

征。ERCP 术典型的 X 线表现:肝总管可见边缘完整充盈缺损,该充盈缺损以上肝总管及肝内胆管轻中度扩张,同时合并胆囊萎缩及胆囊结石。作者认为,B 超检查应为首选,对所有怀疑存在本病的病例,建议常规行 ERCP 检查,提高术前的确诊率,以免术前、术中认识不足造成医源性胆管损伤。非创伤性检查方法磁共振胆胰管造影诊断价值高,无明显副作用,能良好的显示胆管解剖结构<sup>[1]</sup>。

随着腹腔镜手术切除胆囊技术的成熟,腹腔镜下胆囊切除术已经成为胆囊结石治疗方法的金标准。困难的腹腔镜胆囊切除术临床上亦越来越多见,如果术前认识不足,术中判断不周,遇到 Mirizzi 综合征易造成胆管损伤,要及时中转开腹手术。本组有 2 例术中发现 Mirizzi 综合征,及时中转开腹手术,避免了医源性胆管损伤。对于术前存在阻塞性黄疸或 B 超提示肝内外胆管扩张且胆囊萎缩、胆囊结石的病例,最好先行 ERCP 检查,排除本病可能,不要轻易行腹腔镜手术或强行腹腔镜切除。

本病需要手术治疗,其手术原则是切除病变胆囊、取净结石、解除梗阻、修复胆管缺损及通畅胆汁引流。但由于长期炎症反复发作,结石嵌顿,正常解剖变异,实施常规的胆囊切除术胆管损伤率高。本组 36 例恢复良好,未发现医源性胆管损伤。作者认为,手术应遵循如下原则:(1)充分暴露胆囊颈管、肝总管、胆总管“三管”关系,是实施胆囊切除术的关键,切不可盲目结扎或切除胆囊管,以免损伤胆总管。(2)对于胆囊三角粘连致密、解剖不清,不必强行

分离,可行胆囊大部分切除术,残余胆囊壁黏膜用电烧灼,缝合浆肌层,不需放置 T 管引流。本组 3 例行胆囊大部分切除术,术后未曾发生胆瘘或胆囊床积液。(3)腹腔镜胆囊切除术中发现部分极易出血、对其行胆囊前壁大部分切除术,将胆囊后壁黏膜用电凝铲破坏,这样既可避免胆囊床大出血,又达到了切除胆囊目的<sup>[2]</sup>。(4)对于 II、III 型病例,一般行胆囊切除加瘘口修补、瘘口下 T 管支撑引流术,原则上不提倡经瘘口 T 管支撑引流,这样容易造成胆瘘或术后胆管狭窄,胆囊瓣修补术一般用于瘘口较大的病例,但要保证胆囊瓣的血供。本组胆囊瓣瘘口修补 2 例,术后恢复良好。(5)对于 IV 型及部分严重 III 型病例,可采用胆囊切除加肝总管空肠 Roux-y 吻合术。本组 1 例 IV 型病例行肝总管空肠 Roux-y 吻合术,术后随访 10 年,未曾发生吻合口狭窄或结石及肝胆管扩张。(6)对于急性期、炎症较重的患者腹腔镜手术不能判断胆囊管与右肝管时应远离肝外胆管,在靠近胆囊壁处,对胆囊床与肝外胆管间结缔组织上钛夹后离断,不可远离胆囊壁直接离断以免损伤右肝管<sup>[3]</sup>。

#### 参考文献:

- [1] 高友福,涂长龄,孙荣勋,等.Mirizzi 综合征的诊治探讨[J]. 中国实用外科杂志,1998,18(2):98.
- [2] 赵健民.腹腔镜胆囊切除术中出血的预防和处理[J]. 中国中西医结合外科杂志,2009,15(2):133.
- [3] 张凯松,洪宇明,黄迅.腹腔镜胆囊切除术胆管损伤的原因与防治[J]. 中国中西医结合外科杂志,2007,13(5):475.

(收稿:2009-12-26 修回:2010-04-08)

(责任编辑 瞿全)

## 白头翁汤治疗溃疡性结肠炎 50 例分析

罗明,万恒荣,陈海生,陈壮浩

**摘要** **目的:**观察和探讨白头翁汤治疗溃疡性结肠炎的临床疗效。**方法:**将 98 例 UC 患者随机分成 2 组,治疗组采用白头翁汤治疗,对照组采用常规西医治疗,观察比较两组的疗效。**结果:**治疗组 4 周总体效果明显优于对照组。**结论:**中西医结合治疗溃疡性结肠炎有更可靠的临床疗效,方法简便,副作用少。

