

肛肠腔内导入复合能治疗仪治疗溃疡性结肠炎30例

穆剑玲, 侯振江, 徐湘江

穆剑玲, 沧州医学高等专科学校 河北省沧州市 061001
侯振江, 沧州医专附属医院 河北省沧州市 061001
徐湘江, 沧州市中西医结合医院 河北省沧州市 061001
河北省科技攻关项目, No. 07276421
通讯作者: 穆剑玲, 061001, 河北省沧州市迎宾大道西高教区,
河北沧州医学高等专科学校. mjl888782@sohu.com
电话: 0317-8919580 传真: 0317-5508007
收稿日期: 2007-09-06 修回日期: 2007-10-30

Efficacy of therapeutic instrument inducing combined energies into the anus on chronic ulcerative colitis: an analysis of 30 cases

Jian-Ling Mu, Zhen-Jiang Hou, Xiang-Jiang Xu

Jian-Ling Mu, Cangzhou Medical College, Cangzhou 061001, Hebei Province, China
Zhen-Jiang Hou, Affiliated Hospital, Cangzhou 061001, Hebei Province, China
Xiang-Jiang Xu, the Hospital of Chinese-Western Combined Medicine, Cangzhou 061001, Hebei Province, China
Supported by: the key Technologies Research and Development program of Hebei Province, No. 07276421
Correspondence to: Jian-Ling Mu, Cangzhou Medical College, Cangzhou 061001, Hebei Province, China. mjl888782@sohu.com
Received: 2007-09-06 Revised: 2007-10-30

Abstract

AIM: To explore the clinical therapeutic effects of therapeutic instrument inducing combined energies into the anus on chronic ulcerative colitis (UC).

METHODS: Sixty patients with UC were randomly divided into two groups. There were 30 in the treated group, who were treated with the therapeutic instrument inducing combined energies into the anus. There were 30 patients in the control group, who received regular drugs. The two groups were compared after 3 and 12 mo.

RESULTS: In the treated group after 3 mo, 25 patients were cured (completely relieved), 3 had improvements, and 2 responded well. The improvement rate was 100% and the cure rate was 83.3%. In the control group, 9 patients were cured, 10 had improvements, 5 responded well, and 6 showed no improvement. The improve-

ment rate was 76.6% and the cure rate was 30%. The improvement rate for the two groups showed a significant difference ($P < 0.05$, $P < 0.01$). The overall improvement rate and cure rate for the two groups after 12 mo was significantly different by the χ^2 test ($P < 0.01$). No recurrence was observed in the 25 cured patients treated with the therapeutic instrument.

CONCLUSION: The treatment has obvious curative effects on UC. The instrument is inexpensive, safe and comfortable with no adverse effects.

Key Words: Ulcerative colitis; Therapeutic instrument; Physical therapy

Mu JL, Hou ZJ, Xu XJ. Efficacy of therapeutic instrument inducing combined energies into the anus on chronic ulcerative colitis: an analysis of 30 cases. *Shijie Huaren Xiaohua Zazhi* 2007; 15(33): 3553-3556

摘要

目的: 探讨肛肠腔内导入复合能治疗仪治疗慢性溃疡性结肠炎(UC)的临床疗效。

方法: 60例UC患者随机分为2组, 治疗组30例, 使用肛肠腔内导入复合能治疗仪治疗。对照组30例, 用常规药物治疗, 分别于3 mo和维持治疗12 mo比较。

结果: 治疗组3 mo临床治愈(完全缓解)25例, 显效3例, 有效2例, 无效0例, 总有效率100%, 治愈率83.3%。对照组3 mo临床治愈9例, 显效10例, 有效5例, 无效6例, 总有效率76.6%, 治愈率30%。两组有效率、治愈率有显著性差异($P < 0.05$, $P < 0.01$), 12 mo两组总有效率和治愈率比较也均有显著性差异($P < 0.01$)。治疗组25例患者治愈, 1年之内无复发。

