

4.3 2 组临床控制患者咳嗽缓解时间比较 见表 2。临床控制患者咳嗽平均缓解时间治疗组与对照组比较, 差异有统计学意义($P < 0.05$)。

表2 2 组临床控制患者咳嗽缓解时间比较($\bar{x} \pm s$)天

组 别	n	咳嗽缓解时间
对照组	7	19.2 ± 6.2
治疗组	16	11.7 ± 5.6

与对照组比较, ① $P < 0.05$

5 讨论

咳嗽变异性哮喘属中医学咳嗽范畴, 但结合西医的发病机制而言, 病理实质当属“哮喘”。目前咳嗽变异性哮喘尚无统一的中医辨证分型^③。本研究所选肾阳虚咳嗽变异性哮喘患者在临床上主要表现为, 咽痒, 干咳频作, 伴腰膝酸冷, 小便清长, 肢寒畏冷, 舌淡、苔白, 脉沉细无力, 辨证当属少阴病兼表的证治。治疗上以扶正祛邪, 温经解表为主。本方沿用《伤寒论》四逆汤中药物配伍的比例加减化裁而成, 炙甘草甘温, 温养阳气为君药, 干姜、附子辛温, 助阳胜寒为臣。兼佐麻黄、细辛解表宣肺, 配合蝉蜕、桔梗载药上行直达病所加强宣肺功效, 诸药合用, 共奏温经解表、温肾宣肺的功效。现代药

理研究表明, 甘草有效成分在体内可生成甘草次酸, 有类次肾上腺皮质激素和盐皮质激素的抑制炎症, 抗过敏作用, 从而改善免疫功能; 麻黄含麻黄碱及麻黄挥发油有抑制白三稀、组胺等免疫介质的作用, 同时还有间接发挥拟肾上腺功效达到平喘止咳功效, 蝉蜕对非特异性免疫有一定的抑制作用。

本观察提示, 总有效率治疗组 86.67%, 对照组 68.89%, 2 组比较, 差异有统计学意义($P < 0.05$)。临床控制患者咳嗽平均缓解时间治疗组与对照组比较, 差异有统计学意义($P < 0.05$)。表明温肾宣肺颗粒治疗肾阳虚咳嗽变异性哮喘疗效确切, 可能与该方有较好的抗炎抗过敏作用有关。

[参考文献]

- [1] 中华医学会呼吸系病学会. 支气管哮喘防治指南[J]. 中华结核和呼吸杂志, 1997, 20(5): 261-267.
- [2] 中药新药临床研究指导原则(试行)[M]. 北京: 中国医药科技出版社, 2002.
- [3] 罗社文, 李友林. 咳嗽变异性哮喘中医证型的初步探讨[J]. 中华中医药杂志, 2007, 22(10): 2708.

(责任编辑: 马力)

苦参素注射液联合中药灌肠治疗溃疡性结肠炎临床观察

邱慧卿¹, 徐建光²

1. 衢州市第二人民医院消化内科, 浙江 衢州 324000; 2. 衢州市人民医院消化内科, 浙江 衢州 324000

[摘要] 目的: 观察在服用美沙拉嗪肠溶片治疗基础上, 采用苦参素注射液联合中药灌肠治疗溃疡性结肠炎的疗效及对患者免疫功能的影响。方法: 选择 166 例溃疡性结肠炎患者作为研究对象, 随机分成 2 组各 83 例。对照组单纯服用美沙拉嗪肠溶片治疗, 观察组在对照组治疗的基础上肌肉注射苦参素注射液, 并配合中药灌肠治疗。2 组均治疗 6 周。观察症状评分、疾病活动指数 (DAI 指数)、炎症指标和免疫功能指标。结果: 观察组总有效率为 91.57%, 高于对照组的总有效率 78.31%, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。治疗后, 观察组症状评分和 DAI 指数均低于对照组, 差异均有统计学意义 ($P < 0.01$); 观察组肿瘤细胞坏死因子- α (TNF- α)、白细胞介素-6 (IL-6)、白细胞介素-8 (IL-8)、IgA、IgG、IgM 水平均低于对照组, 差异均有统计学意义 ($P < 0.01$)。结论: 在服用美沙拉嗪肠溶片治疗基础上, 采用苦参素注射液联合中药灌肠治疗溃疡性结肠炎能够有效改善患者的症状, 减轻炎症反应, 调节机体的免疫功能。

