

doi:10.3969/j.issn.1674-4616.2020.02.008

建中化湿汤对活动期溃疡性结肠炎患者血清炎症因子的影响

刘文清

郑州人民医院肛肠外科, 郑州 450000

关键词 溃疡性结肠炎; 活动期; 建中化湿汤; 柳氮磺吡啶肠溶片; 炎症因子

中图分类号 R259 **文献标识码** A

溃疡性结肠炎是一种慢性非特异性炎症性疾病, 病变通常发生于结肠、直肠的黏膜及黏膜下层, 目前病因尚未阐明, 但有部分研究显示, 其发生与患者发生感染、免疫功能失调及遗传等因素密切相关^[1]。溃疡性结肠炎患者临床表现为腹部剧烈疼痛、大便出血、恶心呕吐等, 若不及时治疗, 容易进展为结、直肠癌, 对患者的生命安全造成严重威胁。目前, 西医通常采用柳氮磺吡啶作为治疗溃疡性结肠炎的首选药物, 其能够改善患者临床症状, 降低炎症因子水平, 但长期使用容易出现过敏、肾脏损害等多种不良反应, 远期疗效欠佳。祖国医学认为, 溃疡性结肠炎通常是由于患者脾胃受损、湿困脾土, 肠道功能失司所致^[2]。基于此, 本研究探讨了建中化湿汤对溃疡性结肠炎患者炎症因子水平的影响, 现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取 2018 年 2 月—2019 年 4 月期间在本院接受治疗的 72 例活动期溃疡性结肠炎患者, 采用随机数字表法将其分为观察组和对照组, 每组 36 例。对照组, 其中男 22 例, 女 14 例; 年龄 (52.46 ± 3.23) 岁, 年龄范围为 35~63 岁; 病程 (3.26 ± 0.94) 年, 病程范围为 1~5 年; 乙状结肠炎 13 例, 直肠炎 11 例, 全结肠炎 12 例; 轻度 9 例, 中度 15 例, 重度 12 例。观察组, 其中男 20 例, 女 16 例; 年龄 (53.13 ± 3.09) 岁, 年龄范围为 34~65 岁; 病程 (4.03 ± 2.32) 年, 病程范围为 1~7 年; 乙状结肠炎 11 例, 直肠炎 14 例, 全结肠炎 11 例; 轻度 11 例, 中度 12 例, 重度 13 例。2 组患者年龄、性别、病变类型、病情程度等一般资料比较, 差异无统计学意义 $(P > 0.05)$, 具有可比性。

1.2 纳入与排除标准

纳入标准: ①西医诊断标准符合《临床疾病诊断与疗效判断标准》^[3]; ②中医诊断符合《中医学》^[4] 肠道湿

热证型, 其中主症为腹痛即泻, 泻下急迫; 次症为粪色黄褐、秽臭, 肛门灼热, 可伴有发热; 舌红, 苔黄腻, 脉濡数; ③生命体征平稳, 且意识清醒; ④具有良好的沟通能力。

排除标准: ①因明确细菌感染引起的结、直肠炎患者; ②合并心、肝、肾等重要器官功能不全者; ③严重精神障碍; ④合并恶性肿瘤; ⑤免疫系统障碍; ⑥对本研究药物过敏。

1.3 治疗方法

对照组采用常规治疗联合柳氮磺吡啶肠溶片进行治疗: 给予患者营养支持、抗炎等常规对症支持治疗, 同时给予柳氮磺吡啶肠溶片(山西同达药业有限公司, 国药准字 H14022874)口服, 初始剂量为 1 g/次, 3 次/d, 待患者无明显不良反应时, 可逐渐增加至 3 g/次, 3 次/d, 待患者肠病症状缓解后逐渐减量至维持量, 1.5 g/次, 3 次/d。观察组在对照组基础上联合使用中药建中化湿汤进行治疗, 药方组成如下: 桂枝 9 g, 炒白术 15 g, 升麻 9 g, 党参 25 g, 葛根 15 g, 炙甘草 3 g, 炒山药 12 g, 饴糖 20 g, 茯苓 15 g, 大枣 10 g, 炒白扁豆 12 g, 砂仁 10 g, 干姜 6 g, 芡实 12 g, 厚朴 12 g, 炒白芍 15 g; 将以上中药材用水先泡 30 min 后加水熬制 500 mL, 于早晚服用, 250 mL/次, 1 剂/d。2 组患者均干预 30 d 后观察疗效。

