

表1 两组疗效比较 (例)

组别	n	临床治愈	有效	无效	总有效率(%)
治疗组	66	61	3	2	97.0
对照组	42	31	6	5	88.1

注 经秩和检验  $Z=-2.387$   $P<0.05$  治疗组疗效优于对照组

表2 两组症状、体征改善时间比较 ( $\bar{d} \pm s$ )

组别	n	退热时间	疼痛缓解时间	甲状腺肿消退时间
治疗组	66	2.78±0.21	5.28±0.24	7.56±0.41 <sup>①</sup>
对照组	42	2.83±0.17	5.36±0.32	12.02±0.46

注 与对照组比较 <sup>①</sup> $P<0.05$

加重、咽干、咽痛、发热、头痛、咳嗽，辨证以热毒壅盛型常见，中医治以清热解毒、消肿止痛为法。本临床研究运用加味银翘汤治疗亚急性甲状腺炎，方中连翘、金银花清热解毒、散瘀消肿，竹叶、夏枯草助连翘、金银花清热，浙贝母、桔梗、牛蒡子祛痰以助连翘、金银花散瘀消肿，桔梗利气，薄荷疏肝行气，以解肝郁，延胡索活血、行气，蒲公英清热解毒、散瘀消肿之功，启泄降滞气之利，气利则结散，血活则瘀祛痛止。佐以甘草以助清热解毒之效。现代中药药理学认为连翘、金银花、薄荷具有广谱抗菌、抗炎、解热的作用，薄荷、荆芥、桔梗具有镇痛、解热的作用，其中金银花能促进白细胞的吞噬作用，连翘

所含维生素P可降低血管通透性及脆性；薄荷扩张毛细血管，具有止痒、局部麻醉和抗刺激作用，荆芥促进皮肤血液循环，有利于甲状腺的血液营养供应，从而促进甲状腺修复，桔梗加强抗炎，刺激巨噬细胞的吞噬作用，提高中性细胞的杀菌力，提高免疫功能，牛蒡子、竹叶解热，抗菌，抗肿瘤，蒲公英抗菌，抗内毒素，活化巨噬细胞，激发机体的免疫功能，抗肿瘤；夏枯草有抑菌和明显抗炎作用，甘草抗菌、抗病毒、抗炎、抗过敏，有类似肾上腺激素作用。

本临床研究结果显示，治疗组总有效率为97.0%，优于对照组总有效率88.1% ( $P<0.05$ )；治疗组甲状腺肿消退时间优于对照组 ( $P<0.05$ )，说明加味银翘汤治疗亚急性甲状腺炎疗效显著，值得临床推广。

#### 参考文献

- [1] 宁光. 内分泌学高级教程[M]. 北京: 人民军医出版社, 2011: 120.
- [2] 廖二元, 莫朝晖. 内分泌学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2007: 653.
- [3] 国家中医药管理局医政司. 24个专业105个病种中医诊疗方案[S]. 2012: 209-212.
- [4] 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: 232-233.

(编辑 熊瑜)

## 仲景温经汤加味治疗活动期溃疡性结肠炎疗效观察

谢胜<sup>1</sup>, 黄晓燕<sup>1</sup>, 周晓玲<sup>2</sup>, 纪云西<sup>1</sup>, 刘礼剑<sup>1</sup>, 杨成宁<sup>1</sup>, 祁树浩<sup>1</sup>, 廖婷<sup>1</sup>

(1. 广西中医药大学第一附属医院, 广西南宁 530023; 2. 柳州市中医院, 广西柳州 545000)

