

• 综述 •

非特异性溃疡性结肠炎中西医结合 诊治研究进展

江西省九江市湖口中医医院 周 孜

非特异性溃疡性结肠炎(以下简称 UC) 是一种原因不明的炎症性肠道疾病,一般认为与感染、细菌性变态反应、精神应激、酶失调、保护物质缺乏以及遗传等有关^(1,2),但近年来更多的学者倾向于机体的细胞免疫低下而致病^(3,4)。中医则认为此病由脾虚木乘、脾胃不和所致,属“泄泻”、“久痢”等范畴。本文拟将近年来中西医结合诊治UC的新进展概述如下。

一、临床表现与诊断方法的研究 从临床上看,UC的表现主要有腹痛、腹泻、粘液血便、里急后重、发热以及下腹部压痛等。有人⁽⁵⁾统计的136例中,均有大便异常表现,腹泻128例,粘液血便110例,腹痛119例,里急后重84例,食欲减退71例,下腹部压痛64例,发热14例,另有作者⁽⁶⁾统计的120例中,腹泻占95%,腹痛占74.1%,里急后重占70.8%,腹胀占34.1%,便秘占4.99%,发热占15.2%,下腹部压痛占24.1%,左下腹触及索状肿物占46.6%。

目前,诊断检查UC的主要方法有气钡双重对比造影、纤维结肠镜、病理学检查、粪便检查等。常规钡剂灌肠能诊断UC,是因为它可显示肠粘膜皱襞的增粗、肠襞边缘毛糙、溃疡形成和肠道炎性刺激征象等,可作为诊断依据。近年双重造影的应用已受到重视,其优越之处在于能显示结肠细小病变,以提高UC的诊断率,许多学者⁽⁷⁾肯定了这种造影新方法的诊断价值。纤维结肠镜检查对UC的确诊具有决定性的意义,有在肠腔下进行直视观察、摄影和活检等优点,能确定病变的性质、程度和范围,其可靠性优于X线诊断⁽⁸⁾。病理组织学检查亦是UC诊断重要的一环,有人⁽⁹⁾报告的102例中,病理组织检查结果:粘膜重度炎症100%,上皮细胞间中性白细胞浸润100%,杯状细胞减少100%,隐窝脓肿86%,固有膜内芽胞组织增生35%,肠腺上皮细胞核下空泡34%,固有膜内小血管炎78%,隐窝溃疡63%,值得注意的是,由于UC病理学方面的表现缺乏特异性,而该组报告表明,粘膜重度炎症、隐窝脓肿、上皮细胞间中性细胞浸润、杯状细胞减少这4种改变都在85%以上,其中除隐窝脓肿外,其他3项达到100%,因而以此作为UC的特征就较合理,这对UC病理学特

点的认识和诊断都是很有帮助的。粪便检查包括常规、沉淀积卵、孵化、找阿米巴和致病菌培养,其目的在于确定粪便的性质,并排除有关感染性结肠炎的可能。除常规检查外,如多次沉淀积卵和孵化均未有所见,可排除血吸虫病性结肠炎;多次取粘液脓血便在半小时内作涂片检查,均未找到阿米巴滋养体和包囊,可排除阿米巴肠炎;粪便致病菌培养均阴性,可排除菌痢、结核杆菌和沙门氏菌的感染等。但在少数情况下,以上感染性结肠炎也可与UC相互并发,因此必须作进一步的检查才能确定。

二、临床治疗研究 1. 西医治疗:保持营养和水电解质平衡,供给足够的热量和维生素。较严重者应住院,给予补液、纠正脱水和电解质紊乱,可选用肾上腺皮质激素,氢化可的松250mg或地塞米松10mg加入静脉点滴,5天后改口服强的松40~60mg/日,如症状明显好转以强的松10~15mg/日的剂量维持,SASP(水杨酸偶氮磺胺吡啶)与结缔组织有很强亲和性,剂量2~4g/日,分4次口服,症状缓解后改为每日1~1.5g维持,对部分顽固病例可试用免疫抑制剂如硫唑嘌呤或6-巯基嘌呤。新近王永雁⁽¹⁰⁾用西米替丁治疗亦收到良好的效果。近年的研究发现单独应用静脉营养疗法,或鼻饲要素饮食也可获得缓解。

患者一般可沿用内科治疗多年,但遇下列情况之一时,应考虑手术治疗:(1)全结肠病变重型患者,内科治疗无效;(2)慢性患者缓解期短,全身情况逐渐衰竭;(3)出现严重并发症,如巨结肠、穿孔、出血、严重关节炎、胆管炎、脓皮病、癌变。手术种类主要有全结肠切除、回肠造瘘、暂时回肠造瘘和回肠—直肠吻合术等。

