

中药口服联合灌肠治疗轻中度活动期溃疡性结肠炎 30 例临床研究

曹婷婷^{1,2} 崔月萍³ 沈舟⁴ 刘丽娜¹ 叶柏²

(1.南京中医药大学,江苏南京 210023; 2.江苏省中医院,江苏南京 210029;
3.解放军第八五医院,上海 200050; 4.南京市中医院,江苏南京 210001)

摘要 目的:观察以清肠化湿、凉血生肌立法的中药方口服联合灌肠治疗轻中度活动期溃疡性结肠炎的临床疗效。方法:60 例轻中度活动期溃疡性结肠炎患者随机分为治疗组和对照组,每组 30 例。治疗组予清肠化湿、凉血生肌中药口服,灌肠方灌肠;对照组仅予中药口服,处方同治疗组。2 组均治疗 12 周后观察并比较临床疗效、中医证候疗效和溃疡愈合情况。结果:治疗组临床总有效率、中医证候总有效率均为 93.33%,明显高于对照组的 53.33%和 66.67%($P<0.01$);治疗组黏膜愈合率为 66.67%,明显高于对照组的 36.67%($P=0.001$)。结论:以清肠化湿、凉血生肌立法的中药方口服联合灌肠方灌肠治疗轻中度活动期溃疡性结肠炎较单用中药口服治疗疗效显著,可更好更快控制病情。

关键词 溃疡性结肠炎 清肠化湿 凉血生肌 中药复方 灌肠方 直肠投药

中图分类号 R574.620.5

文献标志码 A

文章编号 1672-397X(2016)08-0032-03

溃疡性结肠炎(ulcerative colitis, UC)是一种主要累及直肠、结肠黏膜的慢性非特异性炎症,以腹痛、腹泻、黏液脓血便、里急后重为主要临床表现,严重影响患者身体健康和生活质量。因其病因尚不明确,难以治愈,容易复发和癌变,一直被世界卫生组织(WHO)列为疑难病。近年来随着生活水平的提高,饮食结构、生活习惯的改变,环境的变化,以及诊断技术的不断进步,我国溃疡性结肠炎的发病率逐年增高^[1]。中医药治疗本病有独特的优势和特色,尤其对于轻中度活动期患者,采用传统口服给药方式的同时结合中药灌肠,可大大提高疗效。本研究我们以清肠化湿、凉血生肌立法,予中药口服联合灌肠治疗轻中度活动期溃疡性结肠炎患者 30 例,并与单用中药口服的 30 例对照观察,现将结果报道如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 60 例均为江苏省中医院消化科门诊及住院的轻中度活动期溃疡性结肠炎患者,随机分为治疗组和对照组,每组 30 例。治疗组男 16 例,女 14 例;年龄 20~62 岁,平均年龄(37.22±12.085)岁;病程最短 0.5 年,最长 21 年,平均病程(7.4±1.17)年;参照改良 Truelove 和 Witts 严重程度分型标准^[2],属轻度者 12 例,中度者 18 例。对照组男 19 例,女 11 例,年龄 19~60 岁,平均年龄(41.40±

12.522)岁;病程最短 1.2 年,最长 19 年,平均病程(8.2±1.04)年;轻度 14 例,中度 16 例。2 组患者性别、年龄、病程、病情轻重程度等等一般情况比较,差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。

1.2 诊断标准 西医诊断标准参照 2012 年《炎症性肠病诊断与治疗的共识意见》^[2]拟定;中医诊断标准参照 2010 年《溃疡性结肠炎中医诊疗共识意见》^[3]和 2012 年《中药新药临床研究指导原则》^[4]拟定:符合活动期大肠湿热证诊断。必须具备主症:黏液脓血便、腹痛、腹泻、舌红、苔黄腻、脉滑数;次症(具备 2 项及以上):肛门灼热、里急后重、身热、小便短赤、口干、口苦。

1.3 纳入标准 (1)符合溃疡性结肠炎诊断标准及中医痢疾活动期大肠湿热证辨证标准,为活动期(Mayo 总分>3 分),病情程度为轻、中度;(2)年龄在 18~65 岁之间,性别不限;(3)血、尿常规,肝肾功能等检查主要指标正常,血压、血糖、血脂控制在正常范围者;(4)知情同意,志愿受试,获得知情同意书过程应符合 GCP 规定。

1.4 排除标准 (1)克罗恩病、细菌性痢疾引起的腹泻、腹痛患者;(2)本次发病后已使用其他治疗溃疡性结肠炎的中西药物者;(3)妊娠、哺乳期妇女;(4)患有严重的原发性心、肝、肺、肾、血液疾病或影响生存的严重疾病者,如心功能衰竭、肾功能衰竭

基金项目:江苏省中医院院级资助课题(Y13054)

等;(5)由于智力或行为障碍不能给予充分知情同意者;(6)怀疑或确有酒精、药物滥用病史者;(6)根据研究者的判断,具有降低入组可能性或使入组复杂化的其他因素者,如工作环境经常变动等易造成失访者;(7)过敏体质,如对两种或以上药物或食物过敏者,或已知对本研究药物成分过敏者;(8)正在参加其他临床试验的患者。

