

# 健脾化湿法治轻中度溃疡性结肠炎 36 例临床研究

王世荣 顾秀云 刘兴培  
(滨海县中医院,江苏滨海 224500)

**摘要** 目的:观察健脾化湿法治轻中度溃疡性结肠炎的临床疗效。方法:71 例轻中度溃疡性结肠炎患者随机分为治疗组 36 例和对照组 35 例,治疗组予健脾化湿中药方治疗,对照组服用美沙拉嗪肠溶片。2 组均治疗 3 个月后比较临床疗效、症状和结肠黏膜病变评分。结果:治疗组总有效率为 88.9%,明显高于对照组的 74.3%( $P<0.05$ )。2 组患者治疗后腹泻、腹痛、腹胀、脓血便、里急后重评分均较治疗前明显下降( $P<0.05$  或  $P<0.01$ ),治疗组治疗后腹泻、腹痛、腹胀、里急后重评分明显低于对照组治疗后( $P<0.05$ )。2 组患者治疗后镜下结肠黏膜病变评分均较治疗前明显下降( $P<0.01$ ),治疗后组间评分比较差异无统计学意义( $P>0.05$ )。结论:健脾燥湿法治轻中度溃疡性结肠炎疗效满意。

**关键词** 溃疡性结肠炎 健脾化湿 中药复方 结肠黏膜

中图分类号 R574.620.5 文献标志码 A 文章编号 1672-397X(2016)12-0037-03

溃疡性结肠炎(Ulcerative colitis,UC),又称慢性非特异性溃疡性结肠炎,主要表现为腹泻、腹痛和黏液脓血便,并可出现严重的并发症。本病程迁延,易反复发作,且有癌变倾向。近年来,我们运用健脾化湿法治轻中度溃疡性结肠炎,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 71 例均为 2013 年 9 月至 2015 年 9 月本院门诊及住院的活动期轻中度 UC 患者,随机分为治疗组和对照组。治疗组 36 例:男 16 例,女

20 例;年龄 22~68 岁,平均年龄(35.45±9.22)岁;病程 6 个月~16 年,平均病程(5.76±4.94)年。对照组 35 例:男 16 例,女 19 例;年龄 23~67 岁,平均年龄(34.97±9.83)岁;病程 6 个月~18 年,平均病程(5.68±5.01)年。2 组患者性别、年龄、病程等一般情况比较,差异无统计学意义( $P>0.05$ ),具有可比性。

1.2 诊断标准 符合中国中西医结合学会消化系统疾病专业委员会制定的《溃疡性结肠炎中西医结合诊疗共识》<sup>[1]</sup>中的诊断标准。临床表现:有腹痛、腹泻黏液血便,不伴有发热、恶病质;肠镜检

芙黄膏在本院已使用了 50 余年,其外敷应用于急性流行性腮腺炎、急性痛风性关节炎、蜈蚣咬伤等,均取得了显著的疗效<sup>[6-8]</sup>。芙黄膏方中木芙蓉叶有清热解毒、排脓消肿之功效;大黄清热泻火、解毒、活血祛瘀;赤小豆清热解毒、行血排脓。三药合用,具有清热解毒、活血散瘀、消肿止痛之功。本研究结果显示,芙黄膏外敷可明显降低前列地尔引起静脉炎的发生率和严重程度,减轻炎症反应,值得临床推广,其相关作用机制有待进一步研究。

## 参考文献

- [1] 贾树艳. 静脉炎防治的研究进展[J]. 海南医学, 2011, 22(19): 136.
- [2] 石美琴, 许彦, 沈鸣. 芙黄膏的制备及其疗效观察[J]. 中医药研究, 2001, 17(5): 46.
- [3] Infusion Nurses Society. Infusion nursing standards of practice[J]. J Infus Nurs, 2006, 29(1Suppl): 37.
- [4] 戈海英. 康惠尔透明贴与喜疗妥两种方法比较治疗静脉

炎 60 例的观察[J]. 中国实用医药, 2013, 8(34): 175.

