

加味四神汤口服加灌肠治疗脾肾阳虚型溃疡性直肠炎临床研究

陈晨 (青县中医医院, 河北沧州 062650)

摘要: 目的 探究加味四神汤口服加灌肠治疗脾肾阳虚型溃疡性直肠炎的临床效果。方法 选取本院收治的脾肾阳虚型溃疡性直肠炎患者 80 例为观察对象, 根据治疗方案为对照组和研究组, 每组 40 例。对照组开展常规西药治疗, 研究组在对照组基础上开展加味四神汤口服加灌肠治疗。比较两组治疗脾肾阳虚型溃疡性直肠炎的疗效、不良反应发生率及病症、炎症因子、胃肠功能改善情况。结果 研究组治疗总有效率高于对照组, 不良反应发生率低于对照组, 治疗后脓血便、里急后重、下腹疼痛、肛门坠胀或灼热等疾病症状评分低于对照组, IL-4、IL-6、TNF- α 、hs-CRP 等炎症因子值低于对照组, NO、5-HT 值低于对照组, GAS、AChE 值高于对照组, 差异均有统计学意义 ($P < 0.05$)。结论 采取加味四神汤口服加灌肠治疗脾肾阳虚型溃疡性直肠炎可提升疗效, 降低不良反应发生率, 改善患者疾病症状、炎症因子及胃肠功能指标水平, 有积极的临床价值。

关键词: 加味四神汤; 口服; 灌肠; 脾肾阳虚型溃疡性直肠炎; 疗效; 不良反应; 疾病症状评分

溃疡性直肠炎主要病症为腹泻、腹痛、腰身酸软无力、四肢不温等, 直接影响患者的生活质量及健康, 需及时采取有效、安全的救治措施^[1-2]。加味四神汤符合溃疡性直肠炎疾病救治原则, 口服加灌肠治疗有较好的抗菌抗炎、提升机体免疫力的功效。本研究分析在常规西药基础上开展加味四神汤口服加灌肠治疗对脾肾阳虚型溃疡性直肠炎患者的临床价值。

1 资料和方法

1.1 一般资料

选取医院收治的脾肾阳虚型溃疡性直肠炎患者 80 例为观察对象, 纳入时间为 2020 年 6 月~2021 年 6 月, 根据治疗方案为对照组和研究组, 每组 40 例。对照组男 23 例, 女 17 例; 年龄 33~52 岁, 平均年龄 (42.36 ± 3.14) 岁; 病程为 7 个月~3 年, 平均病程 (1.85 ± 0.13) 年。研究组男 22 例, 女 18 例; 年龄范围 32~54 岁, 平均年龄 (42.13 ± 3.15) 岁; 病程为 6 个月~3 年, 平均病程 (1.79 ± 0.21) 年。

两组患者年龄、性别、病程等基线资料比较无明显差异 ($P > 0.05$), 有临床可比性。

纳入标准: 经临床肠镜检查确诊为溃疡性直肠炎; 中医证候表现符合脾肾阳虚型溃疡性直肠炎标准; 患者肛门结构正常; 患者知悉本研究并签署知情同意书。

排除标准: 合并多发性结肠溃疡、肛周脓肿等感染性病变; 合并恶性肿瘤疾病; 存在沟通障碍、认知障碍、精神障碍; 参与此次研究前 1 个月内使用长效皮质激素类药物; 参与此次研究前半年内使用磺胺类药物或其他免疫抑制剂; 合并全身系统性疾病、肠易激综合征等疾病。

1.2 方法

对照组开展常规西药治疗。给予患者柳氮磺胺吡啶口服治疗, 1 g/次, 3 次/d, 持续治疗 14 d。

研究组在对照组基础上开展加味四神汤口服加灌肠治疗。加味四神汤药方为: 黄芪 20 g、黄连 5 g、生山药 15 g、补骨脂 15 g、茯苓 15 g、五味子 10 g、杭芍 15 g、吴茱萸 10 g、当归 10 g、炒白术 15 g、木香 4 g, 白蔻 5 g 后下。水煎煮至 150 ml 口服,

