

# “黄柏败毒汤”保留灌肠治疗大肠湿热型溃疡性直结肠炎 30 例临床研究

丁照亮 胡海华 曹 军 杜少庆 许 倩 范宜堂 都美杰

(日照市中医医院, 山东日照 276800)

**摘要** 目的:观察自制中药黄柏败毒汤保留灌肠治疗大肠湿热型溃疡性直结肠炎的临床疗效。方法:将60例轻中度溃疡性直结肠炎患者采用随机数字表法分为治疗组和对照组各30例,对照组采用复方黄柏液保留灌肠,治疗组给予黄柏败毒汤保留灌肠。观察2组临床症状评分、肠镜下黏膜病变评分及白介素6水平测定。结果:治疗组总有效率为93.33%,对照组总有效率为86.67%,治疗组疗效优于对照组( $P<0.05$ ),治疗组在改善腹痛程度、黏液血便、肛门坠胀、镜检情况及白介素6水平下降方面优于对照组( $P<0.05$ ),2组未出现明显不良反应。结论:自制中药黄柏败毒汤保留灌肠治疗溃疡性直结肠炎是一种安全有效的治疗方法。

**关键词** 溃疡性直结肠炎 黄柏败毒汤 湿热 直肠投药 白介素6

**中图分类号** R574.620.5 **文献标志码** A **文章编号** 1672-397X(2018)11-0041-03

**基金项目** 山东省中医药科技发展计划项目(2017-438)

溃疡性直结肠炎属于炎症性肠病的一种,炎症病变局限于直结肠,50%的溃疡性直结肠炎患者起病较轻,但是症状难以控制,易于复发,很难根治,不同患者之间进展差异很大,常见治疗方法如氨基水杨酸、激

素以及免疫抑制剂、生物制剂等,因其肝肾毒性、依赖性高以及高额费用等问题给患者带来较大困扰<sup>[1]</sup>。本病属临床难治病。我科应用自制中药黄柏败毒汤对大肠湿热型溃疡性直结肠炎患者30例进行灌肠治

综上所述,化湿和胃饮能够有效改善晚期胃癌化疗患者的胃肠功能,缓解化疗的毒副作用,提高患者的生活质量,值得临床推广应用。下一步拟扩大样本量,增加研究指标,并从实验角度探索化湿和胃饮的作用机制。

## 参考文献

- [1] 左婷婷,郑荣寿,曾红梅,等.中国胃癌流行病学现状[J].中国肿瘤临床,2017,44(1):52.
- [2] TERAZAWA T, IWASA S, TAKASHIMA A, et al. Impact of adding cisplatin to S-1 in elderly patients with advanced gastric cancer[J]. J Cancer Res Clin Oncol, 2013, 139(12): 2111.
- [3] ZHANG Y, CHU H, ZENG D. Evaluation of incomplete multiple diagnostic tests, with an application in the colon cancer family registry study[J]. Journal of Applied Statistics, 2013, 41(3): 688.
- [4] 魏自敏. 肿瘤患者化疗呕吐的辨证论治[J]. 中医临床研究, 2011, 3(13): 87.
- [5] 中国抗癌协会. 新编常见恶性肿瘤诊治规范[M]. 北京: 中国

协和医科大学出版社, 1999: 65.

- [6] LORING K, STEWART A, RITTER P, et al. Outcome measures for health education and other health care intervention[M]. Thousand Oaks, CA: Sage, 1996: 41.
- [7] 房丽, 马守东, 王红阳, 等. 肿瘤患者化疗依从性相关影响因素 Logistic 回归分析[J]. 中国医药导报, 2014, 11(3): 61.
- [8] 杨斌, 钟艳梅, 冯毅凡. 白术化学成分和药理作用的研究进展[J]. 广东药学院学报, 2012, 28(2): 218.
- [9] 张明发, 沈雅琴. 砂仁临床药理作用的研究进展[J]. 抗感染药学, 2013, 10(1): 8.
- [10] 龚慕辛, 王智民, 张启伟, 等. 吴茱萸有效成分的药理研究进展[J]. 中药新药与临床药理, 2009, 20(2): 183.