[关键词] 溃疡性结肠炎; 中西医结合疗法; 中药灌肠; 美沙拉嗪肠溶片; 苦参素注射液; 炎症反应; 免疫功能

[中图分类号] R574.62 **[文献标志码]** A **[文章编号]** 0256-7415 (2015) 11-0069-03

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2015.11.032

[收稿日期] 2015-06-21

[基金项目] 浙江省医药卫生科技计划项目 (2012KYB232)

[作者简介] 邱慧卿 (1976-), 女, 主治医师, 研究方向: 消化内科。

溃疡性结肠炎的病变区域主要集中在大肠黏膜和黏膜下层, 早期患者会出现便血、腹痛、消瘦的症状体征, 严重影响患者的生活质量。伴随着疾病的恶化还会引起大出血、肠穿孔等并发症, 甚至会诱发癌变。近年来随着中医治疗广泛应用, 使中西医结合疗法成为临床治疗疾病的重要手段。在本研究中, 笔者采用苦参素注射液联合中药灌肠治疗溃疡性结肠炎, 取得较佳疗效。现报道如下。

1 临床资料

选择 2012 年 1 月—2014 年 12 月在衢州市第二人民医院及衢州市人民医院就诊的 166 例溃疡性结肠炎患者作为研究对象, 年龄 21~65 岁。采用随机数字表法分成对照组和观察组各 83 例。对照组男 44 例, 女 39 例; 年龄(40.9±7.5)岁; 病变部位: 左半结肠 37 例, 右半结肠 20 例, 全结肠 26 例。观察组男 43 例, 女 40 例; 年龄(41.2±7.9)岁; 病变部位: 左半结肠 35 例, 右半结肠 21 例, 全结肠 27 例。2 组性别、年龄、病变部位等一般资料比较, 差异均无统计学意义(P>0.05), 具有可比性。

2 治疗方法

2.1 对照组 单纯服用美沙拉嗪肠溶片(葵花药业集团佳木斯鹿灵制药有限公司)治疗, 每天 4 次, 每次 1 g。3 周为 1 疗程, 连续观察 2 疗程。

2.2 观察组 在对照组治疗的基础上给予苦参素注射液联合中药灌肠治疗。措施如下: 肌肉注射苦参素注射液(江苏苏中药业集团股份有限公司), 每天 1 次, 每次 400~600 mg。灌肠液由衢州市第二人民医院及衢州市人民医院药剂科配制, 配方为延胡索、败酱草各 10 g, 牡丹皮 15 g, 紫花地丁、红藤各 20 g, 将灌肠液预热至 30℃后保留灌肠, 每次 100 mL, 在 15 min 内灌肠完毕, 每天 2 次。3 周为 1 疗程, 连续观察 2 疗程。

3 观察指标与统计学方法

3.1 观察指标 (1)对比治疗前及治疗 6 周后, 2 组患者的症状评分和疾病活动指数(DAI 指数)。症状评分标准^[1]: 腹泻: 无: 记 0 分; 腹泻每天≤4 次: 记 2 分; 腹泻每天 5~7 次: 记 4 分; 腹泻每天≥8 次: 记 6 分。黏液脓血便: 无: 记 0 分; 黏液便, 少量脓血: 记 2 分; 脓血便为主: 记 4 分; 全部为脓血便或便血: 记 6 分。腹痛: 无: 记 0 分; 腹痛轻微、隐痛、偶发: 记 2 分; 腹痛每天发作数次: 记 4 分; 腹痛剧烈, 反复发作: 记 6 分。里急后重、肛门灼热、发热、口干口苦、大便臭秽: 无: 记 0 分; 有: 记 1 分。食少纳呆: 无: 记 0 分; 食量减少 1/4: 记 1 分; 食量减少 1/3: 记 2 分; 食量减少 1/2: 记 3 分。DAI 主要综合大便形状、出血情况、体重指数情况后得出分值, DAI 指数越低, 表明患者症状越轻。(2)炎症指标^[2]: 观察治疗前后 2 组患者的肿瘤坏死因子-α(TNF-α)、白细胞介素-6(IL-6)、白细胞介素-8(IL-8)水平的变化, 通过 ELISA 法测定。(3)免疫功能^[3]: 观察治疗前

后 2 组患者的免疫功能指标 IgA、IgG、IgM 水平的变化, 用免疫化学比浊法测定。

3.2 统计学方法 采用 SPSS13.0 统计学软件处理数据。计量资料以($\bar{x} \pm s$)表示, 采用 U 检验; 计数资料采用 χ^2 检验。

