

doi:10.3969/j.issn.1674-4616.2019.04.013

中西医结合治疗慢性溃疡性直肠炎的临床观察

唐俊 方园园 段堃

武汉市中医医院, 武汉 430014

溃疡性直肠炎是一种病变主要累及直肠黏膜和黏膜下层的慢性非特异性炎症。慢性溃疡性直肠炎属于病因不明的炎症性肠病中的一种,国内报道其约占溃疡性结肠炎的 35.5%^[1]。临床主要以下腹痛、便意频繁、里急后重、黏液脓血便、肛门及直肠坠胀不适感、便秘与腹泻交替出现为主要表现。由于本病症状多呈持续性,病程迁延,反复发作,日久症状渐重,甚则出现心烦、焦躁等全身症状,患者难以忍耐、深感痛苦,严重影响患者的日常生活。为提高患者的生活质量,笔者采用参苓白术散加减汤剂口服配合奥硝唑氯化钠注射液保留灌肠治疗慢性溃疡性直肠炎,取得了满意疗效。现将结果报道如下。

1 资料和方法

1.1 一般资料

选取 2018 年 1 月—2018 年 12 月就诊于本院的慢性溃疡性直肠炎患者 60 例,按照随机数字表法分为观察组和对照组,每组 30 例。观察组,其中男 12 例,女 18 例;年龄(46.26±2.84)岁,年龄范围为 18~78 岁;病程(2.5±1.1)年,病程范围为 6 个月~6 年。对照组,其中男 14 例,女 16 例;年龄(46.17±2.79)岁,年龄范围为 22~75 岁;病程(2.7±0.9)年,病程范围为 6 个月~5 年。2 组患者一般资料比较,差异均无统计学意义($P>0.05$)。

1.2 诊断标准

西医诊断标准参照中华医学会消化病学分会炎症性肠病协作组 2012 年制定的《炎症性肠病诊断与治疗的共识意见》^[2],并根据临床表现和专科检查结果拟定,具体如下:①患者自觉下腹部疼痛或胀满,肛内坠胀不适、便意频数、排便不畅,有时大便混有血丝及黏液,病势时轻时重;②直肠指诊时患者有疼痛不适感或有明显触痛点,肛门括约肌痉挛,黏膜肿胀或发热感;③直肠镜下可见直肠黏膜血管纹理模糊、紊乱、充血、水肿,直肠部可见出血点或糜烂及脓性分泌物附着;④大便常规可见红细胞、脓细胞、白细胞或潜血。

中医诊断标准参照《溃疡性结肠炎中医诊疗专家

共识意见》^[3]中脾虚湿盛证辨证标准:食少,腹痛、腹胀,肛门坠胀,便溏不爽,或伴有黏液及血丝,或腹泻与便秘交替,身体困重;舌质红,苔黄腻或黄滑,脉滑数。

1.3 纳入及排除标准

纳入标准:①符合上述诊断标准;②患者及家属均自愿签署相关知情同意书,并经过本院伦理委员会批准。

排除标准:①合并心、肝、肾严重功能障碍或血液系统、内分泌系统、神经系统严重疾病者;②细菌痢疾、阿米巴痢疾、肠结核等感染性直肠炎;③多发肛乳头肥大及其他肛门疾病者;④伴有严重并发症,如局部狭窄、肠梗阻、肠穿孔、直肠息肉、中毒性结肠扩张、结直肠癌或其他癌症者;⑤妊娠及哺乳期妇女;⑥过敏体质或对治疗药物过敏者。

1.4 治疗方法

2 组患者均进行健康宣教,嘱患者治疗期间禁酒及生、冷、硬、辣食物,腹部保暖,避免受凉。对照组患者以奥硝唑氯化钠注射液(四川科伦药业股份有限公司, H20060634)保留灌肠,100 mL/次,2 次/d,连续治疗 14 d。具体操作方法为:嘱患者排空大小便后,取左侧卧位,双腿弯曲并用软枕垫高臀部 10 cm,将药物倒置于输液架上,插入输液器,将输液器连接注射针一端的过滤装置剪断去掉,留下的断端修剪圆润,涂上少许石蜡油直接经肛门口插入直肠内,深度以病灶范围中心为准,一般为 5~10 cm,调节滴速为 55 滴/min,灌肠结束后拔除输液管,轻揉患者肛门,嘱患者取膝胸位保持 3~5 min 后取侧卧位,保持灌肠液在肠腔内停留 2~3 h 以上。

