

抑制 HBV-DNA 复制、缓解肝细胞炎症反应,对肝细胞再生或修复、肝功能改善作用显著,且两组治疗效果相似,这与叶素素等^[2]研究结果一致。对此结果,可能存在两种情况,一是如研究结果所示,两组疗效确实一致。另一种是基于研究组各指标均略优于对照组,考虑可能是因研究样本偏少、观察时间较短,各观察指标波动范围有限,尚未引发本次研究呈现出显著差异的结果。本次虽仅出现轻微不良反应现象,且未做停药处理,但因患者需长期用药,须加以对不良反应发生情况的监视。核苷类似物可能导致线粒体毒性,引起高乳酸血症、乳酸酸中毒等不良反应。临床首发症状表现为呕吐、恶心、腹痛等,严重者会出现呼吸困难、呼吸短促、肝肾功能衰竭、心律不齐甚至死亡^[6]。综上所述,阿德福韦酯联合替比夫定与单用恩替卡韦治疗失代偿期乙型肝炎肝硬化疗效显著,均能有效抑制 HBV-DNA 复制,抗病毒性较

强,可有效改善肝功能,且无严重不良反应,安全可行。但联合用药效果并不优于单药治疗。

参考文献

[1]殷燕,李捷壮,聂尚燕.恩替卡韦与阿德福韦酯治疗乙型肝炎失代偿性肝硬化患者的临床研究[J].中国临床药理学杂志,2016,32(18):1639-1642
[2]叶素素,张新雷,徐伟.替比夫定、阿德福韦酯联用与恩替卡韦单药治疗失代偿期乙型肝炎肝硬化疗效对比观察[J].山东医药,2015,55(2):65-67
[3]张旭东,马杰,赫立恩,等.阿德福韦酯抗乙型肝炎病毒的药理及其临床应用进展[J].临床荟萃,2009,24(23):2108-2110
[4]王晓霖,张安斌,杨京.替比夫定与阿德福韦酯治疗乙型肝炎肝硬化疗效[J].贵阳医学院学报,2014,39(3):392-396
[5]罗生强,张玲霞.恩替卡韦治疗慢性乙型肝炎的最新进展[J].中国新药杂志,2006,15(12):1023-1028
[6]曾婷,谢逸欣,马丽.恩替卡韦的药理毒理学研究[J].河北医学,2012,18(10):1421-1423

(收稿日期: 2017-09-21)

免疫肠内营养结合药物治疗溃疡性结肠炎的效果分析

汪海军

(河南省商丘市睢县公费医疗医院普通内科 睢县 476900)

摘要:目的:探讨免疫肠内营养结合药物治疗溃疡性结肠炎的临床疗效。方法:选取 2014 年 1 月~2017 年 1 月我院收治的溃疡性结肠炎患者 68 例,随机分为对照组和观察组各 34 例。对照组采用肠外营养支持联合药物治疗,观察组采用肠内营养支持结合药物治疗,比较两组并发症发生率、治疗前后营养指标及免疫指标水平。结果:治疗前两组营养指标及免疫指标水平比较无显著性差异($P>0.05$);治疗后观察组血清白蛋白、前白蛋白、血红蛋白、免疫球蛋白 A、免疫球蛋白 G 水平均明显优于对照组($P<0.05$);观察组并发症发生率明显低于对照组($P<0.05$)。结论:免疫肠内营养结合药物治疗溃疡性结肠炎疗效显著,可为患者提供充足的营养支持,增强免疫力,提高胃肠功能,改善患者临床症状,促进早期康复,值得临床推广应用。

