

自拟健脾固肾方治疗 脾肾阳虚型慢性结肠炎疗效观察

邓文均

(广东省佛山市高明区中医院, 广东 佛山 528500)

摘 要:目的 观察自拟健脾固肾方治疗脾肾阳虚型慢性结肠炎的效果。方法 将 2012 年 1 月至 2014 年 1 月在我院门诊就诊的符合纳入标准的病人共 50 人, 随机分为两组, 每组各 25 人, 治疗组予自拟健脾固肾方, 对照组予口服柳氮磺吡啶肠溶片, 8 周后观察疗效。结果 经统计, 综合疗效评定及中医证候疗效评定的均显示, 治疗组疗效与对照组疗效比较, 两者有统计学意义, 治疗组疗效优于对照组。结论 自拟健脾固肾方治疗脾肾阳虚型慢性结肠炎效果优于单纯西医治疗, 适用于在基层医院推广。

关键词:慢性结肠炎; 脾肾阳虚型; 健脾固肾方; 疗效观察

中图分类号: R 574.62 **文献标识码:** B **文章编号:** 1002-168X(2015)06-0047-03

DOI: 10.13424/j.cnki.jsctcm.2015.06.018

慢性结肠炎的病因目前尚未明了, 西医认为可能与自身免疫反应、感染、遗传、精神神经因素等因素有关^[1]。中医则属于泄泻、血证等范畴。笔者谨守病机, 自拟健脾固肾方治疗脾肾阳虚型慢性结肠炎 25 例, 并设柳氮磺吡啶肠溶片组 25 例对照观察, 报道如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 2012 年 1 月至 2014 年 1 月我院门诊就诊的病人共 50 人, 属脾肾阳虚型慢性结肠炎的患者。50 例患者根据数字表法随机分为 2 组, 两组各 25 人。治疗组 25 例, 男 13 例, 女 12 例, 年龄 30~65 岁, 平均 (42.3 ± 10.7) 岁, 病程 6 月~8 年, 平均 (2.7 ± 1.24) 年; 对照组 25 例, 男 12 例, 女 13 例, 年龄 32~66 岁, 平均 (42.5 ± 10.4) 岁, 病程 4 月~10 年, 平均 (2.10 ± 0.93) 年, 2 组性别、病程、年龄等比较无显著性差异($P > 0.05$), 具有可比性。

1.2 西医诊断标准 参考 1993 年全国慢性非感染性肠道疾病学术研讨会制定的标准^[2]: ①临床表现持续或反复发作性粘液血便、腹痛, 伴有不同程度全身症状。②结肠镜检查见: A. 粘膜有多发性浅溃疡伴充血、水肿, 病变大多从直肠开始, 且弥漫性分布; B. 粘膜粗糙呈细颗粒状, 粘膜血管模糊, 脆易出血, 或附有脓血性分泌物; C. 可见假性

息肉, 结肠袋往往变钝或消失。③钡灌肠见: A 粘膜粗乱及/或有细颗粒改变; B 多发性浅龛影或小的充盈缺损; C 肠管缩短, 结肠袋消失可呈管状。④排除细菌性、阿米巴等特异性结肠炎。

可按以下诊断本病: ①根据临床表现, 结肠镜检查有 A~C 中之一项可诊断; ②根据临床表现及钡灌肠有 A~C 中之一项可诊断; ③临床表现不典型而有结肠镜或钡灌肠典型改变者可诊断。

1.3 中医辨证标准 参考《中药新药临床研究指导原则(试行)2002》^[3] 中医证候诊断标准: 主症: 腹泻, 腹痛喜温喜按, 腹胀, 腰酸, 膝软, 食少。次症: 形寒肢冷, 神疲懒言, 舌质淡胖或有齿痕, 苔白润, 脉沉细或尺弱。见以上主症 2 项(腹泻必备)、次症 2 项, 或主症腹泻、次症 3 项, 即可诊断。再根据《中药新药临床研究指导原则(试行)2002》^[3] 以及《中医量化诊断》^[4] 的相关内容制定评分分级量表: 以上主症按轻、中、重分为 3 级, 主症分别计为 2、4、6 分, 次症分别计为 1、2、3。

1.4 纳入标准 ①符合西医及中医诊断标准的并属脾肾阳虚型慢性结肠炎 50 名病人。②年龄在 30~70 岁之间。③病人知情, 依从性好, 签署知情同意书者。

1.5 排除标准 ①有严重的并发症, 如局部狭窄、肠梗阻、中毒性结肠扩张、结肠癌者。②妊娠

和准备妊娠的妇女,哺乳期妇女。③过敏体质或对多种药物过敏者。④合并有心血管、肝、肾和造血系统等严重原发性疾病、精神病患者。⑤有其他并发症可影响疗效观察或对试验药物有禁忌的疾病。

