

香砂六君子汤加味联合美沙拉秦治疗溃疡性结肠炎

陈光亮

(河南省淮滨县人民医院急诊科 淮滨 464400)

摘要:目的:探究香砂六君子汤加味联合美沙拉秦治疗溃疡性结肠炎患者的疗效及安全性。方法:选取 2018 年 5 月~2020 年 4 月收治的 86 例溃疡性结肠炎患者,简单随机化分为对照组和观察组,各 43 例。对照组予以美沙拉秦治疗,观察组予以香砂六君子汤加味联合美沙拉秦治疗。对比两组临床疗效、安全性及治疗前后血清炎症介质(白细胞介素-10、白细胞介素-17、肿瘤坏死因子- α)、外周血 T 淋巴细胞亚群($CD4^+$ 、 $CD8^+$ 、 $CD4^+/CD8^+$)水平。结果:观察组治疗总有效率为 95.35%,高于对照组的 76.74%($P<0.05$);观察组治疗后血清白细胞介素-10、 $CD4^+$ 、 $CD4^+/CD8^+$ 水平均高于对照组,血清白细胞介素-17、肿瘤坏死因子- α 、 $CD8^+$ 水平均低于对照组($P<0.05$);两组不良反应发生率对比,差异无统计学意义($P>0.05$)。结论:香砂六君子汤加味联合美沙拉秦治疗溃疡性结肠炎,可显著降低患者血清炎症介质水平,调节免疫功能,进一步提高治疗效果。

关键词:溃疡性结肠炎;美沙拉秦;香砂六君子汤;炎症介质;免疫功能

中图分类号:R574.62

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2021.11.006

溃疡性结肠炎是一种结直肠慢性非特异性炎症性疾病,以直肠、乙状结肠发病最常见,多限于大肠黏膜及黏膜下层,临床主要表现为黏液脓血便、腹痛、腹泻等,病情呈轻重不等、反复发作,属消化系统难治性疾病之一^[1]。目前,临床对于溃疡性结肠炎治疗方法多样,但因其病因尚未完全明确,治疗多根据临床表现采用免疫抑制剂、氨基水杨酸类等对症治疗,效果并不理想,且不良反应明显,复发风险较高^[2]。随着中医的发展,找寻有效的中医药治疗方案已成为当前溃疡性结肠炎的重要课题之一。香砂六君子汤为治疗消化系统疾病主要方剂之一,现代药理学证实,该方剂具有促胃肠运动、胃肠解痉作用,同时还具有抗消化道黏膜炎症、抗菌、止泻、促消化等作用^[3]。基于此,本研究采用香砂六君子汤加味联合美沙拉秦治疗溃疡性结肠炎,分析其临床疗效及安全性。现报道如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2018 年 5 月~2020 年 4 月我院收治的 86 例溃疡性结肠炎患者,简单随机化分为观察组和对照组,各 43 例。观察组男 23 例,女 20 例;年龄 23~74 岁,平均年龄(48.42 $\pm$ 12.65)岁;病程 1~20 年,平均病程(10.56 $\pm$ 4.27)年。对照组男 25 例,女 18 例;年龄 24~78 岁,平均年龄(51.09 $\pm$ 12.83)岁;病程 1~18 年,平均病程(9.56 $\pm$ 4.07)年。两组年龄、性别、病程等资料均衡可比($P>0.05$)。

1.2 治疗方法 对照组予以美沙拉秦肠溶片(注册证号 H20171359)治疗,4 g/d,分早中晚 3 次口服。观察组予以香砂六君子汤加味联合美沙拉秦治疗,美沙拉秦方法与剂量同对照组,香砂六君子汤组方:党参 15 g、茯苓 12 g、白术 12 g、半夏 9 g、陈皮 12 g、木香 6 g、砂仁 6 g、甘草 6 g,加味:畏寒肢冷者加干姜,

