

# 中医药治疗溃疡性结肠炎研究进展

黄宗武<sup>1</sup>, 杨光<sup>1</sup>, 袁代解<sup>1</sup>, 孙平良<sup>2</sup>

1. 广西中医药大学, 广西 南宁 530001; 2. 广西中医药大学第一附属医院, 广西 南宁 530023

[关键词] 溃疡性结肠炎; 中医药治疗; 综述

[中图分类号] R574.62 [文献标志码] A [文章编号] 0256-7415 (2015) 05-0285-04

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2015.05.134

溃疡性结肠炎(ulcerative colitis, UC)属于中医学肠癖、泄泻、肠风下血、腹痛、痢疾等范畴。中医学认为其发病多与先天禀赋不足、外感六淫之邪、情志失调、七情内伤、饮食不洁或不节, 以及脏腑功能失调等因素有关, 主要病因为湿邪, 病位在肠, 与脾、胃、肝、肾密切相关, 疾病初起以实证为主而见湿热内蕴之候, 久则伤脾及肾, 经络受阻。在现代研究中, UC 被认为是由多种因素相互作用所致, 主要包括免疫、遗传, 感染及精神心理因素。因此, UC 被公认为自身免疫性疾病。免疫因素的研究也成为最为活跃的领域, 其中细胞因子起着不可忽视的作用。目前已有不少围绕细胞因子展开的中药复方和中药单味药、中药单味药提取物的实验研究。

## 1 辨证论治

辨证论治是中医治疗的精髓, 目前许多医家对 UC 的辨证治疗均有独到的见解和治疗特色。李雄<sup>[1]</sup>将 112 例 UC 的患者随机分为 2 组, 对照组予以西医的抗生素、激素、免疫抑制剂等治疗; 试验组将 UC 分为 5 种证型: ①脾虚湿蕴型: 参苓白术散和黄芪建中汤加减, ②脾肾阳虚型: 香砂六君子汤和真人养脏汤加减, ③大肠湿热蕴结型: 白头翁汤或者芍药汤加减, ④肝郁脾虚型: 四君子汤和痛泻要方加减, ⑤阴血亏虚型: 槐花散加减, 比较 2 组患者治疗后疗效; 结果试验组总有效率为 89.3%, 明显高于对照组的 69.6%; 提示采用中医辨证方法治疗 UC 具有良好的临床疗效。韩德水<sup>[2]</sup>将 68 例 UC 患者随机分为观察组和对照组各 34 例, 观察组使用中医药辨证治疗: ①脾虚湿热型, 处方: 绿豆芽 20 g, 白术、党参、地榆炭、秦皮、黄柏、木香各 10 g, 白头翁 15 g, 黄连 5 g; ②脾虚湿阻型, 处方: 茯苓、肉豆蔻、木香、半夏、砂仁各 10 g, 藿香、白术、黄芪、党参各 15 g; ③脾胃虚寒型, 处方: 陈皮、附子、砂仁、熟地黄、阿胶、薏苡仁、白术各 10 g, 扁豆、党参各 15 g, 灶心土 20 g; ④脾肾阳虚型, 处方: 五味子、茯苓、白术、吴茱萸、巴戟天、川续断各 10 g,

补骨脂、肉豆蔻、乌药各 12 g, 党参 15 g; 对照组使用常规西药治疗; 治疗 3 月后, 结果观察组无不良反应, 总有效率为 85.3%, 对照组发生不良反应 10 例, 其中有 2 例病患出现脱水症状, 总有效率为 55.9%; 2 组治疗效果差异显著( $P < 0.05$ ); 认为使用中医辨证治疗 UC 效果显著, 明显优于常规西药治疗, 安全性高。袁佳<sup>[3]</sup>将 86 例 UC 患者随机分为观察组(44 例)和对照组(42 例), 观察组患者使用中医辨证方法治疗: ①脾肾两虚型, 处方: 黄芪、党参、大枣、白术、茯苓各 15 g, 柴胡、杜仲、乌梅、附片、肉桂、阿胶各 10 g, 细辛 6 g; ②大肠湿热型, 处方: 白头翁、马齿苋各 15 g, 黄连、苦参各 12 g, 川芎、粟壳各 10 g, 红花 9 g, 三七粉 3 g; ③寒热夹杂型, 处方: 当归、白芍、木香、茯苓、炒麦芽各 15 g, 党参、白术、地骨皮、诃子、桂枝、柴胡各 12 g, 甘草、乌梅各 10 g, 细辛 6 g; 对照组患者则使用常规的西医方法治疗, 比较 2 组患者的治疗效果; 结果观察组 23 例痊愈, 11 例显效, 7 例有效, 3 例无效, 总有效率为 93.2%, 对照组 16 例痊愈, 10 例显效, 6 例有效, 10 例无效, 总有效率为 76.2%, 2 组总有效率比较, 差异有统计学意义( $P < 0.05$ )。中医辨证方法用于 UC 的治疗效果显著, 且安全性高、不良反应少。