2. 中医药治疗:近年来有关中医药治疗UC报道较多,疗效较好,乔丽华等⁽¹¹⁾统计1975~1984年间的1165例,痊愈720例(61.8%),缓解384例(32.96%),无效61例(5.24%),总有效率为94.76%。笔者收集1984年4月~1987年6月国内文献报告的665例^(12~27)中,痊愈427例(64.2%),显效82例(12.2%),好转132例(20%),无效24例(3.6%),总有效率为96.4%,其中辨证分型治疗的269例^(16~20),

23, 28), 痊愈164例, 显效33例, 好转62例, 无效10例, 有效率为96.69%; 专方专药治疗的396例(12~15, 31, 22, 24, 25, 27), 痊愈263例, 显效49例, 好转70例, 无效14例, 有效率为96.46%。与1984年前相比疗效(包括治愈率)均有所提高。目前在辨证分型方面颇不一致, 但根据现有资料大致可分为脾胃虚弱、脾胃两虚、脾虚湿热、脾气虚、肝脾不和、寒热相兼、湿热、血瘀肠络等八型, 分别以参苓白术散、六君子汤加减; 附子理中汤、四神丸; 葛根芩连汤、白头翁汤加减; 补中益气汤、参苓白术散加减; 四逆散、痛泻要方加减; 少腹逐瘀汤等治之(28, 29)。专方专药主要有理连汤、复方白芨煎剂、土苦汤、中药结肠丸、补脾通用方、刘寄奴等, 临床上均获得良好的疗效, 如杨信仁等(27)用锡类散2支、冰硼散1/2袋、云南白药1g、0.25~1%奴夫卡因20ml加水至120ml混匀保留灌肠, 每晚一次, 15天为一疗程, 连续二疗程, 配合内服扶正活血化瘀汤(党参、炒白术各15g, 生地12g, 当归尾、川芎、赤芍各10g, 甘草6g), 同时用抗菌、消炎、收敛止泻等西药内服或静脉点滴治疗30例相对照, 结果两组分别为: 痊愈21例(67.74%)、6例(20%); 显效7例(22.58%)、3例(10%); 好转2例(6.45%)、8例(26.67%); 无效1例(3.23%)、13例(43.33%), 两组痊愈率、有效率均有明显差异($P < 0.01$)。

3. 中西医结合治疗: 中西医结合治疗UC已初步取得了良好的成绩。国内1981~1987年六年间共报道388例(1, 6, 30~34), 治愈233例, 显效68例, 有效77例, 无效10例, 治愈率为60%, 总有效率为97.42%。中西医结合治疗方法主要是: 中医治疗分前述八型(28)进行常规灌肠或口服中药; 西医则采用抗炎、免疫抑制剂、激素等, 药选痢特灵、DS-36₁₂(制菌磺)(11), 强的松、柳氮磺胺吡啶(1, 32), 氢化考的松(1, 30, 32~34)、氟米松(31), 亦有用苯丙酸诺龙等, 灌肠、口服、静点或肌注。如傅启良等(32)用中药紫草根、白头翁各15g, 茜草、仙鹤草各10g, 诃子6g, 罂粟壳3g水煎剂, 另用等量青黛和白芨粉剂混入调成稀糊状灌肠, 另加服柳氮磺胺吡啶0.5~1.5g, 每天3~4次不等, 个别病例加用了强的松、琥珀酸钠氢化考的松等药灌肠, 共治疗30例, 结果18例痊愈, 11例好转, 仅1例无效。治愈率为60%, 总有效率为96.67%。

三、深入研究的方法及展望 UC在西方国家比较多见, 许多国家对UC发病情况进行了较细致的调查统计, 每十万人中发病率为: 英国79.9、美国42.0、新西兰41.3、瑞士17.5、法国11.0、德国10.9、西班牙6.4、澳大利亚5.6、日本国3.0~5.0(1)。我国

虽缺乏精确的统计, 但近年的报告逐渐增加, 说明我国的发病率并非少见。由于至今发病原因不明, 治疗上还存在死亡率高, 癌变较多、手术率高等严重的问题(1, 2), 因而迫切需要寻找有效的非手术治疗。

