

· 中医药 · 中西医结合 ·

# 白头翁汤加减治疗轻中度溃疡性结肠炎 急性发作临床观察

雷彪, 冯文哲, 石鹏, 牛魁, 柴小琴

陕西中医药大学附属医院肛肠二科, 陕西 咸阳 712000

**摘要:** **目的** 观察白头翁汤加减方口服治疗轻、中度溃疡性结肠炎急性发作的临床疗效。**方法** 选取 2017 年 1 月至 2019 年 1 月就诊的 60 例诊断为轻、中度溃疡性结肠炎急性发作(湿热内蕴证)患者,按照随机数字表法,将患者随机分为对照组和试验组各 30 例;对照组患者予以柳氮磺胺吡啶肠溶片口服,1 g/次,3 次/d;试验组患者在对照组基础上,加以白头翁汤加减方口服,3 次/d,1 天 1 剂;两组患者均治疗 4 周,观察两组患者前后症状积分,炎症因子肿瘤坏死因子(TNF)- $\alpha$ 、超敏 C 反应蛋白(hs-CRP)、白细胞介素(IL)-8,以及结肠镜评分、黏膜组织评分、Mayo 指数评分。**结果** (1)治疗后两组患者主症及次症症状积分、TNF- $\alpha$ 、hs-CRP、IL-8、结肠镜评分、黏膜组织评分、Mayo 指数评分与治疗前比较,均有好转,差异有统计学意义( $P < 0.05$ );(2)治疗后两组对比,试验组好转程度明显优于对照组,差异有统计学意义( $P < 0.05$ );(3)试验组总有效率 93.3%,对照组总有效率 80.0%,试验组疗效优于对照组,差异有统计学意义( $Z = 2.075, P < 0.05$ )。**结论** 白头翁汤加减方口服,能够改善轻、中度溃疡性结肠炎急性发作临床症状、结肠镜下组织形态以及机体炎症反应,提高临床疗效。

**关键词:** 溃疡性结肠炎; 白头翁汤; 柳氮磺胺吡啶; 症状评分; 炎症因子

**中图分类号:** R 256.34 R 574.62 **文献标识码:** B **文章编号:** 1674-8182(2020)12-1681-04

## *Baitouweng* decoction in the treatment of acute active stage of mild-to-moderate ulcerative colitis

LEI Biao, FENG Wen-zhe, SHI Peng, NIU Kui, CHAI Xiao-qin

Second Department of Anorectal, Affiliated Hospital of Shaanxi University of  
Chinese Medicine, Xiayang, Shaanxi 712000, China

Corresponding author: CHAI Xiao-qin, E-mail: 673225865@qq.com

**Abstract: Objective** To observe the clinical effect of *Baitouweng* decoction in the treatment of acute active stage of mild to moderate ulcerative colitis. **Methods** Sixty patients with acute episode of mild-to-moderate ulcerative colitis (damp-heat syndrome) were randomly divided into control group and experimental group ( $n = 30$ , each) according to the random number table method. The sulfasalazine enteric coated tablets (1 g/time, 3 times/day) were orally given in both groups, and modified *Baitouweng* decoction (3 times one day, one dose per day) was added in experimental group. After treatment for 4 weeks, the symptom scores, inflammatory factors, tumor necrosis factor (TNF)- $\alpha$ , high sensitivity C-reactive protein (hs-CRP), interleukin-8 (IL-8), colonoscopy score, mucosal tissue score and Mayo endoscopic score were observed and compared. **Results** After treatment, main symptom and secondary symptom score, levels of TNF- $\alpha$ , CRP and IL-8, colonoscopy score, mucosal tissue score and Mayo score were statistically better than those before treatment in two groups ( $P < 0.05$ ) and were significantly better in experimental group than those in control group ( $P < 0.05$ ). The total effective rate in experimental group was statistically higher than that in control group ( $Z = 2.075, P < 0.05$ ). **Conclusion** *Baitouweng* decoction can improve the clinical symptoms, tissue morphology under colonoscopy and body inflammatory reaction in patients with acute active stage of mild to moderate ulcerative colitis.

