

慢性非特异性溃疡性结肠炎中西医结合 诊断、辨证和疗效标准(试行方案)

中国中西医结合学会消化系统疾病专业委员会, 于 1992 年 9 月在山西临汾召开的第四届全国学术交流会上, 制定了慢性非特异性溃疡性结肠炎(CUC)的诊断、辨证和疗效标准(试行方案)。一年多来, 经讨论、修改, 现整理发表于下, 供临床工作者参考。

诊断特点及依据

突出中西医结合特点, 除对临床症状进行辨证分型外, 必须进行纤维结肠镜、病理活体组织检查、全消化道钡透、大便常规及大便培养等检查。根据 1987 年杭州全国消化系统疾病学术会议制定的诊断标准, 对本病确诊应明确临床类型、病情分度(轻、中、重)及分期(活动与静止)、内窥镜分期及病变范围, 病理组织学类型。同时对某些较具特征性的病理变化, 纳入辨证分型的项目之中。其主要症状及粘膜病变分级见附表。

附表 溃疡性结肠炎主要症状及肠粘膜病变轻重分级

主要症状及 肠粘膜病变	一级(+)	二级(2+)	三级(3+)
腹 泻	<3 次/d	3~5 次/d	>6 次/d
脓血便	少量脓血	中等量脓血	多量脓血或便新鲜血
腹 痛	轻微, 隐痛, 偶发	中等度, 隐痛或胀 痛, 每日发作数次	重度, 剧痛或绞痛, 反复发作
下 坠	轻, 便后消失	中等, 便后略减轻	明显, 便后不减
充血水肿	轻度	中等度	重度
糜 烂	无或轻度	中等度, 可伴有出血	重度, 触之有明显出血
溃疡	无或散在分布, 数量<3 个, 周边轻度红肿	散在分布>3 个, 周边明显红肿	分布多, 表面布满脓苔 周边显著红肿

辨 证 分 型

一、湿热内蕴型 主症: (1)腹泻粘液脓血便。(2)里急后重。(3)舌苔黄腻。(4)脉滑数或濡数。次症: (1)肛门灼热。(2)身热。(3)下腹坠痛或灼痛。(4)口苦, 口臭。(5)小便短赤。(6)肠粘膜充血糜烂及出血明显。(7)肠粘膜溃疡周边红肿, 表面布满脓性物。证型确定: 具备主症 2 项(第一项必备, 以下同)、次症 2 项, 或主症第 1 项、次症 3 项。

二、脾胃虚弱型 主症: (1)腹泻便溏, 粪有粘液或少量脓血。(2)食少纳差。(3)食后腹胀。(4)舌质淡, 胖或有齿痕, 苔薄白。(5)脉细弱或濡缓。次

症: (1)腹胀肠鸣。(2)腹部隐痛喜按。(3)肢体倦怠。(4)神疲懒言。(5)面色萎黄。(6)肠粘膜水肿较充血明显。(7)肠粘膜溃疡表浅, 周边红肿不明显, 表面为白色分泌物。(8)肠粘膜粗糙, 呈颗粒状。(9)D-木糖排泄率明显下降。证型确定: 具备主症 2 项、次症 2 项, 或主症第 1 项、次症 3 项。

三、脾肾阳虚型 主症: (1)久泻不愈, 大便清稀或伴有完谷不化。(2)腰膝酸软。(3)食少纳差。(4)舌质淡, 胖或有齿痕, 苔白润。(5)脉沉细或尺弱。次症: (1)五更泄或黎明前泻。(2)脐中腹痛, 喜温喜按。(3)形寒肢冷。(4)腹胀肠鸣。(5)少气懒言。(6)面色苍白。(7)肠粘膜水肿较充血明显。(8)肠粘膜溃疡表浅, 周边红肿不明显, 表面为白色分泌物。(9)D-木糖排泄率降低。(10)尿-17 羟、尿-17 酮降低。证型确定: 具备主症 2 项、次症 2 项, 或主症第 1 项、次症 3 项。

四、肝郁脾虚型 主症: (1)腹痛则泻, 泻后痛减, 大便稀烂或粘液便。(2)腹泻前有情绪紧张或抑郁恼怒等诱因。(3)胸胁胀闷。(4)舌质淡红, 苔薄白。(5)脉弦或弦细。次症: (1)喜长叹息。(2)暖气不爽。(3)食少腹胀。(4)矢气较频。(5)结肠镜检查肠粘膜轻度充血, 水肿, 或有少许粘液。(6)D-木糖排泄率正常或偏低。证型确定: 具备主症 2 项、次症 2 项, 或主症第一项、次症 3 项。

五、阴血亏虚型 主症: (1)大便秘结或粪带少量脓血。(2)排便困难。(3)午后低热。(4)失眠盗汗。(5)舌红少苔。(6)脉细数。次症: (1)心烦易怒。(2)头晕目眩。(3)腹中隐隐灼痛。(4)神疲乏力。(5)肠粘膜无光泽, 血管显露。(6)肠粘膜粗糙呈细颗粒状。证型确定: 具备主症 2 项、次症 2 项, 或主症 1 项、次症 3 项。

六、气滞血瘀型 主症: (1)腹痛泻下脓血, 血色紫暗或黑便。(2)腹痛拒按。(3)暖气食少。(4)胸胁胀满。(5)腹内有包块。(6)肠粘膜粗糙呈颗粒状或有息肉。(7)肠腔内有肿物或发现癌肿。(8)D-木糖排泄率正常或偏低。证型确定: 具备主症 2 项、次症 2 项, 或主症舌象必备、次症 2~3 项。

