

溃结宁治疗溃疡性结肠炎的临床与免疫的观察

Clinical and immune observation of treating ulcerative colitis with Kuijie ning

曾江涛¹ 吴红苗²

(1.茂名市中医院, 广东 茂名 525000; 2.茂名市石化医院, 广东 茂名, 525011)

中图分类号: R574.62 文献标识码: A 文章编号: 1674-7860 (2011) 15-0030-02 证型: IDGA

【摘要】 目的: 溃结宁治疗溃疡性结肠炎的临床疗效和该方对机体免疫的调节作用。方法: 应用溃结宁治疗溃疡性结肠炎 27 例, 并与柳氮磺胺吡啶治疗的 29 例作对照, 观察两组治疗前、后的症状及证候变化以及血清免疫球蛋白的变化。结果: 中药治疗组能明显改善溃疡性结肠炎的中医临床证候。在对 IgG、IgA、IgM 的影响方面: 中药组治疗后 IgG 和 IgM 的水平与西药组治疗后相比, 有显著差异, 且中药组下降更为明显。结论: 采用溃结宁治疗溃疡性结肠炎患者, 溃结宁能明显改善病人的临床症状, 且有免疫调节作用, 可能是治疗溃疡性结肠炎的重要机制。

【关键词】 溃结宁; 溃疡性结肠炎; 免疫

【Abstract】 Objective: To observe the clinical effects of treating ulcerative colitis and the regulation of this medicine on immune. Methods: 27 cases were treated with ulcerative colitis with Kuijie ning, compared with 29 cases who were treated with sulfasalazine, observing the changes of symptoms and syndromes and serum immunoglobulin before and after the treatment. Result: TCM treatment group can improve the TCM clinical syndrome of ulcerative colitis. Impact on: Compared the IgG and IgM levels of TCM group with that of Western medicine after treatment, there are significant differences, and the low of the level more obvious in TCM. Conclusion: Treating patients with ulcerative colitis with Kuijie ning, Kuijie ning can improve the clinical syndrome, and had immune regulation, may be the important mechanism of treating ulcerative colitis.

【Keywords】 Kuijie ning; Ulcerative colitis; Immunity

溃疡性结肠炎 (Ulcerative Colitis, UC) 是一种病因不明的, 以直、结肠的表浅性、非特异性炎症病变为主的疾病, 部分患者伴有程度不同的全身症状, 多反复发作。近年来, 笔者自拟溃结宁方加减治疗该病, 取得了一定疗效, 现报道如下。

1 一般资料

在本院 2008 年 7 月~2009 年 12 月的住院和门诊患者中, 符合下列条件者纳入研究: ①符合慢性溃疡性结肠炎诊断标准者^[1], 排除重度及有严重并发症患者; ②无明显心脑血管及肝、肾、血液系统等疾病; ③年龄在 18~70 岁之间。共纳入 59 例患者, 随机分为 2 组。治疗组 27 例, 其中男 14 例, 女 13 例, 年龄在 25~68 岁之间。对照组共纳入 29 例, 其中男 14 例, 女 15 例, 年龄在 24~70 岁之间。两组患者性别、年龄等均相似, 经 χ^2 检验差异无显著性 ($P>0.05$)。

2 治疗方法

2.1 治疗用药

治疗组应用芍药汤加减, 药物组成: 白芍 24g, 当归 6g, 黄芩、白头翁、槟榔、枳壳、白术各 10g, 黄连、木香、大黄各 6g, 肉桂、甘草各 3g, 田七粉 5g (冲), 白芨、麦芽各 15g。如脾虚明显则去白头翁、大黄, 加党参、薏苡仁 20g; 疼痛明显者加元胡 10g, 川楝子 10g。上药每日 1 剂, 每剂头煎加水 500ml, 煎 50min, 取汁 250ml, 二煎加水 400ml 煎 40min, 取汁 200ml。两汁相混匀, 分 2 次服, 早晚各 1 次, 餐后半小时

服用。对照组则选用柳氮磺胺吡啶片 100mg, 每日 3 次, 症状缓解后逐步减量至 50mg, 每日 4 次。两组疗程均为 12 周。

2.2 观察项目

2.2.1 两组患者治疗前后的常见症状

选取包括腹痛、腹泻、脓血便、腹胀、里急后重、发热等 6 个症状, 按轻、中、重予以分级量化。其中正常 0 分, 轻度为 1 分, 中度为 2 分, 重度为 3 分, 分别记录患者治疗前后积分。

2.2.2 结肠镜检查

按粘膜病变程度分级^[2]。

2.2.3 血清免疫球蛋白 (放免法)

治疗前后血清免疫球蛋白 IgG、IgA、IgM。

2.3 统计学处理

采用统计学软件 SPASS10.0 进行。

3 疗效评定标准

疗效评定标准包括: 主要症状疗效评定标准、中医证候疗效评定标准、肠镜疗效评定标准^[3]。

3.1 肠镜疗效评定标准

①显效: 肠镜复查粘膜病变恢复正常, 或溃疡病灶已形成瘢痕或粘膜病变恢复程度 2 级以上;

②有效: 肠镜复查粘膜病变恢复程度达 1 级以上;