腹胀痛者加小茴香、厚朴,黏液脓血甚者加黄柏、苦参、槐花,腰膝酸软者加菟丝子、补骨脂,1 剂/d,以水煎煮取汁 300 ml,分早晚 2 次温服。两组均连续治疗 4 周。

1.3 检测方法 两组均于空腹状态下抽取 5 ml 肘静脉血,3 000 r/min 离心处理 8 min,离心半径 6.5 cm,分离血清,置于-20℃冰箱内待检。采用酶联免疫吸附法测定血清炎症介质:白细胞介素-10(IL-10)、白细胞介素-17(IL-17)、肿瘤坏死因子- α (TNF- α)水平,试剂盒购自深圳国赛公司;采用流式细胞分析仪测定外周血 T 淋巴亚群,操作严格遵循仪器及试剂盒说明书进行。

1.4 疗效判定标准 痊愈:症状完全消失,肠镜可见黏膜病变基本消失,肠黏膜病变活动指数下降 $>95\%$;显效:症状明显改善,肠镜可见黏膜病变明显减轻,肠黏膜病变活动指数降低 70%~95%;有效:症状有所好转,肠镜可见黏膜病变有所缓解,肠黏膜病变活动指数降低 30%~69%;无效:未达到上述标准。总有效率=(痊愈例数+显效例数+有效例数)/总例数 $\times 100\%$ ^[4]。

1.5 观察指标 对比两组临床疗效、安全性及治疗前后血清炎症介质水平(IL-10、IL-17、TNF- α)、外周血 T 淋巴细胞亚群($CD4^+$ 、 $CD8^+$ 、 $CD4^+/CD8^+$)水平。

1.6 统计学方法 数据处理采用 SPSS19.0 统计学软件分析,计量资料以($\bar{x} \pm s$)表示,采用 t 检验,计数资料用%表示,采用 χ^2 检验。 $P<0.05$ 示差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组临床疗效比较 观察组治疗总有效率为 95.35%,高于对照组的 76.74%,差异有统计学意义($P<0.05$)。见表 1。

表 1 两组临床疗效比较[例(%)]

组别	n	痊愈	显效	有效	无效	总有效
观察组	43	10(23.26)	24(55.81)	7(16.28)	2(4.65)	41(95.35)
对照组	43	5(11.63)	17(39.53)	11(25.58)	10(23.26)	33(76.74)
χ^2						6.198
P						0.013

表 2 两组治疗前后血清炎症介质水平比较($\bar{x} \pm s$)

组别	n	IL-10(ng/ml)		IL-17(pg/ml)		TNF- α (ng/ml)	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
观察组	43	3.92 $\pm$ 0.85	9.41 $\pm$ 1.25	434.62 $\pm$ 30.15	201.56 $\pm$ 12.31	6.14 $\pm$ 1.87	1.62 $\pm$ 0.63
对照组	43	4.27 $\pm$ 1.14	6.37 $\pm$ 1.16	439.84 $\pm$ 32.17	315.62 $\pm$ 15.84	6.79 $\pm$ 1.79	3.14 $\pm$ 0.69
t		1.614	11.690	0.776	37.284	1.647	10.668
P		0.110	<0.001	0.440	<0.001	0.103	<0.001

2.3 两组治疗前后外周血 T 淋巴细胞亚群水平比较 治疗前两组外周血 CD4⁺、CD8⁺、CD4⁺/CD8⁺ 水平相比,差异无统计学意义(P>0.05);治疗后观察

2.2 两组治疗前后血清炎症介质水平比较 治疗前两组血清炎症介质水平相比无明显差异(P>0.05);治疗后观察组血清 IL-10 水平均高于对照组,IL-17、TNF- α 均低于对照组(P<0.05)。见表 2。

组外周血 CD8⁺ 水平均低于对照组,外周血 CD4⁺、CD4⁺/CD8⁺ 水平均高于对照组,差异有统计学意义(P<0.05)。见表 3。

表 3 两组治疗前后外周血 T 淋巴细胞亚群水平比较($\bar{x} \pm s$)

