

# 三草溃结方治疗湿热内蕴型 溃疡性结肠炎的临床研究

● 熊之焰\* 马亦苑

**摘要** 目的:观察三草溃结方治疗湿热内蕴型溃疡性结肠炎的临床应用效果。方法:选取60位湿热内蕴型溃疡性结肠炎(UC)患者,随机分成2组,治疗组30例,对照组30例,治疗组服用三草溃结方,每次1袋,每天2次;对照组服用美沙拉嗪肠溶片,0.25g/次,每天4次。1个月为1疗程,连续观察两个疗程。结果:(1)治疗后两组肠黏膜均有所改善,且治疗组优于对照组,差异具有统计学意义( $P < 0.05$ );(2)治疗组临床疗效总有效率93.33%、对照组总有效率76.67%,两组差异具有统计学意义( $P < 0.05$ );(3)临床应用三草溃结方治疗过程中,未发现不良反应。结论:三草溃结方治疗湿热内蕴型溃疡性结肠炎疗效显著且具有安全性。

**关键词** 三草溃结方 湿热内蕴型 溃疡性结肠炎

溃疡性结肠炎<sup>[1]</sup>是一种主要侵及直肠(溃疡性直肠炎)、结肠黏膜层形成糜烂、溃疡的非特异性炎症,在我国的发病率日渐增加而逐渐受到关注。本病病程缠绵,且往往伴随全身症状,严重影响了患者的日常生活,使病人痛苦不堪。西药虽用法方便且疗效迅速,但严重的副作用是我们不能忽视的,且价格较为昂贵,如若长期药物治疗,患者往往无法负担。2012年5月至2012年12月笔者采用中药三草溃结方口服治疗湿热蕴结型溃疡性结肠炎30例,取得了较好的疗效,现报告如下。

## 1 资料与方法

**1.1 一般资料** 将2012年5月至2012年12月湖南省中医药大学第二附属医院门诊及住院部符合纳入标准的60名患者随机分为治疗组30例,对照组30例。其中治疗组:男17例,女13例,年龄19~64岁;病程最短1年,最长14年,平均 $4.78 \pm 3.41$ 年。对照

组:男18例,女12例,年龄19~68岁;病程最短5个月,最长14年,平均 $4.55 \pm 3.11$ 年。两组性别、年龄、病程等资料比较,差别均无统计学意义( $P > 0.05$ ),具有可比性。

### 1.2 诊断标准

**1.2.1 西医诊断标准** 参照2007年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》<sup>[2]</sup>:①临床:有持续反复发作的黏液血便、腹痛,伴有不同程度的全身症状。不应忽视少数只有便秘或无便血者,既往史及体检要注意关节、眼、口腔、皮肤、肝、胆、脾等肠外表现。②肠镜所见:黏膜有多发性浅溃疡伴充血、水肿,病变大多从直肠开始,且呈弥漫性分布;黏膜粗糙呈颗粒状、质脆、易出血或附有脓性分泌物;可见假息肉,结肠袋往往变钝或消失。③病理所见:黏膜活检呈炎症性反应;同时可见糜烂、腺体排列异常及上皮变化。④钡灌肠所见:黏膜粗乱和(或)有细颗粒变化;多发性溃疡或有假性息肉;肠管狭窄、缩短,结肠袋消失,可呈管状。

**1.2.2 中医辨证标准** 参照2002年《中药新药临床研究指导原则》<sup>[3]</sup>中关于慢性非特异性溃疡性结肠炎的中医证候诊断标准中关于湿热内蕴证的诊断标准:主证:①腹泻;②黏液脓血便;③腹痛;④里急后重。

\* 作者简介 熊之焰,女,主任医师,教授,国家中医药管理局第三批全国老中医药专家学术经验继承人。发表专业学术论文10余篇,参与撰写著作5部,主持参与科研课题8项。擅长运用中医和中西医结合方法治疗各种肛肠科疾病。

• 作者单位 湖南省中医药大学第二附属医院(410000)

次证:①肛门灼热;②小便短赤;③身热;④纳呆;⑤舌苔黄腻;⑥脉滑数。诊断:凡具备主证任意2项(第②项必备)、次证任意2项,或主证②加次证任意3项即可入选。

1.3 纳入标准 ①符合溃疡性结肠炎的西医诊断标准者;②中医辨证属湿热内蕴证者;③经电子结肠镜检查病变部位位于直乙结肠、左半结肠、全结肠的溃疡性结肠炎患者;④以轻、中度为主的活动期患者;⑤年龄在18~70岁的患者;⑥愿意并接受研究调查者。

1.4 排除标准 ①伴有严重并发症者;②年龄在18岁以下,70岁以上者;③妊娠与哺乳期妇女;④有严重胃病患者;⑤精神病或不能配合试验进行者;⑥合并严重心脑血管、肝、肾等基础疾病者。