**关键词:** 溃疡性结肠炎;白头翁汤;中西医结合疗法

**中图分类号:** R656.9 **文献标识码:** A **文章编号:** 1007-6948(2010)04-0463-03

doi: 10.3969/j.issn.1007-6948.2010.04.024

溃疡性结肠炎(ulcerative colitis, UC)是一种慢性

非特异性结肠炎症,病变主要累及结肠黏膜和黏膜下层,重者发生溃疡,多自远段结肠开始,可逆行向近段发展,甚至累及全结肠及末端回肠,呈连续性分布。临床常用水杨酸柳氮磺胺吡啶(salicy lazo sul-

fapyridine,SASP) 加糖皮质激素(glucocorticoid,GCS) 治疗的传统治疗方案,其疗效不令人满意。我们自2005年6月—2009年1月运用中西药结合的方法治疗,取得了满意的结果。

1 临床资料

1.1.1 诊断疗效标准 参照2000年成都中华医学会消化病学分会溃疡性结肠炎(UC)诊断标准及疗效评价标准<sup>[1]</sup> (具体内容篇幅较大,从略)。

1.1.2 纳入标准 所有病例均符合上述诊疗标准,且所有病例均经肠镜及黏膜活检得到明确诊断。

1.1.3 排除标准 入院做相关检查,如怀疑其他因素引起或合并其他胃肠疾病的腹泻者(如细菌性病

疾、阿米巴痢疾、慢性血吸虫病、肠结核等感染性结肠炎及放射性结肠炎等疾病)予排除。另外,暴发型并发中毒性巨结肠患者因需手术治疗予排除。

1.2 一般资料 本组共98例,男58例,女40例;年龄19~60岁,平均35.5岁。病程为3个月~20年,平均(7.2±6.8)年,且在接受治疗前停用其他药物2周。

1.3 分组 结肠镜检查均见肠黏膜、黏膜下炎症溃疡<sup>[1]</sup>。按照随机对照的方法,随机分为治疗组50例及对照组48例。两组年龄、性别、病程、临床表现严重程度和结肠镜下炎症程度及范围均无显著差异( $P>0.05$ ),具有可比性,详见表1。

表1 两组病例临床资料对比

组别	n	性别		平均年龄 (岁)	平均病程 ( $\bar{x}\pm s$ ,年)	病情严重程度		
		男	女			轻度	中度	重度
治疗组	50	29	21	35.8	7.3±6.8	15	33	2
对照组	48	29	19	35.2	7.2±6.9	13	34	1

2 方法

2.1 对照组 给予水杨酸柳氮磺胺吡啶(SASP) 1 g/d,分4次口服,强的松5 mg,2次/d。4周为1个疗程。治疗期间避免进食生冷、辛辣、油腻之品。

2.2 治疗组 在接受西医治疗的同时,口服白头翁汤:白头翁30 g,黄柏30 g,黄连30 g,秦皮40 g。外有表邪,恶寒发热者,加葛根、连翘、银花以透表解热;里急后重较甚,加木香、槟榔、枳壳以调气;脓血多者,加赤芍、丹皮、地榆以凉血和血;夹有食滞者,加焦山楂、枳实以消食导滞。煎至600 mL,分为3袋,2次/d,1袋/次。1袋行保留灌肠。4周为1个疗程。

2.3 疗效判断标准 参照相关疗效标准,完全缓

解:临床症状消失,结肠镜检查发现黏膜大致正常;有效:临床症状基本消失,结肠镜检查发现黏膜轻度炎症或假息肉形成;无效:经治疗后临床症状、内镜及病理检查结果均无改善。

2.4 统计学方法 计量资料以均值±标准差( $\bar{x}\pm s$ )表示,采用 $t$ 检验。计数资料以率表示,两组间比较采用 $\chi^2$ 检验,以 $P<0.05$ 为差异显著性标准。

3 结果

3.1 疗效 1个疗程后,治疗组,完全缓解25例,有效20例,无效5例,总有效率90%。对照组,完全缓解11例,有效18例,无效19例,总有效率60.5%。两组总有效率差异有显著性( $P<0.05$ )。见表2。

表2 两组疗效比较(n,%)

组别	n	完全缓解	有效	无效	总有效率	不良反应
治疗组	50	25(50)*	20(40)	5(10)*	45(90)*	8(16.7)*
对照组	48	11(23)	18(37.5)	19(39.5)	29(60.5)	20(41.7)

注:与对照组比较,\* $P<0.05$

3.2 不良反应 治疗组出现恶心呕吐、纳差5例,腹胀3例;对照组出现恶心呕吐、纳差10例,腹胀4例,胃烧灼感4例,皮疹2例。治疗组发生率为16%,对照组为41.7%,后者明显高于前者( $P<0.05$ )。

4 讨论

随着我国人们生活环境的变化及饮食习惯的改

变(如高脂饮食等),近年来UC的发病率明显增高。同时,随着人们健康意识的提高及结肠镜广泛应用,诊断率也逐年提高。UC临床以腹泻、腹痛、黏液血便且易复发为特征。目前尚没有特效治疗药物,且病情容易反复,不易治愈。其病因及发病机制目前尚不太明确。病因与感染因素、环境因素以及

