

· 临床经验 ·

椒梅连理汤治疗慢性溃疡性结肠炎的临床研究

周春和 高玉华 高社光 王玲玲 宋立峰 申炜 郭兴芳 李志斌 刘娜

【摘要】 目的 观察椒梅连理汤对慢性溃疡性结肠炎患者的疗效。**方法** 收集慢性溃疡性结肠炎患者 120 例,随机分为 2 组,各 60 例,观察组给予椒梅连理汤治疗,对照组给予柳氮磺吡啶治疗。2 个月后观察临床疗效,比较 2 组患者大便次数及性状、红细胞沉降率(ESR)、C 反应蛋白(CRP)。**结果** 观察组总有效率 91.67%,对照组 75.00%,大便次数及性状改变明显,治疗后组间比较差异有统计学意义($P<0.05$)。经治疗 ESR、CRP 也有一定的改善。**结论** 椒梅连理汤治疗慢性溃疡性结肠炎疗效明显,尤其对大便性状及次数改善明显,充分体现了中医药治疗溃疡性结肠炎的优势。

【关键词】 慢性溃疡性结肠炎; 椒梅连理汤; 临床观察

【中图分类号】 R574.62 **【文献标识码】** A doi:10.3969/j.issn.1674-1749.2012.10.020

溃疡性结肠炎(ulcerative colitis, UC)是一种原因未明的直肠和结肠慢性炎症性疾病,临床表现主要有腹泻、黏液脓血便、腹痛和里急后重等。多反复发作或慢性迁延,不易治愈。随着生活习惯和工作节奏的变化,近年中国溃疡性结肠炎的发病率有明显增高的趋势。柳氮磺吡啶(SASP)目前是中国治疗溃疡性结肠炎病人的常用药物,但仍非特效疗法。中医药治疗慢性溃疡性结肠炎有一定的优势,笔者尝试用椒梅连理汤治疗,疗效明显,现报告如下。

1 对象与方法

1.1 一般资料

观察病例共 120 例,均为邯郸市中医院肛肠科 2010 年 1 月至 2012 年 1 月门诊及住院确诊的慢性溃疡性结肠炎患者。利用信封法随机分为观察组和对照组各 60 例。观察组男 35 例,女 25 例,年龄 23~62 岁,平均(36.5±12.3)岁,病程 4~102 月,平均(41.3±22.5)月。对照组男 32 例,女 28 例,年龄 22~61 岁,平均(36.8±13.0)岁,病程 6~105 月,平均(42.3±21.6)月。2 组性别、年龄、病程比较,差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。

1.2 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 2007 年在济南提出并制定的《对我国炎症性肠病诊断治疗规范

的共识意见》^[1]拟定诊断标准:(1)临床表现为持续或反复发作的腹泻、黏液脓血便伴腹痛、里急后重和不同程度的全身症状。病程多在 4~6 周以上,可有关节、皮肤、眼、口及肝胆等肠道外表现。(2)结肠镜检查示黏膜血管纹理模糊、紊乱、充血、水肿,明显处可见弥漫性多发糜烂或溃疡,慢性病变者可见结肠袋囊变浅、变钝或消失,假息肉及桥形黏膜等。病变多从直肠开始,呈连续性、弥漫性分布。(3)钡灌肠示黏膜粗乱及(或)颗粒样改变,肠管边缘锯齿状或毛刺样,肠壁多发性小充盈缺损,肠管缩短,袋囊消失呈铅管样。具有第 1 条临床表现,结肠镜检查或钡灌肠检查有明显表现者即可确诊。

1.3 排除标准

(1)合并心血管、脑血管、肝、肾等严重疾病者。(2)有局部狭窄、肠梗阻、肠穿孔、直肠息肉、结直肠癌等严重并发症者。(3)阿米巴痢疾、血吸虫病、肠结核、克罗恩病、放射性肠炎等原因明确的结肠炎症者。(4)妊娠或哺乳期妇女。

