

自拟补脾益肠汤辅助治疗溃疡性结肠炎效果分析

姜山 欧阳洪

(广东省广州市番禺区中医院 广州 511400)

摘要:目的:分析自拟补脾益肠汤辅助治疗溃疡性结肠炎效果。方法:选取 2019 年 6 月~2020 年 8 月治疗的 70 例溃疡性结肠炎患者为研究对象,按照随机数字表法分为对照组 34 例与试验组 36 例。对照组给予美沙拉嗪治疗,试验组在对照组基础上给予自拟补脾益肠汤治疗。比较两组临床疗效,治疗前后血清白细胞介素-1 β 、白细胞介素-8、肿瘤坏死因子- α 水平及生命质量评分。结果:试验组治疗总有效率高于对照组($P<0.05$)。试验组治疗后血清白细胞介素-1 β 、白细胞介素-8、肿瘤坏死因子- α 水平明显低于对照组($P<0.05$)。试验组治疗后各项生命质量评分均高于对照组($P<0.05$)。结论:自拟补脾益肠汤联合常规药物治疗溃疡性结肠炎效果良好,可明显降低患者血清致炎因子水平,提高患者生命质量。

关键词:溃疡性结肠炎;补脾益肠汤;生命质量;致炎因子

中图分类号:R573.1

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2021.12.064

溃疡性结肠炎属于内科常见疾病,临床可表现为腹痛及反复黏液脓血便,西医治疗以美沙拉嗪肠溶片为主,但是治疗效果欠佳,部分患者治疗后仍反复发作^[1],严重影响患者生命质量及心理健康。中医认为溃疡性结肠炎多由脾胃运化失司、湿热邪气内蕴大肠所致^[2],日久可导致脾虚肠损,泄泻反复发作,治疗多以调和脾胃、祛湿清热、消积化滞中药为主,中西医结合治疗有望提高溃疡性结肠炎临床疗效。近年来我院采用自拟补脾益肠汤联合美沙拉嗪常规治疗溃疡性结肠炎效果良好,本研究进一步研究二者联合应用对患者疗效、血清致炎因子及生命质量的影响。现报道如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2019 年 6 月~2020 年 8 月于我院治疗的 70 例溃疡性结肠炎患者为研究对象,按照随机数字表法分为对照组 34 例与试验组 36 例。对照组男 20 例,女 14 例;年龄 24~42 岁,平均(33.45 $\pm$ 2.21)岁;病程 2~5 年,平均(3.92 $\pm$ 0.44)年。试验组男 21 例,女 15 例;年龄 25~42 岁,平均(33.81 $\pm$ 2.24)岁;病程 2~5 年,平均(3.95 $\pm$ 0.37)年。经分析,两组性别分布、年龄、病程等比较,差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。纳入标准:(1)符合溃疡性结肠炎诊断标准^[3],且自愿参与研究;(2)认知正常且服药依从性较好。排除标准:(1)既往存在治疗所用药物过敏史患者;(2)合并肠道肿瘤患者;(3)合并其他严重肝、肾等重要脏器疾病或妊娠、哺乳期患者。本研究经医院医学伦理委员会批准。

1.2 治疗方法 对照组给予美沙拉嗪肠溶片(国药准字 H19980148)三餐后口服,每次 1.0 g。试验组在对照组基础上给予自拟补脾益肠汤早晚 250 ml 口服。方剂组成:白术 15 g、枳实 10 g、柴胡 10 g、党参

15 g、木香 10 g、黄芪 20 g、肉桂 10 g、甘草 10 g、黄芩 3 g、白芍 15 g、黄连 3 g、茯苓 15 g。水煎服。腹痛严重患者加延胡索及五倍子各 10 g,脾胃冷痛虚寒患者加干姜 10 g,大便稀溏臭秽患者加白头翁 15 g。两组均治疗 2 周。

1.3 观察指标 比较两组疗效,治疗前后血清白细胞介素-1 β (IL-1 β)、白细胞介素-8(IL-8)、肿瘤坏死因子- α (TNF- α)水平及生命质量评分。(1)两组患者均根据临床症状及结肠黏膜检查评估疗效,大便完全恢复正常,不伴有其他症状且结肠黏膜检查正常为显效;结肠镜检查提示黏膜溃疡面积减小但是临床症状部分缓解为有效;临床症状无缓解甚至加重为无效^[4]。总有效率=(显效例数+有效例数)/总例数 $\times$ 100%。(2)两组患者均于治疗前及治疗后 2 周抽取晨起空腹静脉血 5 ml,采用酶联免疫吸附测定法(ELISA)检测血清 IL-1 β 、IL-8、TNF- α 水平。(3)两组均于治疗前后采用 IBDQUC 特异性量表评估患者生命质量,具体包括情感能力、肠道症状、社会能力及全身症状 4 项内容(每项内容分值范围均为 0~50 分),总分为 200 分,得分越低表示生命质量越差。

