

止痛,局部治疗更能起到止泻止血止痛作用。现代药理学研究证实,以上诸药可调节机体免疫功能,促进肠道组织细胞再生,消除黏膜溃疡,降低慢性溃疡性结肠炎的复发率。肠道内有丰富的血管丛,血运丰富,加之血管大多交织成网,血流较为缓慢,采用预热灌肠,还可以促进周围血管血液循环,加速药物的吸收,使药用成分可以通过血液循环迅速达到炎症部分,从而提高治疗疗效<sup>[5]</sup>。

本研究中药内服加灌肠配合口服美沙拉嗪取得确切疗效,明显优于单用美沙拉嗪口服,值得临床推广。中医治疗的优势在于辨证施治,本研究病例多为初发型,中医辨证以大肠湿热为主,临床上缓解期常出现虚证明显,此时若能辨证用药配合必要美沙拉嗪必能取得稳固长期疗效,有待进一步随访。

#### [参考文献]

[1] 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[J]. 胃肠病学, 2012, 17(12): 763-781.

[2] 中华中医药学会脾胃病分会. 溃疡性结肠炎中医诊疗共识[J]. 中国中西医结合杂志, 2010, 30(5): 527-532.

[3] D'Haens G, Sandborn WJ, Feagan BG, et al. A review of activity indices and efficacy end points for clinical trials of medical therapy in adults with ulcerative colitis[J]. Gastroenterology, 2007, 132(2): 763-786.

[4] 高翠贤, 古丽巴哈尔·司马义. 溃疡性结肠炎疾病活动指数的回顾性比较研究[J]. 中国全科医学, 2012, 15(19): 2167-2169.

[5] 刘果, 孙慧怡, 周波, 等. 益气活血解毒法抗溃疡性结肠炎复发的临床疗效评价[J]. 北京中医药大学学报, 2013, 36(1): 51-55.

(责任编辑: 马力)

## 美沙拉嗪联合中药灌肠治疗脾虚湿热型溃疡性结肠炎 48 例临床观察

吴世钺<sup>1</sup>, 陈璇<sup>2,3</sup>, 郑烈<sup>2,3</sup>, 唐志鹏<sup>2,3</sup>

1. 甘肃省中医药研究院, 甘肃 兰州 730050

2. 上海中医药大学附属龙华医院消化内科, 上海 200032

3. 上海中医药大学脾胃病研究所, 上海 200032

[摘要] 目的: 观察美沙拉嗪联合中药灌肠治疗脾虚湿热型溃疡性结肠炎临床疗效。方法: 将 90 例患者随机分为 2 组, 各 45 例, 对照组给予口服美沙拉嗪片治疗; 治疗组在对照组治疗基础上给予中药灌肠治疗。均连续治疗 2 周。治疗后观察 2 组临床疗效, 结肠炎活动指数 (UCAI)、C-反应蛋白 (CRP)、血沉 (ESR) 及临床症状积分变化情况。结果: 总有效率对照组 84.44%, 治疗组 97.78%, 2 组比较, 差异有显著性意义 ( $P < 0.05$ )。2 组治疗后 UCAI、CRP、ESR 指标均低于治疗前, 与本组治疗前比较, 差异有统计学意义 ( $P < 0.05$ ); 治疗后各项指标治疗组与对照组比较, 差异有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。治疗组治疗后发热、腹痛、腹泻、里急后重及脓血便等积分与对照组比较, 差异均有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。结论: 美沙拉嗪联合中药灌肠治疗脾虚湿热型溃疡性结肠炎, 临床疗效明显, 并可改善临床症状。

[关键词] 溃疡性结肠炎; 美沙拉嗪; 中药灌肠; 脾虚湿热型

[中图分类号] R574.62 [文献标志码] A [文章编号] 0256-7415 (2016) 03-0049-03

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2016.03.020

[收稿日期] 2015-12-12

[基金项目] 国家自然科学基金面上项目 (81573892); 甘肃省自然科学基金项目 (GZK-2013-39)

[作者简介] 吴世钺 (1980-), 男, 主治医师, 主要从事肠道疾病的中医药治疗工作。

[通讯作者] 唐志鹏, E-mail: zhipengtang@sohu.com; 郑烈, E-mail: liezhenglie@126.com。

溃疡性结肠炎(Ulcerative colitis, UC)是一种慢性黏膜炎症、组织破坏的非特异性肠道炎性疾病,发病的根本原因和复发因素尚未完全明确,主要是由环境因素、免疫因素、微生物因素和遗传因素等多种因素相互作用所致<sup>[1]</sup>。近年来,UC在我国的患病率约为11.62/105<sup>[2~3]</sup>,有明显增高趋势,与人们的饮食结构变化有着密切关系。在一定程度上已经影响了UC患者的生活质量。笔者采用美沙拉嗪联合中药灌肠治疗UC,疗效满意,现报道如下。

