

芍药汤合痛泻要方加减治疗慢性溃疡性结肠炎的临床效果

於海红

(河北省张家口市万全区医院肛肠科 河北张家口 076250)

摘要: 目的: 观察芍药汤合痛泻要方加减治疗慢性溃疡性结肠炎的临床效果。方法: 将 2021 年 5 月~2022 年 9 月我院收治的 74 例慢性溃疡性结肠炎患者纳入调研, 将其随机分为两组。组别包括对照组、研究组, 组内例数均为 37 例。治疗模式包括传统治疗、芍药汤合痛泻要方加减治疗。后期对调研数据予以正确评估, 观测上述治疗方案的最终成效。结果: 研究组治疗有效率、生活质量高于对照组, 不良反应发生率、血清炎性因子低于对照组 ($P < 0.05$)。结论: 在慢性溃疡性结肠炎患者中, 开展芍药汤合痛泻要方加减治疗后, 可明显增加临床治疗率, 减轻血清炎性因子水平, 降低不良反应发生率, 改善生活质量, 应用价值显著。

关键词: 芍药汤合痛泻要方加减治疗; 慢性溃疡性结肠炎; 治疗有效率

慢性溃疡性结肠炎是由于结肠、直肠发生慢性非特异性炎症而引起的病变, 属于终身复发性疾病^[1]。该病多发于西方国家, 但随着我国社会经济的飞速发展, 饮食结构逐渐趋向西方化, 导致慢性溃疡性结肠炎发病率显著升高。其临床表现为血性腹泻、腹痛、便血、里急后重等症状。该病临床表现轻重不一, 严重时会有中毒性巨结肠发生, 从而加重直肠、结肠癌变风险。目前, 临床多采用芍药汤合痛泻要方加减治疗慢性溃疡性结肠炎, 可起到综合调理作用, 有效改善患者临床症状, 治疗效果显著。本次调研将以 74 例慢性溃疡性结肠炎患者为调研目标, 观察芍药汤合痛泻要方加减治疗的效果, 现将情况报告如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料

对 74 例慢性溃疡性结肠炎患者研究分析, 将其随机分为两组, 37 例为对照组, 37 例为研究组, 本次调研目标的选取始于 2021 年 5 月, 截止到 2022 年 9 月。纳入标准: ①与慢性溃疡性结肠炎相关诊断要求一致^[2]; ②愿同意加入调研; ③行为逻辑正常者。排除标准: ①对治疗药物过敏者; ②重要脏器存在损伤; ③凝血功能异常。患者个人信息对比无明显差异, 有可比性 ($P > 0.05$), 能够继续本次调研。如表 1 所示。

表 1 患者常规信息比较 [n(%)]

类别	条目	研究组 (n=37)	对照组 (n=37)	χ^2/Z	P
性别	男	20 (54.05)	22 (59.46)	0.220*	> 0.05
	女	17 (45.95)	15 (40.54)		
年龄	30 岁及以下	5 (29.73)	7 (18.92)	0.357#	> 0.05
	31~50 岁	22 (59.46)	21 (56.76)		
	51 岁及以上	10 (27.03)	9 (24.32)		
肠道黏膜水	肿	22 (59.46)	24 (64.86)	0.832#	> 0.05
	充血				
乙状结肠镜检查结果	黏膜糜烂	6 (16.22)	5 (13.51)	0.832#	> 0.05
	点状出血	4 (10.81)	3 (8.11)		
	血管纹理不清	2 (5.41)	3 (8.11)		
	炎性增生	3 (8.11)	2 (5.41)		
学历	初中及以下	8 (21.62)	7 (18.92)	0.364#	> 0.05
	高中及大专 本科及以上	18 (48.65) 11 (29.73)	20 (54.05) 10 (27.03)		

注: *为 χ^2 值, #为 Z 值。

1.2 方法

对照组开展传统治疗, 即予以美沙拉嗪肠溶片(葵花药业集团

佳木斯鹿灵制药有限公司, 国药准字 H19980148) 治疗, 使用方式: 口服给药, 2 片/次, 3 次/天, 6 周为一个疗程。

研究组开展芍药汤合痛泻要方加减治疗, 药方组成: 炒白术、白芍各 25g, 木香 20g, 黄芩、枳壳、陈皮、炒莱菔子各 15g, 白头翁 12g, 地榆、防风、柴胡、槐花、甘草各 10g, 黄连 6g。根据患者症状进行加减治疗, 针对热毒入侵患者, 需加入黄柏、金银花用以清热止痛; 针对食滞患者, 需加入山楂用以消食健胃; 如痢下赤多白少, 或纯下血痢, 加丹皮、当归凉血和营; 上述药方需温水煎服用药, 取汁 200ml, 每天一剂, 分早中晚三次服用, 6 周为一个疗程。