1.4 观察指标与疗效评价标准

①分别在治疗前及治疗 30 d 后, 早晨抽取患者 4 mL 空腹静脉血, 离心后取血清, 采用化学发光免疫分析仪(上海寰熙医疗器械有限公司)检测 2 组患者炎症因子: IL-10、IL-6、hs-CRP 及 TNF- α 等水平。②分别在治疗前及治疗 30 d 后, 参照文献^[5], 使用炎症性肠病生存质量量表(IBDQ)评估 2 组患者情感能力(分值 12~84 分)、肠道症状(分值 10~70 分)、社会能力(分值 5~35 分)、全身症状(分值 5~35 分)的得分情况, 总分 32~224 分, 评分越高表明患者生存质量越好。

1.5 统计学方法

采用 SPSS 24.0 软件进行数据处理,计量资料以均数±标准差($\bar{x}\pm s$)表示,采用 t 检验,以 $P<0.05$ 表示差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 2 组炎症因子水平比较

治疗后,2 组患者 IL-10、IL-6、hs-CRP 及 TNF- α 水平均显著低于治疗前($P<0.05$),且观察组上述因子水平均明显低于对照组($P<0.05$)。见表 1。

2.2 2 组 IBDQ 评分比较

治疗后,2 组患者情感能力、肠道症状、社会能力、全身症状等评分及总分均高于治疗前($P<0.05$),且观察组上述得分均高于对照组($P<0.05$)。见表 2。

3 讨论

大量研究证实,溃疡性结肠炎的发生通常与患者遗传易感性相关,肠道在受到一定程度的刺激时容易发生免疫功能失调,从而发生肠道炎症反应。近年来,溃疡性结肠炎的患病人数正在逐年增加;且本病容易反复发作,对肠道黏膜微循环造成严重损坏,导致肠壁血液循环受阻,肠道代谢功能紊乱,并增加大肠癌的发生风险,对患者生命健康构成严重威胁^[6]。因此,积极采取合理、有效的措施治疗溃疡性结肠炎意义重大。

近年来,临床上通常使用柳氮磺吡啶治疗溃疡性结肠炎,其在患者肠道内经过多种微生物分解后产生

5-氨基水杨酸及柳氮吡啶,能够有效清除患者体内自由基,减少炎症反应的发生;同时,其还能够极大地降低患者肠道内细菌数量,并抑制其繁殖,降低炎症因子水平^[7-8]。但由于柳氮磺吡啶容易使患者发生过敏反应,故临床应用效果并不理想。中药建中化湿汤中桂枝属辛温解表药,具有发表解肌、温经通脉、助阳化气、平冲降气的功效;升麻属解表药下属分类的辛凉解表药,能发表透疹、清热解毒、升举阳气;党参属补虚药下属分类的补气药,可补中益气、健脾益肺;葛根属解表药下分类的辛凉解表药,能解肌退热、生津、透疹、升阳止泻;炙甘草属补虚药下分类的补气药,可补脾和胃;砂仁属化湿药,能化湿开胃、温脾止泻;厚朴属化湿药,可燥湿消痰、下气除满。现代研究表明,桂枝具有一定的抗菌、抗病毒及明显的抗炎作用;升麻有解热、抗炎、增强免疫力的功效;党参具有增强机体应激能力、免疫能力、抗溃疡的作用;茯苓能提高机体的免疫功能;大枣具有抗变态反应、增强免疫等功能;干姜能够抗炎、抗菌;厚朴具有抗溃疡、抗病原微生物的功效^[9]。本研究结果显示,治疗后,2 组患者 IL-10、IL-6、hs-CRP 及 TNF- α 水平均低于治疗前,且观察组上述因子水平均明显低于对照组;2 组患者情感能力、肠道症状、社会能力、全身症状等评分及总分均显著高于治疗前,且观察组上述评分均高于对照组;表明建中化湿汤能够明显促进患者肠道黏膜恢复,提高黏膜防御能力,促进患者康复。

综上所述,建中化湿汤治疗活动期溃疡性结肠炎能有效减轻患者体内的炎症反应,提高其生存质量。

表 1 2 组患者炎症因子水平比较($n=36, \bar{x}\pm s$)

组别	时间	IL-10(ng/mL)	IL-6(ng/mL)	hs-CRP(mg/L)	TNF- α (pg/mL)
对照组	治疗前	160.32±18.23	59.86±10.35	96.56±12.65	128.65±16.78
	治疗后	60.58±13.23*	30.64±4.32*	52.34±10.26*	62.63±20.47*
观察组	治疗前	161.29±17.99	58.97±9.89	96.38±13.42	128.67±16.75
	治疗后	41.35±10.57*△	18.23±4.11*△	31.26±4.35*△	38.99±16.79*△

