

薏苡附子败酱散对脾肾阳虚型溃疡性结肠炎患者的临床疗效观察：附 80 例报告

周志军 王威

300193 天津, 天津中医药大学第一附属医院老年病科(周志军), 脾胃科(王威)

通讯作者: 王威, Email: wangsong2005you@sina.com

DOI: 10.3969/j.issn.1008-9691.2017.04.020

【摘要】 目的 观察中药薏苡附子败酱散治疗脾肾阳虚型溃疡性结肠炎(UC)的临床疗效。方法 选择 2012 年 1 月至 2015 年 12 月天津中医药大学第一附属医院收治的 80 例 UC 患者,按随机数字表法分为对照组和中西医结合治疗组,每组 40 例。对照组采用生理盐水 100 mL 加地塞米松 10 mg 灌肠,中西医结合治疗组用薏苡附子败酱散 100 mL(薏苡仁 30 g、制附子 6 g、败酱草 15 g、白芍 15 g、制乳香 6 g、制没药 6 g、生甘草 6 g)联合地塞米松 10 mg 灌肠,两组均以 10 d 为 1 个疗程,共 3 个疗程后观察临床疗效。比较两组治疗前后红细胞沉降率(ESR)和便常规红细胞(RBC)以及白细胞(WBC)阳性患者数的差异,并观察临床疗效。结果 两组治疗后 ESR 均较治疗前降低,便常规中 RBC 和 WBC 阳性例数均较治疗前减少,且以中西医结合治疗组的变化较对照组更显著[ESR(mm/h): 15.00±3.07 比 20.55±3.87,便常规中 RBC 阳性患者数: 7 例比 21 例,便常规中 WBC 阳性患者数: 14 例比 21 例,均 $P < 0.05$]。中西医结合治疗组治疗总有效率明显高于对照组[92.5%(37/40)比 75.0%(30/40), $P < 0.05$]。结论 中药附子薏苡败酱散联合地塞米松灌肠对脾肾阳虚型 UC 的临床疗效优于仅应用激素治疗,且薏苡附子败酱散联合激素灌肠操作方法简便,疗效肯定。

【关键词】 薏苡附子败酱散; 脾肾阳虚; 溃疡性结肠炎; 中西医结合结合疗法

基金项目: 国家中医药管理局科技支撑计划(2013BAI02B05)

Clinical observation on Yiyi Fuzi Baijiang powder for treatment of patients with ulcerative colitis accompanied by yang-deficiency of spleen and kidney: a report of 80 cases Zhou Zhijun, Wang Wei

Department of Geriatrics, the First Affiliated Hospital of Tianjin University of Traditional Chinese Medicine, Tianjin 300193 (Zhou ZJ); Department of Spleen and Stomach, the First Affiliated Hospital of Tianjin University of Traditional Chinese Medicine, Tianjin 300193, China (Wang Wei)

Corresponding author: Wang Wei, Email: wangsong2005you@sina.com

【Abstract】 Objective To observe the clinical effects of Yiyi Fuzi Baijiang powder for treatment of patients with ulcerative colitis (UC) accompanied by yang-deficiency of spleen and kidney. **Methods** Eighty patients with UC admitted to the First Affiliated Hospital of Tianjin University of Traditional Chinese Medicine (TCM) from January 2012 to December 2015 were enrolled, and they were divided into an integrated TCM and western medicine group (combined group) and a control group by random number table method, 40 cases in each group. The control group was treated by normal saline 100 mL with dexamethasone 10 mg enema, while the combined group was given Yiyi Fuzi Baijiang powder 100 mL (coix seed 30 g, aconitum carmichaeli debx 6 g, herba patriniae 15 g, radix paeoniae alba 15 g, frankincense 6 g, myrrh 6 g, glycyrrhiza uralensis 6 g) combined with dexamethasone 10 mg enema, one therapeutic course was 10 days, and after 3 courses, the clinical efficacy was observed in the two groups. The differences of erythrocyte sedimentation rate (ESR), the number of red blood cell (RBC) and white blood cell (WBC) positive patients in stool routine were compared before and after treatment, and the clinical therapeutic effects were observed in the two groups. **Results** After treatment, the ESR was reduced in both groups compared to that before treatment, the numbers of RBC and WBC positive patients in stool routine were decreased in both group compared to those before treatment, and the degrees of changes were more significant in combined group than those in the control group [ESR (mm/h): 15.00±3.07 vs. 20.55±3.87, the number of RBC positive patients: 7 cases vs. 21 cases, the number of WBC positive patients: 14 cases vs. 21 cases, all $P < 0.05$]. The total effective rate of combined group was significantly higher than that of the control group [92.5% (37/40) vs. 75.0% (30/40), $P < 0.05$]. **Conclusion** The clinical effect of Yiyi Fuzi Baijiang powder combined with dexamethasone enema was superior to that simply using hormone enema therapy for treatment of patients with UC accompanied by yang deficiency of spleen and kidney, this combined method is simple, and its curative effect is definite.

