

# 中西药结合灌肠治疗溃疡性结肠炎的疗效对比观察

杨朝霞 李仙璞

(江西省余江县中医院 余江 335200)

**摘要:**目的:观察中西医结合灌肠治疗活动期溃疡性结肠炎(UC)的治疗效果,比较中西医结合与单用 SASP 灌肠治疗活动期结肠炎的疗效和不良反应。方法:40 例活动期溃疡性结肠炎患者随机分为治疗组和对照组,治疗组采用中西药结合灌肠治疗,对照组采用 SASP 灌肠,疗程均为 4 周。结果:治疗 4 周末治疗组显效率为 70%,临床症状、体征消失率、内镜完全缓解率和组织学完全缓解率分别为 60%、45%、75%及 60%,对照组显效率为 50%,临床症状、体征消失率、内镜完全缓解率和组织学完全缓解率分别为 50%、30%、55%及 50%,其疗效与对照组相比有明显差异( $P<0.05$ )。结论:中西医结合灌肠方法治疗活动期溃疡性结肠炎有较好的疗效,其疗效优于 SASP 组,且柳氮磺胺吡啶的主要不良反应腹泻明显减少。

**关键词:**中西医结合疗法;柳氮磺胺吡啶;溃疡性结肠炎;中药;保留灌肠

中图分类号:R 574.62

文献标识码:B

文献编号:1671-4040(2008)06-0016-02

溃疡性结肠炎(UC)治疗上常用三类药物(水杨酸类、类固醇激素和免疫抑制剂),而最常用的治疗方法是水杨酸类和类固醇激素口服,UC 的缓解率仅为 60%~70%。口服 5-氨基水杨酸(5-ASA)在上消化道即吸收,无足量药物到达结肠,而难生效,且这两类药物口服治疗均有不同程度的不良反应,部分病人不能耐受<sup>[1]</sup>。本研究拟采用水杨酸类、类固醇激素和黄连、黄芩、马齿苋、白头翁、苦参等中药联合灌肠疗法治疗溃疡性结肠炎。现报道如下:

## 1 临床资料

1.1 病例选择 40 例均为 2005 年 7 月~2007 年 7 月在我院住院的患者,性别不限,年龄 18~75 岁,均符合溃疡性结肠炎的诊断标准,且均为活动期患者。按临床类型分:慢性复发型 20 例,慢性持续型 13 例,初发型 7 例。按病变范围分:直肠炎 12 例,直肠乙状结肠炎 20 例,右半结肠炎 3 例,区域性结肠炎 3 例,全结肠炎 2 例。随机分为治疗组和对照组各 20 例,两组一般资料见表 1。

组别	n	男	女	年龄/岁	轻度	中度	重度
治疗组	20	8	12	42± 9.2	4	13	3
对照组	20	9	11	44± 10.1	5	14	1
P 值		>0.05		>0.05		>0.05	

1.2 排除标准 (1)年龄 <18 岁或 >75 岁者;(2)对水杨酸过敏者;(3)对磺胺过敏者;(4)正在使用柳氮磺胺吡啶或其他 5-ASA 衍生药物(或停用 <1 周)者;(5)伴随其他严重或进展性疾病者;(6)不能遵医嘱配合治疗者;(7)有肠道切除手术史者;(8)妊娠或哺乳期妇女;(9)感染性肠炎患者;(10)不同意参加本研究者。

1.3 给药方法及疗程 治疗组选用中药:黄连 10g、黄芩 10g、马齿苋 30g、白头翁 30g、苦参 30g、败酱草 30g、白芍 10g、木香 10g 煎水 150mL,再加入柳氮磺胺吡啶(SASP)1.0g 和氢化可的松琥珀酸钠 100mg 保留灌肠,每天 1 次(尽可能保留 6h 以上);对照组选用柳氮磺胺吡啶 1.0g 加入 80~100mL 的生理盐水中睡前保留灌肠,每天 1 次(尽可能保留 6h 以上)。疗程均为 4 周。治疗 4 周末复查内镜并进行组织学检查。治疗前、治疗 4 周末分别记录患者症状改善情况;治疗前后检查血、尿、粪常规、肝功能和心电图,以评价药物疗效和安全性。