**Key words:** Ulcerative colitis; *Baitouweng* decoction; Sulfasalazine; Symptom score; Inflammatory factor

**Fund program:** Project of Shaanxi Provincial Administration of Traditional Chinese Medicine (JCPT050); Project of Shaanxi University of Chinese Medicine (2016PY02)

溃疡性结肠炎(ulcerative colitis, UC)是一种非特异性炎症性肠道疾病,主要累及肠黏膜层及其下层,主要临床表现为腹痛、腹泻、里急后重、脓血便,急性发作患者病因不明确,可能与感染、免疫、环境等因素有关<sup>[1-3]</sup>。西医对于该病,一般采用对症支持、皮质醇类以及免疫抑制剂治疗,这些方法可以缓解患者病变,但副作用较多,且容易复发<sup>[4]</sup>。笔者近年来对于轻、中度 UC 急性发作患者的治疗,采用白头翁汤加减方联合柳氮磺胺吡啶肠溶片口服,取得一定疗效。现进行如下报道。

## 1 对象与方法

1.1 研究对象 选取 2017 年 1 月至 2019 年 1 月至陕西中医药大学附属医院就诊,诊断为溃疡性结肠炎急性发作(湿热内蕴)患者 60 例,按照随机数字表法将 60 例患者随机分为试验组和对照组,各 30 例。其中试验组男 17 例,女 13 例;年龄 21~65(43.57±10.62)岁;病程 1~12(5.14±2.08)年;轻度 14 例,中度 16 例。对照组男 16 例,女 14 例;年龄 23~64(44.72±9.89)岁;病程 2~11(5.63±1.93)年;轻度 13 例,中度 17 例。两组患者在病情、病程、性别、年龄一般资料方面差异无统计学意义( $P>0.05$ ),具有可比性。见表 1。本研究经医院伦理委员会审核批准。

表 1 两组一般资料比较 ( $n=30, \bar{x} \pm s$ )

组别	性别(例)		病程(年)	年龄(岁)	病情(例)	
	男	女			轻度	中度
试验组	17	13	5.14±2.08	43.57±10.62	14	16
对照组	16	14	5.63±1.93	44.72±9.89	13	17
$\chi^2/t$ 值	0.021		0.946	0.434	0.067	
$P$ 值	0.885		0.348	0.666	0.795	

1.2 诊断标准 西医诊断标准:根据《炎症性肠病诊断与治疗的共识意见》<sup>[5]</sup>中溃疡性结肠炎急性发作的诊断标准诊断;中医诊断标准:根据《中医内科学》<sup>[6]</sup>及《溃疡性结肠炎中医诊疗共识意见》中湿热内蕴证<sup>[7]</sup>诊断。

1.3 纳入标准与排除标准 纳入标准:(1)辨病符合中西医溃疡性结肠炎急性发作的诊断标准,辨证符合湿热内蕴证;(2)年龄在 18~70 岁;(3)病情分期为急性活动期,病情程度为轻、中度<sup>[5]</sup>;(4)自愿受试并签署知情同意书,配合治疗;(5)近 2 周内未服用影响血清炎症因子药物。排除标准:(1)怀孕、哺乳期或合并心、肾、肝、脑、造血系统以及内分泌系统等严重疾病者;(2)伴有严重并发症患者,如肠梗阻、消化道穿孔、直肠癌、肛门疾病等;(3)患有严重的精神障碍或语言障碍或不能配合按临床实验方案完成

研究的患者。

1.4 方法 对照组予以柳氮磺胺吡啶肠溶片口服,1g/次,3次/d。连续服用 4 周。试验组在对照组基础上,加以白头翁汤加减方,具体方药:白头翁 15 g、黄柏 10 g、黄连 10 g、乳香 15 g、没药 15 g、三七粉 5 g、白术 15 g、茯苓 15 g、当归 15 g、木香 10 g、白芍 15 g、甘草 5 g。煎服法:除三七粉外,其余药物煎 30 min,取汁 150 ml,每次加入三七粉,3次/d,1天 1 剂。连续服用 4 周。

