

中药灌肠方治疗溃疡性结肠炎 临床观察及实验研究

中国中医研究院广安门医院 李国栋 陈思祖 王 瑛

我院自1974年起,采用中西医结合治疗溃疡性结肠炎取得较满意疗效⁽¹⁾。在此基础上,我们对中药灌肠方进行了临床观察和实验研究,现报告如下。

临床观察

一、临床资料:1983~1987年共收治溃疡性结肠炎患者35例,男12例,女23例,年龄19~61岁,其中25~50岁占70%。病程最短半年,最长5年。主要症状为腹痛、腹泻和粘液血便。全部病例均符合全国消化系统学术会议制定的诊断标准⁽²⁾。绝大部分患者在其它医院接受过中西药治疗,但均效果不佳。

根据国际卫生组织分型法,35例中直肠、乙状结肠型占57%,左半结肠型28%,全结肠型15%。全部病例均属慢性复发型溃疡性结肠炎,其中伴有肠道假息肉7例,关节炎3例,肝脏病2例,皮肤病3例。患者便培养均为阴性,其中8例免疫球蛋白IgG超过240u/ml,10例IgM超过180u/ml,两者均增高的有5例。这些患者大多数是慢性期再发阶段,病情亦重。

二、治疗方法:患者采用中药灌肠方治疗,黄连10g 栀子10g 银花10g 白芍15g 防风10g 生甘草15g,水煎100ml,每晚保留灌肠1次,15次为一个疗程。灌肠前嘱患者排空大便,灌药后尽可能多保留时间,一般可保留8~15小时。每个疗程后休息7天,辅助药常选用维生素B₁和安定口服。

三、结果

1.疗效标准:痊愈:临床症状消失,肠镜等检查,肠粘膜病变恢复正常;好转:临床症状减轻,肠镜等检查,肠粘膜病变较前明显改善,大便常规检查有少量红、白细胞;无效:治疗前后临床症状和肠镜等检查无改善和明显改善⁽³⁾。

2.结果:35例中痊愈25例,占71%;好转10例,占29%。最长治疗天数79天,最短14天。

治疗过程中患者无明显不适,未见任何副作用和过敏反应。

实验研究

一、灌肠方对小鼠淋巴细胞增殖的影响:选用杂种雄性大鼠40只,体重120~150g,分成四组,每组

10只。分别为实验组1、2、3和对照组。每只灌胃给药。药液为灌肠方一剂水煎成50ml或25ml备用,作为实验1、2组用药。每日给药3ml,实验3组给硫唑嘌呤6mg,对照组给生理盐水3ml。给药15天后分别在动物后足蹠注入免疫增强剂4%硫酸钾铝0.3mg,第21天重复加强注射一次,第28天将动物处死,无菌取淋巴结剪碎,制成细胞悬液 $5 \times 10^6/\text{ml}$,分别注入微孔板中,加入PHA后放入CO₂培养箱中培养66小时,再加入³H胸腺嘧啶0.4 $\mu\text{Ci}/\text{ml}$ 继续培养6小时,收集样品于49型玻璃纤维滤片上,用LKB1215型液体闪烁仪测量每分钟脉冲数(cpm)。

结果:对照组接受4%硫酸钾铝液注射后,淋巴细胞增殖和转化能力提高,cpm的指数为10.7。实验1、2组用中药后,可抑制硫酸钾铝引起的免疫增强反应。实验1组cpm的指数为2.5,实验2组cpm的指数为4.5。其效果与实验3组喂用硫唑嘌呤后cpm的指数4.4相近。经统计学处理,实验1、2、3组与对照组相比, $P < 0.01$,均有显著差别。

二、灌肠方抑菌作用的观察:灌肠方280g,水煎去渣浓缩成50ml备用,pH4。采用玻皿法,将装有15ml培养基的8个玻皿分为4组,第一组加入1ml生理盐水,第2组、第3组、第4组分别加入1、0.5、0.25ml药液,并分别接种绿脓杆菌、金黄色葡萄球菌、大肠杆菌及致病性大肠杆菌O₁₁₁B₄族、O₁₂₇族、O₂₆族,放入培养箱中培养48小时后观察。用同样方法,用pH7的药液再进行一次观察。

结果:药液pH4或pH7,在3种不同浓度的情况下,对各种细菌均有抑制作用。只是浓度较低的第4组对致病性大肠杆菌O₁₁₁族、O₂₆族抑菌作用较弱。

三、灌肠方对肠管平滑肌的影响:选用250g左右健康大鼠,处死后取出结肠作为实验标本,仿效Magnus方法,将结肠剪成长30mm,宽2mm的螺旋形结肠条,置于Tyrod's液的麦氏浴槽中,通氧,恒温(37.5 $\pm$ 0.5 $^{\circ}\text{C}$)。一端连接记录仪,待结肠运动平稳后20分钟,直接在浴槽中滴加药液进行观察,每项实验重复3次。

