

115 例炎症性肠病分型及中西医结合治疗回顾性分析

吴静^{1*} 单兆伟^{1△} A.S. Peña^{2△}

(1 江苏省中医院消化科 南京 210029;2 荷兰阿姆斯特丹自由大学附属医院消化科及胃肠免疫遗传中心)

摘要 :目的 探讨炎症性肠病的中医病机、治疗特点,进行对比研究。方法 对 1993~2002 年江苏省中医院(ISSZ)收治的 115 例炎症性肠病病例进行了回顾性调查。并与同期荷兰阿姆斯特丹自由大学附属医院(VU)的炎症性肠病病例加以对照。结果 2 所医院同期收治炎症性肠病病例性别、分型构成不同,病例以男性溃疡性结肠炎为多,且直结肠炎较多,28% vs 10% # $P < 0.001$,OR3.9(1.56~5.77),克隆病极少。不同证型的疗效差异无显著性,但全结肠炎的疗效较差, $P = 0.01$ 。结论 国内全结肠炎及克隆病发病较少,可能与种族及环境因素以及生活习惯有关,脾虚湿盛、湿热伤及肠络为溃疡性结肠炎的主要病机之一,健脾化湿、清热凉血为本病治疗的主要法则,但当根据病位、病性之不同,从实、从虚分别论治。

关键词 :炎症性肠病;中西医结合疗法;分型

中图分类号 R 574 文献标识码 B 文献编号: 1671-4040(2004)01-0004-03

Abstract: Aims: To characterize the treatment and etiopathology of IBD from TCM view. Methods: Retrospective analysis for 115 cases IBD patients from Jiangsu Provincial hospital of TCM, 1993~2002, were carried out and compared with the cases from affiliated hospital of Vrije university, Amsterdam, the Netherlands in same period. Results: It was different between two groups in gender and subgroup. The IBD patients in JSSZ were mainly male and ulcerative colitis, especially proctitis, 28% vs 10%, $P < 0.001$, OR3.9(1.56~5.77). According to TCM differentiation, there was no difference in effective ratio among the subgroup. However, the effective ratio for pancolitis was lower ($P = 0.01$). Conclusion: Fewer cases of Crohn's disease and pancolitis in JSSZ might be due to the race, circumstances and life style. On the basis of Spleen deficiency and dampness accumulation, dampness and heat damaged the membrane of intestine was the main pathology of ulcerative colitis. To strengthen Spleen and remove dampness, eliminate heat and cool blood were the primary methods to treat this disease. However, the principle of treatment should be altered according to the location and character (excessive or deficiency) of disease.

Key words: inflammatory bowel disease; TCM therapy; Etiopathology

近年来在炎症性肠病的基础研究以及治疗方面有了迅猛的发展,炎症性肠病的遗传因素、免疫因素、炎症介质和细胞因子以及氧自由基与一氧化氮等等均反映了对该病的研究成果。新近抗 TNF- α 抗体 (Infliximab) 的应用以及 NOD2 (CARD15) 的发现翻开了炎症性肠病研究的新篇章^[1-2]。然而对于这类疾病的研究仍存在着许多有待解决的问题。目前溃疡性结肠炎的治疗方法尚不能完全满足临床的需要,疗效较慢,只有部分有效,且不能防止手术和恶变^[3]。因此,中医药对该病的研究与治疗已成为当今消化病研究热点之一。为了总结并进一步探讨炎症性肠病的中医病因病机特点,本项研究对 1993~2002 年江苏省中医院 (JSSZ) 收治的所有炎症性肠病病例进行了回顾性调查。了解不同分型的溃疡性结肠炎患者的中医证治特点,并与同期荷兰阿姆斯特丹自由大学附属医院 (VU) 的炎症性肠病病例加以对照,从另一个侧面了解中国人的溃疡性结肠炎的发病特点。