- [5] 费菲. 最新解读《脂蛋白相关磷脂酶 A2 临床应用中国专家建议》: 第 26 届长城国际心脏病学会议(GW-ICC)暨亚太心脏大会 2015 现场回顾[J]. 中国医药科学, 2015, 5(21): 4.
- [6] 许梅, 陆世新. 季德胜蛇药片联合芙黄膏治疗流行性腮腺炎 40 例临床观察[J]. 齐鲁护理杂志, 2006, 12(1A): 84.
- [7] 袁艳娟. 芙黄膏外敷联合四妙加味汤治疗急性痛风性关节炎[J]. 实用中医内科杂志, 2010, 24(12): 82.
- [8] 朱森. 西药联合芙黄膏治疗毒虫咬伤疗效观察[J]. 实用中医药杂志, 2013, 29(9): 743.

第一作者: 黄丽(1970—), 女, 本科学历, 主管护师, 中医护理专业。

通讯作者: 陈桂兰, 本科学历, 主任护师。1453619650@qq.com

收稿日期: 2016-06-13

编辑: 吴宁

查:肠黏膜充血、水肿,有散在出血点,病变区肠黏膜较脆易出血,病变多局限于直肠或乙状结肠,多见小型溃疡,溃疡表面有脓性分泌物,部分可见肉芽增生。

**1.3 UC 分度标准** 参照《中药新药临床研究指导原则(试行)》<sup>[21]</sup>,根据临床严重程度可分为轻度、中度和重度。轻度:患者腹泻每日少于4次,便血轻或无,无发热,血沉正常;中度:介于轻度和重度之间;重度:腹泻每日6次以上,明显黏液血便,体温>37.8℃,脉搏>90次/min,血红蛋白<100g/L(75%正常值),血沉>30mm/h。

**1.4 纳入标准** 符合UC临床诊断标准,属于轻、中度者;停用一切影响UC的药物(包括激素、5-氨基水杨酸、中药等)2周以上者。

**1.5 排除标准** 有严重并发症如局部狭窄、肠梗阻、肠穿孔、中毒性结肠扩张、结肠癌、直肠癌等的患者;妊娠期或准备妊娠、哺乳期妇女;合并有心血管、脑血管、肝、肾和造血系统等严重原发性疾病或精神病患者;有水杨酸类药物过敏或过敏体质者。

## 2 治疗方法

**2.1 治疗组** 予健脾化湿中药汤剂,基本方:黄芪30g、炒白术20g、黄芩10g、黄连10g、砂仁6g(后下)、薏苡仁20g、白芍15g、三七3g(冲服)、肉桂6g(后下)、木香10g、槟榔10g、甘草6g。脓血便加白头翁15g、地榆15g、槐花15g;纯血便加荆芥10g、炒当归10g;腹痛加延胡索10g;腹胀加枳壳15g、陈皮10g;阴伤络损加石斛15g、生地20g。每日1剂,分早晚2次口服。

**2.2 对照组** 予美沙拉嗪肠溶片(5-ASA,0.4g/片,安徽东盛制药有限公司生产,生产批号:1303281、1407101),吞服勿咀嚼,活动期每次1.2g,每日4次,症状缓解后,维持治疗1周,再改为每次0.8g,每日3次。

2组均治疗3个月后观察疗效。

## 3 疗效观察

### 3.1 观察指标和方法

**3.1.1 症状评分** 参考《中药新药临床研究指导原则(试行)》<sup>[21]</sup>中溃疡性结肠炎症状分级量化标准,对2组患者治疗前后腹泻、腹痛、腹胀、脓血便、里急后重症状进行评分。

**3.1.2 结肠黏膜病变观察** 观察2组患者治疗前后结肠黏膜的充血、水肿、糜烂、溃疡、出血变化,按Mayo肠镜分级法评分<sup>[3]</sup>:I级(0分),正常或无活动

性病变;II级(3分),轻度(红斑、血管纹理减少、轻度易脆);III级(6分),中度(明显红斑、血管纹理缺乏、易脆、糜烂);IV级(9分),重度(自发性出血,溃疡形成)。

**3.1.3 不良反应** 2组患者治疗前后分别检查血、尿、粪常规,心电图及肝肾功能,并观察可能出现的不良事件,疗程结束后进行安全性评价。

**3.2 疗效判定标准** 参照我国《炎症性肠病诊断与治疗的共识意见》<sup>[4]</sup>拟定。缓解:临床症状消失,结肠镜复查黏膜大致正常或无活动性炎症;有效:临床症状基本消失,结肠镜复查见黏膜轻度炎症;无效:临床症状、结肠镜复查均无改善。