结果:滴加0.3ml灌肠方液,结肠不发生收缩和松弛,2小时后亦无变化。单独滴入0.01mg新斯的

明能使肠管发生明显收缩,半小时后滴入阿托品,可使收缩的肠管松弛。在滴入0.3ml灌肠液后20分钟再加入0.01mg新斯的明,肠管不发生收缩。而新斯的明引起肠管收缩后,加入0.3ml灌肠液,可使收缩之肠管松弛,其作用较阿托品慢。

讨 论

采用中药保留灌肠治疗慢性复发性溃疡性结肠炎,具有疗效较满意,疗程较短,患者无痛苦等特点,特别是对胃肠功能弱,食欲不佳,不能口服中药的患者,本法更有其优越性。

本病病因有多种学说,有感染、溶菌菌过多、精神因素等。近年来免疫学的研究进展,证明了该病与免疫因素有关⁽⁴⁾。Broberger发现溃疡性结肠炎患者的血清中有抗结肠抗体(IgG, IgM, IgA)。实验研究证明灌肠方能抑制机体淋巴细胞的转化和增殖,从而减弱免疫反应。我们临床中也观察到一些患者接受治疗后,增高的IgG、IgM逐渐下降,症状也随之缓解。

慢性溃疡性结肠炎的复发与局部细菌感染有密切关系,这是由于当结肠粘膜损伤,抗病能力低下时,

极易引起细菌感染而加重病情。临床病理证明患者的结肠粘膜中有大量中性粒细胞和淋巴细胞浸润,并伴有腺体化脓症状。溃疡性结肠炎复发时,选用抑菌能力强的中药灌肠治疗有积极治疗作用。

溃疡性结肠炎临床主要症状为腹痛、腹泻和粘液血便,这是因结肠粘膜发炎,引起肠蠕动加速,吸收障碍,产生腹泻。而肠痉挛则产生腹痛。研究证明灌肠方解除肠道痉挛,抑制肠蠕动,这对缓解临床腹痛症状,减少排便次数,有重要作用。同时能减少药物对肠道的刺激,延长药液在体内停留时间,保证药物充分吸收,更好发挥药效有积极作用。

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; 1:23.
2. 中华医学会. 非特异性溃疡性结肠炎的诊断及治疗标准. 全国消化病学术会议资料选编 1979:217.
3. 中华全国肛肠学会. 溃疡性结肠炎诊治标准. 肛肠杂志 1988; 3:42.
4. Goligher JG. Surgery of the anus rectum and colon. 5th ed. London: Tindall, 1985:1283.

中西医结合治疗心内膜弹力纤维增生症1例

甘肃省庆阳地区人民医院儿科 董天德

病历摘要 邹某,男,1岁,住院号56864。因发热呼吸困难6天,腹泻2次于1984年8月26日入院。患儿6个月前全身出麻疹样皮疹伴发热。经抗感染及对症处理4天后热退,随即出现咳嗽及呼吸困难反复发作。曾在当地先后5次以“病毒性心肌炎”、“心衰”住院治疗。第5次住院期间因伴腹泻转入我院。每天口服地高辛0.125mg,已维持近3个月。

体检: 体温38°C,脉搏168次/min,呼吸62次/min。神志清,精神呆钝,时有烦躁,面色灰,口周发青,口唇紫绀,气急鼻煽,呛咳。双肺闻及湿罗音,心音低钝,律齐,各瓣膜区未闻及杂音。肝肋下6cm,边缘钝。无明显下肢水肿及腹水征。胸部X线摄片:心脏普遍增大,左前斜位吞钡见有左房增大的压迹。胸透示心尖搏动极微弱。超声心动图示双室及左房增大,左室舒张期内径50mm,二尖瓣及左室后壁活动幅度减低;心电图大致正常。实验室检查:红细胞390万,血红蛋白13g,白细胞18000。尿常规正常。粪红细胞(+),脓球(++)。入院诊断:病毒性心肌炎,心力衰竭,细菌性痢疾,可疑纵膈积液及包裹性胸膜炎。

治疗及结果 经吸氧,酚妥拉明5mg、卡那霉素0.2g、氟美松3mg静脉滴注,鲁米那30mg肌肉注射及物理降温,次日病情稳定。继续用地高辛维持量。1周后呼吸困难减轻,大便成形,热退。因有面青、唇紫及肝肿大等心血瘀阻证候,故于9月4日起用活络效灵汤:丹参、当归各6g,乳香、没药各5g,每日1剂水煎服,加服强的松15mg/日。服药26剂复查胸片示心影缩小,超声心动图示左室内径缩至41cm。继续服药30剂,于11月8日胸片示心影明显缩小,确诊为心内膜弹力纤维增生症。停中药以地高辛及强的松为主治疗。11月26日(停中药18天后)病情复发,开始精神不振、纳呆,继而咳嗽、呼吸困难及青紫加重。12月5日胸片心影又增大。即再次用活络效灵汤加三棱、莪术各3g治疗好转出院。间断服加味活络效灵汤,地高辛继续维持。1986年2月复查病无复发。发育正常,心音稍低钝,肝肋下可触及,胸片心影明显缩小。1987年8月随访:除活动后偶有气喘外,其他一切正常。胸透心胸比例55%,左前斜位吞钡无压迹,心电图正常。