## 1 临床资料

1.1 一般资料 收集患者为2014年12月—2015年10月在甘肃省中医药研究院和上海中医药大学附属龙华医院的门诊及住院患者,共90例,男55例,女35例;年龄35~62岁;病程3~18年。随机分为2组各45例,对照组男30例,女15例;年龄35~60岁,平均(46.5±8.2)岁;病程3~16年,平均(9.5±5.3)年。治疗组男25例,女20例;年龄36~62岁,平均(47.5±8.4)岁;病程3.5~18年,平均(10.1±5.2)年。2组患者性别、年龄、病程等一般资料经统计学处理,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:根据《亚太地区炎症性肠病处理共识意见(一)》<sup>[4]</sup>标准:①腹泻或便血6周以上;至少进行1次乙状结肠镜或结肠镜检查,且发现1个以上如下表现:黏膜易脆、点状出血、弥漫性炎症溃疡;钡剂检查发现溃疡、肠腔狭窄或结肠短缩的证据。②手术切除或活检标本在显微镜下有特征性改变。中医诊断:依据《中药新药临床研究指导原则(试行)》<sup>[5]</sup>中标准,且辨证为脾虚湿热者:大便稀溏、黏液脓血便、神疲乏力为主症;里急后重、肛门灼热、口干口苦、腹痛、纳差为次证;舌淡胖或有齿痕、苔腻,脉滑数。

## 2 治疗方法

2.1 对照组 口服美沙拉嗪片(黑龙江天宏药业有限公司生产,规格250 mg/片),每次1000 mg,每天3次,治疗2周。

2.2 治疗组 在对照组治疗基础上给予中药灌肠,每晚1次。处方:穿心莲、苦参各30 g,生地榆15 g,白及6 g,三七粉2 g,青黛粉3 g,云南白药粉4 g。每晚睡前用灌肠器缓慢通过直肠注入150 mL保留。2周为1疗程。粉末状中药等其他中药浓煎后

放入其中混匀使用。

## 3 观察指标与统计学方法

3.1 观察指标 治疗结束后观察2组患者的临床疗效、结肠炎活动指数(UCAI)、C-反应蛋白(CRP)、血沉(ESR)及临床症状积分等变化。临床症状积分参照<sup>[7]</sup>分级方法。腹痛:轻微隐痛偶发,为轻度;中等隐痛或胀痛每日次数多,为中度;剧烈疼痛,为重度。腹泻:轻度<3次/d,中度3~5次/d,重度>5次/d。脓血便:轻度少量脓血,中度中等量脓血,重度多量脓血或便鲜血。里急后重感:轻度便后消失,中度便后略减轻,明显而便后不减为重度。

3.2 统计学方法 运用SPSS21.0统计软件处理数据,计量资料以( $\bar{x}\pm s$ )表示,采用 $t$ 检验;计数资料采用 $\chi^2$ 检验。

## 4 疗效标准与治疗结果

4.1 疗效标准 依据《对炎症性肠病诊断治疗规范的建议》<sup>[6]</sup>。治愈:临床症状消失,结肠镜等检查黏膜恢复正常或溃疡病灶已形成瘢痕,大便常规检查正常;显效:临床症状基本消失,肠镜等检查黏膜轻度炎症反应及部分假息肉形成;有效:临床症状好转或肠镜等检查黏膜病变程度减轻;无效:临床症状和肠镜等检查无改善。

4.2 2组临床疗效比较 见表1。总有效率对照组84.44%,治疗组97.78%,2组比较,差异有统计学意义( $P<0.05$ )。

表1 2组临床疗效比较

组别	n	治愈	显效	有效	无效	总有效率(%)
对照组	45	21	10	7	7	84.44
治疗组	45	34	8	2	1	97.78 <sup>①</sup>

与对照组比较,① $P<0.05$

4.3 2组UCAI、CRP、ESR指标比较 见表2。2组治疗后UCAI、CRP、ESR指标均低于治疗前,与本组治疗前比较,差异有统计学意义( $P<0.05$ );治疗后各项指标治疗组与对照组比较,差异有统计学意义( $P<0.05$ )。