关键词:溃疡性结肠炎;肠内营养;肠外营养

中图分类号:R574.62

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2017.11.081

溃疡性结肠炎的发病与细菌感染、环境影响和遗传因素等有关,是指肠胃黏膜或肠胃免疫系统出现炎症反应,以腹痛、腹胀、血便等为主要症状,且病情易复发^[1]。临床上常用药物治疗,以达到消除肠黏膜的炎症反应、调节患者的免疫机能的目的。若患者在病情反复发作的情况下,未采取及时有效的治疗手段,可加重病情,长此以往易形成慢性结肠炎,增加治疗难度。因此,溃疡性结肠炎需早期诊断、尽快治疗,合理选择用药^[2]。本研究旨在探讨免疫肠内营养结合药物治疗溃疡性结肠炎的临床疗效。现报道如下:

1 资料和方法

1.1 一般资料 选取 2014 年 1 月~2017 年 1 月我院收治的溃疡性结肠炎患者 68 例,随机分为对照组和观察组各 34 例。观察组男 18 例,女 16 例;年龄 34~68 岁,平均年龄(52.5±3.3)岁。对照组男 20 例,

女 14 例;年龄 35~70 岁,平均年龄(52.4±3.6)岁。两组患者等一般资料比较无明显差异, $P>0.05$,具有可比性。所有患者均经肠镜和实验室检查后确诊为溃疡性结肠炎,无癌性病变者;排除患有精神疾病者,对相关药物存在禁忌症者或有身体脏器功能障碍者。

1.2 治疗方法

1.2.1 对照组 采用肠外营养支持(Parenteral Nutrition, PN)结合药物治疗。以蛋白质 1.5 g/(kg·d)、热量 125.5 KJ/(kg·d)为前提,根据患者的实际体重、身高、年龄及实验室检查结果等为基础,计算患者所需的热量与蛋白质,给予患者肠外营养支持。给予 5%葡萄糖注射液、微量元素、氨基酸、20%中长链脂肪乳、维生素等进行水、电解质按出入平衡供给,根据需要按糖与胰岛素 8:1 的比例进行配制。药物治疗给予美沙拉嗪片(国药准字 H20103359)口服,2

片 / 次,2 次 /d。

1.2.2 观察组 采用肠内营养支持 (Enteral Nutrition, EN) 结合药物治疗,在内镜辅助下放置鼻空肠营养管,滴注整蛋白型或短肽型肠内营养剂,滴速为 20~40 ml/h, 营养支持时间可根据患者的病情进行及时调整,同时给予谷氨酰胺胶囊(国药准字 H20010192)口服,2 粒 / 次,3 次 /d。两组患者均持续治疗 3 周。

1.3 观察指标 (1)比较两组患者治疗前后营养指标及免疫指标水平,包括血清白蛋白 (ALB)、前白蛋白 (PAL)、血红蛋白 (HGB)、免疫球蛋白 A (IgA)、免

疫球蛋白 G (IgG)。(2)比较两组并发症(腹胀、腹泻等)发生情况。

1.4 统计学分析 所有数据用 SPSS22.0 统计软件进行处理,计量资料以 ($\bar{x} \pm s$) 表示,进行 *t* 检验,计数资料以百分比表示,进行 χ^2 检验, $P < 0.05$ 为差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 两组营养指标水平比较 治疗前两组营养指标水平比较无显著性差异 ($P > 0.05$);治疗后观察组患者 ALB、PAL、HGB 指标水平均明显优于对照组, $P < 0.05$,差异具有统计学意义。见表 1。

表 1 两组营养指标水平比较 (g/L, $\bar{x} \pm s$)

组别	n	PAL		ALB		HGB	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组	34	1.77± 0.5	1.71± 0.4	33.1± 3.3	35.3± 4.1	109.5± 24.2	110.8± 31.5
观察组	34	1.75± 0.4	2.33± 0.6 [#]	32.8± 3.3	38.8± 5.8 [#]	108.7± 23.4	133.7± 36.6 [#]

注:与对照组治疗后比较, [#] $P < 0.05$ 。

2.2 两组免疫指标水平比较 治疗前两组免疫指标水平比较无显著性差异 ($P > 0.05$);治疗后观察组 IgA、IgG 指标均明显优于对照组, $P < 0.05$, 差异具有统计学意义。见表 2。