1.6 疗效判断标准 根据《中药新药临床研究指导原则(试行)2002》^[3]中的疗效标准制定。疗效判断标准包括综合疗效评定标准以及中医证候疗效评定标准。综合疗效评定标准包括①显效:临床症状消失,结肠镜复查粘膜正常。②有效:临床症状基本消失,结肠镜复查粘膜轻度炎症反应及部分假息肉形成。③无效:临床症状、内镜检查无改善。中医证候疗效评定标准包括①临床痊愈:临床症状、体征消失或基本消失,证候积分较治疗前减少 95 % 以上。②显效:临床症状、体征明显改善,证候积分较治疗前减少 70 % -94 %。③有效:症状、体征均有好转,证候积分较治疗前减少 30 % -69 %。④无效:证候积分较治疗前减少不足 30 %。中医证候疗效判定按以下公式计算(尼莫地平法): $[(治疗前积分-治疗后积分) \div 治疗前积分] \times 100 \%$ 。

1.7 统计学方法 应用统计学软件 SPSS 16.0 进行数据处理,计数资料用 χ^2 检验;计量资料以均数 \pm 标准差($\bar{x} \pm s$)表示,其中两个数据差别的显著性比较采用 t 检验或校正 t 检验,率的比较采用四格表 χ^2 检验。

2 治疗方法

2.1 治疗组 自拟健脾固肾方(党参 30 g,白术 12 g,芡实 30 g,延胡索 12 g,田七 20 g,山楂 12 g,白芨 12 g,姜黄 12 g,薏苡仁 30 g,续断 12 g,补骨脂 12 g,杜仲 12 g),煎煮时加水 400 mL,浸泡 20 分钟,武火煎开,文火煎 30 分钟,共煎煮 1 次,中午服用,每次取药剂 150 mL。

2.2 对照组 口服柳氮磺吡啶肠溶片(由华润双鹤药业股份有限公司生产,规格 0.25 g,国药准字 H11020818),每次 1.5 g,每日 3 次。

以上两组服药 4 周为 1 个疗程,2 个疗程后观察疗效。所有患者服用期间停用一切其他相关治疗慢性结肠炎药物。

3 治疗结果

3.1 综合疗效评定 见表 1。治疗组综合疗效总

有效率 96 %,高于对照组 80 %,差异具有统计学意义($P < 0.05$)。

表 1 两组患者综合疗效评定 (n)

	例数	显效	有效	无效
治疗组	25	15	9	1
对照组	25	10	10	5
合计		25	19	6

采用两独立样本的秩和检验,统计 T 值后可知 P 为 0.03,两组综合疗效有统计学意义。

3.2 中医证候疗效评定 见表 2。治疗组中医症候疗效总有效率 96 %,高于对照组 68 %,差异有统计学意义($P < 0.05$);治疗组临床痊愈率为 12 %,对照组为 4 %,两组比较有统计学差异($P < 0.05$)。

表 2 两组患者中医证候疗效评定 (n)

	例数	临床痊愈	显效	有效	无效
治疗组	25	3	15	6	1
对照组	25	1	10	6	8

采用多个独立样本频率分布的卡方检验,可知 $P = 0.024$,故可认为两组疗效有统计学意义。

综合疗效评定及中医证候疗效评定均显示,治疗组疗效与对照组疗效比较,两者有统计学意义,治疗组疗效优于对照组。

4 讨论

脾肾阳虚型慢性结肠炎属中医肾泄,又称五更泄、鸡鸣泻,从中医角度来分析,慢性结肠炎发病原因之一就是脾肾阳虚,该病反复发作,缠绵难愈,多因脾肾不足,命门火衰,脾气不运,中州失煦,食入于胃,不得运化,生化无源,精微下迫;又肾阳亏虚,阳不化气,肾司二便之职无权,则泄泻作矣;肾阳虚不能附属水谷,脾虚湿胜清浊不分,水谷混杂,并走肠间^[5]。《景岳全书·泄泻》指出:“泄泻之本,无不由于脾胃”“肾为胃关,开窍于二阴,所以二便之开闭,皆肾脏所主,今肾中阳气不足,则命门火衰”“阴气盛极之时,即令人洞泄不止也”。一般而言,慢性结肠炎患者治疗过程所需时间较长,治疗康复的难度也较大,这也正是因为该病的成因与脾肾功能障碍存在的内在联系^[6]。自拟方运用健脾固肾之法,疗效显著。其中党参、白术健脾补气,芡实补脾固肾,薏苡仁健脾渗湿,续断、杜仲补肝肾,补骨脂温肾暖脾、涩肠止泻,姜

黄、延胡索、田七止痛,山楂消食,白芨止血收敛,促进肠道粘膜恢复。诸药合用,使火旺土强,肾泄自愈。临床运用治疗脾肾阳虚型慢性结肠炎效果优于单纯西医治疗,有统计学意义($P < 0.05$),未发现明显毒副作用,适用于在基层医院推广;但本方需在辨证前提下灵活运用,避免误入以病套方的错误思路。

