

## · 综 述 ·

## 溃疡性结肠炎的中西医治疗近况

王叙国<sup>1</sup>, 王淑琴<sup>1</sup>, 向 萍<sup>2</sup>, 缪汉韬<sup>1</sup>

**[摘要]** 溃疡性结肠炎的疗法较多,以中医、西医、灌肠、内服、针灸、微波治疗、隔姜灸、手术、综合疗法等多种方式治疗,本文查阅近年来有溃疡性结肠炎治疗的相关文献并对其进行整理、归纳、分析,通过根据患者病情及个体差异,选择合理、综合、系统的治疗方法,以期达到最佳的治疗效果。

**[关键词]** 溃疡性结肠炎;中医;西医;灌肠;口服;综合疗法;治疗

**[中图分类号]** R259 **[文献标志码]** A **doi:**10.3969/j.issn.1672-271X.2014.01.025

溃疡性结肠炎(UC)是一种累及结肠黏膜的慢性非特异性炎症性疾病,病变局限于黏膜与黏膜下层,临床以反复和持续发作的腹痛、腹泻、黏液脓血便、里急后重等为主要表现,其病情迁延反复,缠绵难愈,被世界卫生组织列为现代难治病之一。

UC 的病因病机包括感受外邪、劳倦内伤或饮食不慎、情志失调、脾肾阳虚等方面。本病发生多因先天禀赋不足,或素体脾胃虚弱,或饮食不节、情志失调、感受外邪等导致脾胃、脏腑功能失调、气机紊乱、气滞血瘀、肠膜及脉络受损;湿热内蕴,与气血搏结,化为脓血;痰浊内生则便中夹带黏液;久病则气损及阳、脾肾阳虚、寒热错杂,反复发作。发病早期与脾胃、肠有关,后期涉及肾。因此本病以脾胃虚弱为本虚,以湿热蕴结、瘀血阻滞、痰湿停滞为标实的本虚标实病<sup>[1]</sup>。近年研究认为,本病是易感基因、环境和免疫系统之间的复杂的交互反应所致,这些交互反应导致非特异性炎症细胞激活,炎症细胞因子与介质产生,进而造成肠黏膜的损伤<sup>[2-3]</sup>。

祖国医学将本病归于泄泻、痢疾范畴,在治疗上以灌肠、口服为主,针灸、艾灸、微波照射等为辅助治疗手段。

## 1 中西医灌肠治疗

中西医灌肠疗法在治疗 UC 的各方法中,具有明显的优势,药物直达病处,直接作用于黏膜及黏膜下层,减少了口服药在服用过程肠道对其药性的削减。赵红波等<sup>[4]</sup>运用加味白头翁汤肠内滴注联合穴位埋线治疗轻中度 UC 与柳氮磺吡啶片(SASP)

口服结合甲硝唑注射液肠内滴注对比治疗,观察组总有效率为 93.94% 高于对照组的 75.00%。刘亚等<sup>[5]</sup>将 UC 缓解期大鼠为研究对象,以 P-选择素(P-selectin)为检测指标,中药组给予解毒化瘀汤(黄连、黄芩、苦参、三七粉等)灌肠给药,西药组给予奥沙拉嗪灌肠给药,得出缓解期微循环障碍程度减轻但仍持续存在,慢性期中药与西药相比能够更加显著地缓解微循环障碍,阐明了在 UC 慢性期中药持续给药对抗复发的优势。马熙森等<sup>[6]</sup>采用锡类散保留灌肠联合口服西药[SASP、5-氨基水杨酸(5-ASA)]治疗 UC,其综合疗效及治愈率显著高于使用不含锡类散的治疗方法,且锡类散治疗组复发率及不良反应发生率均低于对照组。阮桂珍<sup>[7]</sup>以云南白药联合琥珀酸氢化可的松灌肠治疗 UC 与仅用琥珀酸氢化可的松灌肠对比治疗,两组均给予 SASP,2 周后治疗组症状和肠镜表现均明显优于对照组( $P < 0.05$ )。杨建春等<sup>[8]</sup>将治疗组给予中西药结合保留灌肠治疗,苦参 15 g、黄连 10 g、白头翁 20 g、秦皮 10 g、白及 10 g、生地榆 20 g、赤芍 15 g、蒲公英 10 g、黄柏 20 g、仙鹤草 10 g、败酱草 15 g、乳香 10 g、没药 10 g,加入地塞米松 5 mg,庆大霉素 16 万 U 灌肠,对照组给予 SASP 口服,庆大霉素 16 万 U,甲硝唑 0.2%、地塞米松 10 mg 加 0.9% 盐水 100ml 灌肠,观察结果治疗组总有效率为 96.70%,高于对照组的 83.30%,采用中西药结合保留灌肠比单纯西药灌肠疗效更好。汤林波<sup>[9]</sup>用中药方:黄柏 10 g、丹皮 10 g、丹参 10 g、马齿苋 12 g、蒲公英 12 g、败酱草 12 g、炒薏苡仁 10 g、当归 10 g、白芨 10 g、地榆炭 10 g、侧柏炭 10 g 煎煮灌肠,加入西瓜霜半支灌肠,临床疗效中无效 5 例,有效 21 例,治愈 30 例,总有效率 93%。李康等<sup>[10]</sup>用白头翁汤合理中汤灌肠,药组口服 SASP 同时予白头翁汤、理中汤灌肠治疗,地塞