## 1.4 疗效评价

1.4.1 患者主观评价 在治疗 4 周末由患者对药物疗效进

行评价,结果分别为明显加重、轻度加重、无变化、有好转及明显好转 5 级。

1.4.2 症状消失情况 根据治疗 4 周末的患者症状判定,如果包括腹痛、腹胀、腹泻、有脓血便等在内的所有症状均消失,则判定症状消失;否则判定症状未消失。

1.4.3 体征消失情况 根据治疗 4 周末患者的体征判定,如果腹部压痛及腹部包块消失,则判定体征消失;否则判定体征未消失。

1.4.4 内镜评价 在治疗前和治疗 4 周末进行内镜检查以评估 UC 病变改善情况。记录内容有 7 项包括脓性分泌物、假息肉、溃疡、糜烂、黏膜出血、充血性水肿、血管模糊。内镜 7 项指标中 5 项或以上在治疗后比治疗前下降一个等级,为完全缓解,3~4 项在治疗后比治疗前下降一个等级,为部分缓解,0~2 项在治疗后比治疗前下降一个等级,为无变化。

1.4.5 组织学评价 分为 0~4 级。0 级:无多形核细胞;1 级:固有层有少量多形核细胞浸润;2 级:固有层有大量多形核细胞浸润,累计 50%以上隐窝;3 级:有大量大形核细胞浸润伴隐窝脓肿;4 级:明显急性炎症伴溃疡形成。治疗后病理分级比治疗前下降,治疗后病理分级 0~1 级为完全缓解,治疗后病理分级比治疗前下降,治疗后病理分级 >1 级为部分缓解,治疗前后无变化为无变化。

1.4.6 总体评价 治疗结束后,由研究者对药物疗效进行总体评价。显效:临床症状消失,大便次数 ≤2 次/d,粪检无红、白细胞,内镜复查黏膜大致正常;有效:临床症状基本消失,大便次数 2~4 次/d,大便成型,粪检红细胞和白细胞均 <10 个/高倍镜,内镜复查黏膜轻度炎症反应及部分假息肉形成;无效:经治疗后临床症状、实验室检查及内镜无改善。

1.5 统计分析 计数资料用卡方检验、计量资料用 t 检验进行统计学分析, $P<0.05$  为差异有显著性。

## 2 结果

共有 40 例入选本研究,由于入选标准比较严格且均为住院病人,40 例均较好地完成了治疗疗程,失访率为 0,有 4 例重度患者因治疗效果不好,1 周后加用氢化可的松琥珀酸钠 200mg 静脉注射,治疗 1 周后症状逐渐减轻,改用强的松口服治疗。两组临床疗效见表 2。

组别	n	主观评价		完全缓解		部分缓解		总体评价			
		明显好转	有好转	内镜	组织学	内镜	组织学	显效	有效		
治疗组	20	15(75)	5(25)	12(60)	9(45)	15(75)	13(65)	5(25)	7(35)	14(70)	6(30)
对照组	20	10(50)	10(50)	10(50)	6(30)	11(55)	10(50)	9(45)	10(50)	10(50)	10(50)
P		<0.05		<0.05		<0.05		<0.05		<0.05	

# 酪酸梭菌活菌片治疗溃疡性结肠炎疗效观察

刘逸群

(江西省横峰县中医院 横峰 334300)

关键词: 溃疡性结肠炎; 酪酸梭菌活菌片; 药物治疗

中图分类号: R574.62

文献标识码: B

文献编号: 1671-4040(2008)06-0017-02

我院应用酪酸梭菌活菌片治疗 33 例溃疡性结肠炎, 并与 30 例应用柳氮磺胺吡啶的病人进行对照。现报告如下:

## 1 临床资料

1.1 一般资料 本组 63 例病人均符合中华医学会消化病学分会制定的溃疡性结肠炎诊断标准<sup>[1]</sup>, 均为本院门诊及住院病人, 时间为 2001 年 1 月~2007 年 12 月。随机分为治疗组 33 例, 其中男 19 例, 女 14 例, 年龄平均为 (41±7) 岁; 对照组 30 例, 其中男 17 例, 女 13 例, 年龄平均为 (43±5) 岁。两组病程均为 3~5 年。

1.2 临床症状 两组病人均为轻、中度病人, 有程度不等的腹痛、黏液血便, 腹泻次数 <6 次/d, 一般无发热及贫血。

## 2 方法

2.1 服药方法 两组病人均采用常规支持对症治疗。在此基础上, 治疗组: 口服酪酸梭菌活菌片 (商品名: 米雅), 每次 2 片, 每日 3 次, 4 周后观察疗效; 对照组: 口服柳氮磺胺吡啶 4g/d, 分 4 次服, 疗程 4 周。

2.2 症状观察 观察记录服药前及服药后的症状、体征变化与不良反应, 治疗前与治疗 1 个月作电子结肠镜检查。

2.3 实验室检查项目 治疗前与治疗每周检查血、尿、大便常规、血沉、肝肾功能。

## 3 疗效观察

3.1 疗效标准 完全缓解: 治疗 4 周后, 大便次数减至 ≤2 次/d、大便性状恢复到正常、无黏液血便及腹痛、大便常规镜检正常、结肠镜复查黏膜大致正常。有效: 治疗 4 周后, 大便