【Key words】 Yiyi Fuzi Baijiang powder; Yang-deficiency of spleen and kidney; Ulcerative colitis; Combination of traditional Chinese and western medicine method

Fund program: State Administration of Traditional Chinese Medicine Science and Technology Support Program (2013BAI02B05)

溃疡性结肠炎(UC)临床表现为腹痛、腹泻及黏液脓血便等里急后重症状,镜下可见直肠和结肠黏膜及黏膜下层等炎症细胞浸润与溃疡形成^[1-2]。

根据临床症状从中医的角度分析,UC属于泄泻、痢疾与肠风下血的范畴。UC临床治疗比较困难,而且易反复发作,病程迁延者可能会发生癌变,是癌前病

变的一种疾病^[3-4]。本研究观察中药薏苡附子败酱散联合激素灌肠治疗脾肾阳虚型 UC 的临床疗效, 现报告如下。

1 资料与方法

1.1 诊断、纳入和排除标准

1.1.1 西医诊断标准: 参照中华医学会消化病学分会炎症性肠病学组制定的《炎症性肠病诊断与治疗的共识意见(2012 年·广州)》^[5]。

1.1.2 中医诊断标准: 参照中华中医药学会脾胃病分会制定的《溃疡性结肠炎中医诊疗共识(2009)》^[6]。主症: ① 久泻不止, 夹有白冻, 甚则完谷不化, 滑脱不禁; ② 形寒肢冷。次症: ① 腹痛喜温喜按; ② 腹胀、食少纳差; ③ 腰酸膝软; ④ 舌质淡胖, 或有齿痕, 苔薄白润; ⑤ 脉沉细。具有主症表现, 加次症 2 项以上即可诊断。

1.1.3 纳入标准: ① 符合 UC 的西医诊断标准以及脾肾阳虚型中医诊断标准; ② 处于 UC 活动期, 病变范围以左半结肠为主, 严重程度为轻度、中度; ③ 年龄 20~70 岁。

1.1.4 排除标准: ① 重度或爆发型 UC; ② 合并中毒性巨结肠等严重并发症; ③ 合并严重心、肝、肾等疾病。

1.1.5 伦理学: 本研究符合医学伦理学标准, 并经本院伦理委员会批准, 取得患者或家属知情同意。

1.2 一般资料: 选择 2012 年 1 月至 2015 年 12 月本院收治的 80 例 UC 患者, 将患者按随机数字表法分为对照组和中西医结合治疗组, 每组 40 例。两组性别、年龄、病程、病情严重程度等一般资料比较差异均无统计学意义(均 $P > 0.05$; 表 1), 说明两组资料均衡, 有可比性。

表 1 两组一般资料比较

组别	例数(例)	性别(例)		年龄(岁)	
		男性	女性	范围	$\bar{x} \pm s$
对照组	40	21	19	22~68	35.2±5.6
中西医结合治疗组	40	22	18	23~69	34.8±6.0

组别	例数(例)	病程(年)		病情严重程度(例)		
		范围	$\bar{x} \pm s$	轻度	中度	重度
对照组	40	1~20	2.5±1.2	13	20	7
中西医结合治疗组	40	1~18	2.7±1.3	12	19	9

1.3 治疗方法: 对照组给予生理盐水 100 mL 加地塞米松 10 mg 灌肠; 中西医结合治疗组给予薏苡附子败酱散 100 mL(薏苡仁 30 g、制附子 6 g、败酱草 15 g、白芍 15 g、制乳香 6 g、制没药 6 g、生甘草 6 g) 联合地塞米松 10 mg 灌肠, 两组均以 10 d 为 1 个疗