表 2 两组免疫指标水平比较 (g/L, $\bar{x} \pm s$)

组别	n	IgA		IgG	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
观察组	34	4.1± 0.5	2.4± 0.4	18.2± 1.4	14.6± 1.1
对照组	34	3.9± 0.5	1.8± 0.4 [#]	18.1± 1.3	13.1± 1.0 [#]

注:与对照组治疗后比较, [#] $P < 0.05$ 。

2.3 两组并发症发生情况比较 观察组发生腹胀 1 例,并发症发生率为 2.94% (1/34);对照组发生腹胀 3 例, 腹痛、腹泻各 2 例, 并发症发生率为 20.59% (7/34)。观察组并发症发生率明显低于对照组 ($\chi^2=5.100, P < 0.05$)。

3 讨论

溃疡性结肠炎作为肠胃疾病中发病率较高的疾病,易损害患者肠胃免疫功能,影响其吸收消化能力,因此,溃疡性结肠炎患者大都存在营养不良的状况,易导致病情恶化^[1]。此外,溃疡性结肠炎患者易发生腹泻、腹胀等不良反应,加剧营养不良的程度,不断加重病情。因此,在治疗溃疡性结肠炎的同时,需为患者提供营养支持,保证患者的营养所需量,再对其进行抗感染等对症治疗^[4]。

临床上主要有 EN 和 PN 两种营养支持类型, PN 通过静脉滴注为患者提供所需的营养物质,可有效抑制胃酸分泌,减轻胃酸对溃疡面的腐蚀和刺激程度,促进溃疡创面的愈合。EN 主要是通过导管或经口腔供应营养液为患者提供肠胃营养支持,该

方式可促进肠道吸收营养物质,改善肠胃功能,有助于修复破损的肠黏膜,预防肠胃黏膜的萎缩,有效避免患者出现肠功能紊乱及营养不良等不适^[5-6]。此外, EN 用药方式更便捷,能节省治疗费用,减轻患者经济负担。

本研究结果显示,治疗前两组营养指标及免疫指标水平比较无显著性差异 ($P > 0.05$);治疗后观察组患者血清白蛋白 (ALB)、前白蛋白 (PAL)、血红蛋白 (HGB)、免疫球蛋白 A (IgA)、免疫球蛋白 G (IgG) 指标均明显优于对照组 ($P < 0.05$);观察组并发症发生率明显低于对照组 ($P < 0.05$)。说明采用免疫肠内营养结合药物治疗溃疡性结肠炎疗效显著,可为患者提供充足的营养支持,增强免疫力,提高胃肠功能,改善患者临床症状,促进早期康复,值得临床推广应用。

参考文献

[1]郑帅,王彤彤,李静,等.赛庚啉、柳氮磺吡啶和果胶铋治疗溃疡性结肠炎患者的临床效果分析[J].中国当代医药,2016,23(23):36-38
[2]靳大川,路德荣,张邦杰,金双歧联合氨基酸制剂治疗溃疡性结肠炎疗效的 Meta 分析[J].中华临床医师杂志(电子版),2016,10(3): 401-405
[3]车千红,郭佳琦.免疫肠内营养联合药物治疗溃疡性结肠炎的疗效[J].山东大学学报(医学版),2013,51(7):75-78
[4]廖山婴,沙卫红,王蓓蓓,等.营养干预对重度溃疡性结肠炎病人的治疗价值[J].肠外与肠内营养,2015,22(1):22-25
[5]谢晶日,许明月,刘朝霞,等.观察肠愈宁治疗溃疡性结肠炎前后肠炎症活动指数评分[J].辽宁中医杂志,2012,39(12):2335-2336
[6]王绣芳,李琴,易利霞,等.肠内营养对溃疡性结肠炎患者免疫功能和生活质量的影响[J].河北医药,2014,36(11):1667-1668

(收稿日期: 2017-10-03)