从目前我国对UC的诊治状况来看, 中西医结合的方法已受到重视。在诊断方面, 当前多倾向于辨病与辨证相结合, 这个方法吸取了中西医两者之长, 既重视患者的整体反应, 同时也对局部的病变进行了深入的分析。治疗方面已经出现了多种有机的结合形成。有的以中医中药为主, 辅以西医药治疗; 有的则以西医药治疗为主, 配合中医药治疗, 或同一患者在治疗的不同阶段亦会有不同形式的结合。这些都体现了中西医结合诊治的优越性, 且预示出良好的发展前景。

为了进一步提高UC的医疗水平, 下列一些问题值得深入研究。

1. 加强基础理论探讨, 提高诊断的准确性: (1)设计制作动物模型以研究UC的本质、自然规律、寻找病原体, 探明病因和发病机理。(2)临床诊断上对原因不明的慢性腹泻或粘液血便疑有UC时, 应进行细菌学、寄生虫学、肠镜、肠道X线检查和必要的免疫学检查, 并排除其他特异性结肠炎, 务求明确诊断, 争取早期诊断和早期合理的治疗。这些对降低UC的死亡率、癌变率、复发率和手术率无疑有着重要的意义。

2. 探索证治的规律性: 随着现代医学与中医学的互相渗透, 以及对疾病、规律的深入认识, 在中西医结合过程中进行辨证分型治疗, 临床实践证明, 它是一种行之有效的治疗方法。如史兆岐(12)对26例经X线钡剂灌肠和光导纤维结肠镜检查证实为非特异性溃疡性结肠炎的患者, 进行辨证分型治疗, 同时配合西医纠酸、补液及对症治疗, 结果痊愈率为46.1%, 基本治愈率为42.3%, 总有效率达100%。但必须指出: 目前对UC辨证分型尚无一致的标准, 有的甚至不分型, 对中医辨证论治这一长处没有很好地发挥, 缺乏规律性。因此, 我们主张在治疗过程中进行综合分析, 总结经验, 寻找证治的规律, 把辨证与辨病、临床分型以至药物使用统一起来, 发挥中西医各自的长处, 以进一步提高疗效。

3. 深入探讨药物作用的机理: 有作者(18)在以中药灌肠对UC动物实验模型进行治疗观察, 证实了中医药治疗UC的有效性和可重复性。从目前的方药运用状况来看, 以健脾益气方药的疗效较理想(20, 28), 临床上除脾胃虚弱型用健脾益气的方药之外, 在其他证型的治疗方法中若加用健脾益气这一类方药, 疗效亦会有明显的提高。如有人(35)用清热化湿的方药治疗23

例符合湿热类型患者,有效率仅为65%,而辅以益气健脾的方药治之,有效率则可达85%。近年来随着对脾本质研究的进展,对脾虚证的认识也日益加深,有关研究表明^[36]脾虚证确有免疫功能低下的表现,且在运用健脾益气法治疗后,在纠正脾虚的同时,能提高低下的免疫功能,这与UC现代病因发病学中的免疫功能低下的观点是相一致的。但当前对探讨有关药物作用的机理方面,工作还做得不够,应在筛选出有效方药的基础上,应用现代科学技术加强对药物作用机理方面的研究确定药物的有效成份,加以提纯,测定其化学结构,进而进行人工合成,这都有待于今后进一步研究。

4. 近年来对治疗UC的给药途径也进行了多方面的探索,保留灌肠已成为治疗UC最常用的有效给药方法。有报告^[18]25例,单纯口服中药者仅8例获显效,另17例则未获明显疗效,后加用中药灌肠则取得较好疗效,其中显效11例,好转4例,无效1例。保留灌肠之所以取得较好效果,其优点在于^[37]:灌肠通过病位给药,使药物直达病所,有利于药物作用的发挥;因为对病变结肠粘膜直接给药,可避免或减少消化液酸碱度以及各种消化酶对药物的影响和破坏作用,且药物作用时间长。值得深入研究。

(本文承徐明煊、幸良涂二位老师指导,特此致谢)