程, 共 3 个疗程后观察临床疗效。当患者脓血便消失, 腹痛减轻, 大便次数减少到每日 2~3 次时, 停止灌肠, 口服薏苡附子败酱散继续治疗^[7]。

1.4 观察指标: 比较两组治疗前后红细胞沉降率(ESR) 和便常规红细胞(RBC) 以及白细胞(WBC) 阳性患者数的差异, 并观察两组临床疗效的变化。

1.5 疗效判定标准^[6]: 脓血便消失, 腹痛、腹泻等症状明显减轻, 结肠镜检查可见黏膜溃疡消失, 充血水肿明显减轻为临床痊愈; 脓血便明显减少, 后期直至消失, 腹痛、腹泻等症状消失, 治疗后随访 6 个月未复发为显效; 脓血便明显减少, 腹痛、腹泻等临床症状明显减轻, 后期直至消失, 治疗后随访 6 个月病情复发 1 次以上为有效; 腹痛、腹泻等临床症状均未见改善, 甚至加重为无效。

1.6 统计学方法: 使用 SPSS 17.0 统计软件分析数据, 符合正态分布的计量资料以均数 ± 标准差($\bar{x} \pm s$) 表示, 采用 t 检验; 计数资料以例(率) 表示, 采用 χ^2 检验, $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组治疗前后 ESR 比较(表 2): 两组治疗后 ESR 均较治疗前降低, 且中西医结合治疗组治疗后的降低程度较对照组更显著(均 $P < 0.05$)。

表 2 两组治疗前后 ESR 比较($\bar{x} \pm s$)

组别	时间	例数(例)	ESR(mm/h)
对照组	治疗前	40	30.93±3.01
	治疗后	40	20.55±3.87 ^a
中西医结合治疗组	治疗前	40	30.15±3.38
	治疗后	40	15.00±3.07 ^{ab}

注: 治疗前比较, ^a $P < 0.05$; 与对照组比较, ^b $P < 0.05$

2.2 两组治疗前后便常规 RBC 阳性患者数比较(表 3): 两组治疗后便常规 RBC 阳性患者数均较治疗前减少, 且以中西医结合治疗组治疗后的减少程度较对照组更显著(均 $P < 0.05$)。

表 3 两组治疗前后便常规 RBC 阳性患者数比较

组别	例数(例)	治疗前(例)		治疗后(例)	
		有	无	有	无
对照组	40	32	8	21	19
中西医结合治疗组	40	31	9	7 ^{ab}	33

注: 与治疗前比较, ^a $P < 0.05$; 与对照组比较, ^b $P < 0.01$

2.3 两组治疗前后便常规 WBC 阳性患者数比较(表 4): 两组治疗后便常规 WBC 阳性患者数均较治疗前减少, 且以中西医结合治疗组治疗后的减少程度较对照组更显著(均 $P < 0.05$)。

表 4 两组治疗前后便常规 WBC 阳性患者数比较

组别	例数 (例)	治疗前(例)		治疗后(例)	
		有	无	有	无
对照组	40	26	14	21	19
中西医结合治疗组	40	25	15	14 ^{ab}	26

注：与治疗前比较，^a $P < 0.05$ ；与对照组比较，^b $P < 0.05$

2.4 两组临床疗效比较(表 5)：中西医结合治疗组总有效率明显高于对照组($P < 0.05$)。

表 5 两组临床疗效比较

组别	例数 (例)	临床疗效(例)				总有效率 [% (例)]
		临床痊愈	显效	有效	无效	
对照组	40	10	12	8	10	75.0(30)
中西医结合治疗组	40	15	15	7	3	92.5(37) ^a

注：与对照组比较，^a $P < 0.05$

3 讨论

UC 是一种病因尚不十分清楚的慢性非特异性结肠炎症性疾病。内镜下表现为结肠黏膜血管纹理模糊或消失，多发性糜烂、浅溃疡，覆盖脓性分泌物^[8-10]。UC 起病缓慢，易反复发作，临床特点与中医“痢疾”类似。

