

中西医结合治疗溃疡性结肠炎

徐朝晖 姜荣良 沈红波
(浙江省衢州市中医院 衢州 324002)

关键词: 溃疡性结肠炎; 中西医结合疗法; 辨证施治; 保留灌肠

中图分类号: R 574.62

文献标识码: B

文献编号: 1671-4040(2006)02-0054-02

溃疡性结肠炎又称慢性非特异性溃疡性结肠炎, 简称 UC, 属中医“泄泻”、“久痢”、“休息痢”、“肠辟”等范畴, 是临床上常见的疑难病症之一, 其病因复杂, 病性顽固, 缠绵难愈, 极易复发, 临床常表现为: 腹泻、黏液血便、脓血便、腹痛、腹胀、里急后重、消瘦、发热、纳差、恶心呕吐, 有时有便秘和关节痛等, 治疗较为棘手。近十年来, 我们采用内服中药, 中西药保留灌肠治疗溃疡性结肠炎 284 例, 疗效满意。兹报告如下:

1 临床资料

1.1 一般资料 284 例中, 其中男性 146 例, 女性 138 例; 年龄最小的 25 岁, 最大的 68 岁, 平均 38 岁; 病程半个月至 10 年不等。

1.2 诊断标准 所有病例按照 1993 年太原全国非感染性肠道疾病学术会上修订的诊断标准。

2 治疗方法

2.1 中医分型证治

2.1.1 湿热内蕴型 以腹痛、里急后重、大便稀或伴有红色黏液为主, 治以清热利湿, 用葛根芩连汤加减: 葛根、黄芩、黄连、秦皮、薏苡仁。

2.1.2 肝气郁结型 以腹中雷鸣、攻窜作痛、泻后则舒、嗝气

中初发性劳力性心绞痛 17 例, 恶化性劳力性心绞痛 8 例, 自发性劳力性心绞痛 6 例, 混合性劳力性心绞痛 5 例。2 组患者在年龄、性别、心绞痛临床表现方面无显著性差异, 均无出血性疾病史, 无严重肝肾功能损害, 血小板及凝血酶原时间均在正常范围。

1.2 方法 2 组均应用常规治疗, 如休息、吸氧、口服肠溶阿司匹林 50~100mg/d, 心康 20mg/晚, 并可根据病情选用钙拮抗剂、 β -受体阻滞剂、静滴硝酸酯类或其它降压、调血脂药物。治疗组在此基础上加用低分子肝素钠 5 000U 腹壁皮下注射, q12h, 连用 10d; 安心达 400mg 加入 5%葡萄糖溶液 250mL 静滴, 1 次/d。

2 疗效观察

2.1 疗效判断标准 显效: 心绞痛发作消失, 心电图原有 ST 段下移或 T 波倒置恢复正常。有效: 心绞痛发作次数明显减少, 程度明显减轻, 或时间缩短, 心电图有改善。无效: 心绞痛仍有频繁发生, 心电图无改变或缺血程度加重。

2.2 治疗结果 A 组显效 20 例 (55.6%), 有效 5 例 (13.9%), 无效 11 例 (30.6%), 总有效率为 69.4%。B 组显效 24 例 (66.7%), 有效 8 例 (22.2%), 无效 4 例 (11.1%), 总有效率 88.9%。2 组比较, 总有效率差异有显著性 ($P < 0.05$)。2 组病例均无猝死发生。B 组患者 36 例全部耐受治疗, 无明显不

良反应。2 组用药前后的血常规、血小板、凝血酶原时间均无明显改变。

2.1.3 脾胃虚弱型 以腹部隐痛、便稀挟有黏液、食少神疲为主, 治以温中健脾, 用小建中汤加减: 白芍、肉桂、干姜、党参、白术、苍术。

2.1.4 脾肾两虚型 以黎明前脐周腹痛、肠鸣即泻、大便中挟有不化食物、形寒肢冷为主, 治以温补脾肾, 固涩止泻, 用四神丸合附子理中丸加减: 补骨脂、吴茱萸、附子、肉豆蔻、五味子、白术、干姜。

