近期治愈 10 例, 显效 18 例, 有效 10 例, 无效 6 例。总有效率为 86.37%, 半年复发 14 例。2 组近期治愈率比较, 差异有显著性意义($P < 0.05$); 2 组半年复发率比较, 差异有非常显著性意义($P < 0.01$), 治疗组均明显优于对照组。

3 灌肠治疗

UC 一般均有局部结肠粘膜充血水肿, 溃疡糜烂, 粘膜血管脆易度高病理改变。中药保留灌肠有较好的抗炎、促进溃疡愈合等作用, 是治疗 UC 的

主要方法之一。王芳^[14]给予中药煎剂保留灌肠, 药用白头翁 30 g、苦参 20 g、白及 20 g、白芍 20 g、大黄 10 g、黄连 10 g、地榆 30 g、甘草 10 g, 煎水 200 ml, 甲硝唑 0.8 研成粉末加入汤内。100 ml 早晚两次保留灌肠, 至少保留 3 h 以上。本组治愈 10 例, 有效 7 例, 无效 1 例, 总有效率 94.4%。聂丰等^[15]研究 24 例病例, 给予中药黄连、黄芩、黄柏、苦参、秦皮、白头翁、鸦胆子各 10 g, 赤芍、丹皮各 12 g, 桔梗、枳壳各 12 g。若腹痛明显者加木香 10 g, 槟榔 10 g。血便明显者加白及、海螵蛸各 10 g, 腹部胀满不适者加厚朴 12 g。每日 1 剂, 水煎取汁 150 ml, 保留灌肠, 7 天为 1 疗程, 治疗 4~6 个疗程。另配合西医常规治疗, 并嘱患者忌烟、酒及辛辣食物。结果完全缓解 13 例, 有效 7 例, 无效 4 例, 总有效率 83.3%。倪春红等^[16]治疗 38 例病人治疗方法采用云南白药 4.0 g, 0.5% 甲硝唑液 100 ml 和地塞米松 5 mg 混合成灌肠液, 并加温至 38℃ 左右, 行保留灌肠, 每晚 1 次, 每次约 1 h。20 d 为一疗程。一般治疗 1~2 个疗程, 治疗结果 38 例中, 治愈 27 例, 有效 8 例, 无效 3 例, 总有效率为 92.1%。马宏^[17]治疗 158 例病人, 治疗方法: 根据不同时期通过辨证施治采用不同煎剂灌肠。活动期: 腹痛、腹泻、粘液便为主者, 治以清热解毒、利湿祛腐, 方用五味消毒饮加减, 整方如下: 金银花 15 g, 野菊花 15 g, 蒲公英 20 g, 紫花地丁 30 g, 天葵 15 g, 薏苡仁 10 g, 黄柏 10 g, 马齿苋 30 g。静止期: 治以收敛生肌、调和营卫。方剂组成: 黄芪 20 g, 党参 20 g, 山药 20 g, 茯苓 20 g, 赤白芍各 20 g, 珍珠母 15 g, 乌贼 15 g, 10 天为一疗程。治愈 70 例, 显效 20 例, 好转 18 例, 无效 50 例。

4 灌肠加口服治疗

中医的一大特点即是局部和整体治疗相配合, 故采用灌肠、内服相结合可达到最佳疗效。周太平^[18]采用(1)中药内服。基本方: 太子参 15 g, 黄芪 20 g, 白术 10 g, 茯苓 12 g, 薏苡仁 15 g, 陈皮 26 g, 白芍 15 g, 煨诃子 15 g, 补骨脂 15 g, 肉豆蔻 15 g, 吴茱萸 6 g, 黄连 4 g, 三七 10 g, 地榆 15 g, 广木香 10 g, 1 次/d, 15 d 为一疗程, 治疗 1~2 个疗程。(2)中药灌肠。灌肠方: 大黄 6 g, 附片 6 g, 生龙骨 20 g, 生牡蛎 20 g, 马齿苋 50 g, 苦参 30 g, 罂粟壳 10 g, 败酱草 20 g, 1 次/天, 15 天为一疗程, 治疗 1~2 个疗程。治愈 44 例, 好转 35 例, 无效 1 例。治疗总有效率为 98.8%。治愈 44 例病人随访 1 年, 无一例复发。潘良富等^[19]研究 300 例溃疡性结肠炎患者按照 Richard Doll-TC 分组原则随机分成治疗组和对照组各 150 例, 对两组重度患者共用治疗措施: 给予肠道休