1.5 治疗方法

1.5.1 治疗组 在维持患者生命体征平稳及一般情况良好的基础上服用三草溃结方,药物为:蛇总管30g,西洋龙芽草30g,山苦荬15g,奈何草15g,黄芩9g,黄柏12g,黄连6g,秦皮12g,血箭草12g,木香5g,当归9g。上述药物加水由煎药房提供,100ml/包,早晚饭后各服1包及吞服与对照组药物相同外表淀粉片1片,午饭后及睡前各服用100ml同等包装生理盐水及淀粉片1片。30天为1疗程,连续服用2个疗程。

1.5.2 对照组 在维持患者生命体征平稳及一般情况良好的基础上服用美沙拉嗪肠溶片,由黑龙江葵花药业股份有限公司生产,批号:H19980148,0.25g/片,1片/次,早中晚饭后及睡前各吞服1片及服用与治疗组相同包装袋生理盐水100ml,服用天数同治疗组。

1.6 结肠黏膜镜观察 60名病人治疗前后各进行1次结肠镜检查。按溃疡性结肠镜下诊断标准,主要观察结肠黏膜的充血、水肿、糜烂、溃疡等,按病变部位(直乙结肠、左半结肠、全结肠)分别记分,其标准为:结肠黏膜无充血、水肿、糜烂、溃疡:记0分;轻度充血、水肿、无或轻度糜烂、溃疡无或散在分布、数量<3个,周边轻度红肿:记1分;中等度充血、水肿、中等度糜烂或伴出血,溃疡散在分布、数量>3个,周边明显红肿:记2分;重度充血、水肿、糜烂、触之明显出血,溃疡分布多、表面布满脓苔,周边显著红肿:记3分。

1.7 疗效评定 参照2002年《中药新药临床研究指导原则》<sup>[3]</sup>中关于慢性非特异性溃疡性结肠炎的疗效标准:①临床痊愈:中医临床症状、体征消失或基本消

失,证候积分减少≥95%;②显效:中医临床症状、体征消失或明显改善,证候积分减少≥60%;③有效:中医临床症状、体征均有好转,证候积分减少≥30%;④无效:中医临床症状、体征均无明显改善,甚或加重,证候积分减少<30%。

1.8 统计学方法 应用SPSS16.0统计软件对数据进行分析,计数资料采用 $\chi^2$ 检验,等级资料两样本比较的秩和检验分析,两组治疗前症状总积分经Wilcoxon秩和检验。组内比较采用配对t检验,组间比较采用成组t检验。 $P < 0.05$ 为差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 两组结肠镜计分比较 两组治疗后同治疗前比较,结肠镜计分均显著降低,且治疗组优于对照组,差异有显著性意义( $P < 0.05$ )(见表1)。

表1 两组间结肠镜计分对比( $\bar{x} \pm s$ ,分)

组别	n	治疗前计分	治疗后计分
治疗组	30	1.83 ± 0.47	0.28 ± 0.45 <sup>▲,△</sup>
对照组	30	1.84 ± 0.37	0.68 ± 0.48 <sup>△</sup>

注:与本组治疗前比较,<sup>△</sup> $P < 0.05$ ;与对照组比较,<sup>▲</sup> $P < 0.05$ 。

2.2 两组临床疗效比较 治疗组总有效率达93.33%,疗效优于对照组,差异有显著性意义( $P < 0.05$ )(见表2)。

表2 两组临床疗效比较(n,%)

组别	n	临床痊愈	有效	无效	总有效率(%)
治疗组	30	4	24	2	93.33 <sup>▲</sup>
对照组	30	1	22	7	76.67

注:与对照组比较,<sup>▲</sup> $P < 0.05$ 。

2.3 安全性评价 三草溃结方组在治疗时间段内未出现任何不良反应及毒副作用。美沙拉嗪组有5例患者在服药两周后出现恶心、呕吐、胃纳差,发生率为16.13%,经适当处理均好转,未影响治疗。

3 讨论

中医文献并无“溃疡性结肠炎”这个病名,但根据其腹痛、腹泻、黏液脓血便、里急后重等临床表现,属于“腹痛、便血、脏毒、肠澼、肠风下血、泄泻、痢疾”等范畴。溃疡性结肠炎病因复杂,病程缓慢,中医在临

(下转第49页)

2.5 两组患者治疗后 Barthel 指数情况 治疗后 14 天,温胆汤组的改良 Barthes 指数评分较对照组显著增加( $P < 0.01$ ),表明在远期日常生活能力方面,温胆汤组效果优于对照组(见表 5)。

表 5 两组治疗后 Barthel 指数比较( $\bar{x} \pm s$ ,分)

组别	n	治疗前	治疗后
对照组	33	38.4 ± 2.28	59.8 ± 2.04
温胆汤组	35	37.7 ± 2.34	82.5 ± 1.93 <sup>#</sup>