1 病例与方法

1.1 病例来源 1993 年 1 月~2002 年 1 月江苏省中医院收治的所有炎症性肠病病例,男性 70 例,女性 45 例;平均发病年龄 (37 依 4) 岁;平均纳入研究年龄 (41.8 依 2.5) 岁。同期荷兰阿姆斯特丹自由大学附属医院,234 名高加索人种的炎症性肠病患者,124 例溃疡性结肠炎患者,男 58 例,女 66 例;平均发病年龄 (35 依 5) 岁;平均纳入研究的年龄 (36 依 5) 岁。110 例克隆病,男 43 例,女 67 例;平均发病年龄 (26.8 依 2.4) 岁;

平均纳入年龄 (33 依 3) 岁。西医诊断标准,参照 Lennard-Jones 标准。中医诊断及疗效标准,参照中华人民共和国卫生部制定发布的《中药新药临床研究指导原则》及中医胃肠病学^[4]有关内容。

1.2 中药口服及静脉用药 中药汤剂,煎取 300mL,分 2 次口服,每日 1 剂,所选方剂组成为患者入院后首次主任查房方剂;中药注射剂,静滴每日 1 次。

1.3 中药保留灌肠 中药浓煎 100mL,经肛门滴注,每晚 1 次。每晚在排便后进行,取左侧卧位或头低臀高位低压灌肠;灌肠后取左侧卧位,尽量保留药液至次晨。

1.4 西药口服或静脉用药 西药口服包括柳氮磺胺吡啶、灭滴灵、强的松,静脉用药包括静滴地塞米松或氯化考的松,灌肠用西药包括利多卡因凝胶、地塞米松等。

1.5 统计分析 独立性 χ^2 检验、卡方检验以及 Fisher's 确切性检验用于比较 2 组的平均值和频率。相关性由 OR 值和 95% 可信限表达 (95%CI)。连续可变量由平均值 (mean) 依标准差 (SD) 表达,双侧检验 $P < 0.05$ 视为差异有显著性。聚类分析采用 K-Means Analysis,判别分析采用 Discriminant Analysis,统计学分析采用 SPSS 第 10 版。

1.6 分型对照 调查表明,来自 JSSZ 的炎症性肠病病例共 115 例。其中诊断分型明确的溃疡性结肠炎 64 例,右半结肠炎 2 例,溃疡性结肠炎伴回肠型克隆病 1 例,左半结肠炎伴肿瘤 1 例,左半结肠炎进展为全结肠炎 1 例,回肠型克隆病 3

* 医学博士,2000.12~2001.12 为荷兰阿姆斯特丹自由大学中国国家留学基金遍访问学者。△ 指导老师。

例（其中 2 例伴萎缩性胆囊炎），结肠型克隆病 2 例，回肠 - 结肠型 1 例，结肠型克隆病疑诊 2 例（进一步分类依据世界胃肠病大会工作组意见^[9]，在克隆病中，4 例为狭窄型（或伴肠梗阻），3 例为非狭窄非穿透型，1 例为狭窄伴穿透型）。38 例为溃疡性结肠炎分型不详（外院肠镜或钡剂诊断为溃疡性结肠炎后，并在本院排除感染性结肠炎、缺血性结肠炎、放射性结肠炎等肠病）。在所有被调查的病例中，已知有 1 例男性患者接受次全结肠切除手术，并有家族聚集现象（其姐亦患溃疡性结肠炎）。

在溃疡性结肠炎病例中，JSSZ 病例多为男性，占 61%，而 VU 病例则以女性居多，占 53%，但两者比较，差异尚无显著性。2 所医院比较，JSSZ 直结肠炎病例显著高于 VU， $P<0.001$ ，OR3.9（1.56~5.77）。

表 1 中荷两家医院溃疡性结肠炎患者年龄、性别

		及临床分型的比较						%	
	总体发 病年龄	性 别		分型明确者 发病年龄	性 别		U1	U2	U3
		男	女		男	女			
JS	N=107 37依4	61%	39%	N=64 36依2	60%	40%	28%#	38%	34%
VU	N=124 35依5			N=124 35依5	47%	53%	10%	49%	41%

注：# $P<0.001$ ，OR 3.9（1.56~5.77）；U1，直结肠炎；U2，左半结肠炎；U3，全结肠炎。

2 常用药物的分析(口服)