治疗组患者在对照组治疗基础上加用参苓白术散加减汤剂口服,方药组成为:党参 12 g,茯苓 20 g,白术 12 g,薏苡仁 30 g,砂仁 10 g,桔梗 10 g,炒白扁豆 12 g,炒山药 15 g,白芍 20 g,白及 10 g,藿香 10 g,木香 10 g,甘草 6 g;上述药物水煎取汁,分早晚 2 次温服,每日 1 剂。2 组患者均连续治疗 14 d。

1.5 观察指标及疗效判定标准

①比较 2 组患者临床疗效,参照文献^[2]制定临

床疗效判定标准:显效 临床症状消失,肠镜复查见黏膜大致正常或无活动性炎症;有效 临床症状基本消失,肠镜复查见黏膜轻度炎症;无效 临床症状、肠镜复查均无改善。临床治疗总有效率=[(显效+有效)例数/总例数]×100%。

②比较2组患者临床症状缓解情况,治疗前后分别对2组患者的腹痛、腹泻、黏液脓血便、肛门坠胀感进行临床症状积分,根据症状的无、轻、中、重度,分别计0、1、2、3分;分数越高,代表临床症状越重。

③比较2组患者治疗前后肠镜下直肠黏膜评分情况:直肠黏膜无充血水肿、糜烂、溃疡等,计0分;直肠黏膜轻度充血水肿,血管纹理模糊但无出血,计1分;直肠黏膜中度充血水肿,呈颗粒样变化,糜烂或伴出血,计2分;直肠黏膜重度充血水肿、糜烂,触之明显出血,计3分。

1.6 统计学处理

采用SPSS 20.0统计软件进行数据处理,计量资料以均数±标准差($\bar{x} \pm s$)表示,采用t检验;计数资料以率(%)表示,采用 χ^2 检验。以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 临床疗效比较

治疗后,观察组患者临床治疗总有效率为96.7%,显著高于对照组的80.0%($P < 0.05$)。见表1。

表1 2组患者临床疗效比较($n=30$,例,%)

组别	显效	有效	无效	总有效率
对照组	20	4	6	24(80.0)
治疗组	28	1	1	29(96.7) [△]

与对照组比较, $\Delta P < 0.05$

2.2 肠镜下直肠黏膜评分

治疗前,2组患者肠镜下直肠黏膜评分比较,差异无统计学意义($P > 0.05$);治疗后,2组患者的肠镜下

直肠黏膜评分均较治疗前明显下降,且观察组显著低于对照组($P < 0.05$)。见表2。

表2 2组患者肠镜下直肠黏膜评分比较($n=30$,分, $\bar{x} \pm s$)

组别	时间	肠镜下直肠黏膜评分
对照组	治疗前	2.04±0.55
	治疗后	1.74±0.61*
观察组	治疗前	2.14±0.56
	治疗后	1.15±0.64* [△]

与治疗前比较,* $P < 0.05$;与对照组比较, $\Delta P < 0.05$

2.3 临床症状积分

治疗前,2组患者腹痛、腹泻、黏液脓血便、肛门坠胀感临床症状积分比较,差异无统计学意义($P > 0.05$);治疗后,2组患者的临床症状积分均较治疗前明显下降,且观察组显著低于对照组($P < 0.05$)。见表3。

3 讨论

目前现代医学对慢性溃疡性直肠炎的发病机制尚不明确,主要认为由多种因素相互作用所致,包括遗传、免疫功能失调、精神心理、机械性刺激等,由于本病病程较长,长期不愈,患者多有焦虑、抑郁等负性情绪,这种心理应激会导致肠黏膜屏障障碍而加重肠道炎症^[4]。目前临床上治疗慢性溃疡性直肠炎的方法很多,临床疗效参差不齐,西医多采用抗生素、激素、免疫抑制剂对症治疗,但疗效不能持久,且激素、免疫抑制剂长期使用后副作用明显,减量、停药后复发率相对较高。

传统中医学认为本病属于“肠风”“泄泻”“肠癖”等病症范围,是由于饮食劳逸失度、外感六淫、痰饮瘀血、七情内伤等因素所致脾胃运化失常,湿热侵入大肠,与气血相搏,大肠气血阻滞,日久而成本病。方中以党参、白术、茯苓为君药,党参益气健脾,白术健脾燥湿,茯苓既善健脾补虚,又兼利水渗湿,三者共达益

表3 2组患者临床症状积分比较($n=30$,分, $\bar{x} \pm s$)

组别	时间	腹痛	腹泻	黏液脓血便	肛门坠胀感
对照组	治疗前	2.64±0.93	2.44±0.69	1.98±0.64	2.13±0.64
	治疗后	1.38±0.81*	1.43±0.87*	1.55±0.79*	1.46±0.52*
治疗组	治疗前	2.57±0.90	2.66±0.59	1.82±0.67	2.58±0.71
	治疗后	0.73±0.59* [△]	0.85±0.76* [△]	1.01±0.84* [△]	0.98±0.75* [△]