4.4 2组治疗后各症状积分比较 见表3。治疗组治疗后发热、腹痛、腹泻、里急后重及脓血便等积分与对照组比较,差异均有统计学意义( $P<0.05$ )。

## 5 讨论

溃疡性结肠炎是一种慢性肠道非特异性炎症性疾

表2 2组UCAI、CRP、ESR指标比较( $\bar{x} \pm s$ )

组别	时间	n	UCAI(分)	CRP(mg/L)	ESR(mm/h)
对照组	治疗前	45	9.3±2.4	63.9±15.7	38.7±6.2
	治疗后	45	5.6±1.57 <sup>①</sup>	15.8±5.4 <sup>①</sup>	23.2±4.3 <sup>②</sup>
治疗组	治疗前	45	9.6±2.3	65.8±15.6	40.3±7.1
	治疗后	45	3.5±1.4 <sup>①②</sup>	7.6±3.7 <sup>①②</sup>	13.5±3.5 <sup>①②</sup>

与本组治疗前比较, ①P<0.05; 与对照组治疗后比较, ②P<0.05

表3 2组治疗后各症状积分比较( $\bar{x} \pm s$ ) 分

组别	n	发热	腹痛	腹泻	里急后重	脓血便
对照组	45	0.5±0.2	1.2±0.4	1.6±0.4	0.6±0.3	0.7±0.3
治疗组	45	0.3±0.1 <sup>①</sup>	0.5±0.2 <sup>①</sup>	0.5±0.3 <sup>①</sup>	0.3±0.1 <sup>①</sup>	0.4±0.2 <sup>①</sup>

与对照组比较, ①P<0.05

病, 发病机制主要与免疫、环境、饮食等因素有密切关系, 西医治疗UC主要使用氨基水杨酸类抗炎药物、皮质类固醇激素、免疫抑制剂和生物疗法, 但存在疗效欠佳、复发率高、副作用大和价格昂贵等问题。如美沙拉嗪在治疗时虽然能有效控制急性发作时的症状, 但其副作用较大, 对后期治疗有一定的影响。

本病归属于中医学久痢、肠癖、泄泻等范畴, 病因与外感六淫、饮食不节、情志失调及先天禀赋不足有关。中医学认为脾气虚弱, 热毒瘀滞于肠腑, 与气血相胶结, 肠络受损, 而为肿胀、糜烂而发病。中医治疗该病有独特优势<sup>[7]</sup>。笔者在西医治疗基础上加用中药灌肠治疗, 疗效满意。方中穿心莲、苦参, 性味苦寒, 清热燥湿; 生地榆、白及凉血活血止血、三七粉、云南白药增强止血之效; 青黛粉解毒愈疮疡, 共奏清热燥湿, 凉血止痢之效。研究结果表明, 总有效

率对照组84.44%, 治疗组97.78%, 2组比较, 差异有显著性意义(P<0.05)。2组治疗后UCAI、CRP、ESR指标均低于治疗前, 与本组治疗前比较, 差异有统计学意义(P<0.05); 治疗后各项指标治疗组与对照组比较, 差异有统计学意义(P<0.05)。治疗组治疗后发热、腹痛、腹泻、里急后重及脓血便等积分与对照组比较, 差异有统计学意义(P<0.05)。综上所述, 美沙拉嗪联合中药灌肠治疗脾虚湿热型溃疡性结肠炎, 疗效明显, 值得临床医生借鉴。

[参考文献]

- [1] Yizhen Z, Yongyu Li. Inflammatory bowel disease: Pathogenesis[J]. World J Gastroenterol, 2014, 20(1): 91-99.
- [2] Zhao J, Ng SC, Lei Y, et al. First prospective, population-based inflammatory bowel disease incidence study in mainland of China: the emergence of “western” disease[J]. Inflamm Bowel Dis, 2013, 19(9): 1839-1845.
- [3] Ye L, Cao Q, Cheng J. Review of inflammatory bowel disease in China [J]. Scientific World Journal, 2013, 14: 296470.
- [4] 欧阳钦, Rakesh Tandon, KL Goh. 亚太地区炎症性肠病处理共识意见(一)[J]. 胃肠病学, 2006, 11(4): 233-238.
- [5] 中药新药临床研究指导原则(试行)[M]. 北京: 中国医药科技出版社, 2002.
- [6] 中华医学会消化病学分会. 对炎症性肠病诊断治疗规范的建议[J]. 中华消化杂志, 2001, 21(4): 236-239.
- [7] 江学良. 溃疡性结肠炎的诊断和治疗[J]. 世界华人消化杂志, 2000, 8(3): 332-334.

(责任编辑: 马力)