

中药联合肠外营养治疗溃疡性结肠炎疗效以及对炎症因子的影响

王采

新疆维吾尔自治区中医医院, 中国·新疆 乌鲁木齐 830000

【摘要】目的: 探讨中药联合肠外营养治疗溃疡性结肠炎疗效以及对炎症因子的影响。方法: 前瞻性纳入在本院治疗的溃疡性结肠炎患者共100例, 按随机数字表法分为对照组和研究组, 采用t检验或 χ^2 检验比较两组患者基线临床资料, χ^2 检验比较两组患者治疗效果, 治疗前、后两组患者血清炎症因子水平组内比较采用配对t检验, 组间比较采用成组t检验。结果: 研究共纳入在本院治疗的溃疡性结肠炎患者共100例, 分为对照组50例(50.0%)和研究组50例(50.0%), 入组患者平均年龄为(47.8±13.9)岁, 男性19例(19.0%), 女性71例(71.0%), 两组患者一般临床资料比较显示, 两组患者年龄、性别、体重指数、病程、既往复发史、病变范围以及疾病严重程度组间比较差异均无统计学意义, 研究组治疗总有效率为80%(40/50)明显高于对照组的50%(25/50), 两组治疗后以上血清炎症因子水平较治疗前具有明显下降(215.3±31.5vs467.5±41.6; 31.2±12.1vs57.3±15.1; 412.4±34.8vs849.6±61.4; 17.2±6.4vs34.7±9.5; 均P<0.05), 并且研究组治疗后以上血清炎症因子水平明显低于同一时间点的对照组(215.3±31.5vs365.4±27.2; 31.2±12.1vs43.4±13.5; 412.4±34.8vs612.5±60.6; 17.2±6.4vs28.5±9.2; 均P<0.05)。结论: 参苓白术散联合肠外营养治疗明显降低溃疡性结肠炎患者血清炎症因子水平, 临床疗效优于常规治疗。

【关键词】中药; 肠外营养; 溃疡性结肠炎; 炎症因子

溃疡性结肠炎(ulcerative colitis, UC)属于消化内科常见疾病, 主要是指患者结肠与直肠出现慢性非特异性炎症, 范围可能局限在大肠黏膜及黏膜下层, 若未及时采取有效治疗, 病情逐渐发展至重度, 病灶可能迁延至降结肠, 甚至整个结肠, 严重危害患者生命安全和身体健康^[1-2]。溃疡性结肠炎是一种不明原因的以大肠黏膜及黏膜下层炎性反应为特点的病变, 疾病病程较长, 且具有反复发作的特点, 治疗难度较大, 相关文献报道溃疡性结肠炎属中医“肠癖”、“疾痢”、“便血”等范畴, 可能与患者自身营养不良、水电解质及酸碱紊乱有关, 因此临床治疗应以营养支持以及脾胃气虚为主。本研究旨在探讨参苓白术散与肠外营养联合治疗溃疡性结肠炎的临床疗效及对血清炎症因子IL-17、TNF- α 、IL-23和血沉的影响, 以期对溃疡性结肠炎治疗提供新的思路, 现报道如下。

1 资料与方法

1.1 研究对象

前瞻性纳入2019年1月至2020年6月在我院接受治疗的溃疡性结肠炎患者100例, 临床资料完整。纳入标准: 既往明确诊断为溃疡性结肠炎, 在我院接受治疗。排除标准: 感染性结肠炎及克罗恩病、缺血性肠炎、放射性肠炎患者; 结肠癌、直肠癌患者; 妊娠或哺乳期妇女; 过敏体质或对本研究所用药物有过敏史者; 存在较为严重的并发症如局部狭窄、梗阻、穿孔、中毒性巨结肠、感染性休克等; 有严重的系统性疾病患者。

1.2 研究方法

治疗药物及方法对照组予美沙拉嗪口服, 1.0g/次, 4次/d。研究组在对照组基础上加服参苓白术散(由人参、白术、山药、薏仁等组成), 6.0g/次, 3次/d。疗程12周, 同时联合全肠外营养治疗, 取用450g葡萄糖、500mL复方氨基酸, 将氮与非蛋白质热量比例设置为1:10, 补液按照30~50mL/(kg·d)剂量进行周围静脉输注。治疗期间忌食辛辣刺激、生冷油腻、难消化食物。