参考文献

- [1] 陈华. 四神丸加味脾肾阳虚型慢性结肠炎 30 例[J]. 福建中医药, 2011, 42(3): 38-39.
- [2] 全国慢性非感染性肠道疾病学术研讨会. 溃疡性结肠

(上接第 26 页)

的影子。“科学技术是第一生产力”,没有科技的助推,医学进步不会这么快;没有科技的助推,中医进步不会这么快;没有科技的助推,针灸应用不会如此广泛。

3 针灸未来发展应与现代科技紧密结合

迈向国际科学界,针灸受到越来越多的国家和学科工作者的参与,使得中国的文化瑰宝在世界的舞台上绽放光芒。由中美联合编写的《Current Research Acupuncture》一书中对针灸的研究进展进行了大致两个趋势的概述:技术和理论上的创新^[7]。刘美芹等^[8]在针对现代针灸学的科学研究中提出:虽然《内经》之后有《伤寒论》《甲乙经》等重要著作的问世,但从中都看不到中国社会当时的宗教信仰对这些著作内容的决定性影响。在今天的科学背景下,还期望“佛、儒、道、文、史、哲”决定中医学、针灸学理论体系的发展,有些不现实。中医针灸学需要人文的滋养,但现代针灸学理论体系的构建应与“佛、儒、道”一类的宗教体系分道扬镳。而笔者认为,掌握中医经典,运用现代先进技术,将现代科技充分融入中医针灸研究的各个方面。所以说,继承、创新、突破则是研究中医针灸的核心。

4 结语

针灸疗效是一个客观的现象,可以用现代科学的技术手段记录和研究。面对 21 世纪,现代针灸不仅要具备穿越历史、溯本求源、回归中国传统文化的能力,还要有接纳多元文化、汲取当代科学思想精华的本领,更重要的是有直面现实,与现代科技接轨融合的勇气和担当。针灸的现代化必须

炎的诊断及疗效标准[J]. 中华消化杂志, 1993, 13(6): 345.

- [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: 129-134.
- [4] 徐迪华. 中医量化诊断[M]. 南京: 江苏科学技术出版社, 1997: 98-112.
- [5] 姚利钱, 游红丽. 自拟渗湿止泻汤治疗慢性结肠炎疗效观察[J]. 中医药临床杂志, 2012, 24(9): 862-863.
- [6] 郭纯燕, 徐进, 纪小亮, 等. 慢性结肠炎的中医治疗近况[J]. 中医药学报, 2011, 39(4): 107-108.

(收稿日期: 2015-05-12 编辑: 方亚利)

要立足传统中医针灸基础理论,更需要的是后辈学者们现代化的学术思想。只有将现代科技的问题与传统的针灸思想相融合,让传统思想在现代问题的挑战和回应中创造性的发展,提出新角度和具体方法,共同努力解决现代人类健康所面临的共同难题。处于研究生阶段的针灸专业学生,应该大胆的提出理论假设,后通过不断的实验和临床加以验证,提高针灸学术水平和临床疗效。但如何才能将先进科技成果与临床完美结合,具体到如何沿着针灸学的继承、创新、突破这条路走下去还需要我们不断的思考和反思。

参考文献

- [1] 王志勋, 吕小迎, 王苏阳, 等. 基于电气信号传递特性的“经络”轨迹研究[J]. 针刺研究, 2013, 38(4): 339-344.
- [2] 林莺, 纪峰, 黄桂榕, 等. 针刺实验研究中大鼠非经非穴选取方法及思考[J]. 针刺研究, 2013, 38(4): 334-338.
- [3] 李春华, 徐大钊. 近十年来国内经穴特异性研究进展[J]. 针刺研究, 2010, 38(4): 324-327.
- [4] 高俊虹, 王玉敏, 崔晶晶, 等. 穴位不同组织结构决定和影响经穴-内脏效应特异性的科学基础[J]. 中国针灸, 2010, 30(4): 293-295.
- [5] 吴勉华. 现代科技条件下中医药学术发展的反思和构型[J]. 南京中医药大学学报(社会科学版), 2007, 8(1): 1-6.
- [6] 李飞, 高康, 翟亮, 等. 事件相关电位和脑电图在 VD 早期诊断中的预警价值[J]. 中国基层医药, 2013, 20(1): 131-133.
- [7] 夏莹, 丁光宏, 吴根诚. Current Research Acupuncture[M]. Springer 出版社, 2013.
- [8] 刘美芹, 陈少宗. 现代针灸学的科学研究不应受制于传统[J]. 医学与哲学, 2012, 33(11A): 65-68.

(收稿日期: 2015-04-08 编辑: 巩振东)