目前临床上对 UC 一般分为 5 种类型: ①大肠湿热型: 白头翁汤加减; ②寒湿凝滞型: 胃苓汤加减; ③肝郁脾虚型: 逍遥散合痛泻要方加减; ④脾虚湿困型: 六君子汤合胃苓汤加减; ⑤脾肾阳虚型: 附子理中汤合四神丸加减; 中医的辨证论治对治疗 UC 更具有针对性, 临床疗效也更显著。

## 2 中药保留灌肠治疗

中药保留灌肠是通过直肠直接给药, 可以使药物直接作用于病灶, 有效成分直接在肠道吸收, 促进溃疡面愈合, 肠壁吸收药物的有效成份效果直接, 有利于促进消炎、止痛、止血及溃疡面愈合。为提高临床疗效, 有不少研究提倡内治与外治相

[收稿日期] 2014-10-30

[基金项目] 国家自然科学基金项目 (81260542); 广西自然科学基金项目 (013GXNSFAA019127)

[作者简介] 黄宗武 (1989-), 男, 住院医师, 研究方向: 肛肠疾病的研究。

[通讯作者] 孙平良, E-mail: sunpl2000@163.com。

结合的综合疗法。

田蕾等<sup>[4]</sup>将80例UC患者随机分为2组,对照组40例给予口服柳氮磺胺吡啶(SASP)治疗,治疗组40例给予口服SASP和中药保留灌肠治疗,处方:大青叶、板蓝根、苦参、薏苡仁各50g,海螵蛸、白及、黄芩各30g,大蓟、小蓟各20g。每剂煎成200mL,每晚睡前100mL保留灌肠;结果总有效率治疗组为95.00%,对照组为77.50%,认为中药保留灌肠治疗UC疗效显著。向晓玲<sup>[5]</sup>将74例UC患者随机分为2组,对照组36例采用SASP口服加思密达保留灌肠治疗,治疗组38例采用SASP口服加中药保留灌肠治疗,处方:金银花、五倍子、赤石脂、白及、没药、黄连、地榆、苦参各20g,赤芍、败酱草、甘草各15g,共煎后加云南白药0.5g,2组患者于每晚临睡前,取药液250mL,药温38℃左右,以直肠滴入法保留灌肠,保留2~4h,2周为1疗程;结果治疗组总有效率为94.7%,优于对照组的77.8%( $P<0.05$ ),治疗组治疗前后结肠镜病理学改变优于对照组,说明中药保留灌肠治疗UC疗效显著。赵凤莉<sup>[6]</sup>将62例UC患者随机分为2组,治疗组采用中药保留灌肠治疗,急性期处方:黄连、黄芩各8g,黄柏、栀子各10g,金银花20g;慢性期处方:五倍子15g,白芍、红花、赤芍、党参、甘草各10g,黄芪、金银花各20g,血竭12g;对照组采用氢化可的松灌肠;结果治疗组总有效率为96.77%,优于对照组的74.19%,且较对照组可降低内镜检查充血、水肿、溃疡积分;认为中药保留灌肠治疗UC的疗效优于氢化可的松灌肠。李点玲<sup>[7]</sup>将60例UC患者随机分为2组,观察组患者30例给予美沙拉嗪每次1.5g结合中药灌肠进行治疗,处方:苦参、白术、黄连各20g,紫菜根、白头翁、茜草根、黄柏各15g,诃子6g,仙鹤草10g,经过水煎后量取200mL药汁于睡前进行灌肠处理;对照组患者30例给予单纯美沙拉嗪药物每次1.5g进行治疗。结果观察组患者7天内病症改善情况以及治疗后30天内有效率均明显优于对照组;认为针对UC疾病给予美沙拉嗪结合中药灌肠进行治疗,患者症状得到很好改善,病情复发情况少。