结论: 肛肠腔内导入复合能治疗仪对溃疡性结肠炎的缓解治疗和维持缓解状态的疗效明显优于药物治疗, 是治疗溃疡性结肠炎较好的方法。

关键词: 溃疡性结肠炎; 复合能治疗仪; 物理疗法

穆剑玲, 侯振江, 徐湘江. 肛肠腔内导入复合能治疗仪治疗溃疡性结肠炎30例. *世界华人消化杂志* 2007; 15(33): 3553-3555
<http://www.wjgnet.com/1009-3079/15/3553.asp>

背景资料
目前, UC是一种临床难治之病, 临床上有慢性迁延, 反复发作, 较难根治的特点, 需长期维持缓解治疗。探索疗效高、无副作用的疗法, 是当前急需解决的问题。

研发前沿
本文使用肛肠腔内导入复合能治疗UC目前尚无报道, 疗效优于常用药物疗法, 属于技术创新. 治疗机制有待于进一步研究.

0 引言

溃疡性结肠炎(UC)是难治性肠道炎症性疾病, 病因不明确, 治疗主要采用柳氮磺胺吡啶、糖皮质激素和免疫抑制剂. 这些药长期服用对人体免疫系统有不同程度的影响, 停药后复发率高, 因此UC的缓解治疗和维持缓解状态的治疗仍是一个难题. 如何提高UC缓解治疗和维持缓解状态治疗的疗效, 降低不良反应, 成为临床亟待解决的难题. 肛肠腔内导入复合能治疗仪是由微电脑控制的棒状腔内电极自肛门插入直肠治疗疾病的一种新型仪器, 其特点是置于直肠腔内的电极能同步实现电、热、磁综合治疗和电疗收缩肌肉产生的按摩功能, 且有两个热电式片状外电极配合治疗增强疗效, 对人体下腹部炎症性疾病有较好的治疗作用. 我们用该仪器对UC进行缓解治疗和维持缓解状态治疗获得良好疗效, 无不良反应. 本文对该仪器治疗UC与药物疗法进行比较, 现报道如下.

1 材料和方法

1.1 材料 选取UC患者60例, 男28例, 女32例, 年龄18-66(平均年龄36.5)岁, 病程均为两年以上, 临床诊断符合2000年成都全国炎症性肠病学术研讨会制定的诊断标准^[1]. 全部患者均行纤维结肠镜检查及病理组织活检确诊, 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隆病、缺血性结肠炎、放射性结肠炎等. 临床表现: 腹泻60例, 大便次数4-16次/d, 腹痛51例, 脓血便48例. 结肠镜检查: UC患者轻度32例, 中度28例, 肠黏膜充血水肿46例, 糜烂出血及溃疡形成50例, 假息肉形成16例.

1.2 方法 60例患者随机分为两组. 治疗组30例, 选择肛肠腔内导入复合能治疗仪治疗, 停止使用药物. 对照组30例, 进行常规药物治疗. 使用仪器时, 打开电源开关, 患者屈膝仰卧位将内电极治疗棒套上导电橡胶外套, 套外涂导电润滑剂后缓慢插入肛肠5-7 cm, 2个片状外电极分别置于腹部关元穴和腰部下方中髂穴区域. 内电极通过人体与外电极组成导电回路, 内电极温度设为41℃, 磁感应强度为0.3-0.4 T. 外电极温度由患者感觉温热合适随时分级调节. 选择处方“1”, 脉冲强度随时调节, 由患者感觉舒适为好, 50 min/次, 2次/d. 症状减轻后(大便1-3次/d、成形、无血或偶有血丝)大约治疗30 d改为: 50 min/次, 1次/d. 治疗约60天后观察症状改善程度逐渐减少治疗次数(3-5次/wk). 对照组使用常规药物治疗, 轻度UC患者选用柳氮磺胺吡啶3-4

g/d, 分次po, 或用相当剂量的5-氨基水杨酸制剂. 病变分布于远段结肠的患者酌用柳氮磺胺吡啶栓剂0.5-1 g, 中度UC患者用上述等剂量水杨酸类制剂治疗, 反应不佳者适当加量或改服激素, 用泼尼松30-40 mg/d, 分次po.

