

doi:10.3969/j.issn.1674-4616.2019.03.008

中药合剂保留灌肠治疗大肠湿热型溃疡性直肠炎的临床观察*

王彬彬

武汉市中医医院肛肠科, 武汉 430014

溃疡性直肠炎作为溃疡性结肠炎的一个亚型,主要是指在溃疡性结肠炎中,炎症局限于直肠部分的一类疾病,病变主要累及直肠黏膜及黏膜下层。其主要临床表现为反复发作的腹泻、腹痛、脓血便、里急后重等,发病机制中既有自身免疫机制的参与,也有遗传因素作为背景,并与感染和精神因素相关,具有病程迁延、反复发作、不易治愈的特点^[1]。本科室发挥中医药特色,采用自制中药合剂保留灌肠治疗本病,临床疗效令人满意,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取2016年1月—2018年1月于本院肛肠科就诊的80例大肠湿热型溃疡性直肠炎患者,按随机数字表法将其分为治疗组和对照组,每组40例。治疗组,其中男22例,女18例;年龄30~60岁,平均年龄(45.82±5.28)岁;病程1~10年,平均病程(5.36±2.17)年。对照组,其中男20例,女20例;年龄32~60岁,平均年龄(46.21±4.32)岁;病程1~10年,平均病程(5.76±1.89)年。2组一般资料比较,差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。

1.2 诊断标准

西医诊断标准参照《溃疡性结肠炎中西医结合诊疗共识》^[2]和《我国炎症性肠病诊断与治疗的共识意见(2012年·广州)》^[3]中相关诊断标准。

中医诊断标准参照中华中医药学会脾胃病分会制定的《溃疡性结肠炎中医诊疗共识意见》^[4]中关于肠澼大肠湿热证的诊断标准,其中主症:腹泻、黏液脓血便;小腹坠痛或里急后重;肛门灼痛。次症:身热,小便短赤;舌质暗红,苔黄腻或舌边有瘀点;脉滑数。

1.3 纳入与排除标准

纳入标准:符合上述西医及中医诊断标准;辨证分型符合大肠湿热型;年龄20~60岁;依从性良好,

能够配合长期用药者。

排除标准:不符合上述诊断标准,或病变部位合并其他部位或不位于直肠者;合并其他肠道疾病,或合并糖尿病、结核、营养不良、贫血、内分泌紊乱者;肿瘤或精神障碍者;妊娠或哺乳期妇女;保留灌肠药物不能吸收而排出者。

1.4 治疗方法

治疗组采用本院自制合剂(由黄连、五倍子、白及、丹参、马齿苋、元胡等药物组成)治疗:取自制合剂药汁100 ml,温度保持为37℃,将药汁装入灌肠袋内后悬挂;嘱患者排空大小便后,取右侧卧位,双腿屈曲,尽量贴向肚子;使用拔掉头皮针的输液器,将一端插入灌肠袋接口内,另一端涂好润滑剂,插入患者肛门内,深度约为10~15 cm,将输液器滴数调到60滴/min,使药汁缓缓流入肠腔,避免药液流速过快对肠道造成刺激而引起不适。药液滴完后嘱患者卧床休息约1 h,并抬高臀部,嘱2 h内尽量不排大便,使药汁在直肠内保留至少2 h,以便药物充分吸收。1次/d,7 d为1个疗程。

对照组采用康复新液(昆明赛诺制药有限公司,国药准字Z53020054)治疗,同样取药汁100 ml保持在37℃,保留灌肠方法、疗程与治疗组相同。2组共治疗4个疗程后进行疗效评价。

1.5 观察指标与疗效判定标准

评价2组治疗前后电子肠镜下直肠黏膜积分,其中直肠黏膜无充血水肿、糜烂、溃疡等,记0分;直肠黏膜轻度水肿,无或轻度糜烂、溃疡,溃疡散在分布 ≤ 3 个,周边轻度水肿,记1分;直肠黏膜中度充血水肿、糜烂或伴出血,溃疡散在分布 > 3 个,记2分;直肠黏膜重度充血水肿、糜烂,触之明显出血,溃疡分布较多,记3分。

根据文献^[4]评价2组治疗前后疾病活动指数(DAI),其中体重下降率为0,大便性状正常,隐血(一)记0分;1% $<$ 体重下降率 $\leq 5\%$,大便松散,隐血

* 武汉市卫生局科研项目(No. WZ12C09)

(+)记 1 分; 5% < 体重下降率 ≤ 10%, 大便稀, 肉眼血便记 2 分; 10% < 体重下降率 ≤ 15%, 大便稀, 肉眼血便记 3 分; 体重下降率 > 15%, 大便稀, 肉眼血便记 4 分。