息,全身支持治疗,维持水电解质平衡,肠外营养,纠正贫血,解痉止痛;对急性暴发型大出血和肠梗阻等个别患者给予手术治疗。在此基础上,治疗组以白头翁汤合痛泻要方加减内服,组方:白头翁 15 g、黄连 5 g、黄柏 10 g、秦皮 10 g、白术 15 g、白芍 10 g、防风 10 g、黄芩 10 g、败酱草 15 g、延胡索 10 g、焦山楂 15 g、枳壳 10 g、陈皮 6 g、甘草 6 g。并随证加减。自拟灌肠方:荔枝草 20 g、鱼腥草 20 g、紫草 20 g、茜草 20 g、凤尾草 20 g、马齿苋 20 g、五倍子 5 g、明矾 2 g。每日 1 剂,浓煎至 200 mL,温热保留灌肠,导管缓慢插入肛内 20 cm,90 滴/秒滴注,每次 100 mL,早晚各 1 次。2 组临床疗效比较治疗组治疗时间 $25 \sim 84$ (69 ± 5.8)d,对照组治疗时间 $34 \sim 87$ (77 ± 8.1)d。两组结果:治疗组 150 例,痊愈 97 例,有效 49 例,无效 4 例,总有效率 97.3%;对照组 150 例,痊愈 56,有效 73 例,无效 21 例,总有效率 86.0%。苏路侠等^[20]对 186 例病人随机分两组,治疗组 124 例,对照组 62 例。治疗组:(1)健脾益肠汤(党参、炒白术、茯苓、淮山药、白扁豆、白及各 15 g,吴茱萸、肉豆蔻、补骨脂、赤石脂、诃子、芡实各 12 g,黄芪 30 g,升麻 10 g,肉桂 6 g。)(2)愈疡煎(白及、生蒲黄、白头翁、苦参各 30 g,蒲公英、赤芍、地榆、黄柏各 20 g 组成。)灌肠,4 周为一疗程,观察 3 个疗程后统计疗效。对照组口服柳氮磺胺吡啶,并以氢化考的松加生理盐水,每晚睡前 1 次保留灌肠,两组患者治疗期间不加用其他药物,治疗组临床治愈 58 例,显效以上 105 例,总有效 121 例;对照组临床治愈 10 例,显效以上 23 例,总有效 41 例。两组治愈率及总有效率相比,差异有显著性,经卡方检验 $P < 0.01$ 。随访 1 年,治疗组显效以上 105 例中,复发 25 例,复发率 23.81%,对照组显效以上 23 例中,复发 11 例,复发率 47.83%。

5 中西医结合治疗

对于急重型、暴发型需要急救和支持治疗的 UC 患者,应该考虑中西医结合治疗。韩捷^[21]把病人分为中草药配合希捷(利福昔明)组(简称配合组),SASP 组,固本益肠丸组。配合组 25 例,SASP 组 18 例,固本益肠丸组 20 例。配合组以中草药配合希捷(利福昔明)口服,15 天为一疗程。观察 2 个疗程判断疗效。中草药基本方药物组成有:黄芪 30 g、党参 15 g、白术 15 g、陈皮 10 g、白芍 9 g、生甘草 6 g、马齿苋 30 g、白及 6 g、生地榆 15 g。希捷(利福昔明):每次 2 粒(0.2 g)一天 4 次。SASP 组以 SASP 每次 2 粒口服,一天 4 次。固本益肠丸组以固本益肠丸每次 8 粒口服,每天 3 次。疗程均同配合组。配合组

总有效率为 96%,明显优于 SASP 组总有效率(77.8%)及固本益肠丸组总有效率(75%)经统计学处理,均有极显著者差异($P < 0.01$)。SASP 组与固本益肠丸组总有效率相比,无显著差($P > 0.05$)。孟玲^[22]给予自拟方溃结汤加减口服,药物组成:白芍 15 g、木香 10 g、黄芩炭 15 g、炒地榆 15 g、仙鹤草 30 g、白头翁 10 g、防风 10 g、蝉蜕 10 g、白及 30 g、云苓 30 g、生白术 30 g、生黄芪 30 g、杜仲炭 10 g,并随症加减,同时给予西药贝乐司口服,60 天为 1 个疗程。本组患者经治疗 1~3 个疗程后近期痊愈 15 例,显效 5 例,无效 1 例,总有效率 95%。