**摘要** [目的] 观察仲景温经汤加味治疗活动期溃疡性结肠炎(UC)的临床疗效。[方法] 活动期UC患者45例, 随机分为两组, 中药组23例, 西药组22例。中药组给予仲景温经汤(吴茱萸15g, 生姜10g, 桂枝10g, 法半夏15g, 川芎12g, 牡丹皮15g, 麦冬15g, 红参10g, 阿胶10g, 当归10g, 白芍15g, 甘草6g, 三七3g, 肉桂3g, 黄柏6g)口服; 西药组给予柳氮磺胺吡啶口服, 疗程均为8周, 治疗后随访3个月。观察两组治疗前后主要症状积分、UC主要症状及肠黏膜病变活动指数、临床疗效及复发率。[结果] 治疗后腹泻、脓血便、腹痛、里急后重四个主要症状积分均有明显降低 ( $P<0.05$ ), 中药组的积分降低较西药组显著 ( $P<0.01$ )。在Sutherland疾病活动指数评分中, 两组治疗后的评分均有明显降低 ( $P<0.05$ ), 其中中药组降低比西药组明显 ( $P<0.05$ )。中药组总有效率为95.65%, 高于西药组的86.36%, 但两组无显著性差异 ( $P>0.05$ )。3个月后随访, 中药组复发率低于西药组 ( $P<0.05$ )。[结论] 仲景温经汤加味治疗UC可很好地改善症状, 促进肠黏膜修复, 诱导病情缓解, 降低复发率。

**关键词** 温经汤; 溃疡性结肠炎; 活动期; 临床疗效观察

中图分类号: R574.62 文献标识码: A 文章编号: 2095-4441(2015)03-0015-04

溃疡性结肠炎(UC)的病因及发病机制尚不完全清楚, 考虑与免疫耐受的异常、肠道菌群失调及环境等多因素综合作用有关<sup>[1]</sup>。UC以病程长、易复发为特点, 其病变主要位于结

肠的黏膜层, 且以溃疡为主, 多累及直肠和远端结肠, 甚至遍及整段结肠。目前本病治疗西药主要为氨基水杨酸类药物、糖皮质激素类药物、免疫抑制剂和生物制剂等, 但对于复发

收稿日期: 2015-08-25

型、难治型 UC 临床疗效不理想,症状缓解时间长,复发率高;且长期服用副作用大,显著影响患者生存质量。中医药治疗 UC 具有疗效确切、复发率低、毒副作用小等特点,特别对活动期 UC 患者通过辨证论治随证加减,临床症状缓解明显,不良反应少,复发率低。上热中虚下寒为寒热错杂型活动期 UC 的病机特点,本研究采用仲景温经汤加味治疗活动期溃疡性结肠炎寒热错杂证患者,疗效显著,现报道如下。

## 1 临床资料

**1.1 一般资料** 共观察 45 例,病例来源于 2013 年 2 月~2014 年 2 月广西中医药大学第一附属医院脾胃病科门诊及住院的活动期 UC 患者,按随机数字表法随机分成两组。中药组 23 例,男 11 例,女 12 例,年龄 22~59 (40.2±5.5) 岁,病程 1~15 (5.2±1.5) 年。西药组 22 例,男 10 例,女 12 例,年龄 21~60 (39.6±6.4) 岁,病程 1~12 (4.8±1.7) 年。两组患者性别、年龄、病程经统计学处理差异均无统计学意义 ( $P > 0.05$ ),具有可比性。

**1.2 西医诊断标准** 参照《对炎症性肠病诊断治疗规范的共识意见》<sup>[2]</sup>。诊断标准包括临床表现、结肠镜检查、钡剂灌肠检查、肠黏膜和手术标本的综合应用。在排除细菌性痢疾、阿米巴痢疾、慢性血吸虫病、肠结核等感染性结肠炎及结肠克罗恩病、缺血性结肠炎、放射性结肠炎等疾病的基础上,可按下列标准诊断。①具有上述典型临床表现者为临床疑诊,安排进一步检查。②同时具备 1 和 2 或 3 项中之任何一项,可拟诊为本病。③如再加上 4 或 5 项中病理检查的特征性表现,可以确诊。④初发病例、临床表现和结肠镜改变均不典型者,暂不诊断 UC,须随访 3~6 个月,观察发作情况。⑤结肠镜检查发现的轻度慢性直、乙状结肠炎不能与 UC 等同,应观察病情变化,认真寻找病因。