**第一作者:** 陆琼(1986—), 女, 医学硕士, 主治医师, 主要从事恶性肿瘤的中西医结合治疗研究。

**通讯作者:** 戴安伟, 本科学历, 主任医师, 硕士研究生导师。dawl82@126.com

收稿日期: 2018-04-26

编辑: 吴 宁

疗取得了较满意的疗效,现报道如下。

## 1 临床资料

1.1 一般资料 本研究观察对象为本院肛肠科2017年1月至2018年1月治疗的轻中度溃疡性直肠炎患者,选取60例患者采用数字表法随机分为2组,每组各30例。治疗组:男14例,女16例;平均年龄(43.2±10.9)岁;病程(11.2±1.3)月;病情程度轻度13例,中度17例。对照组:男16例,女14例;平均年龄(45.1±11.6)岁;病程(12.6±1.2)月;病情程度轻度15例,中度15例。2组患者性别、年龄、病程、病情程度等一般资料比较差异无统计学意义( $P>0.05$ ),具有可比性。

### 1.2 诊断标准

1.2.1 西医诊断标准 参照2012年中华医学会消化病学分会制定的《炎症性肠病诊断与治疗的共识意见》<sup>[2]</sup>制定以下诊断标准:(1)持续或反复发作的泄泻,每日4~6次,可伴有黏液脓血便或合并里急后重、腹痛,并可伴随全身症状;(2)结肠镜检查:直肠黏膜散在充血、红斑,可有接触性出血或自发性出血;(3)病理可见隐窝结构、上皮异常或炎性浸润。具备以上条件(1)及(2)或(3)项中任何一项可拟诊为本病。

1.2.2 中医辨证标准 根据2010年中国中西医结合学会消化系统疾病委员会制定的《溃疡性结肠炎中西医结合诊疗指南(草案)》<sup>[3]</sup>拟定:大便带黏液脓血,时有腹痛,伴里急后重,肛门坠胀不适,舌红、苔黄腻,脉弦滑或濡数。

1.3 纳入标准 (1)符合溃疡性直肠炎诊断标准和中医证型诊断标准,病变范围局限于直肠者;(2)1周内电子结肠镜检查支持诊断;(3)年龄在18~70岁,性别不限。

1.4 排除标准 (1)有严重心肺疾病等重大内科疾病者;(2)妊娠期、经期妇女;(3)重度肠炎者;(4)伴有其他严重肛周疾病者。

## 2 治疗方法

2.1 对照组 取复方黄柏液(山东汉方制药有限公司,国药准字Z10950075,100mL/瓶)50mL,用温开水调匀至100mL,药物温度在31~33℃之间,灌肠方法:每天睡前患者排空大便后,将一次性吸痰管以石蜡油润滑后插入肛门内12cm左右,患者取左侧卧位,缓慢注入100mL,灌药完毕后左侧卧位30分,再右侧卧位30分,再仰卧30min,嘱患者保留2h以上,使药液充分吸收。每晚保留灌肠1次。

2.2 治疗组 采用黄柏败毒汤保留灌肠。药物组成:黄柏18g,败酱草30g,马齿苋12g,白头翁12g,苦

参15g,黄连9g,赤石脂12g,白花蛇舌草12g,赤芍9g,三七9g,地榆炭9g,白及9g,生甘草6g。煎药方法:将药物置于砂锅中,加入超过药物2cm左右的凉水浸泡30分钟,武火煮开,再转文火煎煮20分即可,滤出第1次药液。同法煎煮滤出第2次药液,将2次药液混匀,将药液温度保持在31~33℃。灌肠方法同对照组。每晚保留灌肠1次。

2组疗程均为4周,治疗期间停用其他治疗肠炎的药物治疗。所有患者入院后均采取清淡饮食,并给予心理疏导。

## 3 疗效观察

3.1 疗效标准 根据2012年中华医学会消化病学组《炎症性肠病诊断与治疗的共识意见》<sup>[2]</sup>制定的疗效标准拟定:(1)治愈:临床症状消失,镜检直肠黏膜正常;(2)显效:主要临床症状基本消失,镜检直肠黏膜散在充血水肿,大便常规正常;(3)有效:主要临床症状、中医症候改善,镜检直肠黏膜可见红斑;(4)无效:临床症状、镜检无变化或加重。