6 针灸治疗

针灸治疗溃疡性结肠炎有明显的疗效优势,针灸治疗的整体效应及良性调节作用的优越所在,可能是一种多层次、多途径、多水平的调节作用,且针灸无任何副作用及不良反应,患者也能接受,显示其广阔的开发与应用前景。单赤军等^[23]对 87 例病人针灸治疗取得显著疗效,采用温针灸治疗。(1)取穴:中脘、天枢、足三里、上巨虚、脾俞、大肠俞、关元。(2)操作方法:患者仰卧位,暴露穴位,穴位常规消毒后,取 28 号 2.5 寸毫针,每次选用 4~5 穴快速进针,并行平补平泻手法至局部出现酸麻重胀感为度,然后用 2 cm 艾条置于针柄上施灸,待艾火熄灭后起针。每日 1 次,10 次为一疗程。治疗期间禁食生冷辛辣、荤腥油腻等食物。经 2~5 个疗程治疗后,临床治愈 48 例,好转 37 例,无效 2 例,总有效率为 97.7%。孙功海^[24]随机将病人分为两组,治疗组 35 例,对照组 20 例,治疗组取中脘、气海、足三里(双)、天枢(双)、上巨虚(双)、合谷(双)。肝郁脾虚加肝俞、脾俞,脾胃虚弱加胃俞、公孙,脓血加隐白。针刺,然后取生姜切成五分钱厚薄片按取穴数分切成块,放在取针后的穴位上,将艾条切成高 2 cm,重约 2 g。脾胃虚弱者主配穴各灸 2~3 壮,肝郁脾虚者灸 4~6 壮,脓血者灸 4~8 壮,每日 1 次,2 周为一疗程。每疗程结束后休息 3 天,3 个疗程后统计疗效。对照组口服复方黄连素,每次 3 片,每日 3 次;氟哌酸每次 2 片,每日 3 次;庆大霉素 8 万 u,每次 1 支口服,每日 2 次。2 个月统计疗效。结果观察组 35 例,24 例显效,好转 8 例,无效 3 例,总有效率 91.4%;对照组:20 例,显效 7 例,好转 4 例,无效 9 例,总有效率 55.0%。

7 结语

西医治疗 UC 疗程长(疗程 12 个月),效果欠佳,难以彻底,常反复发作。中医治疗 UC 治愈率较高,且副作用少,值得临床进一步研究和发展。由于

UC 病因不明,且多虚实夹杂、寒热交错,故应通过四诊合参,找出病之所在,辨证施治,往往可收到良好的效果,这是中医学治疗 UC 的优势所在。治疗上表现为立法多样,选药面广,方法有内服、灌肠、内外合治、针灸等,可根据患者的总体表现分为不同的证型进行辨治,体现出中医辨证论治的灵活性。针灸某些穴位对本病有确切疗效,例如天枢穴为大肠之募穴,足三里为胃经合穴,上巨虚为大肠经合穴。艾灸天枢、足三里、上巨虚既能温中健脾,又能温通经络气机,使脾胃功能恢复正常,气血流畅。中西医结合治疗溃疡性结肠炎的疗效要好于单纯的西药治疗。目前存在的问题:缺乏公认统一的治疗方法,临床共同运用的中药处方或成药不多;实验研究开展较少,对中药有效成分及治疗作用机制的研究比较缺乏,使选方用药缺乏客观依据,进一步筛选出对溃疡性结肠炎有效的中药制剂是我们亟待解决的问题,今后应加强这方面的工作,使之对该病的研究更趋于规范化、客观化、标准化。