参照《中药新药临床研究指南原则》^[5]评价 2 组临床疗效, 其中显效: 肠镜复查黏膜病变恢复正常, 或溃疡病灶已形成瘢痕, 或肠镜复查黏膜病变恢复程度达 II 级以上; 有效: 肠镜复查黏膜病变恢复程度达 I 级以上; 无效: 肠镜检查黏膜病变改善未达到以上标准, 甚至加重。总有效率为显效率与有效率之和。

参照《临床疾病诊断依据治愈好转标准》^[6]及中华医学会消化分会制定的《对炎症性肠病诊断治疗规范的建议》^[7]拟定 2 组症状疗效判定标准, 将患者腹痛、腹泻、黏液便或血便、里急后重等症状按无、轻、中、重分为 4 级, 分别记为 0、1、2、3 分, 总体症状积分改善 = [(治疗前总积分 - 治疗后总积分) / 治疗前总积分] × 100%。其中完全缓解: 临床症状消失, 总体症状积分改善 ≥ 90%, 肠镜检查黏膜大致正常; 有效缓解: 症状基本消失, 60% ≤ 总体症状积分改善 < 90%, 肠镜检查黏膜轻度炎症; 基本缓解: 症状得到明显改善, 30% ≤ 总体症状积分改善 ≤ 59%, 肠镜检查黏膜中度炎症或假息肉形成; 无效: 治疗后临床症状无改善, 总体症状积分改善 < 30%, 肠镜检查无改善。总缓解率 = 完全缓解率 + 有效缓解率 + 基本缓解率。

1.6 统计学方法

采用 SPSS 18.0 统计软件对数据进行分析处理, 计量资料以均数 ± 标准差 ($\bar{x} \pm s$) 表示, 组间比较采用 *t* 检验; 计数资料以率 (%) 表示, 组间比较采用 χ^2 检验; 以 $P < 0.05$ 为差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 2 组直肠黏膜积分及 DAI 比较

治疗前, 2 组直肠黏膜积分及 DAI 比较, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$); 治疗后, 2 组直肠黏膜积分及 DAI 均较治疗前显著降低 ($P < 0.05$), 且治疗组显著低于对照组 ($P < 0.05$)。见表 1。

表 1 2 组患者直肠黏膜积分及 DAI 比较

($n = 40$, 分, $\bar{x} \pm s$)

组别	时间	直肠黏膜积分	DAI
对照组	治疗前	2.13 ± 0.51	2.93 ± 0.85
	治疗后	1.30 ± 0.64*	0.88 ± 0.11*
治疗组	治疗前	2.08 ± 0.52	2.90 ± 0.95
	治疗后	0.63 ± 0.46* [△]	0.70 ± 0.35* [△]

与治疗前比较* $P < 0.05$; 与对照组比较[△] $P < 0.05$

2.2 2 组临床总有效率比较

治疗后, 治疗组总有效率为 92.50%, 对照组为 75.00%, 组间比较, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。见表 2。

表 2 2 组患者临床总有效率比较 ($n = 40$, 例, %)

组别	显效	有效	无效	总有效率
对照组	10	20	10	30(75.00)
治疗组	12	25	3	37(92.50) [△]

与对照组比较[△] $P < 0.05$

2.3 2 组症状总缓解率比较

治疗后, 治疗组总缓解率为 95.00%, 对照组为 80.00%, 组间比较, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。见表 3。

表 3 2 组患者症状总缓解率比较 ($n = 40$, 例, %)

组别	完全缓解	有效缓解	基本缓解	无效	总缓解率
对照组	16	8	8	8	32(80.00)
治疗组	25	8	5	2	38(95.00) [△]

与对照组比较[△] $P < 0.05$

3 讨论

溃疡性结、直肠炎是病变累及结、直肠的慢性非特异性肠道炎性疾病, 以腹泻、腹痛、黏液脓血便、里急后重等为主要临床表现, 或伴下坠感, 少数病人可有便秘。其病变部位主要位于结肠、直肠黏膜层, 病理表现为充血、水肿或溃疡, 容易复发或引起癌变。根据其临床症状, 祖国医学将其归属于“泄泻”、“痢疾”、“腹痛”、“肠癖”等范畴。中医认为, 本病主要病因病机为外感湿热、湿热内蕴, 或湿从内生, 困脾碍运, 导致清浊不分, 混杂而下, 下为飧泄, 久则为痢。湿滞日久, 肠络受损, 导致气滞血瘀, 气血凝滞, 腐败成疡, 化为脓血, 故下利赤白、腹痛、里急后重。故湿热蕴结是本病症结之所在, 或兼有气凝血滞, 故治疗应以清热化湿为主, 辅以行气活血, 正如《沈氏尊生书》记载:“大抵痢之疡病, 皆由湿蒸热蕴, 以致气血凝滞, 施治者当逐邪清热, 利湿导滞, 调气行血。”