**1.3 中医诊断及辨证分型标准** 参照中国中西医结合学会消化系统疾病专业委员会制定的《溃疡性结肠炎中西医结合诊疗指南(草案)》<sup>[3]</sup>。全部患者都有不同程度的黏液脓血便、腹痛、里急后重,并有不同程度的神疲乏力、纳差、多梦、口干口苦、烦渴、四肢不温。中医辨病辨证属“泄泻”之寒热错杂证。寒热错杂证的诊断标准:主症 ①黏液血便。②腹痛绵绵,喜温喜按。③倦怠怯冷。④舌质红或淡红,苔薄黄。次症 ①便下不爽。②口渴不喜饮或喜热饮。③小便淡黄。④脉细缓或濡软。证型确定:主症①、②必备,再加 1 项主症或 1~2 项次症即可。

**1.4 纳入标准** ①符合西医 UC 诊断标准及中医诊断标准,辨证属寒热错杂证者;②临床分型属初发或复发型;③活动期 UC 病情为轻、中度;④年龄 18~65 岁,已签署知情同意书。

**1.5 排除标准** ①UC 为急性爆发型,病情为重度;②并发肠穿孔、中毒性巨结肠、大出血或结肠狭窄梗阻者;③妊娠哺乳期患者;④肠镜检查已有癌变的患者;⑤合并心、肺、造血系统等严重疾病或肝肾功能不全者。

## 2 治疗方法

**2.1 中药组** 服用仲景温经汤加味治疗。方药组成:吴茱萸

15 g,生姜 10 g,桂枝 10 g,法半夏 15 g,川芎 12 g,牡丹皮 15 g,麦冬 15 g,红参 10 g,阿胶 10 g,当归 10 g,白芍 15 g,甘草 6 g,三七 3 g,肉桂 3 g(后下),黄柏 6 g。将上述中药置于砂锅中加水 1 000 ml,煎取 300 ml,早餐前及晚睡前口服,每日 1 剂。

**2.2 西药组** 给予柳氮磺胺吡啶肠溶片(上海三维制药有限公司生产,国药准字 H31020450) 0.25 g/片,1.0 g/次,每日 4 次,饭后 30 min 口服。两组的疗程均为 8 周,治疗期间停用其他药物,同时两组于治疗期间避免进食海鲜、牛奶等诱发加重病情的食物。疗程结束后随访 3 个月,观察患者的复发情况。

## 3 疗效观察

### 3.1 观察指标及方法

**3.1.1 主要症状积分** 参照《中药新药临床研究指导原则》<sup>[4]</sup>对各病例症状进行评分 ①腹泻:正常(0 分);无腹泻,轻度(1 分):每日 <3 次;中度(2 分):每日 3~6 次;重度(3 分):每日 7 次以上。②脓血便:正常(0 分);无,轻度(1 分):少量脓血便;中度(2 分):脓血便为主;重度(3 分):全部脓血便或便新鲜血。③腹痛:正常(0 分);无,轻度(1 分):轻微、隐痛,偶发;中度(2 分):隐痛或胀痛,每日发作数次;重度(3 分):剧痛或绞痛,反复发作。④里急后重:正常(0 分);无,轻度(1 分):偶感;中度(2 分):腹泻时伴有;重度(3 分):持续坠胀、难忍。

**3.1.2 UC 主要症状及肠黏膜病变活动指数(Sutherland 疾病活动指数)评分** 参照《溃疡性结肠炎中西医结合诊疗指南(草案)》<sup>[3]</sup>结合症状、黏膜表现及医生评估,得分 <2 分为症状缓解;3~5 分为轻度活动;6~10 分为中度活动;11~12 分为重度活动。

**3.2 疗效标准** 参照《溃疡性结肠炎中西医结合诊疗指南(草案)》<sup>[3]</sup>及《中药新药临床研究指导原则》<sup>[4]</sup>的有关标准制定,按治疗前后症状积分的变化,采用尼莫地平法:疗效指数=(治疗前积分-治疗后积分)/治疗前积分×100%。完全缓解 临床症状消失,肠镜复查示肠黏膜病变基本消失或主要症状及肠黏膜病变活动指数总分值降低≥95%。显效 临床主要症状明显缓解,肠镜复查黏膜病变明显减轻或主要症状及肠黏膜病变活动指数总分值降低≥70% <95%。有效 临床主要症状有所缓解,肠镜复查黏膜病变有所减轻或主要症状及肠黏膜病变活动指数总分值降低≥30% <70%。无效 经治疗后临床症状、内镜及病理检查结果均无改善或加重,或主要症状及肠黏膜病变活动指数总分值降低<30%。