**基金项目:** 南京中医药大学中医护理学 2011 年开放基金课题资助项目(ZYHL0201-3)

**作者单位:** 1. 210016 江苏南京,南京军区司令部门诊部外科;2. 210046 江苏南京,南京中医药大学

**通讯作者:** 王淑琴, E-mail: 1198845538@qq.com

米松组口服 SASP 同时给予地塞米松灌肠治疗,8 周后中药组有效 90%,地塞米松组 80%。有文献报道在单纯腐殖酸钠保留灌肠治疗轻中度 UC 的临床疗效中<sup>[11]</sup>,2%的腐殖酸钠液 100 ml 保留灌肠,对照组 SASP 口服,试验结果观察组有效率为 90%,对照组有效率为 72.5%,观察组疗效明显优于对照组。徐长宏等<sup>[12]</sup>在传统治疗的基础上加用三氧化生理盐水灌肠治疗 UC 也取得了确切的效果。杨开余<sup>[13]</sup>用锡类散联合康复新保留灌肠治疗 UC 也取得了可靠的疗效。

## 2 中西医口服治疗

传统西医治疗 UC 的药物主要有水杨酸制剂、糖皮质激素和免疫抑制剂 3 类,联合生物制剂调节肠道菌群剂等,单用水杨酸制剂其总有效率低,激素以及免疫抑制剂虽疗效确切,但不适合长期使用且不良反应大。黎志锋等<sup>[14]</sup>在对 5 例 UC 合并强直性脊柱炎患者进行英夫利西单抗治疗 6 周后,其 C 反应蛋白、红细胞沉降率较治疗前均有明显降低。

祖国医学在对 UC 的治疗上,显示了一定的优越性。各医家均有自己的见解。姜睿等<sup>[15]</sup>从湿论治 UC 的医案经验总结,将其分为大肠湿热证、脾胃气虚证、脾肾阳虚证三型,大肠湿热型方选白头翁汤加减口服,同时给以中药保留灌肠:红藤 20 g、败酱草 20 g、黄连 10 g、黄柏 30 g、地榆 20 g、白芨 20 g 连续 14 剂后症状明显好转;脾胃气虚证方选参苓白术散加减口服,同时予以灌肠方:黄柏 30 g、黄连 10 g、白芨 30 g、麦饭石 20 g、连续 14 剂,药后患者症状基本消失;脾肾阳虚证方选四神丸加减口服,同时予以灌肠方:黄柏 30 g、黄连 10 g、诃子 10 g、麦饭石 20 g、白芨 30 g、赤石脂 20 g、连续 14 剂,患者药后症状基本消失,未见黏液脓液便,随访 1 年未见复发。许永攀等<sup>[16]</sup>从瘀论治治疗 UC,治疗组采用经验方健脾化痰饮,组方:生黄芪、党参、茯苓各 20 g、炒白术、白芍各 15 g、苍术 10 g、黄连 6 g、木香 9 g、三七 3 g 冲服、当归、延胡索、丹参各 10 g、炙甘草 3 g,口服,对照组服用柳氮磺吡啶肠溶片,结果治疗组总有效率 94.12%,疗效明显优于对照组( $P < 0.05$ )。周春和等<sup>[17]</sup>认为 UC 治疗应以寒热并调为主,健脾祛湿,自拟椒梅连理汤,对照组给予 SASP 治疗,2 个月后观察组总有效率 91.67%,对照组 75.00%,患者大便次数及性状明显改变。张学洁等<sup>[18]</sup>认为 UC 治疗总则应以健脾祛湿为主,用治疗腹痛有脓者的薏苡附子败酱草全方 3 味药,寒温并用、攻补兼施,治疗 UC 可达破血排脓、利水消肿之力。