1.4 治疗方法

观察组给予自拟椒梅连理汤治疗,处方:川花椒 6 g、乌梅 15 g、川黄连 15 g、党参 12 g、麸炒白术 15 g、干姜 6 g、炙甘草 10 g。每天 1 剂,水煎 400 ml,分 2 次服用。脓血便重者给予云南白药粉 0.5 g 冲服,每天 2 次。对照组给予柳氮磺吡啶(SASP)(北京双鹤药业生产,国药准字 H11020818)口服治疗,每次 1 g,每天 3 次,症状缓解后改为每次 0.5 g。2 组均治疗 2 个月。

1.5 观察指标

观察患者临床症状,比较 2 组患者红细胞沉降率(ESR)、C 反应蛋白(CRP)。临床症状消失,大便正常,纤维结肠镜检查黏膜溃疡病灶恢复正常为痊愈;临床症状明显改善,大便次数较原来减少,纤维结肠镜检查肠黏膜溃疡病

作者单位:056001,河北省邯郸市中医院肛肠科(周春和、宋立峰、申炜、郭兴芳、李志斌),老年病科(高社光、王玲玲、刘娜);邯郸市传染病医院肝病七科(高玉华)

作者简介:周春和(1958-),本科,副主任中医师。研究方向:中医药治疗慢性溃疡性结肠炎的研究。E-mail:hdslf2008@163.com

通讯作者:宋立峰(1975-),本科,副主任中医师。研究方向:中医肛肠疾病临床研究。E-mail:hdslf2008@163.com

灶缩小为有效;临床症状无改善,纤维结肠镜检查肠黏膜溃疡病灶无改善为无效。

1.6 统计学处理

将所有数据录入 Excel 表格,采用 SPSS 11.5 软件进行统计学分析,疗效评价采用卡方检验。ESR 和 CRP 数据用 $\bar{x} \pm s$ 表示,采用 t 检验。 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 临床疗效

经治疗,观察组总有效率 91.67%,对照组总有效率 75.00%。2 组临床疗效经卡方检验,差异有统计学意义($P < 0.05$)。见表 1。

表 1 2 组 UC 患者临床疗效比较

组别	例数	痊愈	有效	无效
观察组	60	38	17	5
对照组	60	23	22	15

2.2 大便次数和性状比较

治疗前每天大便不同次数患者分布情况比较,2 组差异无统计学意义($P > 0.05$),治疗后分布情况比较,2 组差异有统计学意义($P < 0.05$)。见表 2。

表 2 2 组 UC 患者治疗前后大便次数情况比较(例)

组别	大便次数		
	每天 3 次以下者	每天 3~6 次者	每天 6 次以上者
观察组			
治疗前	26	28	6
治疗后	57	3	0
对照组			
治疗前	28	27	5
治疗后	50	8	2

治疗前不同大便性状患者分布情况比较,2 组差异无统计学意义($P > 0.05$),治疗后分布情况比较,2 组差异有统计学意义($P < 0.05$)。见表 3。

表 3 2 组 UC 患者治疗前后大便性状情况比较(例)

组别	大便性状		
	无黏液血便者	少许黏液血便者	较多黏液血便者
观察组			
治疗前	18	19	23
治疗后	47	13	0
对照组			
治疗前	19	20	21
治疗后	42	16	2

2.3 ESR 和 CRP 比较

经治疗,患者 ESR 和 CRP 均较治疗前明显改善,差异有统计学意义($P < 0.05$),治疗后 2 组间比较,CRP 差异有统计学意义($P < 0.05$),ESR 差异无统计学意义($P > 0.05$)。

表 4 2 组 UC 患者 ESR、CRP 比较

组别	ESR(mm/h)	CRP(mg/L)
观察组		
治疗前	46.3±13.6	61.6±13.7
治疗后	18.7±4.8	8.9±2.3
对照组		
治疗前	46.8±15.4	62.0±14.3
治疗后	21.3±5.2	13.5±4.2