1.4 统计学方法 采用 SPSS22.0 统计学软件分析数据。计数资料以%表示,采用卡方检验。计量资料用($\bar{x} \pm s$)表示,采用 t 检验。以 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组疗效对比 试验组治疗总有效率为 94.44%,高于对照组的 76.47%,差异有统计学意义($P<0.05$)。见表 1。

表 1 两组疗效对比[例(%)]					
组别	<i>n</i>	显效	有效	无效	总有效
对照组	34	11(32.35)	15(44.12)	8(23.53)	26(76.47)
试验组	36	14(38.89)	20(55.56)	2(5.56)	34(94.44)
χ^2					4.613
<i>P</i>					<0.05

2.2 两组治疗前后血清致炎因子水平对比 两组治疗前血清 IL-1β、IL-8、TNF-α 水平对比无显著性

差异 ($P>0.05$)。治疗后试验组血清 IL-1β、IL-8、TNF-α 水平明显低于对照组 ($P<0.05$)。见表 2。

表 2 两组治疗前后血清致炎因子水平对比($\bar{x} \pm s$)

组别	n	IL-1β (pg/ml)		IL-8 (ng/ml)		TNF-α (ng/L)	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组	34	115.11± 9.09	102.16± 4.38*	1.23± 0.05	0.94± 0.22*	127.56± 8.13	92.33± 5.48*
试验组	36	117.37± 9.07	90.99± 2.26*	1.22± 0.07	0.39± 0.09*	126.84± 8.20	81.67± 4.32*
t		1.041	13.293	0.691	13.546	0.369	9.004
P		>0.05	<0.05	>0.05	<0.05	>0.05	<0.05

注：与本组治疗前比较，* $P<0.05$ 。

2.3 两组治疗前后生命质量评分对比 两组治疗前各项生命质量评分及总分比较无显著性差异

($P>0.05$)。试验组治疗后各项生命质量评分及总分均高于对照组 ($P<0.05$)。见表 3。

表 3 两组治疗前后生命质量评分对比(分, $\bar{x} \pm s$)

组别	n	情感能力		肠道症状		社会能力		全身症状		总分	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组	34	33.47± 5.26	37.28± 3.50*	30.24± 2.71	35.50± 2.85*	35.66± 2.09	40.58± 2.61*	36.22± 3.58	42.51± 2.07*	135.59± 4.88	155.87± 11.24*
试验组	36	34.11± 5.25	42.33± 3.26*	30.22± 2.63	40.17± 2.42*	35.14± 2.08	44.50± 2.39*	36.10± 3.47	45.68± 2.34*	135.57± 4.72	172.68± 10.69*
t		0.509	6.237	0.031	7.369	1.043	6.542	0.142	6.011	0.017	6.413
P		>0.05	<0.05	>0.05	<0.05	>0.05	<0.05	>0.05	<0.05	>0.05	<0.05

注：与本组治疗前比较，* $P<0.05$ 。

3 讨论

溃疡性结肠炎发病多与黏膜免疫系统、饮食结构改变及肠道内环境破坏相关, 溃疡发生后可释放大致炎因子刺激肠道黏膜, 进一步加重破坏。西医治疗以修复保护肠黏膜、抑制炎症反应、调节机体免疫、改善肠道菌群为主, 临床常采用美沙拉嗪肠溶片口服, 但是经临床实践, 单一美沙拉嗪治疗后部分患者腹痛、腹泻、黏液脓血便仍反复发作, 治疗效果欠佳, 因此临床亟需寻找合适的治疗方案提高疗效。我院自拟补脾益肠汤中白术、黄芩、黄连、甘草可清热泻火、祛湿和中, 抑制多种炎性反应并缓解肠黏膜局部水肿; 党参、木香、枳实可健脾理气, 改善胃肠动力, 减少排便次数; 白芍、延胡索可缓急止痛, 减轻患者疼痛感; 黄芪、肉桂可温脾补气, 改善免疫功能并促进溃疡愈合。诸药配伍可改善肠道传导及气机通降, 清利肠道湿热。吴东升等^[9]的研究也表明中医药对于溃疡性结肠炎疗效肯定。