临床疗效判断完全缓解: 临床症状消失, 大便次数 \leq 2次/d, 粪便无红、白细胞。基本缓解: 临床症状基本消失, 大便次数2~4次/d, 大便成形, 大便红、白细胞均 $<$ 10个/高倍镜。无效: 经治疗后临床症状、大便常规检查无改变。

1.3 统计学分析

采用SPSS25.0统计学软件对数据进行分析, 正态分布计量资

料以(均数±标准差)表示, 两组间比较采用两独立样本t检验, 计数资料以率或构成比表示, 组间比较采用 χ^2 检验或Fisher精确检验, 采用t检验或 χ^2 检验比较两组患者基线临床资料, χ^2 检验比较两组患者治疗效果, 治疗前、后两组患者血清炎症因子水平组内比较采用配对t检验, 组间比较采用成组t检验, P<0.05差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者一般临床资料比较

研究共纳入在本院治疗的溃疡性结肠炎患者共100例, 分为对照组50例(50.0%)和研究组50例(50.0%), 入组患者平均年龄为(47.8±13.9)岁, 男性19例(19.0%), 女性71例(71.0%), 两组患者一般临床资料比较显示, 两组患者年龄、性别、体重指数、病程、既往复发史、病变范围以及疾病严重程度组间比较差异均无统计学意义, P>0.05, 见表1。

2.2 两组患者治疗效果比较

结果显示, 研究组治疗总有效率为80%(40/50)明显高于对照组的50%(25/50), 差异具有统计学意义, P<0.05, 见表2。

2.3 两组患者治疗前后血清炎症因子水平比较

两组患者治疗前IL-17、TNF- α 、IL-23以及血沉的同一时间点组间比较, 均无显著性差异, P>0.05, 两组治疗后以上血清炎症因子水平较治疗前具有明显下降(215.3±31.5vs467.5±41.6; 31.2±12.1vs57.3±15.1; 412.4±34.8vs849.6±61.4; 17.2±6.4vs34.7±9.5; 均P<0.05), 并且研究组治疗后以上血清炎症因

表1 两组患者一般临床资料比较

| 一般临床资料 | 研究组 (n=50例) | 对照组 (n=50例) | t/ χ^2 值 | P值 |
|--------------------------|----------------|----------------|---------------|-------|
| 年龄(岁) | 47.4±12.2 | 47.9±15.3 | 1.234 | 0.185 |
| 性别(男/女) | 10/40 | 9/41 | 0.913 | 0.317 |
| 体重指数(kg/m ²) | 22.5±3.2 | 23.4±3.1 | 1.436 | 0.147 |
| 病程(年) | 4.6±2.1 | 4.8±3.2 | 0.837 | 0.394 |
| 既往复发史(是/否) | 21/29 | 20/30 | 1.134 | 0.167 |
| 病变范围(直肠乙状结肠/左半结肠/全结肠) | 25/15/10 | 24/16/10 | 1.017 | 0.098 |
| 疾病严重程度(轻度/中度/重度) | 20/23/7 | 18/25/7 | 0.878 | 0.368 |

子水平明显低于同一时间点的对照组(215.3 ± 31.5vs365.4 ± 27.2; 31.2 ± 12.1vs43.4 ± 13.5; 412.4 ± 34.8vs612.5 ± 60.6; 17.2 ± 6.4vs28.5 ± 9.2; 均P<0.05), 见表3。

表2 两组患者治疗效果比较

| 组别 | 例数(例) | 完全缓解 | 基本缓解 | 无效 | 总有效率(%) |
|------------|-------|------|------|----|---------|
| 研究组 | 50 | 17 | 23 | 10 | 80 |
| 对照组 | 50 | 10 | 15 | 25 | 50 |
| χ^2 值 | - | - | - | - | 5.237 |
| P值 | - | - | - | - | 0.017 |