参 考 文 献

1. 史兆岐. 中西医结合治疗26例非特异性溃疡性结肠炎. 肛肠杂志 1981; 1(1):23.
2. 陈国楨. 炎症性肠病. 中华消化杂志 1981; 1(3):157.
3. 施作榕. 炎症性肠病的免疫学检查. 实用内科杂志 1985; 5(1):6.
4. 郭 琪, 等. 慢性非特异性溃疡性结肠炎的自身免疫. 西安医学院学报 1981; 2:245.
5. 余永敏. 中草药灌肠治疗慢性非特异性溃疡性结肠炎136例疗效观察. 中西医结合杂志 1984; 4(2):160.
6. 宋光瑞, 等. 中西医结合治疗120例非特异性溃疡性结肠炎疗效分析. 中西医结合杂志 1984; 4(5):309.
7. 张翠泉, 等. 结肠双重造影对溃疡性结肠炎的X线诊断. 中华消化杂志 1983; 3(3):156.
8. 安徽医学院附院消化组. 纤维结肠镜在结肠病变诊疗上的意义. 安徽医学院学报 1983; 18(1):32.
9. 屈汉廷, 等. 非特异性溃疡性结肠炎102例临床病理分析. 肛肠杂志 1983; 3(4):13.
10. 王永雁. 西米替丁治疗慢性结肠炎疗效观察. 实用内科杂志 1987; 7(2):93.
11. 乔丽华, 等. 国内1363例非特异性溃疡性结肠炎临床分析. 中西医结合杂志 1987; 7(5):308.
12. 张德祥. 补脾通用方治疗溃疡性结肠炎40例疗效分析. 浙

- 江中医杂志 1984; 19(11):509.
13. 姜汉民. 刘寄奴治疗溃疡性结肠炎46例疗效观察. 中西医结合杂志 1984; 4(11):671.
14. 亢荣华. 自拟复溃汤治疗慢性非特异性溃疡性结肠炎24例. 中西医结合杂志 1985; 5(3):174.
15. 郭学亮, 等. 中药结肠丸治疗慢性非特异性溃疡性结肠炎临床观察与分析. 陕西中医学院学报 1985; 8(1):1.
16. 何春风, 等. 治疗非特异性溃疡性结肠炎14例. 四川中医 1985; 3(6):21.
17. 张邦福. 慢性溃疡性结肠炎之证治(附30例临床观察). 湖南中医杂志 1985; 1(2):18.
18. 马贵同, 等. 中医中药治疗溃疡性结肠炎临床与实验研究. 中医杂志 1985; 26(7):33.
19. 宋桂琴, 等. 中医药治疗溃疡性结肠炎60例临床分析. 中西医结合杂志 1985; 5(8):474.
20. 程广里. 慢性溃疡性结肠炎的辨证施治(附50例疗效分析). 中国肛肠病杂志 1985; 5(1):9.
21. 黄玉林, 等. 理连汤治疗慢性非特异性结肠炎38例小结. 福建中医药 1986; 17(4):21.
22. 李吉茹, 等. 复方白芨煎剂灌肠治愈轻型慢性非特异性溃疡性结肠炎6例. 中西医结合杂志 1986; 6(6):367.
23. 刘国安, 等. 祛邪扶正并用治疗溃疡性结肠炎的体会(附30例临床分析). 中医杂志 1985; 26(9):29.
24. 刘鼎清. 自拟菊榆合剂灌肠治疗溃疡性结肠炎55例. 广西中医药 1986; 9(4):12.
25. 李祝勋, 等. 土苦汤保留灌肠治疗慢性溃疡性结肠炎33例临床观察. 新中医 1986; 10:37.
26. 王德成, 等. 中药治疗慢性溃疡性结肠炎(附60例临床分析). 中国肛肠病杂志 1987; 7(1):20.
27. 杨仁信, 等. 中药口服和保留灌肠治疗慢性非特异性溃疡性结肠炎31例疗效观察. 河南中医 1987; 1:26.
28. 周 孜. 中医对溃疡性结肠炎的认识和治疗. 云南中医杂志 1986; 7(1):29.
29. 周 孜. 中医药治疗溃疡性结肠炎. 实用医学杂志 1987; 3(3):35.
30. 奚彩昆, 等. 中西医结合治疗慢性非特异性溃疡性结肠炎24例疗效观察. 中医杂志 1982; 23(3):25.
31. 刘圣杰. 复方三黄液保留灌肠治疗慢性溃疡性结肠炎. 中国肛肠病杂志 1984; 4(4):24.
32. 傅启良. 中西医结合治疗慢性非特异性结肠炎30例临床观察. 中西医结合杂志 1985; 5(1):17.
33. 周怀鸿. 儿茶治疗慢性结肠炎93例疗效观察. 广东医学 1984; 5(5):25.
34. 韩桂珍. 中西医结合治疗非特异性结肠炎60例. 陕西中医 1986; 7(7):299.
35. 谢善德. 辨证分型治疗44例溃疡性结肠炎. 上海中医药杂志 1981; 2:24.
36. 陈泽霖, 等. “脾”的研究进展. 中医杂志 1980; 21(12):67.
37. 周 孜. 中药保留灌肠治疗特发性溃疡性结肠炎. 中药药学报 1987; 2:45.