## 1.5 观察指标

1.5.1 临床症状 两组患者治疗前后参照《中药新药临床研究指导原则(试用)》<sup>[8]</sup>中 UC 症状:腹痛、腹泻、里急后重、脓血便、腹胀、身热、肛门灼热进行评分,各症状积分相加即为总积分。其中主症:腹痛、腹泻、里急后重、脓血便按照症状无、轻、中、重程度分别计 0 分、2 分、4 分、6 分;次症:腹胀、身热、肛门灼热按照症状无、轻、中、重程度分别计 0 分、1 分、2 分、3 分<sup>[9-10]</sup>。

1.5.2 肠镜检查 根据《溃疡性结肠炎中医诊疗共识意见》,观察两组患者治疗前后结肠镜评分、黏膜组织评分、Mayo 指数评分。

1.5.3 血清检测 治疗前后取患者血清检测肿瘤坏死因子- $\alpha$ (TNF- $\alpha$ )、超敏 C 反应蛋白(hs-CRP)以及白细胞介素-8(IL-8)表达的情况。TNF- $\alpha$ 、hs-CRP、IL-8 抽取患者空腹血清,进行检测<sup>[11]</sup>。

1.6 疗效判定标准 根据《溃疡性结肠炎中医诊疗共识意见》<sup>[5]</sup>中疗效标准,治愈:治疗后患者症状、体征基本消失,疗效指数 $\geq 95\%$ ;显效:治疗后患者症状、体征明显改善,疗效指数 $\geq 70\%$ ;有效:治疗后患者症状、体征有所改善,疗效指数 $\geq 30\%$ ;无效:服药后患者症状和体征无改善甚至加重,疗效指数 $< 30\%$ 。

1.7 统计学处理 采用 SPSS 22.0 进行统计学分析。其中计量资料以  $\bar{x} \pm s$  表示,组间比较采用独立样本  $t$  检验,组内比较采用配对样本  $t$  检验。计数资料以例(%)表示,组间比较采用  $\chi^2$  检验,等级资料采用秩和检验。以  $P < 0.05$  为差异有统计学意义。

## 2 结果

2.1 症状积分 治疗前两组患者主症腹痛、腹泻、里急后重、脓血便症状积分及次症腹胀、身热、肛门灼热症状积分无明显差异( $P > 0.05$ ),具有可比性;治疗后主症及次症:腹痛、腹泻、里急后重、脓血便、腹胀、身热、肛门灼热症状积分较治疗前均降低,差异有统计学意义( $P < 0.05$ );且试验组患者低于对照组患

者,差异有统计学意义( $P < 0.05$ )。见表 2。

## 2.2 结肠镜评分、黏膜组织评分、Mayo 指数评分

两组患者前结肠镜评分、黏膜组织评分、Mayo 指数评分差异无统计学意义( $P > 0.05$ ),具有可比性;治疗后三者评分较治疗前均有降低,差异有统计学意义( $P < 0.05$ );试验组治疗后低于对照组,差异有统计学意义( $P < 0.05$ )。见表 3。

## 2.3 两组患者治疗前后 TNF- $\alpha$ 、hs-CRP、IL-8 比较

表 2 两组患者治疗前后主症状比较 ( $n = 30$ , 分,  $\bar{x} \pm s$ )

组别	时间	腹痛	腹泻	里急后重	脓血便	腹胀	身热	肛门灼热
对照组	治疗前	3.17 $\pm$ 0.43	3.46 $\pm$ 0.78	3.05 $\pm$ 0.47	3.37 $\pm$ 0.85	1.67 $\pm$ 0.52	1.52 $\pm$ 0.27	1.69 $\pm$ 0.35
	治疗后	2.31 $\pm$ 0.56 <sup>a</sup>	2.64 $\pm$ 0.61 <sup>a</sup>	1.04 $\pm$ 0.32 <sup>a</sup>	1.68 $\pm$ 0.97 <sup>a</sup>	1.03 $\pm$ 0.38 <sup>a</sup>	1.16 $\pm$ 0.14 <sup>a</sup>	1.31 $\pm$ 0.26 <sup>a</sup>
试验组	治疗前	3.22 $\pm$ 0.49	3.39 $\pm$ 0.83	2.96 $\pm$ 0.51	3.41 $\pm$ 0.94	1.72 $\pm$ 0.56	1.45 $\pm$ 0.22	1.74 $\pm$ 0.33
	治疗后	0.84 $\pm$ 0.32 <sup>ab</sup>	0.97 $\pm$ 0.48 <sup>ab</sup>	0.39 $\pm$ 0.47 <sup>ab</sup>	0.74 $\pm$ 0.56 <sup>ab</sup>	0.63 $\pm$ 0.35 <sup>ab</sup>	0.81 $\pm$ 0.36 <sup>ab</sup>	0.96 $\pm$ 0.17 <sup>ab</sup>