中医认为 UC 病位在大肠，病机以脾阳亏虚为本，湿热痰瘀为标，邪气相搏，肠络受损，破血而下；或大肠传导失司，糟粕留滞难下，腐败成毒，侵于血络，壅滞不通，瘀伤肉腐，遂成肠痈。脾肾阳虚者，阳气亦亏虚，阳气亏虚大肠失于温煦，血脉瘀阻，损伤血络，故不通则痛，便下脓血；脾阳不足，失于运化，故一泻而下。治当以温阳行气，利湿排脓^[11]。

薏苡附子败酱散出自张仲景《金匮要略》，原文记载：“肠痈之为病，其身甲错，腹皮急，按之濡，如肿状，腹无积聚，身无热，脉数，此为肠内有痈脓，薏苡附子败酱散主之。”其处方组成为：薏苡仁、附子、败酱草、白芍、乳香、没药、生甘草。方中药味不多，但寓意颇多。

3.1 动静相伍：世间万物，阴阳相济，动静结合，然处方施药亦然，百草之中，甘淡补益之品多为静药，辛苦行气之品多为动药。薏苡附子败酱散中薏苡仁甘凉利湿，清热排脓；败酱草凉苦清热，消肿排脓；白芍酸苦微寒，养血调经；甘草甘平，补脾益气。此皆为静药，属阴，培补五脏六腑，滋养气血津液。附子辛甘大热，补火助阳；乳香、没药活血止痛，消肿生肌，此为动药，属阳，能活血行气，补阳温煦。全方动静相伍，重用静药以补五脏安气血，酌用动药以行气血布津液，五脏安和，气血通畅，则便血自愈。

3.2 气血同调：处方之中，不离气血，气能行血，血能补气，此所谓：“气为血之帅，血为气之母。”本方中薏苡仁、甘草补气健脾，利湿排脓，均为气药；败酱草、白芍、乳香、没药活血止痛，消肿止痛，均为血药。以气药行气机，用血药调血脉，以气引血，以血生气，气血通畅，则腹痛自愈，便血自除，此乃刘河间所言：“调气则后重自除，行血则便脓自愈”之意。

3.3 攻补兼施：“痈疡”之病，本虚标实，单补气血，唯恐助邪之力，独泻实邪，又恐挫伤正气，故当攻补兼施，标本同治。方中薏苡仁补气健脾，附子温阳补虚，甘草健脾益气，均为补药，以补本之虚；败酱草清热解毒，乳香、没药活血止痛，均为泻药，以泻标之实。此正虚邪实，故补正气以固气血，泻实邪以抚肠络，肠络安宁，瘀除滞通，则病愈不远矣，此攻补兼施之意。

现代药理学研究表明，薏苡附子败酱散具有促进组织修复和血液循环，改善组织营养状况，增强抗炎和免疫调节功能，修复坏死细胞，增强其活性的作用^[12]。本研究显示，中西医结合治疗组总有效率明显高于对照组，与陈治水等^[13]的研究结果一致。本研究显示，两组治疗后 ESR 较治疗前降低，便常规 RBC 和 WBC 阳性患者数均较治疗前减少，且以中西医结合治疗组的变化程度较对照组更显著。可见，中医联合激素灌肠治疗可显著降低炎症反应，提高临床疗效。

国内外对 UC 的治疗已经取得了很大进展，中医和西医在诊断与治疗上也形成了各自的体系，其中中西医结合疗法临床疗效更确切。但目前中医辨证在临床应用时缺乏统一标准，影响了其临床应用。所以，只有加大样本量，分析中医药辨证模式，深入探讨治疗 UC 的作用机制，才能更好地发挥中医药的优势。

总之，薏苡附子败酱散联合激素灌肠对脾肾阳虚型 UC 临床疗效良好、操作方法简便，值得临床推广应用。

参考文献

- 汪萍波, 赵杏芳. 葛根苓连汤联合柳氮磺胺吡啶保留灌肠治疗溃疡性结肠炎的疗效及安全性观察[J]. 中国医药指南, 2011, 9(1): 131-132. DOI: 10.3969/j.issn.1671-8194.2011.01.092. Wang PB, Zhao XF. Efficacy and safety of Gegenqinlian decoction combined with sulfasalazine and enema in the treatment of ulcerative colitis [J]. Guide China Med, 2011, 9(1): 131-132. DOI: 10.3969/j.issn.1671-8194.2011.01.092.
- 江学良, 权启镇, 孙自勤, 等. 糖皮质激素对重度溃疡性结肠炎患者淋巴细胞黏附分子表达的影响[J]. 中华危重病急救医学, 1998, 10(6): 366-368. Jiang XL, Quan QZ, Sun ZQ, et al. Effect of glucocorticoid on lymphocyte adhesion molecule phenotype expression in patients with ulcerative colitis [J]. Chin Crit Care Med, 1998, 10(6): 366-

