

四逆汤加減联合美沙拉嗪栓 治疗溃疡性结肠炎 64 例临床观察

刘 弼,陈 萍,肖 鹏

(湖南省长沙市望城区人民医院,湖南 长沙,410200)

[摘要] 目的:观察四逆汤加減联合美沙拉嗪栓治疗溃疡性结肠炎的效果。方法:将溃疡性结肠炎 128 例随机分为治疗组和对照组,每组各 64 例。对照组予美沙拉嗪栓治疗,治疗组在对照组治疗的基础上加四逆汤加減治疗。对比 2 组综合疗效及临床症状体征评分。结果:总有效率治疗组为 98.44%,高于对照组的 85.94% ($P < 0.05$)。治疗后治疗组内镜下炎症表现、腹胀腹痛、黏液脓血便评分均低于对照组,2 组比较,差异均有统计学意义 ($P < 0.05$)。结论:四逆汤加減联合美沙拉嗪栓能够改善溃疡性结肠炎患者的内镜下炎症表现和临床症状,值得临床中推广使用。

[关键词] 溃疡性结肠炎;中西医结合疗法;四逆汤加減;美沙拉嗪栓

[中图分类号] R269.569 **[文献标识码]** A **DOI:** 10.16808/j.cnki.issn1003-7705.2019.06.019

溃疡性结肠炎是一种由于结肠和直肠慢性非特异性炎症所导致的疾病,病变部位多为直肠、乙状结肠,病程较为漫长,常反复发作。笔者采用四逆汤加減联合美沙拉嗪栓治疗溃疡性结肠炎患者 64 例,取得显效,现报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 从我院 2016 年 7 月至 2018 年 1 月收治的溃疡性结肠炎患者中选取 128 例,将其进行排序,随机分为治疗组和对照组,每组各 64 例。治疗组中,男 29 例,女 35 例;年龄 27~62 岁,平均 (44.5 ± 17.5) 岁。对照组中,男 37 例,女 27 例;年龄 26~63 岁,平均 (44.5 ± 18.5) 岁。2 组一般资料比较,差异无统计学意义 ($P > 0.05$),具有可比性。

1.2 诊断标准 符合《对我国炎症性肠病诊断治疗规范的共识意见》^[1] 中溃疡性结肠炎的诊断标准。临床表现为持续或反复发作的腹泻、黏液脓血便伴腹痛等症状,病程多在 4~6 周以上;经结肠镜检查显示病变多从直肠开始,并呈连续性、弥漫性分布,病变明显处可见弥漫性、多发性糜烂或溃疡。

1.3 纳入标准 1) 符合上述诊断标准;2) 所有患者及家属均对本研究知情,并签署知情同意承诺书。

2 治疗方法

2.1 对照组 采用美沙拉嗪栓治疗。美沙拉嗪栓(哈尔滨市泽尼康药业有限公司,批准文号:国药准字 H20065650)口服,1 粒/次,2 次/d。

2.2 治疗组 在对照组治疗的基础上加四逆汤加減治疗。方剂组成:黄连 3g,制附子 10g,僵蚕 10g,炮姜炭 12g,乌梅 15g,炙甘草 15g,仙鹤草 30g。血

瘀者加红花 5g、三七 6g、川芎 10g;双胁胀痛者加佛手、柴胡、合欢皮各 15g;心悸失眠者加五味子 10g、枣仁 15g、龙骨 30g;脾肾虚弱者加人参 10g、茯苓 20g。每天 1 剂,水煎,分 2 次服。

2 组均治疗 1 个月。

3 疗效观察

3.1 观察指标 对比 2 组治疗后的症状体征评分,包括内镜下炎症表现、腹胀腹痛、黏液脓血便。观察 2 组的综合疗效。

3.2 疗效标准 参照《中医病证诊断疗效标准》^[2] 拟定。显效:症状完全消失,大便成形,结肠镜检查显示肠黏膜正常;有效:症状显著改善,大便次数减少,结肠镜检查显示肠黏膜溃疡面积缩小;无效:症状无任何改善,肠黏膜面积无缩小。

3.3 统计学方法 将本研所得数据纳入 SPSS 18.0 软件中进行统计与分析。计量资料和计数资料分别采用 t 检验与 χ^2 检验。 $P < 0.05$ 表示差异有统计学意义。

3.4 治疗结果

3.4.1 2 组综合疗效比较 治疗组总有效率为 98.44%,高于对照组的 85.94%,差异有统计学意义。(见表 1)

表 1 2 组综合疗效比较[例(%)]

组别	例数	显效	有效	无效	总有效
治疗组	64	59(92.19)	4(6.25)	1(1.56)	63(98.44) ^a
对照组	64	41(64.06)	14(21.88)	9(14.06)	55(85.94)

注:与对照组比较,^a $P < 0.05$ 。

3.4.2 2 组治疗后症状体征评分比较 治疗组治疗后内镜下炎症表现、腹胀腹痛、黏液脓血便评分均低于

对照组,2组比较,差异有统计学意义。(见表2)

表2 2组治疗后症状体征评分比较($\bar{x} \pm s$,分)

组别	例数	内镜下炎症表现	腹胀腹痛	黏液脓血便
治疗组	64	1.02 ± 0.53 ^a	0.72 ± 0.31 ^a	0.75 ± 0.58 ^a
对照组	64	2.94 ± 0.75	1.32 ± 0.59	1.53 ± 0.51