2 治疗方法

2.1 治疗组 运用以清肠化湿、凉血生肌立法的中药汤剂口服,灌肠方保留灌肠。口服基本方:赤芍(各)15g,黄连 3g,黄芩 10g,葛根 10g,秦皮 15g,地锦 15g,煨木香 6g,炒当归 10g,地榆 15g,白芍 10g,紫草 15g,丹皮 10g,肉桂 2g(后下),生甘草 5g。随证加减:腹痛较甚者加徐长卿 15g、延胡索 10g;发热者加金银花 10g、蜀羊泉 30g、鸭跖草 30g;脓多血少者加藿香 10g、薏苡仁 30g、苍术 10g;血便缓解者去黄芩,加白术 10g、茯苓 15g。每日 1 剂,分 2 次服用。

中药保留灌肠方:紫草 15g,茜草 15g,石菖蒲 20g,地榆 30g,白及粉 10g,三七粉 1.5g(冲),黄柏 10g,黄芩 10g,浓煎 100~150mL,加入锡类散 1g。患者排便后取左侧卧位,屈膝,润滑肛周并插入肛管,插入 10~15cm,缓慢注入药液。灌肠后要变换体位,使药物均匀分布于病变处,药液温度要在 38℃左右,并嘱患者保留灌肠液。每日临睡前灌肠 1 次,每连续灌肠 15d 后停灌 5d,再继续连续灌肠 15d 后停灌 5d,后每周灌肠 3 次,总疗程为 12 周。

2.2 对照组 单用中药汤剂口服(处方及服法同治疗组)。

2 组患者均以治疗 12 周为 1 个疗程,1 个疗程后判定疗效。治疗期间均停用其他可能影响疗效的药物,同时忌生冷、油腻、辛辣刺激性食物。

3 疗效观察

3.1 观察指标

3.1.1 临床疗效 有效:临床症状基本消失,肠镜复查黏膜大致正常或无活动性炎症;无效:临床症状、肠镜复查均无改善^[2]。

3.1.2 溃疡愈合率 治疗后复查肠镜进行疗效评价。溃疡愈合:肠镜复查溃疡消失,黏膜大致正常或无活动性炎症;溃疡未愈合:肠镜复查仍有溃疡或有活动性炎症^[2]。

3.1.3 中医症状疗效 治疗后观察患者腹痛、腹泻、黏液脓血便改善情况以评价疗效。症状分级:0 级,没有症状,积 0 分;Ⅰ级,症状轻微,不影响日常生活,积 1 分;Ⅱ级,症状中等,部分影响日常生活,积 2 分;Ⅲ级,症状严重,影响到日常生活,难以坚持工作,积 3 分^[3]。临床控制:症状消失;显效:症状

分级减少 2 级;有效:症状分级减少 1 级;无效:达不到以上标准者。

3.2 统计学方法 所有数据采用 SPSS 19.0 统计分析软件处理。计量资料比较用 t 检验,计数资料比较用 χ^2 检验。

3.3 治疗结果

3.3.1 临床疗效比较 治疗组 30 例中有效 28 例,无效 2 例,总有效率 93.33%;对照组 30 例中有效 16 例,无效 14 例,总有效率 53.33%。组间比较差异有统计学意义, $P=0.006$,治疗组临床疗效明显优于对照组。

3.3.2 溃疡愈合情况比较 经电子肠镜检查,治疗组 30 例中溃疡愈合 20 例,未愈合 10 例,愈合率 66.67%;对照组 30 例中溃疡愈合 11 例,未愈合 19 例,愈合率 36.67%。组间比较差异有统计学意义, $P=0.001$,治疗组溃疡愈合率明显高于对照组。

3.3.3 中医证候疗效比较 见表 1。治疗组中医证候总有效率明显高于对照组($P=0.003$)。

表 1 治疗组与对照组中医证候疗效比较 例

组别	例数	临床痊愈	显效	有效	无效	总有效率(%)	Z 值	P 值
治疗组	30	18	8	2	2	93.33	3.484	0.003
对照组	30	8	4	8	10	66.67		

4 讨论

溃疡性结肠炎的发病率逐年增高,轻中度溃疡性结肠炎若不能满意控制,病情极有可能重度化发展。西医治疗本病多使用氨基水杨酸类、激素及免疫抑制剂,治疗周期长,长期使用易出现药物依赖或抵抗,令患者难以坚持治疗。