自身免疫因素等有关,因此既往在治疗方面大多是以阻断感染因子、遗传易感性、免疫异常等为目标,且多选用水杨酸类药物、皮质激素和免疫抑制剂等<sup>[2]</sup>。使用这些药物治疗有一定的疗效,但也有一定的副作用。中医辨证论治为溃疡性结肠炎提供了另一条可行途径。我们运用白头翁汤结合治疗,取得了令人满意的疗效,且副作用小。

中医学认为,UC 属于“痢疾”、“泄泻”、“肠风”、“脏毒”、“下利”等范畴。病因与六淫邪袭,尤其是湿热壅滞,饮食所伤,情志郁结及禀赋不足等有关<sup>[3]</sup>。其病机为脾肾阳虚为主,湿热邪毒为标,瘀血阻络贯穿始终,而湿热邪毒蕴结壅滞肠中,脉络失和,血败肉腐,内溃成疡是其病理变化,故扶正祛邪、清热解毒、活血和络是治疗关键<sup>[4]</sup>。《伤寒论·辨厥阴病脉证并治》:“热利下重者,白头翁汤主之。”“下利欲饮水者,以有热故也,白头翁汤主之。”方中白头翁为君,清热解毒,凉血止痢。黄连苦寒,泻火解毒,燥湿厚肠,为治痢要药;黄柏清下焦湿热,两药共助君药清热解毒,尤能燥湿治痢,共为臣药。秦皮苦涩而寒,清热解毒而兼以收涩止痢,为佐使药。四药合用,共奏清热解毒,凉血止痢之功。研究表明,异常的免疫反应或免疫调节在 UC 的发病中扮演着很重要的角色,而 IL-2、TNF- $\alpha$  是起主要作用的细胞因子。IL-2 水平下降可削弱 UC 结肠黏膜局部防御功能,从而易致病原体侵入发生炎症、溃疡和加重病情。TNF- $\alpha$  在肠道中能介导肠黏膜的损伤,在 UC 活动期, TNF- $\alpha$  水平在血中和粪便中升高,反映 TNF- $\alpha$  与 UC 的发病和病变活动有关。动物实验表明,白头翁汤能使降低的 IL-2 恢复正常,调低异常升高的 TNF- $\alpha$ <sup>[5]</sup>,同时国外研究证明,在 UC 患者血中因血小板活化而形成大量血小板-白细胞聚集体,进而参与血栓

并发症的形成<sup>[6]</sup>。白头翁汤诸药合用,可直接作用患处,使肠腔内达到有效浓度,起到清热解毒、祛腐生肌、凉血止血、通腑泻泄之功。口服 SASP 对胃黏膜有一定的刺激和损伤,出现恶心、呕吐、腹胀、胃烧灼感以及发生过敏反应而出现皮疹等,我们使用以上中药制剂口服和灌肠,对胃肠黏膜有一定的保护作用,从而减轻西药带来的副作用。

本研究表明,运用中西药结合和单纯运用西药治疗有效率并无差异( $P>0.05$ ),但治疗组的总有效率高于对照组,不良反应的发生率又明显低。这些可能都是由于中药口服加灌肠的多种作用,如降低血液的高凝状态、减轻肠道微血栓形成肠黏膜缺血坏死和炎症反应、促进血液循环、消除溃疡及周围组织炎症、促进肠黏膜再生、加快消肿、修复愈合,同时起到抗炎、灭菌从而达到肠道菌群处于动态平衡,以及提高机体免疫力和防御能力等因素的综合作用的作用,使患者疗效提高,减少不良反应的发生,降低患者的并发症,减轻患者的痛苦。

#### 参考文献:

- [1] 中华医学会消化病学分会. 对炎症性肠病诊断治疗规范的建议[J]. 中华消化杂志, 2001, 21(6): 236.
- [2] 薛峰, 卢义明, 付昌格. 中西药结合治疗溃疡性结肠炎的探讨[J]. 医学综述, 2007, 13(2): 159.
- [3] 汪远平. 白头翁汤治疗溃疡性结肠炎 48 例[J]. 实用中医内科杂志, 2007, 21(5): 49.
- [4] 史亚祥. 肠愈 1 号冲剂合祛瘀散治疗溃疡性结肠炎 128 例[J]. 中国中西医结合杂志, 2002, 22(5): 392.
- [5] 李薇. 白头翁汤治疗大鼠溃疡性结肠炎的免疫机制探讨[J]. 甘肃中医, 2004, 17(6): 38.
- [6] Irving M, Maecym G, Shah U. et al. Formation of platelet-leukocyte aggregates in inflammatory bowel disease[J]. Inflamm Bowel Dis, 2004, 10(4): 361.

(收稿: 2009-10-06 修回: 2010-04-26)

(责任编辑 周振理)