2次/d;同时水煎煮至150 ml用于每日睡前保留灌肠治疗,持续治疗14 d。

1.3 观察指标

(1)对比两组治疗效果。治疗后,患者肠镜下黏膜恢复正常,或溃疡完全消失,疾病症状完全消失,为痊愈;治疗后,患者肠镜下黏膜状况、疾病症状较治疗前明显改善,为显效;治疗后患者疾病症状、肠镜下状况无明显变化,为无效。治疗总有效率为痊愈、显效病例数之和的占比。(2)比较两组病患不良反应发生情况。(3)对两组疾病症状(脓血便、里急后重、下腹疼痛、肛门坠胀或灼热)进行评分(0~3分),评分越高表明疾病症状越严重。(4)对比两组患者各炎症因子水平,包括白介素-4(IL-4)、白细胞介素6(IL-6)、肿瘤坏死因子- α (TNF- α)、超敏C反应蛋白(hs-CRP)。(5)对比两组患者胃肠功能指标水平,包括血清一氧化氮(NO)、5-羟色胺(5-HT)、血浆胃泌素(GAS)、血乙酰胆碱酯酶(AChE)。

1.4 数据处理

数据处理采用SPSS 13.0统计学软件,计量资料以($\bar{x} \pm s$)表示,采用t检验,计数资料用比率表示,采用 χ^2 检验, $P < 0.05$ 为差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 对比两组疾病治疗效果

研究组治疗总有效率高于对照组($P < 0.05$)。见表1。

组别	痊愈	显效	无效	总有效率
对照组 (n=40)	7 (17.50)	12 (30.00)	21 (52.50)	19 (47.50)
研究组 (n=40)	12 (30.00)	17 (42.50)	11 (27.50)	29 (72.50)
χ^2				5.208
P				0.023

2.2 对比两组不良反应发生率

研究组不良反应发生率低于对照组($P < 0.05$)。见表2。

组别	头晕头痛	腹胀腹痛	皮疹	合计
对照组 (n=40)	5 (12.50)	7 (17.50)	3 (7.50)	15 (37.50)
研究组 (n=40)	1 (2.50)	2 (5.00)	1 (2.50)	4 (10.00)
χ^2				8.352
P				0.004

2.3 对比两组治疗前后疾病症状评分

治疗后,两组各疾病症状评分较治疗前下降,且研究组评分低于对照组($P < 0.05$)。见表3。

组别	时间	脓血便	里急后重	下腹疼痛	肛门坠胀或灼热
对照组 (n=40)	治疗前	2.01 ± 0.32	2.11 ± 0.23	2.21 ± 0.13	2.16 ± 0.24
	治疗后	1.54 ± 0.27	1.51 ± 0.26	1.56 ± 0.19	1.63 ± 0.21
研究组 (n=40)	治疗前	2.02 ± 0.33	2.12 ± 0.25	2.23 ± 0.15	2.11 ± 0.27
	治疗后	1.01 ± 0.23	1.12 ± 0.29	0.96 ± 0.23	1.01 ± 0.31
t		9.451	6.333	12.720	10.472
P		0.001	0.001	0.001	0.001

2.4 对比两组治疗前后炎症因子指标水平

治疗后,两组病患各炎症因子指标值较治疗前

下降,且研究组各指标值低于对照组($P < 0.05$)。见表4。

组别	时间	IL-4 (pg/mL)	IL-6 (ng/L)	TNF- α (mg/ml)	hs-CRP (mg/L)
对照组 (n=40)	治疗前	86.36 ± 3.45	32.24 ± 3.16	86.13 ± 3.14	5.41 ± 1.29
	治疗后	78.69 ± 3.12	25.23 ± 3.08	65.14 ± 4.15	4.13 ± 1.32
研究组 (n=40)	治疗前	86.12 ± 3.65	32.18 ± 3.06	86.21 ± 3.16	5.42 ± 1.32
	治疗后	63.25 ± 3.12	13.69 ± 3.11	51.36 ± 3.65	2.36 ± 1.09
t		22.131	16.675	15.769	5.220
P		0.001	0.001	0.001	0.001

2.5 对比两组治疗前后为胃肠功能指标水平

治疗后, 两组病患 NO、5-HT 值较治疗前下降, GAS、AChE 值较治疗前升高, 且研究组 NO、5-HT

值低于对照组, GAS、AChE 值高于对照组, 两组相关指标比较差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)。见表 5。

表 5 对比两组治疗前后为胃肠功能指标水平 ($\bar{x} \pm s$)