表3 两组患者治疗前后血清炎症因子水平比较

| 组别 | 时间 | IL-17 (pg /mL) | TNF- α (ng /mL) | IL-23 (pg /mL) | 血沉 (mm/h) |
|----------------|-----|----------------------------|---------------------------|----------------------------|--------------------------|
| 对照组 (n=50例) | 治疗前 | 471.3 ± 32.4 | 56.2 ± 14.5 | 847.3 ± 56.5 | 33.5 ± 10.6 |
| | 治疗后 | 365.4 ± 27.2 ^a | 43.4 ± 13.5 ^a | 612.5 ± 60.6 ^a | 28.5 ± 9.2 ^a |
| 研究组 (n=50例) | 治疗前 | 467.5 ± 41.6 | 57.3 ± 15.1 | 849.6 ± 61.4 | 34.7 ± 9.5 |
| | 治疗后 | 215.3 ± 31.5 ^{ab} | 31.2 ± 12.1 ^{ab} | 412.4 ± 34.8 ^{ab} | 17.2 ± 6.4 ^{ab} |

注: 组内比较, aP<0.05; 组间比较, bP<0.05

3 讨论

目前我国溃疡性结肠炎发生率日趋增长, 患者临床症状主要以血性腹泻为主, 同时伴有便血、体重降低、腹痛、呕吐及里急后重等症状, 少数患者可能出现关节炎、肝功能异常以及皮肤病变等, 严重影响患者正常生活, 降低生活质量。由于溃疡性结肠炎发病因素较为复杂, 目前临床尚无特效治疗方式, 随着病情不断加重, 重度患者可能因水电解质及酸碱失衡等因素造成死亡, 直接危及患者生命安全。随着医疗技术不断完善, 常规治疗方式已无法获得满意效果, 临床认为采取全肠外营养效果明显, 能够为患者提供必需的营养支持, 提高患者机体免疫能力, 延缓病情发展。溃疡性结肠炎是由患者摄入不足导致营养不良, 甚至因缺少维生素而出现低蛋白血症、免疫能力降低等症状, 若未及时采取有效治疗, 患者可能产生负氮平衡, 增加病死率。因此, 临床不仅要采取针对性抗感染治疗, 同时应及时给患者补充足量的蛋白质及热量。另外, 随着中医水平不断发展与进步, 临床发现参

苓白术散治疗溃疡性结肠炎具有良好的效果, 参苓白术散由人参、白术、山药、薏苡仁等组成, 方中取四君子汤之意平补脾胃之气; 以白扁豆、薏苡仁、山药之甘淡, 莲子之性既可健脾, 又可渗湿而止泻; 砂仁芳香醒脾, 促中州运化, 通上下气机, 具有益气健脾、补脾益肺、大补元气及生津保肝等功效作用。中药现代药理研究也表明本方具有抗菌、镇痛、止泻、止血作用, 能有效抑制肠黏膜损伤, 增强机体清除自由基和抗氧化能力, 调节紊乱的免疫功能等作用。

本研究结果显示, 研究组治疗总有效率为80%(40/50)明显高于对照组的50%(25/50), 并且研究组治疗后血清炎症因子水平明显低于治疗前以及同一时间点的对照组。IL-17、TNF- α 、IL-23作为炎症介质, 介导了结肠黏膜的病理损伤, 从而诱发溃疡性结肠炎肠黏膜的炎症反应, 在溃疡性结肠炎发病机制中起到了重要的作用, IL-23可促进Th17细胞扩增和存活, 并分泌具有强大的募集和激活嗜中性粒细胞功能的IL-17, 在多种自身免疫性疾病和变应性疾病中发挥其免疫学效应。TNF- α 是由巨噬细胞/单核细胞活化产生的一种细胞因子, 在炎症反应、细胞免疫等病理生理过程中发挥关键作用, IL-23可诱导Th17发育并促进TNF- α 等炎性因子分泌为主的慢性炎症发生, 与溃疡性结肠炎肠黏膜损伤有关。本研究结果提示, 与常规治疗相比, 参苓白术散联合肠外营养治疗效果明显提升, 并且明显降低在溃疡性结肠炎发病机制中起重要作用的炎症因子(IL-17、TNF- α 、IL-23)水平, 临床疗效优于常规治疗。

综上所述, 参苓白术散联合肠外营养治疗明显降低溃疡性结肠炎患者血清炎症因子水平, 临床疗效优于常规治疗, 值得临床推广应用。

参考文献:

- [1]陈璐,周中银.溃疡性结肠炎发病机制的研究进展[J].疑难病杂志,2016,23(6):650-654.
- [2]李毅,刘艳,刘力.溃疡性结肠炎的中医辨证分型统计分析[J].中医药学报,2016,31(11):94-95.