2.1 常用口服药物的分析 使用频率超过或达到 50%的药物有：木香 76.6%，黄连 73.4%，白芍 72.9%，白术 53.1%，苡仁 50%。其他相对常用药物有白头翁、甘草、茯苓、仙鹤草、赤芍、白花蛇舌草、地榆。其他曾见于本回顾性研究的口服中药有：紫菀、旱莲草、地锦草、败酱草、白蔹、石菖蒲、蒲公英、枳实、乌梅、附片、桔梗、扁豆衣、车前草、车前子、鸡内金、诃子、青皮、砂仁、吴茱萸、花椒、肉豆蔻、五味子、升麻、桂枝、补骨脂等。

2.2 不同临床分型常用药物的比较（口服） 分析表明，白芍、甘草、大黄、黄柏较少用于全结肠炎（ $P<0.05$ ）；而党参、川朴、建曲、柴胡、茯苓、苍术则多用于全结肠炎（ $P<0.05$ ）；其他常用药物在不同的临床分型中差异无显著性。

2.3 分型明确的溃疡性结肠炎口服中药的聚类及判别分析 逐步判别分析表明党参、白术、黄芪、山药、陈皮、苍术、泽泻、鸡苏散、藿香、黄连、青蒿、柴胡、土茯苓、白花蛇舌草、秦皮、当归、侧柏叶、紫草为 1 类（全结肠炎）用药。而赤芍、白芍、黄柏、熟大黄、苦参、枳壳、马齿苋、甘草为 2 类（直结肠炎及左半结肠炎）用药。

2.4 分析药物的运用规律 研究发现，山药较多用于苔腻患者， $P=0.022$ ；而白芍则较少用于苔腻患者， $P=0.04$ 。黄连、黄芩较多用于苔黄的患者， $P=0.049$ ， $P=0.008$ ；而陈皮则多用于苔白的患者， $P=0.016$ 。

2.5 常用灌肠药物的分析 较常见的灌肠药物有地榆、白芨、紫草、石菖蒲、荔枝草、茜草等，其中地榆、白芨的使用频率分别达 64.1%和 51.6%。其他灌肠药物如蒲公英、地锦草、孩儿茶、青黛、秦皮、侧柏叶、赤芍、晚蚕砂、云南白药等。除磺

腐酸钠（乌金口服液）外，其他灌肠药物的应用在不同临床分型中的差异均无显著性。磺腐酸钠多用于全结肠炎。

3 疗效分析

3.1 不同临床分型、证型的疗效比较 在不同的临床分型中，全结肠炎的疗效较差， $P=0.01$ 。中医证型与治疗效果无关，湿热蕴结为临床主要证型。

3.2 中西医结合治疗的状况分析 在 115 名患者中，10 例加用柳氮磺胺吡啶 1~1.5g，每日 3 次；8 例加用强的松或地塞米松；9 例加用灭滴灵 0.2~0.4g，每日 3 次。多数患者在口服或灌肠使用中药的同时，亦静滴活血化瘀药，如丹参注射液或脉络宁等。

4 讨论

与 VU 资料比较，显示 JSSZ 溃疡性结肠炎病人以男性为主，再次印证了既往的报道，即高加索人种的溃疡性结肠炎以女性为多，而中国人则以男性为多见^[9]。同样，本研究也提示 JSSZ 相对以直结肠炎为多见，再次印证了“国内全结肠炎较国外为少”的观点。同时，在 115 例炎症性肠病的病例中仅有 8 例克隆病（其中包括 2 例拟诊患者），大大少于溃疡性结肠炎的病例。而同期，VU234 例炎症性肠病的病例中有 110 例克隆病病例。两者比较，我国的克隆病罕见。这些发病特点可能与种族及环境因素以及生活习惯，如吸烟、口服避孕药、饮食或饮酒有关。但检查诊疗技术的局限性则可能是其中一个方面的原因。也可能存在忽略了某些患肛周病变或肠痿的一些病例等因素。古代医书中常有“交肠”一病，谓之大小便易位而出。谓病因为“由大小肠失于传送，气火错乱，升降失常，而致清浊混淆，水滓不按常道而行。或因病后，或因嗜酒所致”。在这些交肠的病例中可能会有一些病例隶属克隆病范畴，在今后的临床实践中，应当引起重视，并加以鉴别诊断，必要时可配合血清抗体 PANCA 和 ASCA 的检测。虽则传统认为克隆病分属“泄泻”、“腹痛”、“积聚”、“便血”的范畴，然“交肠”、“痔漏”等疾亦不容忽视。