3.2 观察指标 主要包括患者治疗前后的以下指标:(1)腹痛程度;(2)腹泻次数;(3)黏液脓血便;(4)肛门坠胀;(5)白介素6水平;(6)镜下评分。

临床症状评分按照2012年中华医学会消化病学组《炎症性肠病诊断与治疗的共识意见》<sup>[2]</sup>拟定。按照腹泻:无症状,正常,计0分;3~4次/d,轻度,计1分;4~6次/d,中度,计2分;6次以上/d,重度,计3分。黏液脓血便:无症状,计0分;少量计1分;中等量,计2分;大量,计3分。腹痛及肛门下坠程度分为:无、轻度、中度、重度,分别计0分、1分、2分、3分。

肠镜下黏膜病变评分参考修正的Baron标准制定<sup>[4]</sup>。0级:正常黏膜,0分;I级:黏膜充血、血管纹理减少,1分;II级:黏膜红斑,接触性出血,2分;III级:黏膜自发性出血,3分;IV级:黏膜散在溃疡,4分。

3.3 统计学方法 采用SPSS 21.0软件对数据进行统计学分析,根据观察指标和数据的不同,计量资料采用( $\bar{x} \pm s$ )表示;计量资料采用 $t$ 检验,计数资料采用卡方检验,等级资料采用秩和检验。以 $P<0.05$ 为有差异,具有统计学意义。

### 3.4 治疗结果

3.4.1 2组临床疗效比较 见表1。

3.4.2 2组症状积分、肠镜评分及炎症介质比较 见表2。

3.5 不良反应 两种方法未见严重不良反应,均是安全有效的治疗方式。

表1 治疗组与对照组患者临床疗效比较 例

| 组别  | 例数 | 治愈 | 显效 | 有效 | 无效 | 总有效率                |
|-----|----|----|----|----|----|---------------------|
| 治疗组 | 30 | 6  | 18 | 4  | 2  | 93.33% <sup>△</sup> |
| 对照组 | 30 | 3  | 15 | 8  | 4  | 86.67%              |

注:与对照组比较,  $\Delta P < 0.05$ 。

表2 治疗组与对照组治疗前后的症状积分、镜检情况及白介素6水平比较

| 观察指标        | 治疗组        |                         | 对照组        |                         |
|-------------|------------|-------------------------|------------|-------------------------|
|             | 治疗前        | 治疗后                     | 治疗前        | 治疗后                     |
| 腹痛程度(分)     | 1.83±0.699 | 0.70±0.535 <sup>△</sup> | 1.87±0.730 | 1.03±0.615 <sup>*</sup> |
| 腹泻次数(分)     | 2.53±1.570 | 0.80±1.136 <sup>*</sup> | 2.47±1.358 | 1.33±1.093 <sup>*</sup> |
| 黏液脓血便(分)    | 5.00±1.017 | 1.47±1.383 <sup>△</sup> | 4.93±1.015 | 2.27±1.258 <sup>*</sup> |
| 肛门坠胀(分)     | 2.47±1.548 | 0.87±1.137 <sup>△</sup> | 2.47±1.548 | 1.73±1.252              |
| 镜检情况(分)     | 3.93±1.437 | 1.07±1.015 <sup>△</sup> | 3.87±1.383 | 2.00±1.298 <sup>*</sup> |
| 白介素6(Pg/mL) | 8.83±2.699 | 5.70±1.535 <sup>△</sup> | 8.87±2.730 | 6.63±1.615 <sup>*</sup> |

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

#### 4 讨论

溃疡性结肠炎是黏膜病变局限于直肠的一种炎症性肠病,近年来临床发病率呈逐年增高趋势,而且发病人群趋向年轻化,发病特点为起病较轻,病程呈现复发和缓解交替,很难根治,生活质量较正常人群严重下降,给病人和家属带来大量与疾病相关的躯体和社会心理负担。