1.3 观察指标

1.3.1 记录两组调研目标治疗有效率。包括临床症状改善: 患者治疗后体征以及临床症状消失; 临床症状缓解: 患者治疗后体征以及临床症状得到好转; 临床症状严重: 患者治疗后体征以及临床症状加剧。计算方式: (临床症状改善+临床症状缓解) / 总患者例数 $\times 100.00\%$ 。

1.3.2 记录两组调研目标生活质量。通过 SF-36 量表评测生活质量, 包括 6 个条目, 每个条目均为 100 分, 各条目中小于 30 分为极差, 31-60 分为差, 61-70 分为一般, 71-90 分为良好, 大于 90 分为优秀。

1.3.3 记录两组调研目标不良反应发生率。治疗后易诱发患者出现恶心、呕吐、头晕等, 计算方式: 不良反应发生人数/总患者例数 $\times 100.00\%$ 。

1.3.4 记录两组调研目标血清炎性因子。通过 ELISA 试剂盒评测血清炎性因子 IL-6、TNF- α ; 通过胶乳增强免疫比浊法评测血清炎性因子 hs-CRP。

1.4 统计学分析

运用 SPSS 24.0 软件处理调研数据, 计量资料用 ($\bar{x} \pm s$) 表示, 行 t 检验, 计数资料采用 (%) 表示, 并进行 χ^2 检验, 以 $P < 0.05$ 代表具有统计学意义。

2 结果

2.1 两组治疗有效率比较

经过对两组调研目标的相关评估数据进行总结后, 了解到研究组总治疗有效人数更多, 表现更佳。如表 2 所示。

表 2 两组治疗有效率比较 [n(%)]

组别	临床症状改善	临床症状缓解	临床症状严重	有效率
对照组 (n=37)	21 (56.76)	10 (27.03)	6 (16.22)	31 (83.78)
研究组 (n=37)	28 (75.68)	8 (21.62)	1 (2.70)	36 (97.30)
χ^2				3.945
P				< 0.05

2.2 两组生活质量比较

经过对两组调研目标的相关评估数据进行总结后,了解到治疗前两组无显著差异 (P>0.05); 治疗后研究组在生活质量方面表现更佳, 得分更高。如表 3 所示。

表 3 两组生活质量比较 [(x̄±s); 分]

组别	生理功能		社会功能		心理功能	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组	58.42 ± 5.60	71.23 ± 4.20	59.50 ± 4.42	72.49 ± 5.65	60.42 ± 5.37	70.50 ± 5.25
研究组	59.28 ± 5.32	81.84 ± 4.31	60.18 ± 4.69	81.53 ± 5.67	59.61 ± 5.44	81.37 ± 5.40
t	0.677	10.724	0.642	6.870	0.645	8.779
P	>0.05	<0.05	>0.05	<0.05	>0.05	<0.05

组别	躯体状况		精力		睡眠功能	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组	62.35 ± 3.82	71.42 ± 6.53	58.36 ± 4.21	72.32 ± 5.84	60.25 ± 5.61	71.25 ± 6.38
研究组	61.76 ± 4.34	81.24 ± 6.30	59.17 ± 4.35	83.62 ± 5.37	59.57 ± 5.54	82.27 ± 6.31
t	0.621	6.583	0.814	8.664	0.525	7.470
P	>0.05	<0.05	>0.05	<0.05	>0.05	<0.05

2.3 两组不良反应发生率比较

经过对两组调研目标的相关评估数据进行总结后,了解到研究组总不良反应人数更少, 表现更佳。如表 4 所示。

表 4 两组不良反应发生率比较 [n(%)]

组别	恶心	呕吐	头晕	发生率
对照组 (n=37)	3 (8.11)	2 (5.41)	2 (5.41)	7 (18.92)
研究组 (n=37)	0 (0.00)	0 (0.00)	1 (2.70)	1 (2.70)
χ ²				5.045
P				<0.05

2.4 两组血清炎症因子比较

经过对两组调研目标的相关评估数据进行总结后,了解到治疗前两组无显著差异 (P>0.05); 治疗后研究组在血清炎症因子方面表现更佳, 水平更低。如表 5 所示。

表 5 两组血清炎症因子比较 (x̄±s)

组别	IL-6 (ng/L)		TNF-α (ng/mL)		hs-CRP (mg/L)	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组 (n=37)	332.80 ± 36.40	228.56 ± 41.17	74.17 ± 7.63	49.31 ± 6.78	3.10 ± 0.58	1.84 ± 0.31
研究组 (n=37)	327.24 ± 47.32	106.20 ± 35.56	73.15 ± 8.42	35.83 ± 5.39	2.87 ± 0.65	1.15 ± 0.26
t	0.566	13.681	0.546	9.467	1.606	10.374
P	>0.05	<0.05	>0.05	<0.05	>0.05	<0.05