## 3 讨论

UC 在欧美国家发病率一直较高<sup>[2]</sup>, 近年来在我国可能是由于生活习惯的改变或者对本病的认识增加, 发病率也日趋升高。有专家认为 UC 将成为 21 世纪的主要肠道疾病。

上世纪 30 年代以来, 柳氮磺胺吡啶就一直是治疗 UC 的有效药物, 口服后 25% 左右自小肠吸收, 未经代谢自胆汁排出, 75% 在大肠经肠道细菌裂解为磺胺吡啶 (SP) 和 5-ASA 而发挥作用。SASP 的有效成分为 5-ASA, SP 主要是作为 5-ASA 的载体, 但大部分副反应是由磺胺吡啶产生的。5-ASA 可通过干扰炎症递质前列腺素的合成而发挥对溃疡的治疗作用。该药疗效及副反应与用量成正比, 服药 4g/d 以内, 有效率不及 50%, 有 10%~15% 患者因副反应停药, 服药超过 4g/d, 好转率提高、复发率降低, 但副反应可达 37.5%, 主要副作用为头痛、恶心、皮疹、贫血、骨髓抑制及可逆性生育能力丧失。该研究应用 SASP 结合中药进行局部灌肠的方法, 使 SASP 在结肠内被细菌分解为 5-ASA 和 SP, 减少了药物在小肠吸收的损失, 既达到了结肠病变部位 5-ASA 的高浓度, 又减少了 SP 相关的副作用。氢化可的松琥珀酸钠具有抗

次数减至 ≤3 次/d、大便性状恢复正常、无腹痛、无肉眼血便、大便常规镜检红细胞 <5 个/HP, 结肠镜复查仅见黏膜轻度炎症。无效: 治疗 4 周后, 临床症状、大便常规及结肠镜复查无改善。

3.2 治疗效果 见表 1。两组相比, 无显著性差异 ( $P>0.05$ )。

	n	完全缓解	部分缓解	无效	总缓解率(%)
治疗组	33	17	12	4	87.88
对照组	30	14	11	5	83.33

3.3 药物毒副反应 治疗组: 未发现不良反应。对照组: 有 13 例出现不良反应, 包括恶心、呕吐、上腹痛不适 9 例, 皮疹和 ALT 升高 2 例, 白细胞减少、关节痛 1 例, 口腔炎 1 例。两组毒副反应比较有显著差异性 ( $P<0.05$ )。

## 4 讨论

溃疡性结肠炎 (UC) 是一种慢性非特异性的结肠炎症, 病因虽不明, 但现逐步明确该病是由于个体易感性、肠道菌群和黏膜免疫等多种因素相互作用所致。主要以直肠和结肠的浅表性非特异性炎症病变为主, 大多累及直肠和乙状结肠, 也可侵及其他部分及全结肠。炎症以侵犯黏膜和黏膜下层多见, 首要表现是黏膜浅层的弥漫性炎症改变, 病变处黏膜发红并呈颗粒状, 质脆, 触之易出血, 表面有广泛的充血、出血、糜烂和溃疡。溃疡表面可有脓血和渗出物, 可见许多岛状的炎症性息肉, 晚期由于结肠组织增生, 使肠壁变厚、变窄, 肠管变短。发病机理为多种炎细胞、细胞因子、炎症介质、免疫与神经内分泌间的相互作用, 以及活性氧共同构成对肠黏膜、抗过敏和抑制免疫等多种药理作用, 局部应用药物用量小, 病变局部浓度高, 既起到了治疗作用, 又防止了大剂量应用皮质激素的副作用。黄连、黄芩除具有抗菌和清热解毒去腐生肌作用外, 另有抗血小板聚集及免疫调节作用<sup>[3]</sup>。通过抗菌和清热解毒作用治疗 UC 继发的肠道感染, 减轻 UC 坏死组织吸收引起的全身中毒症状, 通过抗血小板聚集改善血液循环, 促进溃疡愈合。败酱草、马齿苋、白头翁有清热解毒、镇痛、镇静及解痉作用。

本研究结果证实, 中西药结合灌肠疗法治疗活动期 UC 有较好的疗效, 明显减少了口服水杨酸类和类固醇激素的不良反应, 且优于对照组的单纯西药灌肠, 是值得临床推广的治疗活动期溃疡性结肠炎的有效方法。

## 参考文献

- [1] 张伟, 王吉耀. 溃疡性结肠炎治疗进展[J]. 胃肠病学和肝病学杂志, 2001, 10(2): 120-123
- [2] 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
- [3] 刘朝红. 黄连、黄芩等的临床应用进展[J]. 中国医院药学杂志, 2005, 25(3): 272-273

(收稿日期: 2008-08-27)