考《内经》：“二虚一实者治其实，开其一面也。”溃疡性结肠炎既有本虚一面，即脾（肾）亏虚；又有标实的另一面，即湿邪（热）蕴结。治疗当从实邪着手，清热燥湿，凉血解毒，行气止痢；俟邪去正安再行调补。主方用黄连、木香，所谓香连丸。黄连去中焦湿热，并具解毒之功；木香行气、调中、止痛，并与黄连相配以清热止痢；兼用白芍以调和营血，即古法所谓“调气则后重自除，行血则便脓自愈”；或配以白头翁而清血分热毒；治疗常用白术、苡仁，即可有健脾除湿之功，却无呆补温燥之嫌。

现代药理学研究表明，黄连有抗炎和促进组织愈合的作用，它和木香、白芍一样也可抑制血小板聚集，对抗溃疡性结肠炎的高凝状态^[7]。这些药物治疗溃疡性结肠炎的病理机制，有可能通过细胞因子而进行调节，从而影响淋巴免疫系统 Th1/Th2 之间的平衡或进而控制机体的细胞凋亡。近年，Th1/Th2 比例失衡在 IBD 发病中的作用越来越受到人们的重视^[8]。现代药理学研究发现一些中药可诱导多种细胞因子，有些中药甚至能同时诱导几种细胞因子的产生，如白芍、人参、丹参、黄芪等补益中药就可同时诱导 IL-1、IL-2、IL-6、

TNF- α 等细胞因子。同样,有些中药也可降低人体中的细胞因子、抑制炎症介质的产生。尽管在炎症性肠病中尚无有关的成熟报道,但在其他许多与免疫、细胞凋亡有关的疾病中已不乏相关研究结果发表。黄芪可使血中 IL-4 减少,IFN- α 增加^[9]。葛根素(10~7mol/L)有促进增殖血管平滑肌细胞凋亡的作用,凋亡率为 17.0%^[10]。四君子汤复方总多糖可对抗环磷酸腺苷诱导的小鼠肠道粘膜相关淋巴组织中 Peyer's 结数目、Peyer's 结细胞总数、肠粘膜内 CD₃⁺、IgA⁺ 细胞量的减少,细胞凋亡程度也明显减轻^[11]。

正如人们所熟知的那样,溃疡性结肠炎患者的病情往往与病变部位和范围有关。病变越是接近远端结肠、累及范围越小,临床症状越轻;反之,随着病变逆行向近端结肠蔓延及范围扩大,消化系统症状越重,全身症状明显。全结肠炎一般肠道症状和全身表现均严重,易出现并发症^[1]。从所用药物分析,补气健脾和中、化湿理气的党参、川朴、建曲、柴胡、茯苓、苍术多用于全结肠炎,而清热燥湿通下、缓急止痛的大黄、黄柏、白芍、甘草则多用于直肠炎和左半结肠炎。聚类及判别分析亦表明,补气益脾、健脾化湿兼以清热止血为一类治法,而凉血解毒则为另一类治法。脾虚病久,水湿不化,脾虚湿盛,湿热伤及脂络为溃疡性结肠炎的主要病机之一。健脾化湿、清热凉血不失为本病治疗的主要原则,但当根据病位、病性之不同,从实、从虚分别论治。尽管病情轻重有所不同,若分型正确,论治恰当则并不影响疗效。

