

- 性乙型肝炎防治指南(2010 年版)[J]. 2011, 16(1): 4- 5.
- [3] 吴熙, 于学忠. 降钙素原[J]. 中国医学科学院学报, 2008, 30(2): 231- 235.
- [4] 冯崇廉. 邓铁涛治疗肝硬化经验[J]. 中国医药学报, 2002, 17(11): 692.
- [5] 严峻峻, 刘小斌. 邓铁涛教授治疗肝硬化验案 1 则[J]. 新中医, 2002, 34(3): 20.
- [6] 李海燕, 董礼阳, 杨景云. 四君子汤对急性肝损伤伴发菌群失调及内毒素血症的保护作用[J]. 中国微生态学杂志, 2005, 17(2): 100- 101.
- [7] 韩涛, 王宝恩, 钱绍诚, 等. 黄芪对肝星状细胞胶原降解基因表达的影响[J]. 天津医科大学学报, 2003, 9(2): 159- 161.

(责任编辑: 骆欢欢)

中西药联用治疗溃疡性结肠炎疗效及对炎症因子的影响

林坚

杭州上城区清波望江社区卫生服务中心, 浙江 杭州 310002

[摘要] 目的: 观察健脾利湿方中药联合双歧三联活菌胶囊治疗溃疡性结肠炎的疗效, 及对患者炎症因子的影响。方法: 将确诊为溃疡性结肠炎的患者 55 例, 随机分为治疗组 30 例和对照组 25 例, 治疗组给予健脾利湿方中药结合双歧三联活菌胶囊治疗, 对照组只给予双歧三联活菌胶囊治疗。观察 2 组患者连续给药 30 天后的临床疗效、临床症状评分, 测定炎症因子肿瘤坏死因子- α (TNF- α)、白细胞介素 (IL)-8 和炎症抑制因子 IL-10 的含量。结果: 临床疗效总有效率治疗组为 83.33%, 对照组为 68.00%, 2 组总有效率比较, 差异有显著性意义 ($P < 0.05$)。治疗后, 2 组患者临床症状总评分均较治疗前降低, 差异均有非常显著性意义 ($P < 0.01$)。2 组治疗后临床症状总评分比较, 治疗组低于对照组, 差异有非常显著性意义 ($P < 0.01$)。治疗后, 2 组 TNF- α 、IL-8 含量较治疗前下降显著, IL-10 含量较治疗前升高, 差异均有显著性意义 ($P < 0.05$); 治疗后 2 组 3 项指标分别比较, 差异均有显著性意义 ($P < 0.05$)。结论: 健脾利湿方中药联合双歧三联活菌胶囊治疗溃疡性结肠炎疗效确定, 并能影响患者体内炎症因子的水平。

[关键词] 溃疡性结肠炎; 炎症因子; 中西医结合疗法; 健脾利湿方; 双歧三联活菌胶囊

[中图分类号] R574.62 **[文献标识码]** A **[文章编号]** 0256-7415 (2014) 04-0066-03

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2014.04.028

目前认为溃疡性结肠炎属于自身免疫性疾病, 该疾患发病病因与免疫、感染、环境、精神等多种因素密切相关, 该疾患的具体发病机制还未明确。该疾患病程迁延难愈, 且治疗手段缺乏统一规范和特异性疗法。许多研究表明, 炎症细胞因子在溃疡性结肠炎的发生发展中起到重要作用, 炎症细胞因子与炎症抑制性介质间的平衡失调促进了肠黏膜的炎症发生, 并促使肠道炎症慢性化发展。就此, 笔者观察健脾利湿方

中药联合双歧三联活菌胶囊治疗溃疡性结肠炎的临床疗效, 以及对炎症因子肿瘤坏死因子- α (TNF- α)、白细胞介素 (IL)-8 与炎症抑制因子 IL-10 含量的影响, 现总结如下。

1 临床资料

1.1 诊断标准 参照《溃疡性结肠炎的诊断及疗效标准》^[1]中溃疡性结肠炎诊断标准及 Jones 标准^[2]诊断为活动期溃疡性结肠炎。

[收稿日期] 2013-11-03

[作者简介] 林坚 (1971-), 男, 副主任医师, 主要从事全科医学工作。

1.2 中医辨证标准 参照《溃疡性结肠炎中西医结合诊疗指南(草案)》^[9]进行中医辨证,辨为脾虚湿盛证。主要表现:面色萎黄无华,肢体倦怠,乏力,腹泻反复发作,病程较长,稍有饮食不慎或多进油腻食物则脘闷,腹胀不适,大便时溏或次数明显增多,可夹杂未消化食物,舌淡、苔薄,脉濡缓而弱。