3 讨论

慢性溃疡性结肠炎是一种原因不明的慢性炎症性肠病,目前多认为其与遗传、感染、精神、酶学说、免疫等因素有关,常因免疫功能异常和炎症介质生成增多形成。其病理变化主要局限于结肠的黏膜和黏膜下层黏膜弥漫充血、水肿、质脆易出血连线分布。病程漫长,常反复发作。治疗上多采用抗生素、免疫抑制剂、糖皮质激素等治疗。柳氮磺胺吡啶为水杨酸制剂,在肠微生物作用下分解成 5-氨基水杨酸和磺胺吡啶而显效。目前认为本品对溃疡性结肠炎产生疗效的主要成分是 5-氨基水杨酸,与肠壁结缔组织络合后通过各种方式起到抗菌消炎和免疫抑制作用,抑制引起炎症的前列腺素合成和炎症介质白三烯的形成,但它口服不易吸收,长期服用可能引起恶心、呕吐、药疹、白细胞减少等不良反应,停药后易反复^[2]。

溃疡性结肠炎主要症状是腹泻、腹痛、便血、黏液便等,中医将其归类于“泄泻”、“肠癖”、“久痢”、“休息痢”、“血痢”、“肠风下血”、“滞下”等范畴。《素问·太阴阳明论》说:“饮食不节,起居不时者……阳受之则入六腑,阴受之则入五脏……入五脏则腹满闭塞,下为飧泄,久为肠癖。”近代中医关于溃疡性结肠炎的研究很多,认为其病因病机主要为脏腑阴阳气血的失调,以脾虚为本,以湿热、痰浊、或血瘀等为标^[3]。如李乾构^[4]认为本病多为脾胃虚弱或其他各因素导致的脾胃损伤,进而影响大肠传导功能,以脾胃虚弱,大肠湿热为主。史仁杰认为其多与脾胃相关,多为脾寒肠热,寒热错杂^[5]。王希利等^[6]认为肺脾功能失调,痰瘀阻络为病机。王新月等^[7]认为瘀血内阻,积滞不通是其主要病理基础。

笔者认为,溃疡性结肠炎发病多因情志不畅,或饮食不节邪滞于肠,气血壅滞,肠道传导失司,脂络受伤,腐败化为脓血或素体阴盛,外感寒湿,内伤饮食,迁延日久,脾虚湿盛、寒热夹杂之证。常因过劳、受冷或饮食不节而加重。治疗寒热并调为主,并健脾祛湿。故自拟椒梅连理汤治疗,方中川花椒、乌梅、黄连助阳益肾,调节寒热;党参可以益气健脾,麸炒白术可以燥湿健脾,干姜温中散寒,炙甘草和中缓急,以达到温运脾湿、调和寒热的作用。

本研究显示,观察组临床疗效满意,尤其对于大便性状及次数的改变,效果明显,经治疗后均有明显改善,优于柳氮磺胺吡啶治疗。有研究表明 CRP 水平变化可以反映 UC 患者临床严重程度^[8],本研究表明该方对患者 ESR 和 CRP 有

一定影响。说明椒梅连理汤治疗溃疡性结肠炎效果明显,尤其对于患者症状的改变。症状为影响患者生活工作的重要因素,因此中医治疗的优势得到了充分体现,其发挥作用的具体机制仍需要进一步研究。

参 考 文 献

- [1] 中华医学会消化病学分会炎症性肠病协作组. 对我国炎症性肠病诊断治疗规范的共识意见[J]. 中华消化杂志, 2008, 27(8): 545-550.
- [2] 韩军. 柳氮磺胺吡啶治疗溃疡性结肠炎 24 例[J]. 临床医学, 2001, 21(11): 6-7.
- [3] 朱洁梅, 李春婷. 中药内治溃疡性结肠炎浅议[J]. 环球中医药, 2011, 4(1): 43-45.