灌肠一法早在孙思邈的《千金要方》中即有记载,地榆配石菖蒲和白及,或是茜草配荔枝草和五倍子等。目的在于局部取得一定的疗效,并通过肠道吸收,调节整个机体的平衡状况。调查显示,消化内科多用地榆配石菖蒲和白及,而肛肠科则多用茜草配荔枝草和五倍子以及磺腐酸钠多用于全结肠炎,这可能与各科传统用药习惯及各优势病种有关。

本研究希望藉从不同的角度,客观分析评价 JSSZ1993 年 1 月~2002 年 1 月收治的炎症性肠病病例,并在一般情况、病例构成等方面与 VU 的同期病例进行比较,分析了溃疡性结肠炎的证治特点,为今后中医药治疗、研究炎症性肠病提供了一些基本思路。

参考文献

[1]Van Bodegraven AA, Pena AS.Treatment of extraintestinal manifestations in inflammatory bowel disease[J]. Curr Treat Options Gastroenterol,2003, Jun; 201~212

[2]Ogura Y, Bonen DK, Inohara N, et a. A frameshift mutation in NOD2 associated with susceptibility to Crohn's disease [J].Nature, 2001 , 411 (6837); 603~606

[3] 邓长生, 夏冰.炎症性肠病[M].北京: 人民卫生出版社,1998.6

[4]李乾构,王自立.中医胃肠病学[M].北京: 中国医药科技出版社, 1993.642

[5]Gasche C, et al.A simple classification of Crohn's disease: report of the working party for the world Congress of Gastroneterology, Vienna 1998[J]. Inflamm Bowel Dis, 2000, 6(1); 8~15

[6]张树基,刘新光.现代消化内科诊疗手册[M].北京:中国协和医科大学北京医科大学联合出版社,1998.191

[7]李仪奎,姜名瑛.中药药理学[M].北京: 中国中医药出版社, 1992; 54、123、200

[8]Dieleman LA, Palmen MJ, Akol H, et al.Chronic experimental colitis induced by dextran sulphate sodium (DSS) is characterized by Th1 and Th2 cytokines[J]. Clin Exp Immunol, 1998 ,114(3); 385~391

[9]杨秋霞,杨景云,曲昌发,等.黄芪对豚鼠 I 型超敏反应的影响.中国微生态学杂志,2002, 14(1): 17~18

[10]王位,赵明镜,钟蓓,等.5 种中药黄酮对血管平滑肌细胞凋亡的交互作用[J].北京中医药大学学报,2000, 23(4):18~21

[11]刘良,周华,胡英杰,等.四君子汤复方总多糖对小鼠肠道粘膜相关淋巴组织的影响[J].中国免疫学杂志,2001,17(4); 204~206

手术治疗腰椎管狭窄症 60 例体会

孔祥学 田玉琴 赵杯志

(山东省莱钢特钢医院 莱芜 271105)

关键词 :腰椎管狭窄症 ,手术疗法

中图分类号 :R 681.5

文献标识码 :B

文献编号 : 1671-4040(2004)01-0006-01

我院从 1998 年 1 月~2001 年 12 月采用手术治疗腰椎管狭窄症 60 例,现总结如下:

1 临床资料

本组共 60 例,其中男 38 例,女 22 例;年龄 28~70 岁,平均 51 岁;病程 2 个月~20 年;持续腰痛 49 例,下肢麻木者 35 例,有间歇性跛行 52 例,放射性下肢痛 31 例,下肢感觉减退 23 例,肌力下降 21 例,直腿抬高试验阳性 17 例,跟腱反射减弱 11 例。术前常规拍摄腰椎正侧位、双斜位 X 线片,做腰椎

CT、MRI 或椎管造影,结合临床表现,均诊断为腰椎管狭窄症,排除腰椎滑脱、椎管内肿瘤等病变。狭窄平面:L₄₋₅ 者 25 例,L₅~S₁ 者 19 例,L₄~L₅ 和 L₅~S₁ 均狭窄者 16 例。

2 手术方法

首先行椎板开窗,切除范围上至黄韧带在上位椎板的附着处,下至黄韧带下界,内侧达中线,外侧界至关节突内侧。显露硬膜囊,探查椎管内情况,切除外侧深达侧隐窝的增厚之黄韧 (下转第 28 页)