**3.3 统计学方法** 采用SPSS 17.0软件系统,计量资料用( $\bar{x}\pm s$ )表示,采用 $t$ 检验,计数资料用 $\chi^2$ 检验。

### 3.4 治疗结果

**3.4.1 2组患者临床疗效比较** 见表1。

表1 治疗组与对照组临床疗效比较 例(%)

组别	例数	缓解	有效	无效	总有效
治疗组	36	19(52.8)	13(36.1)	4(11.1)	32(88.9) <sup>△</sup>
对照组	35	15(42.9)	11(31.4)	9(25.7)	26(74.3)

注:与对照组比较,△ $P<0.05$ 。

**3.4.2 2组患者症状评分比较** 见表2。2组患者治疗后腹泻、腹痛、腹胀、脓血便、里急后重评分均较治疗前明显下降( $P<0.05$ 或 $P<0.01$ ),治疗组治疗后腹泻、腹痛、腹胀、里急后重症状评分低于对照组,差异有统计学意义( $P<0.05$ )。

表2 治疗组与对照组患者治疗前后症状评分比较( $\bar{x}\pm s$ ) 分

组别	时间	例数	腹泻	腹痛	腹胀	脓血便	里急后重
治疗组	治疗前	36	3.55±0.76	3.62±0.81	3.16±0.57	3.74±1.76	3.09±1.74
	治疗后	36	1.12±0.70 <sup>**△</sup>	1.06±0.43 <sup>**△</sup>	1.01±0.40 <sup>**△</sup>	1.04±0.48 <sup>**</sup>	1.03±1.29 <sup>**△</sup>
对照组	治疗前	35	3.49±0.72	3.59±0.86	3.13±0.43	3.68±1.36	3.14±1.36
	治疗后	35	2.01±0.78 <sup>*</sup>	2.05±0.47 <sup>*</sup>	1.98±0.37 <sup>*</sup>	1.44±0.49 <sup>**</sup>	1.79±0.98 <sup>*</sup>

注:与本组治疗前比较,\* $P<0.05$ ,\*\* $P<0.01$ ;与对照组治疗后比较,△ $P<0.05$ 。

**3.4.3 2组患者治疗前后结肠黏膜病变评分比较** 见表3。

表3 治疗组与对照组治疗前后镜下结肠黏膜病变评分比较( $\bar{x}\pm s$ ) 分

组别	例数	治疗前	治疗后
治疗组	36	7.95±1.821	2.70±1.713 <sup>*▲</sup>
对照组	35	7.85±1.844	2.86±1.737 <sup>*</sup>

注:与本组治疗前比较,\* $P<0.01$ ;与对照组治疗后比较,▲ $P>0.05$ 。

**3.5 不良反应** 治疗组无不良反应发生,对照组有3例不良反应,其中1例出现恶心、呕吐,2例出现头晕不适,经对症治疗后缓解。

4 讨论

UC 是一种慢性非特异性结肠炎症,其病因和发病机制尚不完全明确,目前认为可能是遗传易感者对某些环境始动因素(感染、药物或其他制剂等)的反应,而这一异常反应造成肠道上皮屏障作用下降,以及黏膜免疫系统功能障碍<sup>[5]</sup>。西医治疗 UC 主要使用氨基水杨酸类、皮质内固醇类、免疫抑制剂、生物制剂等,目前氨基水杨酸类是治疗轻中度 UC 的首选药物,既可用于诱导缓解,也可用于维持缓解治疗<sup>[6]</sup>。西药治疗 UC 的主要优点是短期缓解率高,但需长期服用,疗效欠稳定,长期应用毒副作用大,患者耐受性差。