中医保留灌肠一直为治疗UC的有效方法,临床上常采用:黄连、黄芩、黄柏、栀子、金银花、白头翁、仙鹤草、苦参、大青叶等中药进行保留灌肠,且疗效显著,值得推广应用。

### 3 中西医结合治疗

吴长珍<sup>[8]</sup>选取慢性结肠炎患者100例,随机分为治疗组和对照组2组,治疗组采取中西医结合治疗方案,对照组采取单纯西医治疗方案;治疗组西药用SASP,甲硝唑及中药内服(秦皮、党参、白术,白头翁、白芍、炒白术、茯苓、煨诃子、木香、炮姜、黄连、大黄)、保留灌肠(虎杖、苦参、败酱草、白矾、地榆);对照组采取单纯西医治疗方案,用SASP和甲硝唑治疗,结果治疗组总有效率为98.00%;对照组总有效率为78.00%;认为中西医结合治疗方案对于慢性结肠炎治疗效

果十分显著。赵立军等<sup>[9]</sup>将120例UC患者随机分为2组,中西医结合组80例,运用痛泻要方、整肠生胶囊、联磺甲氧苄啶片治疗;西药组40例,运用西药口服SASP治疗;结果中西医结合组痊愈率48%,总有效率100%,西药组分别为20%和68%,认为中西医结合组疗效明显优于西药组。祁双林<sup>[10]</sup>将40例慢性UC(大肠湿热型)患者随机分为治疗组和对照组各20例,对照组口服SASP治疗,治疗组在对照组治疗基础上加服中药芍药汤治疗,2组疗程均为8周,观察2组不良反应并比较疗效;结果总有效率、显效率治疗组分别为75.0%、55.0%,对照组分别为55.0%、30.0%,2组比较,差异有统计学意义( $P<0.01$ ),治疗过程中均未见不良反应;认为中西医结合治疗UC效果显著。牛彤等<sup>[11]</sup>随机选取110名UC患者,治疗组60例,对照组50例。治疗组给予氨基水杨酸制剂、肾上腺糖皮质激素等联合中药汤剂治疗,对照组只给予氨基水杨酸制剂、肾上腺糖皮质激素、免疫抑制剂治疗;结果治疗组总有效率95%,对照组总有效率76%,2组比较,差异有统计学意义( $P<0.01$ );中西医结合治疗UC能够提高其治疗效果,且毒副作用低,可临床推广使用。

在临床上治疗UC配合中药综合疗法要优于单纯西药治疗。不同类型的UC在治疗上用药有所不同,故在临床上要根据患者具体表现采用更合理的中西医结合治疗。

### 4 经验方及中成药治疗

张银川等<sup>[12]</sup>将98例UC患者随机分为2组。治疗组48例给予肠康宁结肠靶向胶囊口服,对照组给予SASP口服;结果治疗组完全缓解32例,有效12例,有效率91.67%,对照组完全缓解25例,无效15例,有效率68.75%;认为肠康宁结肠靶向胶囊治疗UC疗效确切,能明显改善临床症状,且不良反应发生率低,用药安全、有效。金玲飞等<sup>[13]</sup>将151例UC患者随机分为治疗组和对照组2组,治疗组81例用SASP+肠炎宁胶囊治疗,对照组76例SASP常规治疗,结果治疗组治愈率、总有效率明显优于对照组,内镜下溃疡好转明显优于对照组,且未发生不良反应,认为肠炎宁对治疗慢性UC有显著疗效。肖振球等<sup>[14]</sup>选择符合标准的UC患者60例,随机分为治疗组和对照组各30例,治疗组以安肠胶囊(党参、黄芪、白术、茯苓、干姜、熟附子、地榆、木香、槟榔、赤芍、鸡内金、甘草等)治疗,对照组以SASP治疗;结果总有效率治疗组为93.3%,对照组为73.3%,治疗组各项病理改变、免疫球蛋白、补体C3的改善均优于对照组,认为安肠胶囊治疗UC疗效明显,有较好的抗炎、免疫调节、改善肠道运动功能、改善组织微循环、促进溃疡修复及愈合的作用。仝战旗等<sup>[15]</sup>将160例UC湿热内蕴证患者随机分为试验组与对照组各80例,试验组给予复方苦参结肠溶胶囊及艾迪莎颗粒模拟剂,对照组给予艾迪莎及复方苦参结肠溶胶囊模拟剂,结果试验组在降低中医证候积分、改善黏液脓血便及大便臭秽单项中医症状的作用方面更显著;认为复方苦参结肠溶胶囊疗效不劣于艾