诊断说明 (1)证型确定: 以就诊当时的证候为准。具备两个证型者称为: 复合证型(两个证型同等并存, 如脾肾阳虚与气滞血瘀证型或兼证型(一个证型为主, 另一个证型为辅,

前者称主型, 后者称兼型, 如脾胃虚弱兼湿热型)。本标准未纳入的证型, 在诊断时要求列出全部证候。(2) 肠镜及 X 线钡灌肠检查: 以治疗前及停止治疗后 10 天以内的检查为准, 肠镜检查必须同时做活体组织学检查。治疗后复查肠镜进行活检时尽可能在原病变处取活体组织。(3) 必作检查: 血、尿、便常规及便潜血, 便培养痢疾杆菌必须连续 3 次。(4) 选择性检查项目: 抗大肠抗体、尿-17 羟、尿-17 酮、D-木糖排泄率检查。

疗效评定标准

一、临床治愈 (1) 临床主要症状消失, 次症消失或基本消失, 舌、脉基本恢复正常。(2) 肠镜复查粘膜病变恢复正常, 或溃疡病灶已形成瘢痕。(3) 便常规镜检 3 次正常。

二、显效 (1) 临床主要症状基本消失, 次症改善程度达二级以上(3+→+); 舌脉基本复常。(2) 肠镜复查粘膜病变恢复程度达二级以上(3+→+).(3)

大便常规检查红、白细胞数每高倍镜视野在 3 个以下。

三、好转 (1) 临床主要症状改善达一级以上(3+→2+或 2+→+).(2) 肠镜复查粘膜病变恢复程度达一级以上。(3) 便常规镜检红、白细胞数在 5 个左右。

四、无效 达不到有效标准的病例, 而未恶化者。

五、恶化 有下列指标之一: (1) 主要和次要症状明显加重。(2) 肠镜检查粘膜病变加重。

注意事项 (1) 严格掌握诊断和疗效标准, 开拓科研思路, 提高医疗和科研设计水平。(2) 尽可能设立各项必须的对照组。(3) 总结疗效时要将慢性非特异性溃疡性结肠炎分证型总结统计, 并要求对证候, 肠镜、病理组织学, X 线钡剂灌肠等检查, 进行单独总结, 并进行统计学处理。

(陈治水 危北海 陈泽民 整理)

国产基因工程干扰素 $\alpha-2a$ 联合猪苓多糖治疗急性丙型肝炎

青岛市传染病医院(山东 266033) 刘树嘉 张 娟 曾一清 范天利

我们于 1991 年 7 月至 1992 年 7 月, 以国产基因工程干扰素联合猪苓多糖, 治疗急性丙型肝炎, 收到了较为满意的效果, 现报告如下。

临床资料 按 1990 年第六次全国病毒性肝炎学术会议诊断标准确诊的急性丙型肝炎(丙肝)55 例, 其病程均为 4 个月内, 谷丙转氨酶(ALT)异常, 抗-HCV(抗丙肝病毒抗体)阳性者(Abbott 公司和上海科华公司试剂, EIA 法检测)。随机分为两组: 治疗组 21 例, 男 18 例, 女 3 例。年龄 21~58 岁, 平均为 39.5 岁。以未行抗病毒治疗的急性丙肝 34 例为对照组, 其中男 22 例, 女 12 例, 年龄 14~65 岁, 平均 36.4 岁。治疗组乏力、纳差者占 95.2%。恶心或呕吐者占 38.1%, 发热者占 14.3%, 黄疸型占 28.6%, ALT 最低 106 u, 最高 400 u 以上, 200 u 以上者占 90.5%。对照组乏力, 纳差者 97.1%, 恶心或呕吐者占 47.1%, 发热者占 11.8%, 黄疸型为 20.6%。ALT 最低者 188 u, 最高者 400 u 以上, 200 u 以上者占 85.3%。

治疗方法 治疗组用基因工程干扰素 $\alpha-2a$ (长春生物制品研究所生产) 3×10^6 u, 隔日肌肉注射, 同时给猪苓多糖注射液(连云港东风制药厂生产)40 mg, 每日肌肉注射 1 次, 疗程 3 个月, 辅以维生素类、肌苷、复方益肝灵等保肝药物。对照组只给以上

保肝药物。两组均未用联苯双酯等降酶药物。

结果 按下列标准判定疗效: 治疗结束后, ALT 持续正常 3 个月以上为有效, 否则为无效。治疗期间每月复查肝功, 2 个月复查抗-HCV 和乙肝病毒标志物(HBVM), 随访期间 2~3 个月复查肝功和抗-HCV。结果: 治疗组有效率为 81.0%(17/21), 对照组为 8.8%(3/34), 两组有非常显著差异($P < 0.01$)。治疗组有效的 17 例, 经 9 个月随访, 1 例复发, 系乙丙肝重叠感染, 故治疗组持续有效率为 76.2%(16/21), 对照组 34 例中, 随访 9 个月者 20 例, 持续有效率为 10.0%(2/20), 两者也有显著性差异($P < 0.01$)。

讨论 干扰素治疗慢性丙型肝炎已有较多报告, 以 300 万 u 以上长疗程较好, 尽管如此, ALT 1 年持续复常率仅为 37%。对急性丙型肝炎报道较少, 有人报告 ALT 近期复常率为 93.8%, 18~86 周随访发现 9.09% 的病例复发, 本组复发率为 5.9%, 低于其复发率。猪苓多糖是由中药猪苓中提取的多糖成份, 实验证明其注射液有减轻肝细胞损伤, 促进肝细胞再生和增强免疫的作用, 故干扰素联合猪苓多糖, 有利于干扰素的抗病毒作用。本组 ALT 复发率低于文献报告, 可能与猪苓多糖增强机体免疫作用有关。