3 讨论

慢性溃疡性结肠炎是一种自身免疫病, 环境因素、遗传因素、肠道微生态因素、自身免疫因素等均能诱发慢性溃疡性结肠炎。该病作为消化内科常见病, 多发于青壮年群体, 男女发病无显著差异, 若不及时治疗会导致癌变几率增大, 严重威胁患者生命安全。现代

医学理论认为, 慢性溃疡性结肠炎的发病机制主要与肠道黏膜免疫系统失衡有关。慢性溃疡性结肠炎的发生对患者的肠道健康、日常生活以及精神层面均会产生较大影响, 应及时予以有效治疗。临床多采用传统治疗进行治疗, 但只能对患者的病情起到些微疗效, 长期服用还会产生抗药性, 且远期疗效欠佳。近几年, 临床多采用芍药汤合痛泻要方加减治疗慢性溃疡性结肠炎, 其可起到清热止痢, 消胀止泻的作用, 既能标本兼治, 又可以减轻痛苦, 从整体上调整全身机能, 有助于提高患者康复效果, 降低疾病复发率^[1]。

中医学认为慢性溃疡性结肠炎属于“泄泻、痢疾”范畴, 其发病机制与“脾胃虚弱、饮食不节”有关^[4], 而芍药汤合痛泻要方加减治疗是从中医辨证论治及中药角度出发, 是一种针对性特点的治疗模式, 可利用中药制剂中的诸多有效成分, 能够清热燥湿、解毒消痢、促进血液循环, 调节肠道功能。芍药汤合痛泻要方加减治疗能够进一步改善慢性溃疡性结肠炎患者临床症状, 提升患者生活质量, 预后效果较好。一些医学报道发现^[5], 慢性溃疡性结肠炎患者结肠功能异常, 而芍药汤合痛泻要方加减治疗能够极大程度上敛阴益气、消炎止痛, 促进结肠功能恢复正常, 且全身反应极少, 为慢性溃疡性结肠炎患者的康复做出了巨大贡献。本次调研可以看出对于研究组在开展芍药汤合痛泻要方加减治疗后, 慢性溃疡性结肠炎患者治疗有效率有所提升, 明显优于对照组, 其上升率可以达到 14%左右, 实际研究组临床有效率为 97.30%, 对照组临床有效率为 83.78%; 通过此调研发现, 对研究组患者开展芍药汤合痛泻要方加减治疗后, 慢性溃疡性结肠炎患者生活质量、不良反应发生率、血清炎症因子均明显改善, 同邱晓年、吴露^[6]等人的调研结果一致 (P<0.05), 这也能够说明选择芍药汤合痛泻要方加减治疗的研究组患者治疗效果更佳, 炎症因子水平明显更低, 可保证患者拥有良好的治疗结局, 治疗安全性较高, 能够明显降低治疗后不良反应的发生, 对肠粘膜不存在损伤情况, 治疗效果较为理想, 临床适合扩展运用。总而言之, 芍药汤合痛泻要方加减治疗通过口服给药方式直达病灶, 活血通经, 加速肠道血液循环, 疏肝理气, 凉血解毒, 治疗效果良好; 同时, 需注意的是, 必须严格按照处方进行用药, 因为中药剂量过大或误用等均可引起中毒, 毒性反应严重会威胁患者生命, 出现不良反应, 所以要遵医嘱进行治疗, 确保药效可以正常发挥^[7]。

综上所述, 慢性溃疡性结肠炎患者经过芍药汤合痛泻要方加减治疗后, 临床疗效十分显著, 还可有效改善生活质量, 应用前景广阔。

参考文献:

[1]刘信才. 联用芍药汤与痛泻要方加减治疗慢性溃疡性结肠炎的临床效果观察[J]. 中医临床研究,2021,13(8):55-57.
 [2]黎满香,张秋霞. 中药灌肠结合护理干预在慢性溃疡性结肠炎患者中的应用效果[J]. 中国当代医药,2020,27(11):225-227.
 [3]万贝. 健脾祛湿法治疗慢性溃疡性结肠炎临床观察[J]. 光明中医,2020,35(1):55-57.
 [4]赵莉莉. 芍药汤合痛泻要方治疗慢性溃疡性结肠炎疗效分析[J]. 实用中医药杂志,2020,36(4):419-420.
 [5]崔红. 慢性溃疡性结肠炎口服中药配合保留灌肠的治疗体会分析[J]. 健康大视野,2020,10(12):92.
 [6]邱晓年,吴露. 芍药汤合痛泻要方治疗慢性溃疡性结肠炎的临床效果[J]. 临床合理用药杂志,2022,15(10):73-76.
 [7]叶建平. 痛泻要方加减治疗慢性溃疡性结肠炎的临床疗效及价值分析[J]. 世界最新医学信息文摘,2021,21(31):231-232.