UC 属中医学“休息痢”“肠癖”“泄泻”范畴。《素问·阴阳应象大论》曰:“湿胜则濡泄”;《景岳全书·泄泻》云:“泄泻之本,无不由于脾胃”;《医宗金鉴》又云:“泻成于湿,湿皆成于脾虚”。中医认为本病多由脾胃功能失健,又感受湿热之邪或是嗜食肥甘厚味酿生湿热或寒湿化热客于肠腑,气机不畅,通降不利,血行瘀滞,肉腐血败,脂络受伤而成内疡<sup>[7]</sup>。本病病位在大肠,但根本在脾,且与肝、肾、肺三脏密切相关,病机为脾胃虚弱、湿热内蕴<sup>[8]</sup>,病性属本虚标实、虚实夹杂,治疗当标本兼治<sup>[9]</sup>。本研究所使用的中药方以健脾化湿立法,健脾以扶正治本,化湿以祛邪治标。方中黄芪补气健脾、托毒生肌,白术甘温补气、苦燥健脾,芪术相合,益气补脾之功著,二者健脾为君;黄芩、黄连清热燥湿、厚肠止痢,砂仁芳香化湿、醒脾和胃,薏苡仁甘淡利湿、健脾助运,三药合用,以达运脾化湿为臣;白芍缓急止痛、敛阴养血为治痢之要药,《本草纲目》谓其“止下痢腹痛后重”,三七活血止血、化瘀生肌,木香、槟榔行气导滞、调气和肠,四药合用寓意“行血则便脓自愈,调气则后重自除”,肉桂温而行之,协芍药行血和营,制芩、连苦寒之偏,使无凉遏滞邪之弊,以上共为佐药;甘草调和诸药为使,与芍药相配,更能缓急止痛。诸药合用行健脾化湿、调气行血、化瘀宁络、敛

疮生肌之功,达“正气存内,邪不可干”,“脾强者,滞去即愈,此强者之宜清宜利,可逐可攻也”之效。

本研究结果表明,健脾化湿中药与美沙拉嗪治疗轻中度 UC,在改善症状和结肠黏膜病变方面均有较好的临床疗效,而中药在提高临床疗效,改善症状方面表现出更明显的作用。有关中药的作用机制、疗效稳定性还有待于进一步研究。

参考文献

- [1] 中国中西医结合学会消化系统疾病专业委员会. 溃疡性结肠炎中西医结合诊疗共识[J]. 中国中西医结合消化杂志, 2010, 18(6): 416.
- [2] 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, 2002: 129.
- [3] D'HAENS G, SANDBORN W J, FEAGAN B G, et al. A review of activity indices and efficacy end points for clinical trials of medical therapy in adults with ulcerative colitis[J]. Gastroenterology, 2007, 132(2): 763.
- [4] 中华医学会消化病学分会炎症性肠病学组. 炎症性肠病诊断与治疗的共识意见(2012年·广州)[J]. 中华内科杂志, 2012, 51(10): 818.
- [5] 杨士伟, 辛学知, 刘钧宁, 等. 锡类散栓治疗轻中度远端溃疡性结肠炎 32 例疗效观察[J]. 中医杂志, 2014, 55(6): 486.
- [6] NG S C, KAMM M A. Therapeutic strategies for the management of ulcerative colitis[J]. Inflamm Bowel Dis, 2009, 15(6): 935.
- [7] 沈洪. 溃疡性结肠炎: 中西医的过去、现在与未来[M]. 南京: 东南大学出版社, 2012: 91.
- [8] 沈洪, 张声生, 王垂杰, 等. 中药分期序贯治疗轻中度溃疡性结肠炎 111 例疗效观察[J]. 中医杂志, 2011, 52(13): 1108.
- [9] 徐发莹. 徐珊治疗溃疡性结肠炎经验[J]. 中医杂志, 2015, 56(3): 195.

第一作者: 王世荣(1970—), 男, 本科学历, 副主任中医师, 研究方向为脾胃病临床诊治。  
wsr0834@163.com

收稿日期: 2016-04-18

编辑: 吴宁

文末参考文献著录规则之页码的标注

根据国家标准 GB/T 7714—2015《信息与文献 参考文献著录规则》的规定,本刊关于参考文献页码的著录做重要修订如下:(1)专著或期刊中析出文献的页码或引文页码,应采用阿拉伯数字著录,引自序言或扉页题词的页码,可按实际情况著录(例:钱学森. 创建系统学[M]. 2版. 太原: 山西科学技术出版社, 2001: 序 2.);(2)阅读型参考文献的页码著录文章的起始页,引文参考文献的页码著录引用信息所在页。阅读型参考文献指著者为撰写或编辑论著而阅读过的信息资源;引文参考文献指著者为撰写或编辑论著而引用的信息资源。例如:将谈勇等发表在本刊 2015 年第 1 期第 1—4 页的文章《夏桂成国医大师调治复发性流产经验探赜》作为阅读型参考文献引用时,页码著录为“1”;作为引文文献引用“夏老提出心-肾-子宫轴功能失常是流产病机关键”这一观点或原文时,著录这些引用信息的所在页“3”。更多有关本刊参考文献著录规则见本刊网站(www.jstcm.cn)首页下载专区。