中药保留灌肠是治疗溃疡性直肠炎的有效方式之一, 起源于《伤寒论》中的“导”法。由于直肠黏膜具有较好的吸收功能, 中药保留灌肠可使药物直达病所, 使局部黏膜吸收的血药浓度远高于口服吸收浓度, 起效快, 不良反应小, 作用时间长, 对局部黏膜病变具有直接的抗炎、止血、促进溃疡愈合的作用^[8]。

灌肠法可使药物绕过肝脏的首过效应,避免胃肠道消化酶的破坏,同时避免了药物对胃的不良刺激,提高了肠道局部血药浓度;药物的有效成分直接作用于肠道,帮助修复肠道受损黏膜,减轻肠道炎症和水肿,进而提高疗效。

本研究中的所用中药合剂由黄连、五倍子、白及、丹参、马齿苋、元胡等药物组成,其中黄连清热燥湿、解毒;五倍子涩肠止泻、收敛止血、收湿敛疮;白及收敛止血、消肿生肌;丹参活血化瘀;马齿苋清热解毒、凉血止血、止痢;元胡行气活血、止痛。诸药合用,共奏清热利湿、涩肠止泻、活血化瘀之功。现代药理研究表明,黄连具有抑制血栓形成、抗炎、抑菌、抗氧化和降血糖等作用,还可阻断血管平滑肌的 α 受体,解除血管平滑肌痉挛,调节微循环,从而减轻或消除病变部位黏膜的充血及水肿等炎症反应^[9];此外,黄连还具有较强的广谱抗病原微生物作用。鲁海燕等^[10]采用琼脂稀释法对五倍子黄连提取物进行体外抑菌活性研究,证明五倍子黄连提取物对表皮葡萄球菌、白色念珠菌、大肠杆菌、绿脓杆菌、金黄色葡萄球菌等口腔常见细菌有显著的抑制作用,尤其对表皮葡萄球菌作用最为显著。五倍子主要成分为五倍子鞣质,其作用于黏膜、创面溃疡可使蛋白质沉淀凝固成为不可溶化合物,而后形成薄膜将患处覆盖。另有文献研究表明,白及^[11]具有抗病原微生物、促进创面愈合及免疫调节作用;丹参^[12]具有抗氧化、抗凝和促纤溶作用;元胡^[13]具有很强的镇痛作用;马齿苋醇浸物或水煎剂对大肠杆菌、伤寒杆菌及金黄色葡萄球菌等均有抑制作用^[14]。

康复新液是美洲大蠊干燥虫体的乙醇提取物,具有提高机体免疫力、抗菌消炎、消除水肿、祛腐生肌等功效。但由于该药为乙醇提取物,灌肠后容易出现因乙醇刺激引起的腹痛、坠胀或不适感,临床疗效具有一定局限性。本研究采用自制中药合剂保留灌肠,结果发现治疗组疗效显著优于康复新液对照组,且治疗组在直肠黏膜积分、DAI 及症状缓解方面均显著优于对照组;提示自制中药合剂保留灌肠治疗溃疡性直肠

炎效果较康复新液更明显。

综上,采用本院自制中药合剂保留灌肠治疗溃疡性直肠炎疗效显著,且操作简便,不良反应少,值得临床推广。

参 考 文 献

- [1] 陈灏珠. 实用内科学[M]. 11 版. 北京: 人民卫生出版社, 2002:1785-1789.
- [2] 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): 416-419.
- [3] 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): 61-75.
- [4] 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): 891-895.
- [5] 郑筱萸. 中药新药临床研究指南原则(试行)[M]. 北京: 中国医药科技出版社, 2002.
- [6] 孙传兴. 临床疾病诊断依据治愈好转标准[M]. 2 版. 北京: 人民军医出版社, 2002: 75.
- [7] 中华医学会消化分会. 对炎症性肠病诊断治疗规范的建议[J]. 中华内科杂志, 2001, 40(2): 138-141.
- [8] 陶群群. 中药保留灌肠治疗慢性溃疡性结肠炎 80 例[J]. 中国中医药现代远程教育, 2012, 10(23): 19-20.
- [9] 王影, 刘文娟, 崔瑛. 黄连现代研究进展[J]. 中医学报, 2014, 29(11): 1642-1645.
- [10] 鲁海燕, 孙文基, 张龙, 等. 五倍子黄连提取物体外抑菌活性探究[J]. 安徽农业科学, 2010, 38(20): 10725-10726.
- [11] 张龙霏, 胡晶红, 张永清. 白及药理研究进展[J]. 中国现代中药, 2014, 16(1): 83-86, 89.
- [12] 许继文, 付春梅. 丹参的药理作用研究进展[J]. 医学综述, 2006, 12(23): 1467-1469.
- [13] 范卓文, 武斌, 刘国臣. 延胡索药理研究及临床应用进展[J]. 黑龙江医学, 2007, 20(5): 522-524.
- [14] 李鹏飞, 苗明三. 马齿苋的现代研究及临床应用[J]. 中医学报, 2014, 29(9): 1342-1344.

(收稿日期: 2019-03-18)