本病的发病机制可归纳为湿遏脾阳,肠胃损伤,致运化失常,清浊不分。湿盛则濡泄,湿热下迫致大肠脉络受损,腐败为脓血。中药黄柏败毒汤方中以黄柏清利大肠湿热而止泄痢,重用败酱草,通畅阳明气机,排脓止痢而解腹痛,二药共为君药。马齿苋解热毒而止痢,白头翁为治阳明热毒血痢之要药;苦参、黄连清热燥湿;赤石脂可涩肠止泻生肌止血;白花蛇舌草助黄柏清解热毒;以上诸药可助君药清热毒而止泻痢,排脓血而止腹痛,并有生肌止血之功,共为臣药。配以苦微寒之赤芍可清热凉血活血散瘀,可解阳明热毒壅盛;甘温三七可止血、散瘀定痛,二药寓止血于活血之中,是为“止血而不留瘀”;地榆炭擅止血敛疮治便血症;白及可止血生肌,为收敛止血之要药;以上诸药为佐,可凉血止血,兼有生肌化瘀之功。甘草补益脾气可缓诸药之寒凉为使。全方苦寒为主、酸涩为辅、功擅清热解毒,燥湿止痢,集凉血止血、收敛止血、祛瘀止血于一身,使湿热得清,泻痢得止,腹痛得消,坠胀得解,并止血而不留瘀。

现代药理研究发现本方中诸多药物可降低炎症性肠病的炎症介质,修复肠道溃疡,对本病有良好的治疗作用。如黄柏具有抗菌作用,能杀灭肠道

多种致病菌,能促进溃疡创面愈合,并可降低促炎因子的含量。败酱草可降低患者炎症介质如白介素6水平。白头翁可调节炎症因子,保护直肠黏膜屏障,白及、地榆、三七具有明显的促进溃疡修复的作用。<sup>[5-8]</sup>

直肠病变的患者采取中药保留灌肠后,直肠局部可保持较高的中药药液浓度,提高中药作用时间,减少中药用量,在保证疗效的同时降低药物不良反应的发生。我科以保留灌肠的方式对溃疡性直肠炎进行治疗,通过肠壁黏膜吸收药物,作用更直接,效果更明显。而且本治疗方法费用较低,操作简单,而本病常见治疗方法如氨基水杨酸、激素以及免疫抑制剂生物制剂等,具有肝肾毒性、依赖性以及费用高等缺陷,中药灌肠很好地提高了患者治疗的依从性及生活质量。同时本研究发现本药对于腹泻次数的治疗与复方黄柏液相比,无明显差异,因此在今后的临床实践中应进一步增加对减少腹泻次数方面的研究,以期提高疗效。

#### 参考文献

- [1] 陈锋,严常开.治疗溃疡性结肠炎药物的最新进展[J].世界华人消化杂志,2016,24(12):1840.
- [2] 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[J].中华内科杂志,2012,51(10):818.
- [3] 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指南(草案)[J].中国中西医结合消化杂志,2011,19(1):61.
- [4] ANG Y S MAHMUD N, WHITE B, et al. Randomized comparison of unfractionated heparin With corticosteroids in severe active inflammatory bowel disease[J]. Aliment Pharmacol Ther, 2000, 14: 1015.
- [5] 刘如玉,陈守涛.黄连等8种中药对常引起医院内感染的条件致病菌体外抗菌活性检测[J].福建中医学院学报,2004,14(2):26.
- [6] 侯小涛,戴航,周江煜.黄柏的药理研究进展[J].时珍国医国药,2007,18(2):498.
- [7] 郑子春,沈洪,朱莹莹,等.黄柏、地榆、白及对溃疡性结肠炎大鼠组织中NF- $\kappa$ B和细胞因子表达的影响[J].中国中医急症,2010,19(3):469.
- [8] 刘敬军,郑长青,周卓,等.白头翁三七丹参灌肠治疗溃疡性结肠炎的实验研究[J].陕西中医,2009,30(1):105.

第一作者:丁照亮(1984—),男,医学硕士,主治医师,研究方向为中西医结合治疗肛门直肠疾病。63402749@qq.com

收稿日期:2018-06-10

编辑:吕慰秋