3 mo后治疗组30例患者依然用复合能治疗仪治疗和维持缓解治疗. 对完全缓解(临床治愈)者减少治疗次数(2-3次/wk), 以维持缓解状态, 防止复发. 没有完全缓解者继续治疗1-2次/d. 对照组用柳氮磺胺吡啶继续缓解治疗和维持缓解治疗, 完全缓解者减少药量. 2组患者继续维持治疗12 mo观察结果, 12 mo内治愈者有复发现象或病情恶化者记为无效.

临床治愈(完全缓解): 自觉症状消失, 大便常规正常, 结肠镜复查黏膜充血水肿、溃疡消失. 显效: 临床症状基本消失, 结肠镜复查, 黏膜充血水肿消失或溃疡面缩小. 有效: 临床症状好转, 结肠镜检查黏膜病变有所好转. 无效: 经治疗后, 临床症状、内镜复查无改善.

统计学处理 两组在年龄、病程、病情程度、疗程、病变部位情况等构成方面差别的比较以及两组总有效率和治愈率的比较均采用 χ^2 检验.

2 结果

两组在年龄、病程、病情程度、疗程、病变部位情况等构成方面差别的比较, 无统计学意义($P>0.05$). 治疗组与对照组UC疗效比较结果见表1. 3 mo后两组总有效率比较, 有显著性差异($P<0.05$); 两组治愈率比较, 有显著性差异($P<0.01$). 药物组中3例患者因药物副作用不能坚持长期用药, 结果无效. 治疗组无副作用, 治疗组中有15例曾用过多种药物治疗虽有效, 但容易反复发作, 4例自述药物治疗基本上无效. 这19例患者自述仪器治疗比药物治疗见效快、疗效好, 在仪器治疗过程中, 患者感到舒适, 仪器治疗后1-7 d, 患者的睡眠、食欲、精力、腹痛、排便次数和质量、出血得到很大的改善. 因此患者能够坚持使用仪器全程治疗, 达到临床治愈的目的. 12 mo后两组总有效率比较, 有非常显著性差异($P<0.01$). 两组治愈率比较, 有非常显著性差异($P<0.01$). 治疗组中完全缓解(治愈)患者25例无1例复发, 2例有效者变为显效; 对照组完全缓解患者9例中有2例复发. 显效患者10例有3例复发, 有1例无效患者变为有效, 有3例由于副作用不能坚持按要求服药, 无效.

3 讨论

UC是直肠与结肠部位一种原因不明,可能与自身免疫有关的炎症性肠病,以腹泻、黏液脓血便、腹痛为主要症状的消化道疾病。结肠黏膜呈慢性炎症和溃疡形成,严重者可有发热及肠外表现,如关节炎、虹膜炎、皮肤结节性红斑等,并发症有结肠大出血、穿孔、癌变等,被WHO列为现代难治病之一。近年来,该病的发病率有明显增高趋势,我国的文献报道颇多,也显示该病的发病率明显增加。临床资料显示^[2],患者肠系膜血管可出现微梗死,且发生血栓概率比正常人高。大部分UC患者病情缓慢,有反复发作的趋势,需维持治疗较长时间^[1]。目前西药治疗主要采用水杨酸类药物及糖皮质激素等进行消炎、止血、止泻。其中柳氮磺吡啶被认为是治疗慢性结肠炎的首选药物,但疗效往往不尽如人意^[4]。柳氮磺胺吡啶口服后大部分到达结肠,经肠道细菌分解为5-氨基水杨酸(5-)和磺胺吡啶。5-是其主要治疗成分,其滞留在肠内与肠上皮接触而发挥抗炎作用。但因含有磺胺成分,不良反应发生率较高,少数患者因此而减量或停药,使临床应用受限^[5]。因此,探索治疗UC的新方法,适合长期维持治疗且无副作,仍是当前需要解决的问题。

根据理疗理论,仪器通过综合物理疗法,使电、热、磁和按摩多种物理能量同时作用于人体病变部位附近,改善机体局部及全身的代谢,促进组织细胞修复,影响各种酶的活性,调节神经内分泌机能,调整机体免疫功能,可很快缓解UC患者的腹痛、腹泻及便血等症状。坚持3 mo的治疗,可以使UC患者的结肠病变从量变到质变,达到临床治愈(完全缓解)。