本研究中, 试验组治疗总有效率为 94.44%, 高于对照组的 76.47% ($P<0.05$), 说明自拟补脾益肠汤联合常规西药治疗溃疡性结肠炎, 可提高临床治疗有效率。一方面自拟补脾益肠汤中白术、党参、黄芪、茯苓四味药可补益脾气。现代研究表明黄芪中多种黄酮、皂苷可提高机体免疫水平, 改善患者临床症状^[9], 而党参可增强肠道黏膜屏障功能、巨噬细胞吞噬功能及淋巴细胞转化能力, 临床应用有利于机体免疫功能恢复。另一方面, 延胡索、黄芩、黄连及柴胡可清热祛湿并帮助肠道清理积滞, 配合甘草可

抑制机体炎症反应, 从而改善疗效。

两组治疗前各项血清致炎因子水平比较, 未见明显差异 ($P>0.05$); 试验组治疗后血清 IL-1β、IL-8、TNF-α 水平明显低于对照组 ($P<0.05$), 说明自拟补脾益肠汤联合常规西药治疗溃疡性结肠炎, 可明显改善患者致炎因子水平。IL-1β 及 IL-8 属于促炎细胞, 可刺激上皮细胞加强炎症反应; 而 TNF-α 属于调节因子, 可影响肠道上皮细胞的凋亡与增殖, 并协同增强炎症反应^[7-8]。自拟补脾益肠汤中各药配伍兼顾祛邪与固本, 有利于肠内营养物质吸收并恢复免疫功能, 从而改善肠道内环境抑制炎症反应。研究表明黄连中有小檗碱可抑制血清 IL-1β 及 IL-8, 从而产生抗炎抗溃疡效果^[9]; 黄芩可产生氨基水杨酸并滞留在结肠内发挥抗炎作用, 从而改善血清致炎因子水平。

两组治疗前各项生命质量得分及总分比较, 未见明显差异 ($P>0.05$); 试验组治疗后各项生命质量评分及总分均高于对照组 ($P<0.05$), 说明自拟补脾益肠汤联合常规西药治疗溃疡性结肠炎可提高患者生命质量。一方面自拟补脾益肠汤中肉桂可温补脾阳, 助其运化水谷, 黄芪、党参可补益气血^[10], 白芍可缓急止痛, 甘草调和诸药, 全方可改善致炎因子水平, 并促进溃疡修复, 改善临床症状, 提高肠道症状评分及全身症状评分; 另一方面, 精神心理与疾病发生发展密切相关^[11], 自拟补脾益肠汤中白芍、柴胡可理气、解郁、疏肝, 有助于改善患者情志^[12], 提高情感及社会能力评分。

综上所述,自拟补脾益肠汤联合常规西药治疗溃疡性结肠炎效果良好,可明显降低患者血清致炎因子水平,提高患者生命质量。

参考文献

[1]范永强,张瑞芳,陈红霞,等.白头翁汤加减治疗大肠湿热型溃疡性结肠炎疗效观察[J].中国中西医结合外科杂志,2020,25(4):454-477.
[2]罗丹,仝战旗.中医药治疗溃疡性结肠炎的临床研究进展[J].医学综述,2017,23(2):336-339,343.
[3]中华医学会消化病学分会炎症性肠病学组.炎症性肠病诊断与治疗的共识意见(2018年·北京)[J].中华炎症肠病杂志(中英文),2018,2(3):173-190.
[4]李剑,赵洪波.自拟补脾益肠汤辅助治疗溃疡性结肠炎临床研究进展[J].四川中医,2020,38(4):114-117.
[5]吴东升,曹晖,张斌,等.中医药干预溃疡性结肠炎 Th17/Treg 平衡的研究进展[J].中国实验方剂学杂志,2019,25(16):213-219.
[6]游小敏.补脾益肠丸辅助治疗慢性溃疡性结肠炎的疗效评价[J].中