注:与对照组比较,^a $P < 0.05$ 。

4 讨论

溃疡性结肠炎是临床上常见的一种炎症性肠道疾病,发病机制较为复杂,目前尚不明确,但有学者指出其发病可能与人体自身免疫系统障碍有关^[3]。溃疡性结肠炎临床常表现为血性腹泻、腹痛、呕吐等,严重者甚至可以导致肝功能障碍、虹膜睫状体炎等并发症。目前我国溃疡性结肠炎的发病率呈现出逐年增长的趋势,若不及时治疗,有癌变倾向。相关文献报道,致病菌会对患者肠道免疫系统造成一定影响,并且导致免疫功能紊乱,从而诱发炎症^[3]。临床常采用美沙拉嗪栓治疗该病。美沙拉嗪栓是一种水杨酸类药物,能够有效地抑制肠黏膜的炎症反应,促进肠壁结缔组织的恢复,而且用药后能够与肠道组织直接作用,延长了药物在局部作用的时间,并且具有较高的安全性^[4]。

溃疡性结肠炎在中医学上属于“泄泻”“便血”

范畴,认为该病可能由于长期饮食不当、脾胃虚弱所致,因此临床上采用四逆汤加減进行治疗。方中黄连清热泻火解毒;制附子止痛、通络;炮姜炭温脾止泻;乌梅止泻、止呕;炙甘草补脾和胃、调和诸药;仙鹤草收敛止血、止痢、补虚。诸药合用,补虚泄实、止痛止血。

本研究结果显示,治疗组的总有效率高干对照组,且治疗后内镜下炎症表现、腹胀腹痛、黏液脓血便评分均低于对照组。结果表明,四逆汤加減联合美沙拉嗪栓可降低患者的疼痛感,有效地调整患者的肠胃功能,值得推广使用。

参考文献

- [1] 中华医学会消化病学分会炎症性肠病协作组. 对我国炎症性肠病诊断治疗规范的共识意见(2007年,济南)[J]. 中华消化杂志,2007,27(8):545-550.
- [2] 国家中医药管理局. 中医病证诊断疗效标准[S]. 南京:南京大学出版社,1994:47.
- [3] 高磊,薛娟. 双歧杆菌三联活菌散联合美沙拉嗪肠溶片治疗溃疡性结肠炎的临床效果[J]. 中国当代医药,2016,23(5):143-145.
- [4] 温福兴,王丽双. 双歧杆菌三联活菌联合美沙拉嗪治疗溃疡性结肠炎的临床分析[J]. 中国继续医学教育,2016,8(5):175-176.

(收稿日期:2018-12-25)

(上接第39页)

4 小结

OSF是一种慢性、进行性、隐匿性的口腔黏膜斑纹类疾病^[2],且具有癌变倾向,一直受到国内外学者们的广泛关注。嚼食槟榔^[2]、进食刺激性食物、营养、免疫、遗传等因素均与该疾病的发生有关^[5]。本病好发于20~50岁之间人群,无明显性别差异。但在不同国家和地区,男、女性病例分布略有不同。在我国,以男性患者居多^[8]。目前OSF的临床治疗主要以对症治疗为主。通过戒除槟榔、药物软化瘢痕、促进血管增生等,达到缓解临床症状、控制疾病发展的目的。类固醇、透明质酸酶、人胎盘提取物、胰凝乳蛋白酶和胶原酶、戊烯羟磷酸酶、盐酸尼氏剂、铁和包括番茄红素在内的多种维生素补充剂等药物已被应用于临床治疗OSF^[9],然而由于该病发病机制尚未完全明确,致使各种治疗手段均不能取得令人满意的治疗效果^[10]。近年来,中医药治疗OSF取得了一定的疗效。因此,笔者通过多年的临床观察和探索,从OSF虚、瘀、浊毒的中医病机特点综合考虑,临证时审证求因,施方得当,临床疗效颇佳。

参考文献

- [1] 陈谦明,曾听. 案析口腔黏膜病学[M]. 北京:人民卫生出版社,2014:145-147.
- [2] 翦新春. 中国大陆地区口腔黏膜下纤维性变研究的过去、现在与未来[J]. 中华口腔医学研究杂志:电子版,2008,2(6):545-552.
- [3] 李元聪,谭劲,文倩,等. 口腔黏膜下纤维化中医诊疗方案[J]. 实用口腔医学杂志,2018,34(6):838-840.
- [4] 谭劲,李元聪,陈安,等. 丹玄口康治疗口腔黏膜下纤维化的临床研究[J]. 湖南中医药大学学报,2006,26(5):41-43.
- [5] 陈谦明. 口腔黏膜病学[M]. 北京:人民卫生出版社,2015:127-131.
- [6] 隋嘉宁,陈世娟,李元聪. 李元聪教授治疗口腔黏膜下纤维化临证经验[J]. 湖南中医药大学学报,2018,38(4):424-426.
- [7] 谭劲,吴丹,刘寻,等. 从虚瘀痰毒探讨口腔黏膜下纤维化的发病机制[J]. 湖南中医药大学学报,2016,36(3):38-39.
- [8] 彭解英,孟庆玉,李继佳. 口腔黏膜下纤维性变的诊断研究进展[J]. 中国实用口腔科杂志,2011,4(2):72-75.
- [9] Betra, Jitender. Oral submucous fibrosis: an overview of the aetiology, pathogenesis, classification, and principles of management [J]. British Journal of Oral and Maxillofacial Surgery, 2013, 51(7): 587-593.
- [10] Revant H. Chole, Shailesh M. Gondivkar, Amol R. Gadgil, et al. Review of drug treatment of oral submucous fibrosis [J]. Oral Oncology, 2012, 48(5): 393-398.

(收稿日期:2019-03-27)