与治疗前比较* $P<0.05$;与对照组比较△ $P<0.05$

表 2 2 组患者 IBDQ 评分比较($n=36, \text{分}, \bar{x}\pm s$)

组别	时间	情感能力评分	肠道症状评分	社会能力评分	全身症状评分	总分
对照组	治疗前	31.51±3.14	33.54±2.96	17.29±1.94	16.94±2.03	99.28±3.48
	治疗后	53.23±4.12*	56.41±3.03*	27.31±2.14*	26.54±2.32*	163.49±3.16*
观察组	治疗前	32.26±2.99	33.91±2.12	17.73±1.21	16.89±2.27	100.79±3.23
	治疗后	62.34±4.01*△	61.38±2.96*△	31.23±2.09*△	32.01±2.18*△	186.96±3.22*△

与治疗前比较* $P<0.05$;与对照组比较△ $P<0.05$

进肛门局部的血液循环,进而缓解肛门坠胀的程度和持续时间,达到调整机体功能、防治疾病的目的^[8]。

综上所述,电针联合生物反馈的治疗方案能明显缓解患者肛门坠胀程度及持续时间,舒缓其精神心理压力,提高生活质量,值得在临床中推广应用。

参 考 文 献

- [1] 罗晓容,秦书香,朱琼,等. 坠胀性肛门疾病分类探讨[J]. 实用中医药杂志,2012,28(12):1069.
- [2] 夏玲瑛,时兢,李虹. 肛门坠胀的病因剖析[J]. 中国误诊学杂志,2012,12(4):772-773.
- [3] 中华医学会外科学分会结直肠肛门外科学组,中华中医药学会肛肠病专业委员会,中国中西医结合学会结直肠肛门病专业委员会. 痔临床诊治指南(2006 版)[J]. 中华

胃肠外科杂志,2006,9(5):461-463.

- [4] 胡选亚. 肛门坠胀的中西医治疗概况[J]. 中国中医药现代远程教育,2016,14(3):151-152.
- [5] 谢昌营,朱彩丽,肖慧荣,等. 从肝论治肛门坠胀的经验[J]. 江西中医药,2019,50(8):23-24.
- [6] 宋扬扬,倪光夏. 电针深刺八髎穴治疗混合痔术后重度肛门坠胀 30 例[J]. 中国针灸,2019,39(9):970.
- [7] 闵丽,陈龔,张少军,等. 下髎穴注射治疗肛提肌综合征 40 例疗效观察[J]. 浙江中医药大学学报,2016,40(8):625-628.
- [8] 刘经州,杨红群,黄首慧,等. 针刺配合生物反馈疗法治疗盆底失弛缓型便秘的疗效观察[J]. 上海针灸杂志,2019,38(9):1008-1012.

(收稿日期:2020-02-05)

(上接第 101 页)

参 考 文 献

- [1] 刘博伟,肖伟,贾航,等. 350 例溃疡性结肠炎患者临床特征分析[J]. 胃肠病学和肝病学杂志,2019,28(1):92-95.
- [2] 甄建华,黄光瑞. 溃疡性结肠炎中医病名、病因、病机的古今比较和回顾[J]. 环球中医药,2019,12(8):1286-1289.
- [3] 王蔚文. 临床疾病诊断与疗效判断标准[M]. 北京:科学技术文献出版社,2010:528-529.
- [4] 陈金水. 中医学[M]. 9 版. 北京:人民卫生出版社,2018:294-295.
- [5] 孙婕怡,胥冰. “健脾益气、解毒通络”方保留灌肠对溃疡性结肠炎患者血清 IL-8、TNF- α 含量变化及生存质量的影响[J]. 世界中西医结合杂志,2018,13(7):960-964.

- [6] 别文华. 溃疡性结肠炎 289 例临床特征回顾性分析[J]. 临床误诊误治,2016,29(9):98-101.
- [7] 张羽萍,魏珏,陈锐,等. 柳氮磺胺吡啶胶囊与柳氮磺胺吡啶片治疗老年溃疡性结肠炎疗效比较[J]. 实用老年医学,2016,30(1):47-49,53.
- [8] 陈良火,陈美丽,吴福杉,等. 柳氮磺胺吡啶联合益生菌治疗溃疡性结肠炎疗效观察[J]. 海南医学,2015,26(7):970-972.
- [9] 迟莉丽,宋钦兰,程艳,等. 中药安肠愈疡汤对溃疡性结肠炎大鼠结肠组织中 IL-6、IL-13 含量及 NF- κ B 表达的影响[J]. 世界中医药,2016,11(1):113-116.

(收稿日期:2020-02-13)