国处方药,2015,13(5):54-55.
[7]刘明军,王升.血清 IL-23、IL-17、Hcy、D-二聚体水平的变化在溃疡性结肠炎的早期诊断价值[J].实验与检验医学,2018,36(2):196-198.
[8]王澍琴,王学玲,王岚,等.地衣芽孢杆菌联合美沙拉嗪治疗溃疡性结肠炎的疗效及其对血清 IL-17、IL-23、TNF- α 的影响[J].中国现代医生,2017,55(23):13-16.
[9]沈燕,王章流,郑华君,等.小檗碱调控内质网应激水平影响 UC 结肠炎炎症反应的实验研究[J].浙江医学,2019,40(14):1526-1531.
[10]汪小莉,刘晓,夏春燕,等.防己黄芪汤药理作用及各单味药化学成分研究进展[J].中草药,2016,47(19):3527-3534.
[11]马乾章,李云,丁原全.白头翁汤加味联合美沙拉嗪缓释片治疗热毒炽盛型溃疡性结肠炎的临床疗效观察[J].海南医学院学报,2019,25(12):918-922.
[12]程雯,王桂明,吴长勇.中西医结合分期治疗溃疡性结肠炎 80 例临床观察[J].中医临床研究,2019,11(17):37-39.

(收稿日期: 2021-03-16)

中药外洗方在断指再植术后功能康复中的临床应用

许永先 霍柱根 章玲 张小平

(广东省佛山市南海区公共卫生医院手足外科 佛山 528226)

摘要:目的:探讨中药外洗方在断指再植术后功能康复中的临床应用价值。方法:选择 2018 年 9 月~2020 年 9 月诊治的断指再植术后患者 80 例,根据随机信封抽签原则分为中药组与对照组各 40 例。对照组给予常规理疗、功能康复锻炼,中药组在对照组基础上给予中药外洗方治疗。比较两组感觉功能优良率、握力、肌腱活动度、手指肿胀指数及并发症。结果:所有断指在治疗期间都成活,中药组感觉功能优良率为 97.5%,高于对照组的 85.0%($P<0.05$);两组治疗后握力与肌腱活动度均大于治疗前($P<0.05$),且中药组大于对照组($P<0.05$);中药组治疗期间并发症发生率为 5.0%,低于对照组的 30.0%($P<0.05$);两组治疗后手指肿胀指数低于治疗前($P<0.05$),且中药组低于对照组($P<0.05$)。结论:在断指再植术后功能康复中应用中药外洗方,有助于患者感觉功能恢复,促进手指肿胀消除,改善肌腱活动度、握力,促进断指再植后功能恢复,促进断指再植术后骨折骨痂生长,降低并发症发生率。

关键词:断指再植;中药外洗方;功能康复;肌腱活动度;感觉功能

中图分类号:R658.1

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2021.12.065

手是人类生活劳动的重要运动器官,断指是由于外伤等因素导致手指离断,严重影响患者的生活质量^[1]。断指再植术是对断离或未完全断离的手指重新接回原位,恢复血液循环,使之成活的手术。随着现代显微外科技术发展的应用,断指再植术走向了高、精、细的发展道路,断指再植手术成活率保持在 95%以上^[2]。但是手部解剖结构复杂,很多患者术后手功能恢复存在一定限制,且容易出现感染、组织水肿、肌肉萎缩、手指感觉反应迟钝、关节强直、肌腱粘连、骨折延期愈合或不愈合等并发症。再植术后手指功能的要求是从患者的整体出发,针对患者的伤情,运用多种方法制定全程功能康复措施,消除或减轻再植术后手指功能障碍,帮助患者尽可能提高生活质量^[3]。物理功能锻炼有助于减轻患者术后疼痛,改善手指关节活动度,但是疗效持续性不强。断指属中医“痹证”范畴,气血受阻,脉络受损,导致手

指活动受限。中药外洗疗法属于中医药外治方法的一个分支,在热效应持续刺激下,能有效发挥活血化瘀、舒筋活络、疏通腠理等作用,有助于促进局部血液循环。本研究探讨了中药外洗方在断指再植术后功能康复中的临床应用效果。现报道如下:

1 资料及方法

1.1 一般资料 选择 2018 年 9 月~2020 年 9 月于我院诊治的断指再植术后患者 80 例。纳入标准:顺利完成断指再植术,术中无严重并发症发生;再植时限为 8 h 以内,手术方式一致;年龄 17~58 岁;能够遵医嘱进行中药外洗方外洗和功能锻炼;对研究所用中药无过敏;愿意参与此次研究,签署知情同意书。排除标准:合并心、脑、肺等严重并发症者;妊娠或哺乳期妇女;患有精神病患者;有陈旧性损伤,腕、掌、指关节被动活动不良者。根据随机信封抽签原则将 80 例患者分为中药组与对照组各 40 例。两组患