1.3 纳入标准 符合诊断标准和中医辨证标准;粪检未发现病原体,结肠镜检查及钡剂灌肠显示结肠炎性病变,或伴溃疡形成;年龄 25~60 岁;签署知情同意书。

1.4 排除标准 有急性肠扩张、穿孔、出血、肠梗阻、癌变等严重并发症的患者;哺乳期妇女;有心血管、肝、肾等其他器质性疾病的患者和不能坚持完成本临床观察者。

1.5 一般资料 收集 2012 年 5 月~2013 年 4 月在本中心就诊的溃疡性结肠炎患者,共 55 例,年龄 29~55 岁。将患者按就诊顺序随机分为治疗组和对照组。治疗组 30 例,男 19 例,女 11 例;平均年龄(44.1±10.3)岁;便血 12 例。对照组 25 例,男 14 例,女 11 例;平均年龄(42.7±9.5)岁;便血 11 例。2 组年龄、性别和病情情况比较,差异均无显著性意义($P > 0.05$)。

2 治疗方法

2.1 治疗组 采用健脾利湿中药复方,处方:薏苡仁 30 g,扁豆、茵陈各 20 g,党参 15 g,土茯苓、茯苓、白术、泽泻、姜黄、白芍各 12 g。便血者加槐花 12 g,腹胀明显者加厚朴、枳壳各 12 g,腹痛明显者加延胡索 20 g。上述中药复方每天 1 剂,常规水煎制备,每次 100 mL,每天 2 次,口服;在服用中药同时,给予双歧三联活菌胶囊(上海信谊药厂有限公司生产,批号:20120122,每粒 0.21 g),每次 2 粒,每天 3 次,口服。

2.2 对照组 只给予双歧三联活菌胶囊,每次 2 粒,每天 3 次,口服。

2 组分别连续给药 30 天。

3 观察指标与统计学方法

3.1 观察指标 在治疗前后,根据患者症状和结肠镜检查检测结果,按正常、轻度、中度和重度记为 0、1、2、3 分,计算各组患者的临床症状评分总分值。治疗前后应用放射免疫分析方法分别测定炎症因子 TNF- α 、IL-8 和炎性抑制因子 IL-10 的水平。

3.2 统计学方法 采用 SPSS17.0 统计分析软件,计量资料采用 t 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^[9]确定本临床观察的疗效评价标准。治愈:症状消失,结肠镜检查示肠黏膜恢复正常;显效:症状基本消失,肠黏膜轻度炎症及部分假息肉形成;有效:症状好转,肠黏膜病变有所好转;无效:症状及结肠镜检查均无改善。

4.2 2 组临床疗效比较 见表 1。总有效率治疗组为 83.33%,对照组为 68.00%,2 组总有效率比较,差异有显著性意义($P < 0.05$),由此提示治疗组用药对溃疡性结肠炎疗效确切。

组别	n	例(%)				总有效率(%)
		治愈	显效	有效	无效	
治疗组	30	5(16.67)	12(40.0)	8(26.67)	5(16.67)	83.33 ^①
对照组	25	3(12.00)	8(32.00)	6(24.00)	8(32.00)	68.00

与对照组比较,① $P < 0.01$

4.3 2 组临床症状总评分比较 见表 2。治疗后,2 组临床症状总评分均较治疗前降低,差异均有非常显著性意义($P < 0.01$)。2 组治疗后临床症状总评分比较,治疗组低于对照组,差异有非常显著性意义($P < 0.01$)。

组别	n	分	
		治疗前	治疗后
治疗组	30	65.1±5.3	22.3±5.1 ^①
对照组	25	67.3±4.8	29.8±6.5 ^②

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

4.4 2 组治疗前后 TNF- α 、IL-8、IL-10 含量比较 见表 3。治疗前 2 组 TNF- α 、IL-8、IL-10 含量组间比较,差异均无显著性意义($P > 0.05$)。治疗后,2 组 TNF- α 、IL-8 含量较治疗前下降显著,差异均有显著性意义($P < 0.05$),且治疗后 2 组间比较,差异亦有显著性意义($P < 0.05$)。2 组 IL-10 含量较治疗前升高,差异均有显著性意义($P < 0.05$),治疗后 2 组组间比较,差异有显著性意义($P < 0.05$)。

5 讨论

溃疡性结肠炎是消化内科的常见、疑难病之一,该疾患的病因及发病机制尚未明确。目前认为和遗传易感性、免疫调节紊乱、感染及环境等因素有关^[9]。

表 3 2 组治疗前后 TNF- α 、IL-8、IL-10 含量比较($\bar{x} \pm s$)

组别	n	TNF- α (pg/L)		IL-8 (ng/L)		IL-10 (ng/L)	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
治疗组	30	127 \pm 16	38 \pm 11 ^①	371 \pm 33	171 \pm 41 ^①	163 \pm 29	297 \pm 38 ^①
对照组	25	132 \pm 15	77 \pm 23 ^②	322 \pm 41	221 \pm 39 ^②	172 \pm 23	212 \pm 25 ^②