组别	n	CD4 ⁺ (%)		CD8 ⁺ (%)		CD4 ⁺ /CD8 ⁺	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
观察组	43	37.25 $\pm$ 2.96	43.17 $\pm$ 2.69	30.98 $\pm$ 0.94	25.87 $\pm$ 1.06	1.20 $\pm$ 0.26	1.67 $\pm$ 0.34
对照组	43	36.41 $\pm$ 3.02	40.17 $\pm$ 2.54	31.12 $\pm$ 1.02	28.67 $\pm$ 1.09	1.17 $\pm$ 0.28	1.40 $\pm$ 0.31
t		1.303	5.317	0.662	12.076	0.515	3.848
P		0.196	<0.001	0.510	<0.001	0.608	<0.001

2.4 两组不良反应发生情况比较 两组不良反应发生率对比,差异无统计学意义(P>0.05)。见表 4。

表 4 两组不良反应发生情况比较[例(%)]

组别	n	恶心	腹胀	头痛	总发生
观察组	43	4(9.30)	3(6.98)	2(4.65)	9(20.93)
对照组	43	2(4.65)	2(4.65)	1(2.33)	5(11.63)
χ^2					1.365
P					0.243

3 讨论

溃疡性结肠炎具有发病率高、患病周期长等特点,严重影响患者身心健康及生活质量^[5]。近年来,溃疡性结肠炎发病率明显增长,故积极找寻一种疗效确切、安全性高的治疗方案尤为关键。

目前,临床治疗溃疡性结肠炎多以常规西药为主,其中美沙拉秦较为常用,但效果一般,难以控制病情发展。随着临床研究不断深入,溃疡性结肠炎治疗逐渐由单纯西药过渡至中西医结合治疗,并取得一定效果。中医学将溃疡性结肠炎归属于“痢疾、泄泻、腹痛”等范畴,多由脾肾两虚,肝脾失调,湿热阻塞大肠所致,为本虚标实之证,本为脾肾亏虚,标为湿、热、瘀、毒壅滞大肠,治疗需遵循益气补中、健脾和胃、渗湿止泻原则。基于此,本研究对溃疡性结肠炎患者予以美沙拉秦治疗基础上,联合采用香砂六君子汤加味治疗,结果显示,观察组治疗总有效率为 95.35%,高于对照组的 76.74%(P<0.05),提示香砂六君子汤加味联合美沙拉秦治疗溃疡性结肠炎,可进一步提高治疗效果。美沙拉秦属于口服氨基水

杨酸类药物,其有效成分 5-氨基水杨酸可通过抑制白三烯 B₄、前列腺素 E₂ 及血小板活动因子等易引起肠黏膜炎症介质合成,从而有效控制炎症反应,改善肠道炎症表现,从而达到疾病治疗目的^[6]。香砂六君子汤中党参为君药,具有大补元气、健脾养胃之功效;茯苓、白术为臣药,可健脾燥湿,补中益气;半夏具有降逆燥湿之功效,陈皮可行气健脾燥湿,木香具有行气止痛之功效,砂仁可行气温中化湿,合用具有益气和胃、行气温中祛湿之功效,共为佐药;甘草可和中健脾,调诸药为使药。全方共奏行气止痛、化湿止泻、益气健脾之功效,温清并举,补泻同施,虚实兼顾,符合溃疡性结肠炎治则。现代药理学证实,香砂六君子汤可抑制黏膜水肿、瘀血等病理变化,促进胃黏膜损伤自愈^[7]。因此,美沙拉秦联合香砂六君子汤加味,作用机制不同,可协同补充,进一步提高治疗效果。有研究指出,香砂六君子汤具有一定抗炎及增强免疫作用^[8]。本研究结果显示,观察组治疗后血清 IL-10、CD4⁺、CD4⁺/CD8⁺ 水平均高于对照组,血清 IL-17、TNF- α 、CD8⁺ 水平均低于对照组,提示对溃疡性结肠炎患者予以美沙拉秦治疗基础上,加用香砂六君子汤加味治疗,可显著降低患者血清炎症介质水平,增强免疫功能。此外,两组不良反应发生率对比无明显差异(P>0.05),提示香砂六君子汤加味联合美沙拉秦应用,不会增加溃疡性结肠炎患者不良反应发生率。