与治疗前比较,* $P < 0.05$;与对照组比较, $\Delta P < 0.05$

气健脾之效;山药补脾养胃,薏苡仁健脾渗湿,白扁豆补脾化湿共为臣药,加强健脾益气、渗湿止泻之功;砂仁为佐,醒脾和胃、行气化滞;桔梗和甘草为佐使,桔梗以宣肺利气、通调水道、引气上升,甘草则健脾和中、调和诸药;白及收敛止血,消肿生肌;白芍养血柔肝,健脾补虚;木香行气止痛,健脾消食,在方中可以减轻参、术等补益药的滋腻阻滞之弊;藿香芳香化浊,醒脾除湿,行气和胃;诸药合用,使脾气得以健运,湿邪得以祛除,即可达到健脾祛湿、行气止痛、收敛止血的功效。研究表明^[5-6],参苓白术散具有调节肠道菌群、促进损伤肠组织恢复、恢复机体免疫功能的作用。奥硝唑是第 3 代硝基咪唑类药物,临床广泛用于革兰阴性杆菌、原虫、厌氧菌及肠球菌等感染性疾病。奥硝唑氯化钠注射液保留灌肠,药液经直肠黏膜吸收后直接进入血液循环,能有效避免药物经口服治疗后出现的消化道不适反应和肝脏首过消除效应,大大提高了药物的利用率。本研究采用中西医结合治疗慢性溃疡性结肠炎,西药直接作用病变部位,联合中药持续调理,从而标本同治。

本研究结果显示,治疗后,观察组患者临床治疗总有效率为 96.7%,显著高于对照组的 80.0%;2 组患者的临床症状积分均较治疗前明显下降,且观察组显著低于对照组;2 组患者的肠镜下直肠黏膜评分均较治疗前明显下降,且观察组显著低于对照组。结果表明,采用参苓白术散加减汤剂口服配合奥硝唑氯化钠注射液保留灌肠治疗慢性溃疡性结肠炎患者,可显

著提高临床疗效,缓解临床症状,改善肠镜下直肠黏膜情况。

综上所述,中西医结合治疗慢性溃疡性结肠炎临床疗效可靠,可显著提高临床疗效,缓解临床症状,改善肠镜下直肠黏膜情况,值得推广应用。

参 考 文 献

- [1] 朱振华,曾志荣,彭侠彪,等. 广东省中山市炎症性肠病的发病率及临床特点[J]. 中华消化杂志,2013,33(6):390-393.
- [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(2012 年·广州)[J]. 胃肠病学,2012,17(12):763-781.
- [3] 中华中医药学会脾胃病分会. 溃疡性结肠炎中医诊疗专家共识意见(2017)[J]. 中华中医药杂志,2017,32(8):3585-3589.
- [4] 王昊,吴万春,韩真,等. 心理应激对溃疡性结肠炎病情及疗效的影响[J]. 中国临床药理学与治疗学,2006,11(1):86-90.
- [5] 杨旭东,张杰,王葳. 参苓白术散对脾虚小鼠肠保护作用及其机制的研究[J]. 牡丹江医学院学报,2009,30(5):9-11.
- [6] 刘喜平,贾育新,刘勃,等. 参苓白术散对溃疡性结肠炎脾虚型模型大鼠 CD44、CD54 及 CD62p 的影响[J]. 时珍国医国药,2011,22(11):2671-2673.

(收稿日期:2019-05-11)

关于医学符号的使用

统计学符号不论用哪种字母,也不论大写或小写一律用斜体。要注意区分拉丁字母和希腊字母。例如均数的符号是字母“ \bar{x} ”,卡方的符号是希腊字母“ χ^2 ”;样本的相关系数是英文“ r ”,不能误为希腊文“ γ ”。

化学元素及核素在医学写作时一般多采用符号,以拉丁字母正体大写表示,离子态是在右上角用数字加“-”或“+”表示。例如 Na^+ 、 Ca^{2+} 、 P^{3-} 等,不采用 Ca^{++} 、 P^{---} 、 Al^{+3} 、 O^{-2} 表示。核素的核子素(质量数)应写在元素符号的左上角,例如: ^{31}I 、 ^{32}P 表示激发状态的 m 写在右上角,例如: $^{99}\text{Tc}^m$ 、 $^{133}\text{In}^m$ 。在科技论文和专著中不应写核素的中文名称,即不能写成^[3]碘、钢^{133m}、P³²、Tc^{99m}。