## 3 其他疗法

对 UC 的治疗,祖国医学的优势不光体现在中医中药辨证治疗、灌肠等方法上,另一个重要的优势点就是中医针灸、推拿、火罐等,结合现代科技的微波治疗、西医介入治疗等,使对 UC 的治疗方法体系更加综合化。阚成国等<sup>[19]</sup>运用中医辨证分型,采用电火针对 UC 进行治疗,主穴:天枢、关元、中脘、内关、足三里,半年治疗后总有效率为 88.9% (48/54)。刘言寿<sup>[20]</sup>将针刺和气功疗法相结合治疗 UC,治疗组治愈率为 77%,针灸组为 57%,气功组为 53%,电针加气功疗效显著。许广喜等<sup>[21]</sup>将推拿与火罐相结合,背部夹脊、膀胱经推拿,结合闪罐、推罐,腹部各脏腑腧穴一指禅推法、摩腹后予以火罐留罐、走罐,痊愈率占 44.1%,显效占 44.1%。刘晓艳等<sup>[22]</sup>采用推拿三步九法结合针灸治疗,对照组仅针灸治疗,结果治疗组 91 例,显效 61 例,对照组 91 例,显效 41 例。陈爱武等<sup>[23]</sup>运用穴位埋线法加 SASP 治疗 UC,治疗组和对照组均予以 SASP 口服,治疗组加用穴位埋线法治疗,治疗 2 个月后,治疗组完全缓解率和总有效率明显优于对照组 (81.2%、93.8% 与 50.0%、79.2%, $P < 0.01$ )。钟志刚等<sup>[24]</sup>在传统中医药治疗的基础上,对照组加用神阙穴隔姜灸,2 个疗程后治疗组与对照组的有效率分别为 90.32% 和 70.00%。张宝庭<sup>[25]</sup>用体外微波治疗 20 例 UC 患者,4 个疗程治疗后,总治愈率达 100%。

综上所述,目前医学界对 UC 的治疗方法种类繁多,中医中药口服、灌肠及针灸等在对本病的治疗上有其独特的优势,在临床诊疗过程中,我们应根据患者病情及个体差异,选择合理、综合、系统的治疗方法,以期达到最佳的治疗效果。

## 【参考文献】

- [1] 蔡光先,赵玉庸. 中西医结合内科学[M]. 北京:中国中医药出版社,2005:300-306.
- [2] 欧阳钦. 溃疡性结肠炎的研究进展[J]. 现代消化及介入治疗,2008,13(2):100-103.
- [3] Stokkers PC, Reitsma PH, Tytgat GN, et al. Strong protective effect of DR3 against ulcerative colitis in the spanish population [J]. Am J Gastroenterol, 2007, 10(2):2762-2766.
- [4] 赵红波,吴晓晶,杨云,等. 加味白头翁汤肠内滴注联合穴位埋线治疗溃疡性结肠炎 33 例临床观察[J]. 中医杂志, 2012, 53(24):2112-2113.
- [5] 刘亚,林燕,李兴广. 解毒化痰法灌肠对溃疡性结肠炎慢性期 P-selectin 指标的影响[J]. 中国中医基础医学杂志, 2012, 18(11):1222-1223.

或局部放疗等;Ⅲ期以化疗为主或局部放疗。本例属临床 I 期,行根治性睾丸切除术+放疗。尽管有学者建议患者术后不行放疗仍可获满意效果,并可避免放疗后不育。但大多数学者仍认为对 I 期患者行低剂量、局部区域的放疗是安全和有效的;Ⅱ期肿瘤在睾丸切除和(或)腹膜后淋巴结清扫术后,行辅助性放疗,可明显减少复发,提高长期生存率。对于较大的Ⅱ期肿瘤,可术前先行放疗,待肿瘤缩小后再手术。Ⅲ期患者或术后复发者则先化疗后,再对残留肿块可作放疗或手术综合治疗<sup>[9]</sup>。

TMGCTS 的预后与肿瘤内的组织类型密切相关,生存期多为 20~132 个月,中位生存期为 42 个月<sup>[10]</sup>。如为畸胎瘤合并胚胎性癌或绒毛膜上皮癌,预后较差,合并精原细胞瘤则不影响预后。治疗过程中,要严密随访并监测 AFP、HCG 和血清乳酸脱氢酶(LDH)等指标,若持续升高或再次增高,往往提示肿瘤有残留、转移或复发,预后不良。本例患者随访 6 个月,AFP、HCG 均正常,无肿瘤复发及转移。

#### 【参考文献】

[1] 郭应禄. 泌尿、男生殖系肿瘤[M]. 北京:人民卫生出版社,

2000:396-407.