参考文献

- [1] 李国栋. 中西医结合治疗肛肠病的进展[J]. 中级医刊, 1994, 29(9): 46.
- [2] 孟庆坤. 曹志群教授治疗溃疡性结肠炎经验[J]. 光明中医, 2007, 22(11): 42.
- [3] 谭丹. 溃疡性结肠炎辨证分型浅析[J]. 中医药学刊, 2001, 12(6): 55.
- [4] 赵树平. 溃疡性结肠炎中医药治疗进展[J]. 临床研究进展, 2004, 21(6): 6-7.
- [5] 王蕊. 中医综合疗法治疗溃疡性结肠炎 30 例[J]. 湖北中医杂志, 2005, 27(12): 23.
- [6] 应邦智. 中药保留灌肠治疗溃疡性结肠炎 120 例[J]. 河南中医药学刊, 2000, 15(2): 21-22.
- [7] 胡惠智. 活血化瘀法对慢性结肠炎的疗效观察[J]. 上海中医药杂志, 2002, 12(5): 18-19.
- [8] 张乐. 辩证治疗非特异性溃疡性结肠炎 52 例[J]. 湖南中医药导报, 1998, 4(5): 29-29.
- [9] 汪远平. 白头翁汤治疗溃疡性结肠炎 48 例[J]. 实用中医内科杂志, 2007, 21(15): 49.
- [10] 彭新念. 疏肝益脾汤治疗溃疡性结肠炎 30 例疗效观察[J]. 世界华人消化杂志, 2007, 4(9): 132-133.
- [11] 刘必荣. 黄艾海棠汤治疗溃疡性结肠炎 48 例[J]. 湖北中医杂志, 2007, 29(1): 43.
- [12] 谢志彬, 郭如仙. 健脾清肠汤治疗溃疡性结肠炎 78 例[J]. 福建中医药, 2007, 38(1): 28.
- [13] 郭洪波, 罗玉梅, 王静波. 乌梅汤加减治疗溃疡性结肠炎 44 例[J]. 新中医, 2007, 39(1): 44.
- [14] 王芳. 中药保留灌肠治疗溃疡性结肠炎 16 例临床观察[J]. 世界华人消化杂志, 2007, 4(9): 123-124.
- [15] 聂丰, 徐松, 郭兵. 中药保留灌肠治疗溃疡性结肠炎 24 例[J]. 实用中医内科杂志, 2007, 21(2): 94.
- [16] 倪春红, 周秀萍. 云南白药、甲硝唑加激素保留灌肠治疗溃疡性结肠炎 38 例[J]. 湖南中医杂志, 2007, 23(4): 58-59.
- [17] 马宏. 中药灌肠治疗慢性溃疡性结肠炎[J]. 中国民康医学, 2007, 19(1): 34.
- [18] 周太平. 中药内服配合灌肠治疗溃疡性结肠炎 80 例疗效观察[J]. 咸宁学院学报(医学版), 2007, 21(5): 417-418.
- [19] 潘良富, 许广涛. 中药内服加保留灌肠治疗溃疡性结肠炎 300 例[J]. 现代中西医结合杂志, 2007, 16(33): 4 932-4 933.
- [20] 苏路侠, 王守才. 中药口服及灌肠治疗慢性非特异性溃疡性结肠炎 124 例[J]. 中国中药杂志, 2002, 27(9): 69-71.
- [21] 韩捷. 中草药配合希捷治疗溃疡性结肠炎 25 例的临床疗效观察[J]. 海南医学, 2007, 18(10): 92.
- [22] 孟玲. 中西医结合治疗溃疡性结肠炎疗效观察[J]. 现代中西医结合杂志, 2006, 15(20): 27-40.
- [23] 单赤军, 全听. 温针灸治疗慢性溃疡性结肠炎 87 例[J]. 中医药导报, 2007, 13(8): 57.
- [24] 孙功海. 针灸治疗慢性溃疡性结肠炎 35 例[J]. 实用中医药杂志, 2001, 17(6): 32.

(收稿日期:2008-09-11)

新专栏征稿

《江西中医学院学报》(双月刊)已全面改版,以下重点栏目面向全国征稿:

● **理论研究** 对中医重大理论问题进行专题论述。讨论专题有:中医水理论研究、火理论研究、体质学说研究、梦理论研究、病证理论研究。

● **百家争鸣** 旨在打破中医学学术界的沉闷局面,对中医药事业发展的重大问题展开讨论争鸣。争鸣要求坚持良好的学术道德,敢说真话,敢亮观点。争鸣的主要内容有:中医教育反思、中医科研走向、中医发展前景、中西医结合前景、新时期中医的生存模式等。

● **中医文化研究** 主要反映中医与古代哲学、古代社会政治经济、人文地理等文化形态的研究成果以及五运六气研究、生命学说研究的最新动态。

● **道教医学研究** 包括道教医药文献研究、道教医药人物研究、道教医药史研究、道教医学理论研究、道教医学方药研究、道教医学养生研究等,要求观点正确,不违背国家宗教政策。

欢迎广大作者踊跃投稿。