注:与本组治疗前比较,<sup>a</sup> $P < 0.05$ ;与对照组治疗后比较,<sup>b</sup> $P < 0.05$ 。

表 3 两组患者治疗前后结肠镜评分、黏膜组织评分、Mayo 指数评分比较 ( $n = 30$ , 分,  $\bar{x} \pm s$ )

组别	时间	结肠镜评分	黏膜组织评分	Mayo 指数评分
对照组	治疗前	2.73 $\pm$ 0.86	5.03 $\pm$ 1.37	12.05 $\pm$ 2.47
	治疗后	1.43 $\pm$ 0.57 <sup>a</sup>	2.42 $\pm$ 0.87 <sup>a</sup>	4.39 $\pm$ 2.89 <sup>a</sup>
试验组	治疗前	2.59 $\pm$ 0.75	4.95 $\pm$ 1.34	12.36 $\pm$ 2.51
	治疗后	0.48 $\pm$ 0.26 <sup>ab</sup>	1.07 $\pm$ 0.56 <sup>ab</sup>	2.35 $\pm$ 1.53 <sup>ab</sup>

注:与本组治疗前比较,<sup>a</sup> $P < 0.05$ ;与对照组治疗后比较,<sup>b</sup> $P < 0.05$ 。

表 4 两组患者治疗前后 TNF- $\alpha$ 、hs-CRP、IL-8 比较 ( $n = 30$ ,  $\bar{x} \pm s$ )

组别	时间	TNF- $\alpha$ ( $\mu\text{g/ml}$ )	hs-CRP( $\text{mg/L}$ )	IL-8( $\text{ng/L}$ )
对照组	治疗前	59.82 $\pm$ 8.36	157.19 $\pm$ 37.54	54.17 $\pm$ 7.08
	治疗后	36.54 $\pm$ 6.29 <sup>a</sup>	63.47 $\pm$ 12.09 <sup>a</sup>	42.75 $\pm$ 6.25 <sup>a</sup>
试验组	治疗前	58.79 $\pm$ 8.17	161.65 $\pm$ 38.39	53.19 $\pm$ 6.59
	治疗后	23.19 $\pm$ 4.93 <sup>ab</sup>	21.07 $\pm$ 8.24 <sup>ab</sup>	32.27 $\pm$ 5.17 <sup>ab</sup>

注:与本组患者治疗前比较,<sup>a</sup> $P < 0.05$ ;与对照组患者治疗后比较,<sup>b</sup> $P < 0.05$ 。

表 5 两组临床疗效比较 (例)

组别	例数	治愈	显效	有效	无效
对照组	30	3	10	11	6
试验组	30	7	13	8	2
Z 值			2.075		
P 值			0.038		

## 3 讨论

溃疡性结肠炎急性发作主要是以腹痛、腹泻、里急后重、脓血便为临床表现的消化科常见疾病之一,在中医学中属于“泄泻”范畴,发病原因与饮食不洁、情志刺激、禀赋不足等有关,主要病变部位在结肠、直肠,基本病机为湿热内蕴<sup>[7,10,12]</sup>。在治疗时,应佐以敛疮生肌、行气活血之品,既可助溃疡部位组织新生,又可促进肠黏膜上皮修复<sup>[13]</sup>;如《沈氏尊生书》中记载:“大抵痢之病根,皆由湿蒸热壅,以至气血凝滞,

两组患者治疗前 TNF- $\alpha$ 、hs-CRP、IL-8 水平差异无统计学意义( $P > 0.05$ ),具有可比性;治疗后患者 TNF- $\alpha$ 、hs-CRP、IL-8 水平与治疗前比较,均有所下降,差异有统计学意义( $P < 0.05$ );且治疗后试验组低于对照组,差异有统计学意义( $P < 0.05$ )。见表 4。