2.2 保留灌肠 (1) 白及、五倍子、蒲公英、败酱草、白花蛇舌草、黄连、黄柏、地榆、苦参、枳壳、甘草, 水煎浓缩至 100mL, 每晚临睡前保留灌肠; (2) 每日上午予生理盐水 100mL, 庆大霉素针 1 支、锡类散 1 支, 保留灌肠。

灌肠注药时应左侧卧位, 注药后应臀高头低, 俯仰或膝胸卧位交替 30min~1h, 插入深度一般为 15~25cm, 药温在 35~38℃之间。

3 疗效观察

3.1 疗效评定标准 痊愈: 临床症状消失, 肠镜复查提示黏膜病变恢复正常。显效: 临床症状基本消失或明显减轻, 肠镜见溃疡灶部分愈合。好转: 临床症状改善, 肠镜见黏膜溃疡病

良反应。2 组用药前后的血常规、血小板、凝血酶原时间均无明显改变。

3 讨论

UAP 的主要病理基础为冠脉粥样硬化斑块破裂伴有血栓形成, 患者发生心脏事件的危险性显著增加。目前多主张采用抗凝治疗以防止和减少病变部位血栓形成和扩展。本组资料显示, 选用低分子肝素加安心达治疗组在治疗近期心绞痛发作次数、间隔时间、心电图 ST-T 改善方面明显优于对照组, 总有效率为 88.9%, 高于对照组 69.4%。2 组间差异有显著性 ($P < 0.05$), 且无明显出血等不良反应。

低分子肝素治疗不稳定性心绞痛的作用机制为减少血栓形成, 从而增加冠状动脉供血。加上安心达具有扩张冠状动脉和脑血管、降低心肌耗氧量、改善微循环和抗血小板聚集的作用, 使不完全堵塞的血栓溶解, 改善冠脉循环, 纠正心肌的缺血缺氧。低分子肝素皮下注射后作用维持时间长, 吸收好, 且无明显出血等不良反应, 安全方便; 安心达无明显不良反应。两药合用具有协同作用, 适合于不稳定性心绞痛的治疗。我们体会, 低分子肝素加安心达治疗不稳定性心绞痛尤其是在基层医院, 不失为一种疗效显著、安全、方便的有效方法。

(收稿日期: 2005-09-12)

苦参素治疗慢性乙型肝炎 86 例总结

陈东平 朱晓园 刘雪芬
(浙江省丽水市中心医院 丽水 323000)

关键词:慢性乙型肝炎;中西医结合疗法;苦参素;护肝药
中图分类号:R 512.6*2 文献标识码:B 文献编号: 1671-4040(2006)02-0055-02

苦参素的有效成份苦参碱是从苦豆子中提取的生物碱,具有清热、利湿、退黄、解毒、降酶等作用,能抑制 HBV 的复制。本文对我院 2004 年 1~12 月使用苦参素治疗的慢性乙型肝炎 86 例作一总结。

1 资料与方法

1.1 一般资料 86 例慢性乙型肝炎患者系我院 2004 年 1~12 月的住院病人,男 63 例,女 23 例;年龄 20~47 岁,平均 (28.7±14.1) 岁,诊断依据 2000 年西安学术会议制定的《病毒性肝炎防治方案》诊断标准^[1],其中轻度 53 例,中度 33 例。
1.2 方法 所有病例在综合护肝(退黄、降酶)基础上加用苦参素葡萄糖注射液 100mL(含苦参素 0.6g)静脉滴注,1 个月 后改用苦参素胶囊 0.2g, Tid, 疗程 5 个月。对照组:选择同期

住院,病情、年龄相当,只采用综合护肝治疗的 30 例患者作为对照组。
所有病例在治疗前后测 HBeAg、HBV-DNA 各 1 次,治疗期间每 2~4 周测肝功能 1 次。疗程结束后 3~6 个月内随访 1 次。