**3.3 随访及评定复发标准** 治疗后随访 3 个月,评定复发标准 症状缓解的基础上再次出现黏液脓血便、腹泻、里急后重、腹痛等表现;上述症状减轻的基础上突然再次加重,纤维结肠镜检查再次发现浅表溃疡形成,表面覆盖黄白苔,黏膜充血糜烂,病变呈连续性、弥漫性;纤维结肠镜检查示浅表小溃疡数量增多,原有溃疡扩大、加深,黏膜充血糜烂加重,并可见炎性息肉。符合上述四项中任一项即可判定为 UC 复发<sup>[2]</sup>。

**3.4 统计学处理** 采用 SPSS 13.0 软件进行统计分析,计量资料数据进行正态分布检验,符合正态分布的以均数  $\bar{x} \pm s$  表示,组间比较采用  $t$  检验,等级资料采用 Ridit 分析,计数资料比较采用  $\chi^2$  检验  $P < 0.05$  为差异有统计学意义。

### 3.5 治疗结果

3.5.1 两组疗效比较 中药组总有效率为 95.65% ,西药组总有效率为 86.36% ,两组比较无显著性差异 ( $P>0.05$ )见表 1。

表 1 两组疗效比较 (例)

组别	n	完全缓解	显效	有效	无效	总有效率(%)
中药组	23	9	8	5	1	95.7
西药组	22	6	6	7	3	86.4

注 经 Ridit 分析  $\mu=1.2856$   $P>0.05$

3.5.2 两组主要症状积分比较 治疗后两组症状积分均有明

表 2 两组主要症状积分比较 (分  $\bar{x}\pm s$ )

组别	n	时间	腹泻	脓血便	腹痛	里急后重
中药组	23	治疗前	2.34±0.24	2.42±0.36	2.25±0.17	2.75±0.20
		治疗后	0.45±0.22 <sup>①②</sup>	0.28±0.21 <sup>①②</sup>	0.23±0.14 <sup>①②</sup>	0.38±0.13 <sup>①②</sup>
西药组	22	治疗前	2.37±0.25	2.45±0.34	2.31±0.23	2.78±0.26
		治疗后	0.85±0.22 <sup>①</sup>	0.78±0.31 <sup>①</sup>	0.52±0.20 <sup>①</sup>	0.55±0.12 <sup>①</sup>

注 治疗前后对比<sup>①</sup> $P<0.05$  ,与西药组比较<sup>②</sup> $P<0.01$ 。

表 3 两组治疗前后 Sutherland 疾病活动指数评分 (分  $\bar{x}\pm s$ )

组别	n	时间	Sutherland 疾病活动指数
中药组	23	治疗前	8.13±2.11
		治疗后	1.25±0.67 <sup>①②</sup>
西药组	22	治疗前	7.86±2.17
		治疗后	2.35±1.84 <sup>①</sup>

注 治疗前后对比<sup>①</sup> $P<0.05$  ,与西药组比较<sup>②</sup> $P<0.05$

表 4 两组复发率比较 (例)

组别	n	复发例数	复发率(%)
中药组	22	1	4.55
西药组	19	7	36.84

注 经  $\chi^2$  检验  $\chi^2=4.871$   $P<0.05$

## 4 讨论

溃疡性结肠炎又称非特异性“溃疡性结肠炎” ,是一种病因不明的直肠和结肠慢性炎性反应疾病。目前 UC 治疗最常使用的药物是磺胺类抗菌药(SASP)。长期使用 SASP 药物的不良反应发生率为 20%~45%<sup>[5]</sup> ,因此寻找作用更好、副作用更小的药物是临床亟待解决的问题之一。

中医学认为 ,UC 为感受外邪或饮食内伤等多种因素导致邪蕴肠腑 ,气血壅滞 ,大肠传导失司而发病 ,本病可归属中医学“痢疾”“肠癖”“腹泻”“下痢”等范畴。结合多年临床经验 ,我们认为活动期 UC 的基本病机为上热(阴火)中虚(中气虚)