2.4 两组患者临床疗效比较 治疗 4 周后,试验组疗效优于对照组,差异有统计学意义( $P < 0.05$ )。见表 5。

渐至肠胃之病”。笔者在治疗该病时,以清热化湿、行气滞血为治则,予以白头翁汤加减。方中白头翁苦寒泄浊,入阳明血分,善清肠胃湿热及血分热毒,为治肠胃热毒血痢良药;黄柏、黄连性味苦寒,有清热燥湿、泻火解毒之功效;乳香、没药活血行气止痛,消肿生肌,白芨能收敛止血,消肿生肌,三七粉止血活血,其止血而不留瘀、化瘀而不伤正气,当归活血养血,取“行血则便脓自愈”之意,五者配合可促进溃疡组织及肠黏膜的修复;茯苓、白术二者配伍,益气健脾,渗湿止泻;木香行气导滞,取“调气则后重自除”之意。全方相配伍,共奏清热化湿、活血祛瘀、解毒生肌之功效。且现代药理学研究证实:当归可促进机体造血和止血,抗氧化及镇痛作用<sup>[14]</sup>;黄连对多种病原微生物活性具有抑制作用,可显著改善溃疡性结肠炎患者临床症状及肠黏膜病损<sup>[15-16]</sup>。木香可有效抑制 IL、TNF 等致炎因子,松弛肠道平滑肌,有着良好的抗炎、抗溃疡作用<sup>[17]</sup>。黄连与木香相配伍,可降低溃疡性结肠炎患者炎性因子水平,促进肠黏膜的修复<sup>[18]</sup>。

本研究结果显示,白头翁汤加减方能明显改善轻、中度溃疡性结肠炎急性发作期患者腹痛、腹泻、里急后重、脓血便症状,且通过肠镜发现该方可有效促进溃疡愈合、肠黏膜修复;且在轻、中度溃疡性结肠炎急性发作期患者中 TNF- $\alpha$ 、hs-CRP、IL-8 水平升高,白头翁汤加减方治疗后显著降低,揭示白头翁汤加减方可能通过减少促炎因子 TNF- $\alpha$ 、hs-CRP、IL-8,从而修复肠道黏膜,缓解临床症状。

## 参考文献

[1] 陈璐,周中银. 溃疡性结肠炎发病机制的研究进展[J]. 疑难病杂志,2016,15(6):650-654.

- [2] 史玉洁, 翁亚茜. 膜性肾病的病理学特点及诊断[J]. 中国临床医生杂志, 2019, 47(9): 1020-1023.
- [3] 刘瑶, 李伟. 慢性肾小球肾炎的中医病机与微观辨证研究探讨[J]. 世界科学技术-中医药现代化, 2019, 21(6): 1062-1067.
- [4] 于澈, 王荣. 特发性膜性肾病诊疗指南解读[J]. 临床内科杂志, 2015, 32(8): 575-576.
- [5] 李敏侠, 邱强, 魏日胞, 等. 成人特发性膜性肾病的预后分析[J]. 军事医学, 2012, 36(5): 392-394.
- [6] 安梦丽, 何平. 足细胞损伤的机制及与肾小球疾病的关系研究进展[J]. 中国临床研究, 2018, 31(10): 1427-1431.
- [7] Tomas NM, Hoxha E, Reinicke AT, et al. Autoantibodies against thrombospondin type 1 domain-containing 7A induce membranous nephropathy[J]. J Clin Invest, 2016, 126(7): 2519-2532.
- [8] 向玲, 邓跃毅, 刘旺意, 等. 邓跃毅教授活血化瘀法治疗膜性肾病经验荟萃[J]. 中国中西医结合肾病杂志, 2019, 20(3): 189-191.
- [9] 张春崧, 杨铭, 陈以平. 数据挖掘技术辅助的陈以平治疗特发性膜性肾病用药规律研究[J]. 上海中医药杂志, 2018, 52(8): 13-17.
- [10] 张建伟, 庞帼敏, 麦国荣, 等. 黄芪白术配伍前后黄芪化学成分分析研究[J]. 世界中医药, 2017, 12(12): 3154-3157.
- [11] 吴娇, 王聪. 黄芪的化学成分及药理作用研究进展[J]. 新乡医学院学报, 2018, 35(9): 755-760.
- [12] 唐冕, 许晓芬. 药用黄芪皂苷类化学成分及药理作用研究进展[J]. 中医药导报, 2018, 24(20): 117-122.
- [13] 陈倩, 李娜, 张雨林, 等. 金樱子的研究进展[J]. 中医药导报, 2018, 24(19): 106-110.
- [14] 谭霞, 刘喜平, 陈卫东. 张锡纯运用芡实经验探赜[J]. 中国民族民间医药, 2019, 28(17): 59-60, 63.
- [15] 王晶, 张晓东, 方敬爱, 等. 芡实含药血清对高糖干预小鼠肾小球足细胞 nephrin 与  $\alpha$ -SMA 的影响[J]. 中国中西医结合肾病杂志, 2016, 17(10): 888-890.