与治疗前比较, ① $P < 0.05$; 与对照组治疗后比较, ② $P < 0.05$

中医学认为溃疡性结肠炎多可归属于休息痢、久痢和肠癖等范畴, 其发病多因外感时邪、饮食不节、情志内伤、素体脾肾不足所致, 基本病机在于体内气滞、湿热、血瘀、痰浊等夹杂, 湿热蕴肠, 气滞络瘀, 脾虚失健为主要发病基础; 病位在大肠, 涉及脾、肝、肾、肺。本病为本虚标实之证, 活动期以标实为主, 主要表现为湿热蕴肠, 气血不调, 缓解期属本虚标实, 主要表现为正虚邪恋, 运化失健。根据本病临床特点, 中医辨证分型常分为大肠湿热证、脾虚湿蕴证、寒热错杂证、肝郁脾虚证、脾肾阳虚证等^[4]。

溃疡性结肠炎是一种全身性免疫性疾病, 存在着细胞因子网络功能紊乱。炎症细胞因子异常增多或抗炎细胞因子异常减少均可促进肠黏膜炎症的变化, 而持久的免疫调节失衡则促使炎症趋于慢性化。炎症因子 IL-8 是一种中性粒细胞趋化因子和活化因子, 主要由单核细胞、内皮细胞、表皮细胞及 T 淋巴细胞在 TNF- α 和外源性因子脂多糖的刺激下产生, 主要的生物学作用是趋化并激活中性粒细胞, 促进中性粒细胞的纤溶酶活性和吞噬作用, 对嗜碱性粒细胞和 T 淋巴细胞有一定的趋化作用; 炎症因子 IL-10 由 Th2 细胞分泌, 是一种抗炎性细胞因子, 有免疫调节和抗炎性作用, 能下调活化的单核细胞和巨噬细胞分泌 TNF- α 、IL-8 等, 在肠道免疫作用明确^[5]。

双歧三联活菌胶囊由双歧杆菌、嗜酸乳酸杆菌、粪链球菌 3 种人体肠道固有菌群组成, 用于治疗肠道菌群失调症、慢性腹泻、腹胀等。就本临床观察而言, 是以溃疡性结肠炎的病机特点为根本, 联合采用

健脾利湿方剂^[6], 其中党参具有益气健脾的功效, 扁豆、薏苡仁、茯苓、白术和土茯苓具有健脾行气化湿作用, 佐以茵陈、泽泻增强化湿作用; 白芍养肝阴, 调肝气, 缓急止痛; 姜黄行气止痛。全方共奏健脾利湿、行气止痛之功效。本研究观察结果表明, 中药联合应用能有效抑制溃疡性结肠炎患者血清中 IL-8、TNF- α 含量, 提升 IL-10 含量, 研究结果与文献^[7]报道结论基本一致, 也提示 IL-8、IL-10 和 TNF- α 均参与溃疡性结肠炎的发病机制; 由此也说明健脾化湿方对溃疡性结肠炎的增效途径是通过影响患者体内的炎症因子水平达到的, 有关中医辨证不同分型患者与炎症细胞因子水平的关系等具体机制还有待今后进一步深入研究。

[参考文献]

- [1] 全国慢性非感染性肠道疾病学术研讨会. 溃疡性结肠炎的诊断及疗效标准[J]. 中华消化杂志, 1993, 13(6): 354.
- [2] 中华医学会消化病学分会炎症性肠病协作组. 对我国炎症性肠病诊断治疗规范的共识意见(2007年, 济南)[J]. 中华消化杂志, 2007, 27(8): 545-550.
- [3] 中国中西医结合学会消化系统疾病专业委员会. 溃疡性结肠炎中西医结合诊疗指南(草案)[J]. 中国中西医结合消化杂志, 2011, 19(1): 61-65.
- [4] 中华中医药学会脾胃病分会. 溃疡性结肠炎中医诊疗共识意见[J]. 中华中医药杂志, 2010, 25(6): 891-895.
- [5] Weaver KD, Grossman SA, Herman JG. Methylated tumor-specific DNA as a plasma biomarker in patients with glioma[J]. Cancer Invest, 2006, 24(1): 35-40.
- [6] 王新月, 田德禄. 溃疡性结肠炎病因病理特点与中医辨治思路对策[J]. 北京中医药大学学报, 2007, 30(8): 554-555, 559.
- [7] 贾长河, 许泼实, 康谊. 溃疡性结肠炎患者血清 IL-8、IL-10、TNF- α 的水平及临床意义[J]. 中华实用诊断与治疗杂志, 2008, 22(8): 574-575, 578.

(责任编辑: 刘淑婷, 吴凌)