③无效: 肠镜复查粘膜病变改善未达到以上标准, 甚至加重者。

3.2 临床综合疗效评定标准

- ①痊愈：肠镜判断痊愈，中医临床症状全部或基本消失，证候积分 $\geq 95\%$ ；
- ②显效：肠镜判断有效，中医临床症状明显改善，证候积分 $\geq 70\%$ ；
- ③有效：肠镜判断有效，中医临床症状均好转，证候积分减少 $\geq 30\% < 70\%$ ；

④无效：肠镜判断无效，中医临床症状均无明显改善或加重，证候积分减少 $< 30\%$ 。

4 治疗结果

- 4.1 临床综合疗效比较
- 两组间综合疗效比较，见表 1。

表 1 两组间综合疗效比较

组别	例数	临床治愈	显效	有效	无效	总有效率
治疗组	27	6 (22.2%)	12 (44.4%)	5 (18.5%)	4 (14.9%)	23 (85.1%)
对照组	29	5 (17.3%)	9 (31.1%)	8 (27.5%)	7 (24.1%)	22 (75.9%)

$\chi^2 = 1.961, P > 0.05$ 。根据表 1 可知，治疗组总有效率 85.1%，明显高于对照组的 75.9%，但是由 χ^2 检验， $P > 0.05$ 则又说明二

者之间比较没有显著的差异性。

4.2 血清免疫球蛋白测定结果，见表 2。

表 2 治疗前后血清免疫球蛋白的变化 ($\bar{x} \pm s$)

组别	例数		IgG	IgA	IgM
治疗组	27	治疗前	13.237 $\pm$ 3.621	2.296 $\pm$ 1.235	1.586 $\pm$ 0.612
		治疗后	7.583 $\pm$ 1.147	2.288 $\pm$ 1.167	1.028 $\pm$ 0.311
对照组	29	治疗前	11.935 $\pm$ 3.196	2.304 $\pm$ 1.247	1.621 $\pm$ 0.629
		治疗后	8.633 $\pm$ 1.268	2.261 $\pm$ 1.036	1.245 $\pm$ 0.436

注：治疗前两组患者的血清免疫球蛋白中的 IgG 和 IgM 的水平均较正常人增高，分别经中、西药治疗后下降，治疗前后比较，均有显著差异 ($P < 0.01$)；中药组治疗后 IgG 和 IgM 的水平与西药组治疗后相比，亦有显著差异 ($P < 0.05$)，且中药组下降更为明显；治疗前后的 IgA 水平差异无显著性 ($P > 0.05$)，与正常人相当。

5 典型病例

患者甲，女，32 岁。2009 年 3 月 9 日初诊。有反复腹痛、腹泻、解黏液便 2 年余，加重 1 周，腹痛拒按，痛则欲便，泄后痛减，每日腹泻 3~5 次，里急后重，大便中夹有黏液，未见鲜血，小便黄，舌红苔黄腻，脉滑数，肠镜示：肠粘膜充血水肿，伴有糜烂，可见多个浅溃疡，上覆少许白苔，周围粘膜充血水肿。大便常规示白细胞 2~5 个/HP，可见脓球，红细胞 8。西医诊断：慢性溃疡性结肠炎。中医诊断：滞下，肠道湿热证。治拟清化肠道湿热，调和气血。处方芍药汤加减：白芍 24g，当归 6g，黄芩、白头翁、槟榔、枳壳各 10g，黄连、木香、大黄各 6g，肉桂、甘草各 3g，田七粉 5g (冲)，白芨、麦芽各 15g。每日 1 剂，治疗 4 周后，腹痛、腹泻、里急后重等症均明显减轻。再随症加减治疗 12 周后上述症状基本消失。6 个月后随访，症状无复发。

6 讨论

UC 病程缓慢，目前许多医家认为本病与自身免疫有关，尤其是体液免疫在本病发病过程占重要地位。中医学认为本病初发以邪实为主，反复发作则表现为邪实脾虚。且临床表现大

便粘腻不爽，里急后重，腹痛，舌红苔黄腻，脉滑等湿热征象，所以临床采用清化肠道湿热的芍药汤作为基本方，方中黄芩、黄连、白头翁清热燥湿解毒；重用芍药养血和营、缓急止痛，配当归养血活血，体现了“活血则便脓自愈”之义；木香、槟榔、枳壳行气导滞，体现了“行气则后重自除”之义；大黄苦寒沉降，泻下通腑作用导湿热积滞从大便而去；反佐肉桂、白术，防苦寒伤脾胃阳气；田七、白芨能有效修复肠道粘膜。中医辨病辨证，标本兼治，故收效良好。并且从实验数据可以推测中药具有良好的免疫调节作用，能有效增强机体免疫功能，从而有效改善症状并修复粘膜溃疡，而取得明显效果。

参考文献：

[1]全国慢性非感染性肠道疾病学术研讨会.溃疡性结肠炎的诊断及疗效标准[J].中华消化杂志,1993,13(6):354-355

[2]郑筱萸.中药新药临床研究指导原则[M].北京:中国医药科技出版社,2002:129-134

[3]李琪佳.细胞因子与溃疡性结肠炎[J].临床内科杂志,1997,14(6):297-298

编号：ER-11071200 (修回：2011-08-11)