UC症状缓解后,应继续维持治疗。维持治疗的时间尚无定论,至少应维持1年。近年来愈来愈多的作者主张长期维持^[6]。尽管大多数UC患者接受过柳氮磺吡啶(SASP)或美沙拉嗪(mesalazine, 5-ASA)的维持缓解治疗,但其1年内复发率仍高达50%^[7]。而仪器治疗维持UC缓解1年内没有1例复发,表明肛肠腔内导入复合能治疗仪对UC稳定缓解状态的治疗具有良好的效果。中医原理: UC患者脾肾阳虚为发病之本,湿热为致病之标。许雅萍^[8]采用中药温肾健脾法治疗结肠炎取得了较好的疗效。仪器内外电极在相应的部位进行综合物理治疗,相当于在会阴、长强、关元、中髎等穴位施加电针与热灸。其中长强穴的作用既治疗泄泻、痢疾、

表 1 治疗组与对照组UC疗效

分组	3 mo		12 mo	
	治疗组	对照组	治疗组	对照组
<i>n</i>	30	30	30	30
治愈(<i>n</i>)	25	9	25	7
显效(<i>n</i>)	3	10	5	7
有效(<i>n</i>)	2	5	0	6
无效(<i>n</i>)	0	6	0	10
总有效率(%)	100	76.6	100	66.6
治愈率(%)	83.3	30	83.3	23.3

便秘、便血、痔疮等,又可温肾升阳。中髎穴功能作用是疏导水液,通络除湿。对以上诸穴同步施术,对整体调节UC患者的脏腑功能,改善UC患者的脾肾阳虚证状、湿热症状,恢复肠功能具有很好的作用。UC患者病机为邪壅肠中,脉络淤阻,局部病理变化为血瘀。血瘀在溃疡性结肠炎的发病中起十分重要的作用。局部病理检查可以看到微血栓形成,外周血可出现高凝状态^[9]。中医治疗结肠炎的原则是坚持化瘀止血,而不用收涩止血^[10],化瘀生新,标本兼治^[11]。仪器腔内电极的热和磁可改善结肠病变部位的微循环,活血化淤,促进溃疡面的愈合。

目前尚没有用纯物理疗法治疗慢性结肠炎的报道。用该仪器对结肠炎是一种创新,其治疗机制有待于进一步研究。

4 参考文献

- 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. 中华消化杂志 2001; 21: 236-239
- 刘建军, 王吉耀. 血小板激活因子与炎症性肠病. 胃肠病学与肝病学杂志 1999; 8: 92-93
- 金丹, 胡江鸿. 中西医结合治疗溃疡性结肠炎46例. 海南医学 2006; 17: 100-101
- 张东坡. 加减参苓白术散治疗慢性结肠炎65例临床观察. 实用中西医结合临床 2007; 7: 48
- 荣家慧. 丹参注射液和中药保留灌肠辅助治疗溃疡性结肠炎54例疗效分析. 中国实用医药 2007; 2: 52-53
- 2000年全国炎症性肠病学术研讨会成都. 对溃疡性结肠炎治疗的建议. 新医学 2005; 36: 263
- 韩英. 溃疡性结肠炎的临床维持缓解治疗评价. 中国医院用药评价与分析 2004; 4: 338-341
- 许雅萍. 温肾健脾法治疗慢性结肠炎. 浙江中医学院学报 1995; 19: 24
- 魏艳静, 卞红磊, 武会珍. 溃疡性结肠炎患者血小板功能状态的研究. 上海医学 2004; 27: 202-203
- 王长洪, 陆宇平, 王立新, 杨卓, 麻树人, 陈山泉, 刘杨, 高文艳, 林一帆, 朱虹. 中西医结合加内镜介入治疗溃疡性结肠炎126例临床观察. 中医杂志 2006; 47: 112-114
- 王小流. 参灵白术散加六神丸治疗慢性非特异性溃疡性结肠炎96例. 河南中医 2002; 22: 40

同行评价
本文内容新颖, 结果可靠, 对临床工作有一定的指导意义。

编辑 李军亮 电编 郭海丽