综上所述,香砂六君子汤加味联(下转第 73 页)

2.2 两组胸腔积液 ADA、LDH 及 CA125 水平比较
治疗前,两组患者胸腔积液中 ADA、LDH 及 CA125 水平比较,差异无统计学意义($P>0.05$);治疗后,实

验组患者胸腔积液中 ADA、LDH 及 CA125 水平均
低于对照组,差异具有统计学意义($P<0.05$)。见表
2。

表 2 两组胸腔积液 ADA、LDH 及 CA125 水平比较($\bar{x} \pm s$)

组别	n	ADA(U/L)						LDH(U/L)						CA125(U/ml)					
		治疗前		治疗后		t	P	治疗前		治疗后		t	P	治疗前		治疗后		t	P
对照组	40	40.29±	11.24	27.32±	3.86	6.902	0.000	341.17±	70.46	280.85±	56.41	4.227	0.000	1 024.54±	320.57	568.44±	215.76	7.465	0.000
实验组	40	40.17±	11.16	19.46±	6.72			340.83±	69.94	178.16±	40.33			1 027.63±	337.64	370.12±	119.75		
t		0.048		6.415				0.022		9.366				0.042		5.083			
P		0.962		0.000				0.983		0.000				0.967		0.000			

3 讨论

置管引流具有抽液量大、创伤小等优势,可减轻
胸膜腔压力并去除脓肿,易于被患者接受,但结核性
包裹性胸腔积液在胸腔内呈多房分隔,因此引流效
果欠佳,并易延长治疗时间^[4]。尿激酶是从人尿液中
分离所得的一类酶蛋白,可刺激内源性纤维蛋白酶
原转变为纤维蛋白溶酶,注入胸腔内有助于溶解胸
腔积液中的纤维蛋白,降低积液黏度,同时可清除脏
层胸膜与壁层胸膜间的网状粘连,消除房性分隔和
包裹,提高积液引流的通畅性。但尿激酶对病程长、
分隔较多的患者而言疗效有限^[5]。

臭氧具有较强的氧化能力,可杀灭真菌、细菌、
病毒等,已广泛应用于皮肤病、感染性疾病治疗中。
有研究表明,结核分枝杆菌的致病能力与糖脂的衍
生物索状因子有关,而臭氧可促进脂质分解代谢,并
对结核分枝杆菌细胞膜的不饱和脂肪酸结构造成损
伤,进而发挥抑杀作用,同时臭氧能够提高异烟肼耐
药菌株的敏感性,使抗结核治疗发挥更好的疗效^[6]。
有报道称,臭氧辅助治疗膝骨关节炎可减少关节腔
的积液量,降低滑膜厚度,同时能够减缓疼痛和炎症
程度^[7]。本研究结果显示,治疗后实验组胸膜厚度、
胸腔积液蛋白质水平均低于对照组,说明尿激酶联
合臭氧序贯冲洗辅助治疗结核性包裹性胸腔积液可
降低胸膜厚度、胸腔积液蛋白质。ADA、LDH、
CA125 可用于评价结核性胸膜疾病的严重程度^[8]。
有研究表明,臭氧可诱导、激活人体的抗氧化系统,
起到清除炎症介质的作用,同时臭氧可促进免疫抑

制因子的释放,进而调节机体的免疫功能^[9]。本研究
结果显示, 治疗后实验组胸腔积液 ADA、LDH、
CA125 水平均低于对照组,说明尿激酶联合臭氧序
贯冲洗辅助治疗结核性包裹性胸腔积液可降低胸腔
积液 ADA、LDH、CA125 水平。

