

中西医结合治疗溃疡性结肠炎 44 例

Treating 44 cases of ulcerative colitis in the integrative medicine

张合红

(山东省临沂市蒙阴县中医院, 山东 临沂, 276200)

中图分类号: R574.62 文献标识码: A 文章编号: 1674-7860 (2012) 21-0061-02 证型: IDGA

【摘要】 目的: 评估中西医结合治疗溃疡性结肠炎的疗效情况。方法: 对 44 例溃疡性结肠炎患者在西医治疗基础上加用自制中药灌肠治疗, 并与对照组比较。结果: 辅助中药组的 ESS 评分显著高于对照组 ($P<0.05$); 显效率和有效率与对照组比较有统计学意义 ($P<0.05$)。结论: 渍结灌肠汤对溃疡性结肠炎的治疗有明显疗效。

【关键词】 中西医结合; 溃疡性结肠炎

【Abstract】 Objective: To evaluate the effects of the integrative medicine in treating ulcerative colitis. Methods: 44 cases of patients with ulcerative colitis on the basis of modern medicine treatment plus TCM medicine enema therapy, compared with the control group. Results: ESS score of auxiliary TCM group was significantly higher ($P<0.05$); Markedly efficiency and effective rate compared with that of control group was statistically significant ($P<0.05$). Conclusion: The effect of the ulcerative colitis enema decoction was obvious in treating ulcerative colitis.

【Keywords】 Integrative medicine; Ulcerative colitis

doi:10.3969/j.issn.1674-7860.2012.21.030

溃疡性结肠炎是一种病因尚不十分清楚的直肠和结肠慢性非特异性炎症性疾病, 且以溃疡为主。病变主要限于大肠粘膜和粘膜下层, 亦可遍及整个结肠^[1]。临床表现为腹泻, 粘液脓血便, 腹痛和里急后重。病情轻重不等, 多呈反复发作的慢性病程。本病可发生在任何年龄, 多见于 20~40 岁, 亦可见于儿童或老年, 男女发病率无明显差别。

尽管糖皮质激素对于 80% 的溃疡性结肠炎患者有效, 但糖皮质激素对于溃疡性结肠炎患者长期疗效并不令人满意。初始激素治疗有效的溃疡性结肠炎患者中, 仅有 50% 的溃疡性结肠炎患者可以不经手术或激素维持 1 年以上治疗来维持临床缓解, 多数患者产生激素依赖或激素抵抗。对于难治性溃疡性结肠炎可考虑使用免疫抑制剂、白细胞吸附血浆分离置换术、生物制剂、手术等治疗。以免疫抑制为主的非激素类药物进行替代或部分替代激素治疗, 毒副作用也较大, 患者难以接受。本病属于中医“久泻”、“久痢”等范畴。中药辨证施治以调整脏腑功能, 补偏救弊, 标本兼治, 整体调节气血阴阳平衡, 可协助激素的逐步减量, 减少激素依赖及激素抵抗的发生, 并可减少激素及免疫抑制剂毒副作用, 调整免疫状态, 最终达到停用激素, 维持缓解的目的, 运用中药可以明显提高撤减和停用激素的成功率, 治疗本病有潜在优势。

笔者在临床中采用中西医结合治疗方法治疗患者 44 例, 现报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料

所有病例均来源于 2008 年 1 月~2011 年 12 月我院门诊, 共 87 例, 诊断符合溃疡性结肠炎, 中医辨证为湿热壅结, 临床表现为腹痛或胀, 里急后重, 痢下赤白, 稠粘气息, 肛门灼热, 小便短赤, 口干苦而粘, 舌苔黄腻, 脉滑数。87 例随机分为两组, 治疗组 44 例, 男性 7 例, 女性 37 例, 平均年龄 (34.5