4 疗效标准与治疗结果

4.1 疗效标准 参考文献[4]拟定疗效标准。痊愈: 便血、腹痛、消瘦的症状体征消失, 大肠黏膜和黏膜下层的病变消失。有效: 便血、腹痛、消瘦的症状体征改善, 大肠黏膜和黏膜下层的病变缓解。无效: 患者的症状体征、黏膜病变未见明显变化。

4.2 2 组疗效比较 见表 1。观察组总有效率为 91.57%, 高于对照组的总有效率 78.31%, 差异有统计学意义($\chi^2=5.698, P<0.05$)。

组别	n	例数			总有效例(%)
		痊愈	有效	无效	
对照组	83	36(43.37)	29(34.94)	18(21.69)	65(78.31)
观察组	83	50(60.24)	26(31.33)	7(8.43)	76(91.57)
χ^2 值		4.729	0.245	5.698	5.698
P		<0.05	>0.05	<0.05	<0.05

4.3 2 组治疗前后症状评分和 DAI 指数比较 见表 2。治疗后, 2 组症状评分与 DAI 指数均较治疗前降低, 差异均有统计学意义(P<0.01)。观察组症状评分和 DAI 指数均低于对照组, 差异均有统计学意义(P<0.01)。

表 2 2 组治疗前后症状评分和 DAI 指数比较($\bar{x} \pm s, n=83$) 分

组别	症状评分		DAI 指数	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组	10.73±2.94	6.55±2.18	9.80±2.34	4.74±1.50
观察组	10.66±2.87	4.09±1.22	9.79±2.27	3.06±1.22

与治疗前比较, ①P<0.01; 与对照组治疗后比较, ②P<0.01

4.4 2 组治疗前后炎症指标比较 见表 3。治疗后, 2 组 TNF-α、IL-6、IL-8 均较治疗前降低, 差异均有统计学意义(P<0.01); 观察组各指标水平均低于对照组, 差异均有统计学意义(P<0.01)。

表 3 2 组治疗前后炎症指标比较($\bar{x} \pm s, n=83$) pg/mL

组别	TNF-α		IL-6		IL-8	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组	108.2±19.1	101.6±15.0	153.8±32.5	120.3±28.6	117.9±24.5	60.5±14.8
观察组	104.7±18.7	83.2±12.6	152.6±33.7	81.9±20.2	118.2±25.7	37.7±11.6

与治疗前比较, ①P<0.01; 与对照组治疗后比较, ②P<0.01

4.5 2 组治疗前后免疫功能指标比较 见表 4。治疗后, 2 组

免疫功能指标 IgA、IgG、IgM 水平均较治疗前降低, 差异均有统计学意义($P < 0.01$); 观察组各指标水平均低于对照组, 差异均有统计学意义($P < 0.01$)。

表 4 2 组治疗前后免疫功能指标比较($\bar{x} \pm s, n=83$) g/L

组别	IgA		IgG		IgM	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组	3.31±0.64	2.43±0.44	15.12±3.38	13.52±2.95	2.73±0.52	2.05±0.41
观察组	3.28±0.62	1.52±0.37	15.73±3.42	8.16±2.01	2.76±0.50	1.25±0.22

与治疗前比较, ① $P < 0.01$; 与对照组治疗后比较, ② $P < 0.01$

5 讨论

溃疡性结肠炎的病因十分复杂, 主要认为溃疡性结肠炎的发生与免疫、感染、精神等因素有关, 中医药治疗溃疡性结肠炎具有鲜明的特色和优势。研究表明, 溃疡性结肠炎患者普遍存在明显的炎症反应。炎症反应也是溃疡性结肠炎发生、发展的关键性因素之一^[6]。美沙拉嗪可消灭机体的病原微生物, 平衡机体菌群, 减轻肠黏膜的炎症反应, 并且具有修复肠道黏膜的作用^[6], 但是单纯应用美沙拉嗪治疗溃疡性结肠炎的效果并不理想。选择灌肠治疗的方式能够提高药物的吸收, 增强治疗效果, 同时还有利于周围血管的血液循环, 是治疗溃疡性结肠炎十分常用的手段之一^[7]。中药灌肠用于治疗溃疡性结肠炎具有作用直接、起效快、局部药物浓度较高, 能迅速起到消炎、止血、促进溃疡愈合的作用。本次研究结果显示, 观察组的总有效率高于对照组, 提示苦参素注射液联合中药灌肠治疗溃疡性结肠炎疗效显著。