- 368.
- [3] 俞志琦, 庞桂华. 白头翁汤加味治疗溃疡性结肠炎 129 例 [J]. 陕西中医, 2011, 32 (8): 1011-1012. DOI: 10.3969/j.issn.1000-7369.2011.08.046.
Yu ZQ, Pang GH. Treatment of ulcerative colitis with Baitouweng decoction in 129 cases [J]. Shaanxi J TCM, 2011, 32 (8): 1011-1012. DOI: 10.3969/j.issn.1000-7369.2011.08.046.
- [4] 江学良, 权启镇, 孙自勤, 等. 重症溃疡性结肠炎患者血浆中 P 选择素和溶酶体膜糖蛋白的测定 [J]. 中华危重病急救医学, 1998, 10 (3): 174-175.
Jiang XL, Quan QZ, Sun ZQ, et al. Determination of P-selectin and lysosomal membrane glycoprotein in plasma of patients with severe ulcerative colitis [J]. Chin Crit Care Med, 1998 10 (3): 174-175.
- [5] 中华医学会消化病学分会炎症性肠病学组. 炎症性肠病诊断与治疗的共识意见 (2012 年·广州) [J]. 胃肠病学, 2012, 17 (12): 763-781.
Inflammatory Bowel Disease Group of Chinese Society of Gastroenterology. Interpretation of the consensus on diagnosis and management of inflammatory bowel disease (Guangzhou, 2012) [J]. Gastroenterology, 2012, 17 (12): 763-781.
- [6] 中华中医药学会脾胃病分会. 溃疡性结肠炎中医诊疗共识 (2009) [J]. 中国中西医结合杂志, 2010, 30 (5): 527-532.
Branch of Gastrointestinal Diseases of China Association of Chinese Medicine. Consensus on Chinese medical diagnosis and treatment of ulcerative colitis (2009) [J]. CJITWM, 2010, 30 (5): 527-532.
- [7] 赵红波, 吴晓晶, 杨云, 等. 加味白头翁汤肠内滴注联合穴位埋线治疗溃疡性结肠炎 33 例临床观察 [J]. 中医杂志, 2012, 53 (24): 2112-2114, 2121.
Zhao HB, Wu XJ, Yang Y, et al. Clinical observation on enteral injection of modified Baitouweng decoction combined with acupoint catgut embedding for 33 cases of ulcerative colitis [J]. J Tradit Chin Med, 2012, 53 (24): 2112-2114, 2121.
- [8] 刘萍, 王平, 田代志, 等. 溃疡性结肠炎常用中药性味归经规律研究 [J]. 中华中医药杂志, 2013, 28 (8): 2382-2384.
Liu P, Wang P, Tian DZ, et al. Study of nature, flavour and channel tropism of herbs in common use for ulcerative colitis [J]. Chin J Tradit Chin Med, 2013, 28 (8): 2382-2384.
- [9] 梁丽丽. 肠道细菌感染与炎症性肠病的关系研究 [J]. 实用检验医师杂志, 2016, 8 (2): 87-90. DOI: 10.3969/j.issn.1674-7151.2016.02.007.
Liang LL. The investigation of relationship between intestinal microflora and inflammatory bowel disease [J]. Chin J Clin Pathol, 2016, 8 (2): 87-90. DOI: 10.3969/j.issn.1674-7151.2016.02.007.
- [10] 王旭, 陈虹. 肝移植术后新发溃疡性结肠炎合并乙型病毒性肝炎 1 例 [J/CD]. 实用器官移植电子杂志, 2014, 2 (1): 6. DOI: 10.3969/j.issn.2095-5332.2014.01.001.
Wang X, Chen H. A case of new ulcerative colitis with hepatitis B virus after liver transplantation [J/CD]. Pract J Organ Transplant (Electron Version), 2014, 2 (1): 6. DOI: 10.3969/j.issn.2095-5332.2014.01.001.
- [11] 王绍春, 朱旭声. 中药内服加中西药灌肠治疗溃疡性结肠炎 36 例体会 [J]. 中国中西医结合急救杂志, 2006, 13 (4): 221-221. DOI: 10.3321/j.issn:1008-9691.2006.04.020.
Wang SC, Zhu XS. Treatment of 36 cases of ulcerative colitis with Chinese herbal medicine and traditional Chinese medicine enema [J]. Chin J TCM WM Crit Care, 2006, 13 (4): 221-221. DOI: 10.3321/j.issn:1008-9691.2006.04.020.
- [12] 钱惠泉. 薏苡附子败酱散加味治疗溃疡性结肠炎 36 例 [J]. 河北中医, 2005, 27 (3): 196-197.
Qian HQ. Therapeutic effect of Yiyifuzubaijiangsan on 36 cases of ulcerative colitis [J]. Hebei Tradit Chin Med, 2005, 27 (3): 196-197.
- [13] 陈治水, 陈宁. 溃疡性结肠炎中西医结合研究新进展 [J]. 中国中西医结合杂志, 2012, 32 (4): 437-442.
Chen ZS, Chen N. New progress in the study of combination of traditional chinese and western medicine in ulcerative colitis [J]. CJITWM, 2012, 32 (4): 437-442.