- [4] 李乾构. 溃疡性结肠炎辨证论治体会[J]. 北京中医, 2001, 19(1): 5-6.
- [5] 陈华兵. 史仁杰寒热并用法治溃疡性结肠炎的经验[J]. 江西中医药, 2004, 38(8): 47-48.
- [6] 王希利, 彭艳红, 孙明祯, 等. 溃疡性结肠炎以肺脾痰瘀论治研究[J]. 辽宁中医杂志, 2007, 34(6): 747-748.
- [7] 王新月, 田德禄. 溃疡性结肠炎病因病理特点与中医辨治思路对策[J]. 北京中医药大学学报, 2007, 30(8): 554-555.
- [8] 吴润桂. 评价 86 例溃疡性结肠炎患者血清中 C 反应蛋白临床疗效价值[J]. 中国医药导报, 2008, 5(24): 253-255.

(收稿日期: 2012-06-21)

(本文编辑: 刘群)

宁血络片治疗阴虚血热证慢性特发性血小板减少性紫癜 30 例

李艳 周韶虹 陈凯丹 周永明 许毅 胡明辉 朱文伟 胡令彦 王婕
孙伟玲 鲍计章 陈海琳

【摘要】 目的 观察宁血络片治疗阴虚血热证慢性特发性血小板减少性紫癜的临床疗效。**方法** 将 60 例慢性特发性血小板减少性紫癜患者随机分成两组: 西药组 30 例, 给予曲安西龙片 $0.8 \text{ mg} \cdot \text{kg}^{-1} \cdot \text{d}^{-1}$ 口服, 中药组 30 例, 予宁血络片, 每次 5 片, 每天 3 次口服。疗程均为 8 周, 观察治疗西药疾病疗效、血小板计数变化、中医证候疗效, 进行肝肾功能检测, 并观测其他药物不良反应。**结果** (1) 比较两组的临床疗效, 中药组总有效率 73.2%; 西药组总有效率 63.4% ($P > 0.05$), 宁血络片和曲安西龙片临床疗效相当。(2) 比较两组间中医证候疗效, 中药组总有效率为 86.7%; 西药组总有效率 53.3% ($P < 0.05$), 宁血络片在改善中医证候评分方面明显优于曲安西龙片。(3) 中药组肝肾功能异常等不良反应发生例数明显少于西药组。**结论** 宁血络片治疗阴虚血热证慢性特发性血小板减少性紫癜效果良好; 宁血络片通过改善患者中医症状提高患者生活质量; 宁血络片临床应用安全。

【关键词】 宁血络片; 阴虚血热; 特发性血小板减少性紫癜

【中图分类号】 R554+.6 **【文献标识码】** A doi:10.3969/j.issn.1674-1749.2012.10.021

特发性血小板减少性紫癜 (idiopathic thrombocytopenic purpura, ITP) 是一组免疫介导的血小板过度破坏所致的出

血性疾病^[1]。本病是血液系统常见病, 约占出血性疾病的 30%。其中, 血小板减少持续超过 12 个月者成为慢性特发性血小板减少性紫癜 (chronic idiopathic thrombocytopenic purpura, CITP)^[2]。目前国内外 CITP 的治疗首选糖皮质激素药物, 其有效率约为 50.0% ~ 66.0%^[3-4]。但是存在易复发、副作用多等缺点。从中医角度, ITP 一般被认为属于“血证”范畴。根据本课题组长期的临床观察, 并查阅大量文献报道, 提出 CITP 以阴虚血热证为主, 约占 1/2 ~ 2/3^[5-6]。宁血络片是全国名老中医黄振翘教授研制, 具有滋阴降火、宁络止血的功效, 在临床运用十余年。本研究采用随机、对照的临床研究, 观察宁血络片治疗阴虚血热证 CITP 的临床疗

基金项目: 上海中医药大学附属岳阳中西医结合医院基金 (30304115242); 黄振翘全国名老中医传承工作室项目

作者单位: 200437 上海中医药大学附属岳阳中西医结合医院血液科

作者简介: 李艳 (1977-), 女, 硕士, 主治医师。研究方向: 血液病中西医结合临床研究。E-mail: liyan.net@163.com

通讯作者: 周韶虹 (1966-), 女, 主任医师, 硕士生导师。研究方向: 血液病中医及中西医结合临床研究。E-mail: zhoush66@126.com