± 12.9) 岁, 平均病程 (6.2 ± 3.1) 个月, 平均体重指数 (BMI) = 体重 (kg) / 身高 (m²) (23 ± 2.96)。对照组 43 例, 男性 9 例, 女性 34 例, 平均年龄 (31.1 ± 11.3) 岁, 平均病程 (7.8 ± 3.7) 个月, 平均 BMI (23 ± 3.18) 两组年龄、性别、病程、BMI 等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: 符合 2007 年济南中华医学会第七次全国消化病学术会议制定标准^[2]。中医诊断标准: 依据《中药新药治疗慢性非特异性溃疡性结肠炎的临床研究指导原则》标准^[3]。

1.3 纳入标准

诊断符合 2007 年济南中华医学会第七次全国消化病学术会议制定的有关标准及中医辨证标准, 纳入试验前 1 个月内检查确诊。

2 治疗方法

对照组给予强的松 40mg 口服, 病情缓解后, 逐渐减量; 治疗组在对照组基础上加用自制渍结灌肠汤: 黄连 10g, 黄芩 30g, 白头翁 30g, 苦参 30g, 红藤 30g, 白及 30g, 延胡索 20g, 白芍 20g, 诸药煎熬 150ml, 纱布过滤, 药温保持 28℃~35℃, 保留灌肠。病重者早晚各 1 次, 病轻者每晚 1 次, 15d 为 1 个疗程。

3 疗效观察

3.1 疗效评定标准

显效: 腹痛、腹泻、便血消失。内镜检查溃疡面显著缩小, 充血水肿不明显。有效: 腹泻每日少于 2 次, 腹痛偶可发生, 便血轻或无。内镜检查溃疡部分愈合, 充血水肿减轻。无效: 症状无减轻。

3.2 治疗结果

(下转 63 页)

生存期,统计患者 3 年内的生存率。

1.4 统计学处理

采用 SPSS13.0 进行统计学分析,单因素采用方差分析。应用 Kaplan-Meier 法计算中位 OS。采用 log-rank 计算 MST。 $\alpha=0.05$, $P<0.05$ 差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 60 例Ⅲ/Ⅳ期胃癌患者 OS 分析

60 例患者的中位 OS 为 16 个月,序贯组的中位 OS 为 33 个月明显高于巩固组的 20 个月($P<0.05$),服用中药汤剂患者的中位 OS 为 23.8 个月明显长于未服患者的 15.6 个月($P<0.05$)。经分层统计,序贯组的 MST (16.4 个月)明显长于巩固组 (7.3 个月), $P<0.05$ 差异具有统计学意义。

2.2 生存情况

随访结束后统计,60 例患者中 32 例 (53.3%) 已死亡;患者 3 年内的生存率,见表 1。

表 1 60 例Ⅲ/Ⅳ期胃癌患者术后生存情况

生存时间	n	生存率 (%)
1 年	40	66.7
2 年	17	27.8
3 年	11	18.9

3 讨论

由于早期胃癌发现,导致 90% 以上患者发现时已是Ⅲ/Ⅳ期,难以治愈。术后疗效差,有研究表明进展期胃癌患者术后 5 年内生存率小于 10%,而 MST 也仅有 6~9 个月。中医药疗法在胃癌综合治疗中起到越来越重要的作用^[2]。它可明显延长中晚期胃癌患者的生存期。运用中西医结合治疗方法,可充分发挥中医药整体治疗的特点,使人体恢复动态平衡,提高患者

(上接 61 页)

治疗组疗效明显为优 ($P<0.05$),见表 1。

表 1 两组临床疗效比较 [n (%)]

组别	n	显效	有效	总有效
治疗组	44	29 (65.9)	12 (27.3)	41 (93.2)
对照组	43	17 (39.5)	15 (34.9)	32 (74.4)

4 典型病例

患者甲,男,43 岁,溃疡性结肠炎反复发作,腹泻,粘液脓血便,腹痛。内镜检查多发溃疡,粘膜充血水肿。治疗给予溃结灌肠汤灌肠 2 个疗程,内镜检查溃疡基本消失、充血,水肿不明显,随访 2 年未复发,临床治愈。