迪莎,且有优于艾迪莎的趋势,可作为艾迪莎等化学药治疗效果不佳时的替代治疗。

治疗 UC 的大部分经验方都来自于临床医生不断的总结、探索,部分经验方和中药对治疗 UC 疗效确切,只是某些经验方还没有明确的作用机理,并不能更准确的指导临床用药,而且用药副作用及预后复发率也没有确切说明,所以希望临床医生能够经验分享,反思、整理和总结更多的这类方药,去弊留利,让更多的经验方应用于临床。

### 5 其他治疗方法

此外,艾灸、针灸、穴位埋线、拔火罐等特色疗法也取得较好疗效。李红枝<sup>[16]</sup>用艾条灸神阙、天枢、关元、足三里各穴,每天1次,每次20 min,配合灌肠(湿热型组用白及、蒲公英、黄连、木香、白头翁各10 g,脾虚型用五倍子、黄连、木香、白及、地榆、苍术各10 g,水煎成100 mL,每晚睡前灌肠),15天为1疗程,2疗程评定疗效;治疗60例,治愈30例,好转27例,无效3例,总有效率95%。莫映霞等<sup>[17]</sup>在灌肠后,另外加用艾箱灸脐周(神阙、双天枢、关元穴),时间约30 min,每天1次,7天为1疗程,治疗3疗程,总有效率93.55%。李淑芝等<sup>[18]</sup>取足三里、上巨虚、天枢、中脘、关元,针刺得气后,于针柄上插入4 cm艾条燃尽后取针,每天1次,10次为1疗程,治疗2疗程后评定疗效,总有效率95.5%,认为针灸治疗 UC 疗效显著。罗高国等<sup>[19]</sup>将90例 UC 患者随机分为治疗1组,治疗2组和对照组,每组30例。治疗1组采用穴位埋线治疗,治疗2组采用灸法治疗,对照组采用药物治疗,比较3组临床疗效。治疗1组总有效率为96.7%,治疗2组为93.3%,对照组为66.7%,认为穴位埋线及针灸法均是治疗 UC 的有效方法。徐阳<sup>[20]</sup>选取65例确诊为慢性非特异性结肠炎患者,随机分为治疗组和对照组,治疗组35例,对照组30例,治疗组予穴位强化埋线治疗,对照组予口服SASP,于治疗2月后进行疗效评价及肠镜检查;结果治疗组总有效率为71.42%,对照组总有效率为60.00%,治疗组疗效好于对照组( $P<0.05$ ),认为使用穴位强化埋线疗法治疗慢性非特异性结肠炎,能够有效治疗该病,恢复机体肠道机能,值得临床推广应用。李宏军等<sup>[21]</sup>将116例 UC 患者随机分为2组,治疗组56例采用大肠俞、足三里、上巨虚等穴位埋线,对照组60例口服SASP每天4~6g,2组均于治疗前及治疗后4周、6~8周时复查内镜,评估疗效、治疗前后症状改善状况、大便性状及腹痛变化;结果治疗组的近期及远期疗效为96.4%和98.2%,均优于对照组的86.7%和91.7%( $P<0.05$ );认为穴位埋线治疗 UC 疗效更佳,不良反应较少。

以上3种治疗方法在治疗上都取得显著的疗效,还有拔火罐、穴位敷贴、气流弥散结肠导入疗法、中药灌肠加毫米波辐照治疗、肛肠内热磁疗法、穴位埋线水疗等外治方法临床应用也取得了明显疗效。