- [2] 叶定伟,方银忠,戴波,等. 睾丸肿瘤腹膜后淋巴结清扫术 39 例报告[J]. 中华泌尿外科杂志,2005,26(4):283-285.
- [3] 余明主,胡翔南,曾小明. 睾丸混合性类癌 1 例报告并文献复习[J]. 东南国防医药,2009,11(5):445-446.
- [4] 葛文卿,浦金贤,平季根,等. 睾丸生殖细胞肿瘤 36 例早期诊疗体会[J]. 中国误诊学杂志,2010,10(7):1688.
- [6] 丁全明,梁伟,王刚,等. 睾丸混合性非精原细胞性生殖细胞瘤 1 例并文献复习[J]. 中华男科学杂志,2010,16(10):925-927.
- [7] 徐振群,田保玲,詹运洪,等. 1 例睾丸未成熟型畸胎瘤伴精原细胞瘤的临床分析[J]. 中华男科学杂志,2011,17(2):177-178.
- [8] Liguori G, Trombetta C, Bucci S, et al. Semen quality before and after orchietomy in men with testicular cancer[J]. Arch Ital Urol Androl,2008,80(3):99-102.
- [9] 胡礼炳,雷永虹, Makus Hohenfellner. 2012 年欧洲泌尿外科学会睾丸肿瘤诊疗指南解读[J]. 昆明医科大学学报,2012,(7):79-83.
- [10] Albers P, Albrecht W, Algaba F, et al. EAU guidelines on testicular cancer;2011 Update [J]. Eur Urol,2011,60(2):304-319.

(收稿日期:2013-06-26;修回日期:2013-07-26)

(本文编辑:张仲书)

(上接第 77 页)

- [6] 马熙森,高鸿亮,姚萍. 锡类散治疗溃疡性结肠炎疗效的系统评价[J]. 世界华人消化杂志,2012,20(31):3057-3064.
- [7] 阮桂珍. 云南白药联合琥珀酸氢化可的松治疗溃疡性结肠炎疗效观察[J]. 吉林医学,2012,33(35):7681-7682.
- [8] 杨建春,赵丽华,徐鸿雁. 中西医结合保留灌肠治疗溃疡性结肠炎 30 例疗效观察[J]. 亚太传统医药,2012,8(11):56-57.
- [9] 汤林波. 中药保留观察治疗溃疡性结肠炎 56 例[J]. 北方医药,2012,9(12):28-29.
- [10] 李康,刘旭明,王强. 白头翁汤、理中汤灌肠治疗溃疡性结肠炎疗效观察[J]. 辽宁医学院学报,2012,33(5):430-431.
- [11] 戴君妹. 腐殖酸钠保留灌肠治疗溃疡性结肠炎 40 例临床观察[J]. 中国现代药物应用,2010,4(13):65-66.
- [12] 徐长宏,梁衍立. 三氧化生理盐水治疗溃疡性结肠炎 65 例疗效观察[J]. 中国医药科学,2012,2(20):222-223.
- [13] 杨开余. 锡类散联合康复新液保留灌肠治疗溃疡性结肠炎临床观察[J]. 现代医药卫生,2012,28(20):3166-3167.
- [14] 黎志锋,陈国强,张红卫. 英夫利西单抗治疗溃疡性结肠炎合并强直性脊柱炎临床分析[J]. 中国现代药物应用,2011,5(22):62-63.
- [15] 姜睿,熊明芳. 从湿论治溃疡性结肠炎验案 3 则[J]. 江西中医药,2011,42(10):31-32.

- [16] 许永攀,王捷虹,汶明琦. 健脾化痰饮治疗溃疡性结肠炎 68 例[J]. 陕西中医,2012,33(10):1317-1318.
- [17] 周春和,高玉华,王玲玲,等. 椒梅连理汤治疗慢性溃疡性结肠炎的临床研究[J]. 环球中医药,2012,5(10):770-771.
- [18] 张学洁,杨强. 薏苡附子败酱散加减治疗溃疡性结肠炎[J]. 吉林中医药,2012,32(10):983-984.
- [19] 阚成国,杨爱龙. 电火针法治疗慢性非特异性溃疡性结肠炎 54 例[J]. 针灸临床杂志,2011,27(10):41-42.
- [20] 刘言寿. 电针加气功治疗溃疡性结肠炎疗效分析[J]. 上海针灸杂志,1998,17(2):19-20.
- [21] 许广喜,刘银波. 按摩加火罐治疗溃疡性结肠炎 68 例[J]. 按摩与导引,2003,20(2):28-29.
- [22] 刘晓艳,吕明. 推拿三步九法结合针灸治疗慢性溃疡性结肠炎 91 例[J]. 陕西中医,2009,30(11):1520-1521.
- [23] 陈爱武,宋刘来. 穴位埋线法加 SASP 治疗慢性溃疡性结肠炎[J]. 中国康复,2008,23(5):348-349.
- [24] 钟志刚,刘毅华,孔燕莹. 隔姜灸神阙穴治疗溃疡性结肠炎成本效果分析[J]. 内蒙古中医药,2008,27(12):3-4.
- [25] 张宝庭. 体外微波热疗治疗溃疡性结肠炎的疗效观察[J]. 海南医学,2008,19(6):81-82.

(收稿日期:2013-06-04;修回日期:2013-08-04)

(本文编辑:潘雪飞)