收稿日期: 2020-04-01 修回日期: 2020-04-26 编辑: 王宇

(上接第 1683 页)

- [2] 吴湘华, 孙翠凤. 自拟清肠排毒汤对急性溃疡性结肠炎(大肠湿热证)免疫功能和炎症因子的影响[J]. 中国中医急症, 2016, 25(10): 1942-1944.
- [3] 赵翠丽, 张丽雯, 杨以超. 葛根芩连汤加白及灌肠治疗慢性溃疡性结肠炎急性发作 30 例[J]. 中医药导报, 2012, 18(7): 31-33.
- [4] 王国庆, 魏文红, 杨杰. 甘草泻心汤对溃疡性结肠炎患者血浆 IL-17、IL-23 水平的影响[J]. 南京中医药大学学报, 2016, 32(1): 25-28.
- [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.
- [6] 周仲瑛. 中医内科学[M]. 2 版. 北京: 中国中医药出版社, 2007: 242-249.
- [7] 中华中医药学会脾胃病分会. 溃疡性结肠炎中医诊疗共识意见[J]. 中华中医药杂志, 2010, 25(6): 891-895.
- [8] 郑筱萸. 中药新药临床研究指导原则: 试行[M]. 北京: 中国医药科技出版社, 2002: 58-60.
- [9] 李淑红, 刘华一, 唐艳萍. 葛根芩连汤加白及灌肠治疗慢性溃疡性结肠炎急性发作的效果[J]. 世界中西医结合杂志, 2018, 13(10): 1427-1430.
- [10] 魏永辉. 清化通络方治疗溃疡性结肠炎急性期(湿热瘀阻证)的临床观察[J]. 中国中医急症, 2018, 27(4): 674-676.
- [11] 朱成慧, 吕冠华, 孙希良, 等. 中药溃结康丸治疗急性期溃疡性结肠炎(脾虚湿蕴证)临床效果观察及对血清炎症因子影响研究[J]. 辽宁中医药大学学报, 2019, 21(5): 114-117.
- [12] 李倩, 周铭心. 基于二次文献的溃疡性结肠炎证候分析[J]. 中华中医药杂志, 2014, 29(4): 1236-1239.
- [13] Lee JY, Kim JS, Kim JM, et al. Simvastatin inhibits NF-kappaB signaling in intestinal epithelial cells and ameliorates acute murine colitis[J]. Int Immunopharmacol, 2007, 7(2): 241-248.
- [14] 董晴, 陈明苍. 当归化学成分及药理作用研究进展[J]. 亚太传统医药, 2016, 12(2): 32-34.
- [15] 王利红, 唐文照, 辛义周. 黄连中生物碱成分及药理作用研究进展[J]. 山东中医药大学学报, 2015, 39(4): 389-392.
- [16] 武涛, 相芳, 刘静. 黄连水煎液对实验性大鼠溃疡性结肠炎治疗作用的研究[J]. 药学实践杂志, 2016, 34(1): 28-31, 61.
- [17] 魏华, 彭勇, 马国需, 等. 木香有效成分及药理作用研究进展[J]. 中草药, 2012, 43(3): 613-620.
- [18] 李骏豪. 黄连木香配伍对溃疡性结肠炎大鼠模型干预作用及相关机制研究[D]. 成都: 成都中医药大学, 2011.

收稿日期: 2020-02-14 修回日期: 2020-05-02 编辑: 叶小舟