UC是现代难治性疾病,中医药以其独特的优势在治疗

UC中体现出广阔的前景,但中医药治疗中也存在着一定的问题,如中医辨证分型还没有统一的标准,各医家的分型方法各不相同,分型方法不够严谨;在临床研究中,样本在分配上缺乏随机性,并且可重复性差,缺乏前瞻性的研究。或许,UC中医药辨证治疗的个体化正是中医药的优势所在,但对疾病的内涵及外延的规范化必须有基本准线。因此,在今后的实验及临床研究中,应该对UC的发病情况、相关因素多加研究,并且尽快建立相对合理的诊断与疗效判定标准,使中医的理论体系更加完善。发挥中医药治疗 UC 的优势,争取取得新的进展。

### [参考文献]

- [1] 李雄. 中医辨证治疗溃疡性结肠炎临床探析[J]. 当代医学, 2012, 18(12): 157-158.
- [2] 韩德水. 中医辨证治疗溃疡性结肠炎临床分析[J]. 中国保健营养, 2012, 4(10): 1633-1634.
- [3] 袁佳. 中医辨证治疗溃疡性结肠炎的临床观察[J]. 临床合理用药, 2014, 7(8): 141-142.
- [4] 田蕾, 李舒. 中药保留灌肠治疗溃疡性结肠炎的临床观察[J]. 中国药房, 2011, 22(23): 2189-2191.
- [5] 向晓玲. 中药保留灌肠治疗溃疡性结肠炎效果观察[J]. 现代医药卫生, 2010, 26(14): 2109-2111.
- [6] 赵凤莉. 分期中药保留灌肠治疗溃疡性结肠炎临床观察[J]. 山西中医, 2011, 27(2): 16-17.
- [7] 李点玲. 美沙拉嗪联合中药灌肠治疗溃疡性结肠炎的临床效果观察[J]. 当代医学, 2014, 20(11): 145-146.
- [8] 吴长珍. 中西医结合治疗慢性结肠炎疗效分析[J]. 中国当代医药, 2012, 19(11): 99-101.
- [9] 赵立军, 赵立民. 中西医结合治疗溃疡性结肠炎80例疗效观察[J]. 现代中西医结合杂志, 2011, 20(36): 4673-4674.
- [10] 祁双林. 中西医结合治疗慢性溃疡性结肠炎20例疗效观察[J]. 湖南中医杂志, 2014, 30(8): 62-63.
- [11] 牛彤. 王艳霞. 中西医结合治疗溃疡性结肠炎60例临床观察[J]. 北华大学学报, 2014, 15(4): 511-513.
- [12] 张银川, 景明, 张伶. 肠康宁结肠靶向胶囊治疗溃疡性结肠炎48例[J]. 中医研究, 2012, 25(7): 11-13.
- [13] 金玲飞, 黄宏斌, 陈欢欢. 肠炎宁胶囊治疗慢性溃疡性结肠炎的临床疗效[J]. 医学理论与实践, 2013, 26(22): 2993-2994.
- [14] 肖振球, 孙平良, 黄艳. 安肠胶囊治疗溃疡性结肠炎30例临床观察[J]. 新中医, 2007, 39(12): 19-20.
- [15] 仝战旗, 杨波, 童新元. 复方苦参结肠溶胶囊治疗湿热内蕴型溃疡性结肠炎多中心、随机、双盲、对照研究[J]. 中国中西医结合杂志, 2011, 31(2): 172-176.

- [16] 李红枝. 艾灸加中药灌肠治疗慢性溃疡性结肠炎 60 例[J]. 临床医药实践杂志, 2008, 17(1): 55-56.
- [17] 莫映霞, 王雪芳, 屈伟荣, 等. 艾箱灸疗法加中药灌肠治疗慢性溃疡性结肠炎的疗效观察[J]. 护理研究, 2010, 24(1): 216-217.
- [18] 李淑芝, 周振坤, 赵佳辉, 等. 温针灸治疗溃疡性结肠炎 45 例[J]. 中国中医药科技, 2009, 16(1): 31.
- [19] 罗高国, 郭新侠, 杨洋. 穴位埋线与灸法治疗溃疡性结肠炎疗效对比[J]. 上海针灸杂志, 2012, 31(11): 822-823.
- [20] 徐阳. 穴位强化埋线疗法治疗慢性非特异性溃疡性结肠炎的疗效[J]. 亚太传统医药, 2013, 9(2): 91-92.
- [21] 李宏军, 李国萍, 李宏岩. 穴位埋线治疗溃疡性结肠炎临床观察[J]. 中国针灸, 2006, 14(4): 261-263.