中医认为,溃疡性结肠炎活动期的主要病理因素为“湿、热、瘀、滞”,尤其轻中度患者,由于病程相对较短,故“标实”症状尤其明显。本病多由湿热蕴结所致,湿热易于困遏清阳,阻滞气机,湿邪黏腻,与热相合,胶着难解,单纯清热则湿邪难去,故采用清热化湿的方法,湿去则热孤,湿热祛除,脾气健运,泻利自止。如湿热之邪无法及时祛除,则湿热易化火入营血,可灼伤脉络,血热妄行,治疗上除需清热化湿外,还应当清热凉血,通过清内热、调气血,达到血动自止的效果。口服方中黄连、黄芩、葛根、秦皮清热燥湿,泻火止泻,以表里双解;地锦、地榆、紫草、丹皮清热解毒,凉血止血;赤芍、白芍、炒当归养血活血,化瘀止痛;肉桂温暖脾胃;煨木香行气止泻;肉桂性温,兼制约诸药的寒性。灌肠方中黄柏苦寒,可清热泻火、解毒疗疮;黄芩苦寒,能清热燥湿、泻火解毒、止血;石菖蒲辛苦,能理气活血、化湿豁痰;地榆苦酸涩、微寒,能凉血止血、清热解毒、敛疮生肌;三七粉甘、微苦,性温,既能止血,又能祛瘀生

中药洗敷联合治疗婴幼儿急性湿疹 39 例临床研究

余 宏 秦 钊

(南京市六合区中医院, 江苏南京 211500)

摘 要 目的:对比观察中药自拟方外用治疗婴幼儿急性湿疹的临床疗效。方法:将 111 例患儿随机分为治疗组、对照 1 组和对照 2 组,3 组分别予自拟中药颗粒剂、冷开水、3%硼酸溶液外洗及湿敷,并均于外洗及湿敷后外涂除湿止痒软膏。3 组患儿分别于治疗第 3、7、14 天评价疗效,并比较患儿渗出症状的有效率。结果:治疗第 3、7、14 天治疗组愈显率明显高于对照 1 组($P<0.05$, $P<0.01$),治疗第 7、14 天治疗组愈显率明显高于对照 2 组($P<0.05$, $P<0.01$),治疗各时期对照 1 组和对照 2 组愈显率比较差异无统计学意义($P>0.05$)。治疗第 3、7、14 天,治疗组患儿渗出愈显率明显高于对照 1 组、对照 2 组($P<0.01$),第 7、14 天对照 2 组渗出愈显率明显高于对照 1 组($P<0.05$)。结论:中药外洗联合除湿止痒软膏治疗婴幼儿急性湿疹疗效明显优于使用冷开水或硼酸溶液外洗联合除湿止痒软膏,特别对于渗出症状,中药外洗湿敷疗效更具优势。

关键词 中药洗剂 急性湿疹 除湿止痒软膏 儿童 局部投药

中图分类号 R275.982.305

文献标志码 A

文章编号 1672-397X(2016)08-0034-03

婴幼儿湿疹俗称“奶癣”“胎毒”,是我国婴幼儿皮肤疾病中就诊排名第一的疾病^[1],临床表现以红斑、丘疹、丘疱疹、糜烂、渗出等多形性损害为主,瘙痒剧烈,易复发。西医治疗多采用激素药膏外用,不易被患儿家属接受。近年来我们采用中药自拟方外洗湿敷联合除湿止痒软膏治疗婴幼儿急性湿疹,获

得了较好的疗效,现将相关临床研究结果报道如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 111 例均为 2014 年 8 月至 2015 年 8 月我院皮肤科门诊诊治的急性湿疹患儿,按随机数字表法分为治疗组、对照 1 组和对照 2 组。治疗

新,有止血不留瘀,化瘀不伤正的特点;白及苦甘、微凉,可止血消肿、生肌敛疮;茜草苦寒,可凉血止血、活血化瘀,多用于血热妄行之多种出血证;紫草苦寒,可凉血活血、解毒透疹;锡类散为成药制品,具清热除湿、祛腐生肌之效。全方共奏清热化湿、止血生肌之功。现代药理研究显示,方中诸药具有抗炎抑菌、护膜、止血、解痉等作用。中药灌肠治疗本病,一方面有利于药物直达病所,增加治疗效果,同时还可减少口服用药的不良反应,部分轻症患者甚至可单纯使用灌肠方促使疾病缓解。

本研究结果表明,中药口服联合灌肠治疗轻中度活动期溃疡性结肠炎临床疗效确切,在改善临床症状和促进溃疡愈合方面疗效优于单用中药口服。进一步将继续观察分析该病缓解期患者中药治疗的效果,并通过总结患者不同疾病分期时的证候变化,调整中药处方配伍,以探讨中药口服联合灌肠疗法对于缓解期溃疡性结肠炎的疗效及维持缓解情况。

参考文献

- [1] 叶任高,陆再英.内科学[M].6 版.北京:人民卫生出版社,2004:406.
- [2] 中华医学会消化病学分会炎症性肠病学组.我国炎症性肠病诊断与治疗的共识意见(2012 年·广州)[J].内科理论与实践,2013,8(1):61.
- [3] 中华中医药学会脾胃病分会.溃疡性结肠炎中医诊疗共识意见[J].中华中医药杂志,2010,25(6):891.
- [4] 郑筱萸.中药新药临床研究指导原则(试行)[M].北京:中国医药科技出版社,2012:322.

第一作者:曹婷婷(1984—),女,医学硕士,讲师,主治医师,主要从事脾胃病方向的研究。

通讯作者:叶柏,医学硕士,主任医师,教授,博士研究生导师。yebai1961@yahoo.com.cn

收稿日期:2016-04-21

编辑:吴 宁