显降低( $P<0.05$ ) ,中药组治疗后腹泻、脓血便、腹痛、里急后重的症状积分降低均较西药组显著( $P<0.01$ )。见表 2。

3.5.3 两组治疗前后 Sutherland 疾病活动指数比较 治疗后两组 Sutherland 疾病活动指数评分均较治疗前下降 ( $P<0.05$ ) ,中药组较西药组下降明显( $P<0.05$ )。见表 3。

3.5.4 两组复发率比较 对完全缓解及显效、有效病例(中药组 22 例 ,西药组 19 例)进行为期 3 个月的随访。中药组有 1 例复发 ,西药组有 7 例复发 ,中药组与西药组复发率比较差异有统计学意义( $P<0.05$ ) ,见表 4。

下寒(肝肾虚寒) ,兼瘀血内停 ,病理因素包括寒(肝肾虚寒)、瘀(瘀血阻滞)、虚(肝肾精血亏虚、中气虚)、热(瘀热、虚热) ,属寒热错杂、虚实夹杂、本虚标实之象。肝肾精血亏虚、寒凝经脉则腹痛里急 ,所谓“不荣则痛 ,不通则痛”是也。黄元御在《灵枢微蕴·噎膈解》有云 :“肾司二便 ,然其疏泄之权在肝。”寒凝经脉 ,肝失疏泄之权 ,血凝成瘀 ,下迫大肠 ,成离经之血 ,故肛门下坠、便带脓血 ;中焦脾失健运 ,元气生化之源 ,故神疲乏力、食欲不振、四肢不温、瘀久而热、虚热内扰 ,则多梦、口烦渴。温经汤出自张仲景《金匮要略·妇人杂病脉证并治篇第二十二》<sup>[6]</sup>第 9 条 :“问曰 :妇人年五十所 ,病下利数十日不止 ,暮即发热 ,少腹里急 ,腹满 ,手掌烦热 ,唇口干燥 ,何也 ?师曰 :此病属带下。何以故 ?曾经半产 ,瘀血在少腹不去。何以知之 ?其证唇口干燥 ,故知之。当以温经汤主之。”本方历代医家多用于妇科疾病 ,但“以方测证” ,该方所用之药正合活动期 UC 之基本病机 ,故临床用之效如桴鼓。该方是上热中虚下寒而兼有血瘀之象的厥阴瘀血证的代表方 ,全方具温中寓养、温中寓通、气血双补、肝脾肾同调之特点。方中吴茱萸、桂枝为君药 ,用以温经散寒。阿胶、麦门冬、白芍滋阴养血 ,填精益肾 ;当归、川芎、三七活血祛瘀以生新 ,牡丹皮祛瘀通经并退阴火 ,共为臣药。红参、甘草补气健脾 ,法半夏通降胃气而散结 ,有助于祛瘀通经 ;生姜温胃降逆而散寒 ,又能助生化 ;肉桂温肾阳 ,引热下行 ,黄柏滋肾阴 ,降虚火 ,以上共为佐药。甘草调和诸药 ,兼为使药。诸药合用 ,使肝肾得补 ,脾胃得调 ,瘀血得祛 ,血归脉道 ,则肠道得安。

本研究表明 ,仲景温经汤加味治疗 UC 在改善临床症状方面优于柳氮磺胺吡啶 ,且复发率明显低于后者 ,可作为活动期 UC 治疗的一种新选择 ,以提高临床疗效 ,降低 UC 复发率。



## 参考文献

- [1] Bouma G, Strober W. The immunological and genetic basis of inflammatory bowel disease[J]. Nature reviews. Immunology 2003, 3(7): 521-533.
- [2] 中华医学会消化病分会炎症性肠病协作组. 对炎症性肠病诊断治疗规范的共识意见[A]. 第七届全国消化病学学术会议论文汇编[C]. 中华医学会消化病分会委员会, 2007: 3-5.
- [3] 中国中西医结合学会消化系统疾病专业委员会. 溃疡性结肠炎中西医结合诊疗指南(草案)[J]. 中国中西医结合消化杂志, 2011, 19(1): 61-65.
- [4] 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: 129-133.
- [5] 杨立丽. 溃疡性结肠炎的中西医研究进展[D]. 北京: 北京中医药大学, 2007.
- [6] 张仲景著, 何任, 何若苹整理. 金匮要略[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2014: 84.