2 结果

疗程结束后,ALT、AST、GGT 复常率为:治疗组:84.9%、79.1%、67.7%;对照组:66.7%、60.0%、53.3%。2 组比较,ALT、AST 有显著差异($\chi^2=4.64, 4.22, P<0.01$)。HBeAg、HBV-DNA 转阴率:治疗组为 31.4%和 34.9%,而对照组无 1 例转阴。
随访表明,治疗组 ALT 正常的 73 例中,仍有 82.2%(60 例)保持正常,而对照组为 60.0%(12/20),2 组比较,有显著
变减轻。无效:治疗前后临床症状与肠镜复查无明显改变。
3.2 治疗结果 284 例患者,痊愈 205 例,占 72.18%;显效 39 例,占 13.73%;好转 28 例,占 9.86%;无效 12 例,占 4.23%;总有效率 95.77%。
4 讨论
4.1 溃疡性结肠炎(ulcerative colitis,UC),又称慢性特异性溃疡性结肠炎、特发性结肠炎。是以腹痛、腹泻、黏液脓血便为临床主要表现的慢性炎症性肠病。多见于青少年,西方发病多于东方,从人种来看,白种人特别是犹太人发病率较高^[2]。其病因至今未完全明确,比较一致的看法是与遗传和免疫因素有关,加上环境因素(如感染因素,精神、心理因素,饮食、药物因素)为其诱因。具有病程长,迁延难愈的特点。近年来随着诊断水平的提高,国内外对此的研究越来越多也越来越深,但仍然有许多不明确之处。目前认为结肠黏膜免疫系统失调是 UC 的重要发病机制^[3]。西医学对本病的治疗主要有:免疫抑制剂治疗(糖皮质激素等)、生物治疗(以抗肿瘤坏死因子单克隆抗体为代表)、黏附因子抑制治疗和神经免疫调节剂等,但疗效并不理想,其他如 IL-1 抑制治疗、T 细胞抑制治疗、基因治疗等都处于研究阶段^[4]。同时,毒副作用太多,使患者难以接受,而且所致的高复发率更困扰医药工作者。现代医学认为 UC 是一种以直肠和结肠黏膜与黏膜下炎症为主要特征的慢性疾病,病因至今未完全明确,比较一致的看法是与遗传和免疫因素有关,加上环境因素(如感染因素,精神、心理因素,饮食、药物因素)为其诱因。中医学中没有溃疡性结肠炎的名称,但据其临床表现归属于“肠癖”、“滞下”、“泄泻”、“痢疾”等病症范畴。中医学认为本病是由感受外邪、饮食不节、情志失调、脾胃虚弱、运化失司、湿热滞留胃肠所致。由于本病病程较长,反复发作,治疗较为棘手,许多

患者不能坚持长期口服中药汤剂,于是广大中医药科研工作者着手从外治法上走出一条较好的路子。
4.2 根据辨证论治的原则,依不同的证型采取不同的中药口服,扶正以祛邪,健脾养胃,祛除胃肠湿热,增强运化功能,提高机体的免疫力。
4.3 中药灌肠治疗是中医外治法之一。保留灌肠可以使药物直达病处,局部药物浓度高,通过药物作用,使肠道溃疡面得到保护,促进其修复。温热可促进及改善肠道血液循环,促使炎症消散及局限,降低痛觉神经的兴奋性,从而提高肠道抵抗力及修复力,减轻黏膜水肿,解除痉挛,减轻疼痛。组方中,五倍子所含鞣酸有沉淀作用,可使黏膜溃疡局部组织蛋白质凝固;白及含淀粉和胶质,有高度黏性,二者均可形成胶状膜,复盖和保护创面,加快肠黏膜的修复,同时使小血管被压迫收缩而起止血功效,且对多种细菌有抑制和杀灭作用。西药灌肠能调节人体的免疫失常功能,消除肠管痉挛,控制肠道炎症,改善局部血液循环,祛腐生新,达到治愈目的。
4.4 溃疡性结肠炎是临床上常见的疑难病之一,具有病性顽固、缠绵难愈、极易复发的特点,在其治疗上,应重视辨病与辨证相结合,局部与整体相结合,内治与外治相结合,中西医结合的多途径多措施的治疗方法,以提高疗效,控制复发。

参考文献
[1] Karlinger Gyorke,Mako E, et al. The epidemiology and the pathogenesis of inflammatory bowel disease [J]. Eur J Radiol, 2000,35(3): 154~167
[2] 宋玉柱. 中医药治疗溃疡性结肠炎研究进展 [J]. 中华医学丛刊, 2004,4(7): 22
[3] 辛朝光,张树峰,谭斌,等.溃疡性结肠炎的治疗新进展[J].黑龙江医学,2004,28(7): 541

(收稿日期: 2005-08-29)