研究发现, 溃疡性结肠炎患者机体的核因子 κB (NF- κB) 活性上升, 进而促进 TNF- α 、IL-6、IL-8 等炎性介质的释放, 从而引起炎症反应^[8]。同时研究发现免疫反应异常、免疫调节功能受损也是诱发溃疡性结肠炎的重要因素^[9], 并且免疫功能低下的状态也会影响治疗效果。本研究结果显示, 观察组的 TNF- α 、IL-6、IL-8 水平均低于对照组, 且观察组患者的免疫功能指标 IgA、IgG、IgM 水平也均低于对照组, 提示苦参素注射液联合中药灌肠治疗溃疡性结肠炎能够显著减轻患者的炎症反应, 调节患者的免疫功能。笔者推测这可能是因为苦参素注射液的有效成分为苦参素, 提取自中药苦参, 其具有缓解肠黏膜充血水肿、促进溃疡愈合的功效^[10], 从而有效改善患者的症状体征、加快患者的康复速度。研究发现, 苦参素可以下调 I κ B- α 蛋白水平, 降低 NF- κB 的活性^[11], 有效抑制了 TNF- α 、IL-6、IL-8 等炎性介质的分泌, 很大程度上减轻溃疡性结肠炎患者的局部炎症反应, 起到治疗溃疡性结肠炎的功效^[12]。本研究结果显示, 观察组的症状评分和 DAI 指数均低于对照组, 提示苦参素注射液联合中药灌肠治疗溃疡性结肠炎能

够有效缓解患者的症状、稳定患者的病情。

[参考文献]

- [1] 朱明, 杨红, 张毅, 等. 美沙拉嗪联合金双歧治疗溃疡性结肠炎的临床疗效观察[J]. 实用临床医药杂志, 2013, 17(9): 114-115, 118.
- [2] 邓冰湘, 邓天好. 溃消号方对溃疡性结肠炎患者血清细胞因子 TNF- α 、IL-6、IL-8 的影响[J]. 湖南中医杂志, 2013, 29(11): 38-39, 46.
- [3] 周燕, 费建平, 李保良. 乌梅丸汤剂联合柳氮磺胺吡啶对溃疡性结肠炎患者细胞免疫功能的影响[J]. 中成药, 2013, 35(12): 2760-2761.
- [4] 魏国丽, 郑学宝, 周宇, 等. 参苓白术散联合美沙拉嗪治疗脾胃气虚型溃疡性结肠炎疗效及其对血清 IL-17、TNF- α 及 IL-23 水平的影响[J]. 广东医学, 2013, 34(1): 143-145.
- [5] 陈国栋, 刘玉兰. 老年人溃疡性结肠炎患者临床分析[J]. 中华老年医学杂志, 2014, 33(4): 397-399.
- [6] Vegter S, Tolley K, Wilson Waterworth T, et al. Meta-analysis using individual patient data: efficacy and durability of topical alicaforsen for the treatment of active ulcerative colitis [J]. Aliment Pharmacol Ther, 2013, 38(3): 284-293.
- [7] 吕生辉, 冯德魁. 化毒愈疡方保留灌肠治疗轻、中度溃疡性结肠炎 43 例[J]. 中国实验方剂学杂志, 2015, 21(2): 217-222.
- [8] 黄夺夏, 陆翠钦, 何张平. 美沙拉嗪与康复新液联合治疗老年溃疡性结肠炎的疗效及对血清炎症细胞因子、凝血指标的影响[J]. 中国老年学杂志, 2013, 33(15): 3769-3770.
- [9] 解春静, 庄彦华, 栾雨茏. 溃疡性结肠炎发病机制中免疫因素的研究进展[J]. 细胞与分子免疫学杂志, 2013, 29(8): 889-892.
- [10] FAN Heng, LIAO Yi, TANG Qing, et al. Role of $\beta 2$ -adrenoceptor- β -arrestin2-nuclear factor- κB signal transduction pathway and intervention effects of oxymatrine in ulcerative colitis [J]. Chinese Journal of Integrative Medicine, 2012, 18(7): 514-521.
- [11] 唐庆, 范恒, 寿折星, 等. 苦参素注射液对实验性结肠炎大鼠结肠黏膜保护机制的研究[J]. 中国中药杂志, 2012, 37(12): 1814-1817.
- [12] 杜延, 侯惠芳. 苦参素注射液灌肠治疗溃疡性结肠炎 68 例临床观察[J]. 中国医药导报, 2010, 7(4): 75, 78.

(责任编辑: 吴凌)