(编辑 刘 强)

## 何迎春运用桃红四物汤加味 治疗黄褐斑验案举隅

安文静

指导 何迎春

(浙江中医药大学第三临床医学院 2013 级硕士研究生, 浙江 杭州 330000)

关键词: 黄褐斑; 桃红四物汤; 何迎春; 验案

中图分类号: R758.4+2 文献标识码: B 文章编号: 2095-4441(2015)03-0018-02

黄褐斑又名“肝斑”, 也可称为“妊娠斑”或者“蝴蝶斑”, 是一种在面部出现的对称性色素沉着性皮肤病。本病多见于中青年女性, 摸之平于皮肤, 抚之不得手, 多出现于日晒或妊娠之后。本病中医早有记载, 晋代《肘后备急方》最早记载黄褐斑为“肝黑”, 后明代《外科正宗》又有记载“黧黑斑者, 水亏不能制火, 血弱不能华肉, 以致火爆结成斑黑, 色枯不泽”。由此可见, 黄褐斑的形成多因脾虚血少等导致气虚血瘀, 气血津精不能上荣头面而形成。桃红四物汤来源于《医垒元戎》, 原名“加味四物汤”, 方名始见于清代吴谦的《医宗金鉴》, 由桃仁、红花、当归、熟地、白芍、川芎六味药组成, 主治妇女气虚血瘀造成的经期提前、经量减少、色黑有血块、质粘稠、小腹疼痛等妇科病。方中含有四物汤, 有熟地黄、白芍血中之血药, 当归、川芎血中之气药, 合用补血调血, 加之桃仁、红花加强活血化瘀之功效, 去瘀血, 生新血, 共奏养血活血化瘀之效。何迎春老师为浙江省杭州市中医院老年病科主任医师, 博士、硕士研究生导师, 笔者跟随何老师抄方研习, 发现何老师喜用桃红四物汤加味治疗黄褐斑, 疗效满意, 故选典型案例报道如下, 以供同道参考。

### 1 病案 1

患者, 女, 42 岁, 杭州人, 2015 年 2 月初诊, 诉双颊部出现

片状色斑多年, 平于皮肤, 压之不褪色, 抚之不得手, 半年前小产后开始月经不调, 此次月经色黑, 量少, 历时 10 余天, 现于月经前, 时有小腹胀满疼痛, 腰膝痠软, 大便干结, 小便自利, 胃纳可, 夜寐安, 舌淡苔腻, 脉弦细。B 超检查提示: 子宫腺肌症, 宫内环, 左卵巢内强回声团(畸胎瘤)。何老师四诊合参, 辨证为气滞血瘀证, 治以疏肝健脾、活血养血为法, 予桃红四物汤合逍遥散加减。处方: 当归 15 g, 熟地黄 15 g, 川芎 10 g, 赤芍 15 g, 红花 15 g, 桃仁 15 g, 柴胡 12 g, 茯苓 20 g, 薄荷 6 g(后下), 炙甘草 6 g, 煨生姜 6 g, 莪术 30 g, 炒枳壳 30 g, 丹参 15 g, 三棱 15 g, 香附 15 g。服上方 7 日后患者自觉症状明显好转, 后继续服用该方 1 月余巩固疗效, 面部色斑渐退, 复查 B 超显示: 左卵巢强回声团消失。

按: 妇女多易七情郁结, 肝失调达, 阴血暗耗, 肝失所养。肝气横逆犯脾, 则乳房两胁及小腹胀满疼痛, 血虚脾弱则神疲食少, 月经不调、量少, 日久及瘀, 瘀血阻滞, 血不上荣于表故发黄褐斑。方中桃仁、红花共奏活血化瘀、生新血之功效; 当归、川芎为血中之气药, 行气活血; 熟地黄、赤芍为血中之血药, 补血功效大增, 联合血中之气药, 补血而又不滋腻。合逍遥散之用意在于女子多易情志伤肝, 结合女子血虚体质, 易造成肝郁血虚之体, 故柴胡增其疏肝解郁之功效, 茯苓、白术甘草健脾益气, 薄荷透达肝中之郁热, 煨生姜降逆和中, 且能辛散

收稿日期: 2015-07-07