(责任编辑: 骆欢欢)

## 活血化瘀法在中医眼科中的运用

熊欣

重庆市北碚区中医院, 重庆 400700

[关键词] 活血化瘀; 中医眼科; 综述

[中图分类号] R242; R276.7 [文献标志码] A [文章编号] 0256-7415 (2015) 05-0288-03

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2015.05.135

活血化瘀法治疗眼疾是中医眼科最具特色的研究领域。它是治疗瘀血证的总则, 即通过活血化瘀药物疏通血脉, 祛除瘀滞, 达到祛瘀生新的目的。但活血化瘀法又不局限于眼部出血症, 它是贯穿中医眼科各病症的一种基本治法。现代中医对血瘀证及活血化瘀法的研究颇具成果, 总结了临床应用活血化瘀法治疗眼部疾病的经验, 辨证施治、灵活配伍, 临床效果甚佳。

### 1 瘀的定义

《说文解字》有云:“瘀, 积血也。”《黄帝内经》中虽无瘀血一词, 但有“恶血”“留血”“血凝泣”等 30 余种类似名称, 认为当气血的运行发生障碍时, 就会导致疾病的发生。正如《素问·调经论篇》中云:“血气不和, 百病乃变化而生。”《审视瑶函》中有“瘀血贯睛, 总由凝滞”的论述。《血证论》中认为“凡系离经之血”, 就是瘀;“故凡血证, 总以去瘀为要”, 强调“去瘀正为生新也”, “瘀血不去, 则新血断无生理”<sup>[1]</sup>。

现代中医眼科专家还有“万病皆瘀”的论述, 认为任何眼病皆有“瘀滞”, 瘀血是各种疾病的始动因素和最终结局, 其表现形式及部位多样。轻者云雾移睛, 重者暴盲皆因瘀血所致<sup>[2]</sup>。

所谓瘀血, 一是指血液运行不畅, 有所停积; 二是指由于

血液成分或性质的异常变化引起运行不畅之血流, 通常谓之“污血”; 三是指由于脉络的病变而造成的血行瘀滞不畅, 即所谓“久病入络”; 四是指已溢出血脉而未排出体外的血液。所以瘀血有广义和狭义之分, 广义的瘀包括狭义的瘀, 血管性病变及各种病因病理产物的综合病变, 包括血液黏滞、血液动力学改变在内的瘀滞, 如内眼的炎症性、渗出性、变性性、萎缩性的改变。临床上有着广泛的适应症, 如某些玻璃体混浊、液化、眼底的一些退行性、萎缩改变。狭义的瘀即“有形之瘀”, 反映着气血运行不畅, 留滞、停顿, 瘀积于局部, 表现为血瘀证或称微循环障碍。如局部疼痛、肿胀、青紫瘀斑、包块、坏死、瘢痕、血管异常、纤维组织增生等, 眼科表现为房水及玻璃体出血混浊、眼底的出血渗出、眼压升高、眼球突出等, 舌可有瘀点或瘀斑、舌下静脉曲张, 脉可有弦涩等。

### 2 眼科血症辨证论治

眼科血症眼底出血的活血化瘀近年来研究最多。眼底出血即视网膜出血, 是视网膜病变过程中的一个常见体征。多为毛细血管出血, 属静脉性。出血的主要原因, 是由于血液回流障碍和视网膜血管本身病变。既可是眼部病变所致, 如视网膜静脉阻塞, 视网膜静脉周围炎等; 又可以是全身疾病所引起的眼部病理改变, 如高血压、糖尿病、肾炎、血液病等。各种眼底

[收稿日期] 2014-11-09

[基金项目] 国家临床重点专科建设项目经费资助项目

[作者简介] 熊欣 (1982-), 女, 主治医师, 研究方向: 中医五官科学。