5 讨论

溃疡性结肠炎一般病程较长,故有肠络瘀滞,宜配合行气活血散瘀之药。方中黄连、黄芩、苦参清热燥湿、泻火解毒。现代医学证实,黄连对大肠杆菌、痢疾杆菌均有较强抗菌作用;黄芩、苦参镇静、解毒、抑制肠道蠕动,降低血管通透性;白头翁清热解毒、凉血止痢,其煎剂能抑制阿米巴原虫的生长,

生活质量^[3]。目前主要有两种中西医结合治疗肿瘤的模式:①中医药巩固治疗模式:经西医手术或放化疗治疗后,行中医药维持巩固治疗。②中医药序贯治疗模式:在西医治疗时同步行中医药治疗,后行中医药巩固治疗^[4]。但并没有相关文献证实那种模式的对于延长患者生存期更有效。我们对 60 例Ⅲ/Ⅳ期胃癌患者进行疗效分析。发现中医药序贯组的中位生存期为 16.4 个月明显长于中医药巩固组 7.3 个月 ($P<0.05$)。可以得出中医药序贯治疗模式在延长生存期方面明显优于中医药巩固治疗模式。其治疗机制可能与减少患者化疗时的不良反应,恢复机体动态平衡,增强免疫功能有关。以药物功效为导向,以药理作用为辨病基础,正确合理选择中成药^[5]。中医药序贯治疗模式对延长患者的生存时间明显优于巩固治疗模式。

综上所述,中西医结合模式在治疗在延长Ⅲ/Ⅳ期胃癌患者生存期有明显优势,并且中医药序贯疗法在延长患者生存期方面明显优于巩固治疗模式,值得临床推广使用。

参考文献:

- [1]陈新.周剂量紫素联合 CF、5-Fu 序贯治疗晚期胃癌的近期疗效观察[J].中国现代临床医学,2005,4(3):23-24
- [2]洪专,冯继锋,陈嘉,等.LFTP 序贯每周方案与 ECF 方案治疗晚期胃癌的比较研究[J].临床肿瘤学杂志,2007,12(12):933-935,937
- [3]吴英举.加味香砂六君子汤治疗中晚期胃癌 32 例[J].河南中医,2008,28 (9):81-82
- [4]张曦,章永红.胃癌治疗的中医药研究进展概述[J].内蒙古中医药,2012,31(7):110-111
- [5]李杰,林洪生,刘瑞,等.中医药序贯和巩固治疗模式对Ⅲ/Ⅳ期胃癌生存期影响的对比观察[J].肿瘤,2012,32(3):203-207

编辑:赵玉娟 编号:ER-12092701 (修回:2012-11-12)

对大肠杆菌有显著抗菌作用;红藤清利肠道湿热,延胡索行气止痛,均有改善组织微循环,促进代谢及损伤组织修复;白及质粘而涩,清不虑其泻,涩不虑其滞,生肌敛疮止血,消肿抑菌,修补缺损血管;与白蔹一起加速溃疡表面愈合,缩短病程^[4-5]。本方法经肠道给药,药物直接接触疮面,肠接触面积大,吸收量多,作用强,副作用少,是肠道疾病最好的给药途径。易为患者接受,使用简便。

参考文献:

- [1]王吉耀.内科学[M].北京:人民卫生出版社,2005:444-445
- [2]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].胃肠病学,2007,12(8):488
- [3]郑筱萸.中药新药临床研究指导原则[M].北京:中国中医药科技出版社,2002:129
- [4]姜建国.中药口服方配合灌肠治疗溃疡性结肠炎 30 例[J].新中医,2008,40(8):77-78
- [5]何洪芹,李梅岭,王文进,等.保留灌肠治疗溃疡性结肠炎 60 例分析[J].中国误诊学杂志,2008,8(19):4685-4686

编辑:赵玉娟 编号:EA-12051500 (修回:2012-11-12)