综上所述, 尿激酶联合臭氧序贯冲洗辅助治疗
结核性包裹性胸腔积液的效果优于单用尿激酶,但
该方法的长期应用效果仍有待随访。

参考文献

[1]Galal El-Din M,Sobh E,Adawy Z,et al.Diagnostic utility of gene
X-pert in the diagnosis of tuberculous pleural effusion[J].Infectious
Diseases,2019,51(3):227-229.
[2]栾念旭,王毅,刘菁,等.内科胸腔镜下氩气刀联合尿激酶注入治疗
结核性包裹性胸腔积液的疗效观察[J].中国医师杂志,2018,20(11):
1727-1729.
[3]蔡伯嵩,李龙芸.协和呼吸病学[M].北京:中国协和医科大学出版社,
2011.1683.
[4]王瑜玲,秦焕,赵旭兰,等.内科胸腔镜联合不同方案对结核性包裹
性胸腔积液的疗效影响[J].河北医药,2018,40(20):3097-3100.
[5]赵琳.悬饮方+尿激酶治疗结核性包裹性胸腔积液疗效及对炎性
因子、腺苷酸脱氢酶、乳酸脱氢酶的影响[J].现代中西医结合杂志,
2018,27(6):605-608.
[6]丁相东,罗明,周上清,等.经皮穿刺置管引流以及局部化疗联合医
用臭氧治疗脊柱结核脓肿[J].中国骨与关节杂志,2020,9(1):39-44.
[7]李明,倪建龙.臭氧联合玻璃酸钠关节腔注射治疗膝骨关节炎疗效
研究[J].陕西医学杂志,2019,48(9):1216-1219.
[8]李维,陈淑娟,石婕,等.CA125、ADA、NLR 和 PLR 在胸腔积液鉴别
诊断中的应用价值[J].现代肿瘤医学,2018,26(20):3215-3219.
[9]王黎,但超,杨勇,等.臭氧水膀胱灌注治疗慢性骨盆疼痛综合征的
临床评价[J].四川医学,2018,39(4):443-446.

(收稿日期: 2020-12-11)

(上接第 13 页)合美沙拉秦治疗溃疡性结肠炎,可显
著降低患者血清炎症介质水平,调节免疫功能,进一
步提高治疗效果,在临床治疗中具有重要意义。

参考文献

[1]闻永,石蕾,李俊,等.针刺联合穴位埋线序贯治疗轻中度溃疡性结
肠炎[J].中国针灸,2018,38(4):353-357.
[2]何灏澜.丹参酮联合美沙拉秦对溃疡性结肠炎患者凝血功能及组
织 TF、TFPI 表达的影响[J].中西医结合研究,2018,10(5):225-228.
[3]刘君君,吴际,何瑞华,等.观察中西医结合疗法对溃疡性结肠炎的
治疗效果[J].中国实用医药,2018,13(16):127-129.

[4]尤宁.益生菌联合美沙拉秦治疗溃疡性结肠炎的疗效及对炎性细
胞因子水平的影响[J].临床医学研究与实践,2019,4(8):35-37.
[5]邵香敏.胃肠安丸联合美沙拉秦治疗溃疡性结肠炎的临床研究[J].
现代药物与临床,2019,34(11):3319-3322.
[6]程晓华,张秋丽,巩小琳,等.四神丸联合美沙拉秦治疗溃疡性结肠
炎的临床研究[J].现代药物与临床,2018,33(5):1085-1088.
[7]沈净,张军梁,黄春霞.香砂六君子汤结合质子泵抑制剂治疗老年脾
胃虚弱型消化性溃疡的临床效果[J].中华全科医学,2018,16(8):1372-1374.
[8]王刚,哈筱梅,王丽雯,等.局部光动力疗法联合香砂六君子汤治疗
皮肤恶性肿瘤的临床疗效[J].肿瘤药学,2018,8(5):791-794.

(收稿日期: 2021-02-10)