(收稿日期: 2017-04-10)

• 书讯 •

《王今达学术思想研究》由天津科技翻译出版有限公司出版发行

由天津市中西医结合研究所所长吴咸中院士, 中国中医科学院院长、天津中医药大学校长张伯礼院士, 第三军医大学野战外科研究所王正国院士, 天津市政协副主席、天津市第一中心医院院长沈中阳教授共同主编, 《中华危重病急救医学》杂志和《中国中西医结合急救杂志》编辑部主任李银平教授编辑的《王今达学术思想研究》一书已由天津科技翻译出版有限公司出版发行。

王今达教授是我国乃至世界著名的危重病急救医学专家, 是举世公认的开拓中国危重病急救医学的先驱者, 是创立我国中西医结合危重病急救医学新学科的奠基人。他学贯中西, 率先将中医药学理论与现代急救医学理论结合起来, 探索抢救急危重患者的中西医结合思路与方法, 成为运用中西医结合方法抢救急危重患者的第一个“敢于吃螃蟹的人”。王今达教授以他创造的多个“第一”, 在中西医结合医学发展史上写下了光辉的篇章, 成为我国自 20 世纪中叶开展中西医结合研究以来国内外最有影响的中西医结合医学家之一。王今达教授的一生是献身给中西医结合急救医学事业的一生, 他在急救医学的中西医结合临床救治和科学研究中取得了许多令国内外医学界瞩目的成就。他是一位成功的医学家。他的成功, 客观上讲, 有党和政府的大力支持, 他培养了一支目标一致、团结奋进、与他一样具有献身精神的团队; 主观上讲, 他本人具备科学家的许多优良素质, 其中最可贵的就是他追求真理、坚持真理的科学精神和实事求是的科学态度。在中国的危重病急救医学发展史和中西医结合急救医学发展史上, 王今达这个名字将永久载入史册。

《王今达学术思想研究》是一部从不同角度详细阐述王今达教授学术思想的医学著作, 共 10 章约 60 万字。全书共收录了王今达教授亲笔撰写和在王今达教授学术思想指导下完成的有关学术论文, 以及各方人士的纪念文章 160 余篇, 从不同角度对王今达教授开拓的中西医结合危重病急救医学新学科体系进行了较为全面的阐述。图书于 2013 年 8 月一经出版, 受到学术界的一致好评。王今达教授留给我们的学术思想是我们享用不尽的资源和精神支柱, 我们有责任和义务继续挖掘和整理王今达教授的学术思想, 使之在中华大地上得以传承和发扬光大。

购书联系电话: 022-23306917, 022-23197150, 13011357067 (联系人: 王老师)。本书定价: 180.0 元 / 本。

购书地址: 天津市和平区睦南道 122 号。