注:治疗后与对照组比较,<sup>#</sup> $P < 0.01$ 。

### 3 讨论

中风病起病急骤,病情重,变化快,急性期以标实为主。痰浊内闭是其发病的主要病机<sup>[3]</sup>。《兰室秘藏》云:“中风为百病之长,乃气血闭而不行,此最重痰。”痰浊不仅是中风病发生的启动因素,也是该病急性期加重的主要因素<sup>[4]</sup>。《张氏医通》云“凡瘫痪,愈疽,半身不遂等症,皆伏痰留滞而然,不祛痰邪,病何由愈。”故脑梗塞急性期的治疗,宜以除痰为主。温胆汤出自清代陆廷珍的《三因极一病症方论》。方用半夏为君,降逆和胃,燥湿化痰;以竹茹为臣,清热化痰,止呕除烦;枳实行气消痰,使痰随气下;佐以陈皮理气燥湿,茯苓健脾渗湿,俾湿去痰消。全方具有清热燥湿、理气化痰的

功效。动物实验研究表明,温胆汤可通过调节大鼠肝脏 LDLR 转录水平预防脂质代谢紊乱<sup>[5]</sup>,同时温胆汤能有效降低机体内脂质过氧化程度,降低细胞受损程度,对抑制由高血脂引起的动脉粥样硬化患者有重要作用<sup>[6]</sup>。本实验研究结果显示,经过治疗后,温胆汤治疗组的 TC、TG、LDL-C 明显低于对照组;全血高切粘度、低切粘度、纤维蛋白原、血小板聚集率也显著低于对照组;而神经功能缺损积分、改良 Barthel 指数变化表明温胆汤治疗后患者神经功能缺损恢复以及日常生活活动能力提高明显。

### 参考文献

[1] 中华神经科学会. 各类脑血管疾病诊断要点[J]. 中华神经科杂志, 1996, 29(6): 379-380.  
 [2] 国家中医药管理局脑病急症协作组. 中风病诊断与疗效评定标准(试行)[J]. 北京中医药大学学报, 1996, 19(1): 55-56.  
 [3] 李海英, 李海敏, 樊 鹏. 通腑法在中风急性期的应用[J]. 河北中医, 2007, 29(4): 327-328.  
 [4] 牛豫洁. 中风病急性期治法探究[J]. 山西中医, 2010, 26(1): 1-2.  
 [5] 淳 泽, 李佳楠, 陈东辉, 等. 温胆汤对高脂血症大鼠脂质代谢的影响[J]. 中国中药杂志, 2003, 28(12): 1184-1185.  
 [6] 李佳楠, 陈东辉, 罗 霞, 等. 温胆汤降脂作用研究[J]. 华中科技大学学报(医学版), 2002, 31(6): 666.

(上接第 46 页)

证上又有寒、热、虚、实的不同,而朱丹溪在《金匱钩玄》中有这样一句话:“溏泄者,所下汁积粘垢,湿兼热也”,《金匱要略》中又指出寸脉浮数,下利脓血是由于湿热熏蒸胃肠,邪热炎上而升,阳热气盛,李东垣在《活发机要》中提到“脏腑泄痢,其证多种,大抵从风、湿、热也,是知寒少热多……溲而便脓血,知气行而血止也”,朱丹溪在《金匱钩玄》中从湿、气虚、火、痰、食积论治泄泻,《温病条辨》中提到:“湿之化气,为阴中之阳,氤氲浊腻……小便短涩黄热者……大便溏而不爽,或濡泄者,天气病地气因而不调也。”综合各医家以及自身多年临床经验,笔者认为在发作期是以湿热内蕴型为主,临床主要表现为腹泻、黏液脓血便、腹痛、肛门灼热、里急后重、小便短赤、身热、舌苔黄腻、脉滑数等。在缓解期也潜藏着湿热内蕴这一病机。故以清热燥湿,调气和血为其治疗原则,用组方三草溃结方用于临床,获效颇佳。三草溃结方源于《太平惠民和剂局方》中的香连丸与《袖珍》卷一引《圣惠》中的三黄汤以及《伤寒论》中的白头翁汤佐以西洋龙芽草、蛇总管、山苦菜、血箭

草、当归这五味药。白头翁汤是治疗湿热下痢的一首名方,具有清解热毒,凉血止痢的功效,为三草溃结方之君方;香连丸清热燥湿,行气化滞,药简力薄,作用平和,侧重于调气和中,与清热燥湿之力较强的三黄汤共助君方清热解毒止痢,为臣方;西洋龙芽草,性苦、涩、平,归心、肝经,具有收敛止血,止痢,截疟,补虚的功效;蛇总管、山苦菜清热解毒,祛瘀止痛;血箭草凉血止血,解毒敛疮;当归行血和血,此五味佐进上三方共奏清热燥湿,调气和血之效。全方充分体现中医治病辨证与辨病相结合,宏观与微观相结合的优势,实为治疗溃疡性结肠炎的一首良方,尤其对湿热内蕴型溃疡性结肠炎患者的临床症状有明显改善作用。

### 参考文献

[1] 安阿玥. 肛肠病学[M]. 北京:人民卫生出版社,1998.  
 [2] 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[J]. 中华消化杂志, 2007, 27(8): 545-546.  
 [3] 郑筱萸. 中药新药临床研究指导原则[M]. 北京:中国医药科技出版社, 2002: 156-162.