组别	时间	NO (umol/L)	5-HT (mg/L)	GAS (ng/L)	AChE (U/L)
对照组 (n=40)	治疗前	65.36 ± 9.45	219.36 ± 12.36	69.34 ± 10.25	5.13 ± 0.56
	治疗后	47.36 ± 8.96	175.36 ± 10.54	87.36 ± 9.69	6.12 ± 0.65
研究组 (n=40)	治疗前	65.13 ± 9.41	220.36 ± 13.69	69.54 ± 9.36	5.14 ± 0.57
	治疗后	32.12 ± 6.96	110.36 ± 9.96	109.54 ± 9.32	9.87 ± 0.76
<i>t</i>		8.496	23.349	10.434	23.716
<i>P</i>		0.001	0.001	0.001	0.001

3 讨论

溃疡性直肠炎在中医属于“痢疾、泄泻”范畴, 多因湿邪下注、外邪入侵、情志内伤、素体亏虚所致伤及脾胃、湿热积滞于体内、气滞血瘀, 而日久及肾, 至脾肾阳虚^[3-4]。脾肾阳虚型溃疡性直肠炎患者的主要病症为腹泻、腹痛、腰身酸软无力、四肢不温等, 中医救治时需对症干预。临床救治脾肾阳虚型溃疡性直肠炎多采取柳氮磺胺吡啶肠溶片, 有一定的治疗效果, 但并不显著, 且不良反应明显^[5-6]。

本研究结果显示, 研究组治疗总有效率高于对照组, 不良反应发生率低于对照组, 治疗后脓血便、里急后重、下腹疼痛、肛门坠胀或灼热等疾病症状评分低于对照组, IL-4、IL-6、TNF- α 、hs-CRP 等炎症因子值低于对照组, NO、5-HT 值低于对照组, GAS、AChE 值高于对照组 ($P < 0.05$)。加味四神汤药方中, 黄芪可补气扶正, 调节机体免疫功能; 党参、白术、茯苓、白蔻、山药等药物有健脾化湿功效; 吴茱萸、补骨脂、五味子可温阳固肾; 当归、木香、杭芍可调理气血。诸药联用有健脾固肾、调理气血、清热解毒的功效。分析其现代药理可知, 加味四神汤可提升机体免疫力, 增强机体网状内皮系统吞噬功能, 减轻局部水肿、炎症、充血情况, 可有效降低不良反应发生率, 促疾病症状的改善。此外, 加味四神汤口服治疗有较强的抗炎抑菌效果, 可有效抑制炎症因子的分泌, 达到抗氧化、清除自由基、抗炎抗菌、免疫调节等功效。在服用加味四神汤药的同时, 予以灌肠治疗, 能促

使药物直接作用于病灶, 被肠道肠黏膜、血管、淋巴结吸收, 能进一步提升疾病治疗效果。中药保留灌肠法, 为传统中医救治方式, 源自机体大肠、经脉间的相表里性, 可通过该机制有效将药物作用传至肺脏, 再传送至全身, 以达到治疗效果。灌肠治疗不仅结合中医辨证论治理论, 亦继承中医传统直肠给药方式。现代医学研究表明, 经灌肠进入直肠的药液, 直肠黏膜可直接吸收, 并向机体整个循环系统转移, 释放治疗效能的同时, 可避免因口服药物出现的消化道症状、肝脏首过消除效应, 进一步提升药物利用率。

综上所述, 在常规西药治疗基础上采取加味四神汤口服加灌肠治疗脾肾阳虚型溃疡性直肠炎, 可提升疗效, 降低不良反应发生率, 改善疾病症状、炎症因子及胃肠功能指标水平, 有积极的临床价值。

参考文献

- [1] 吕文辉, 朱竞, 刘远成, 等. 加味四神汤口服加灌肠治疗脾肾阳虚型溃疡性直肠炎临床研究 [J]. 中医药临床杂志, 2021, 33(7): 1357-1360.
- [2] 段乐乐, 刘晶晶, 刘莹莹. 自拟止泻止血汤联合中药保留灌肠法治疗急性暴发型溃疡性直肠炎的临床观察 [J]. 中国中医急症, 2018, 27(4): 681-683.
- [3] 丁照亮, 胡海华, 曹军, 等. “黄柏败毒汤”保留灌肠治疗大肠湿热型溃疡性直肠炎 30 例临床研究 [J]. 江苏中医药, 2018, 50(11): 41-43.
- [4] 郝亮亮, 周策, 康健, 等. 葛根芩连汤加减保留灌肠在湿热型溃疡性直肠炎治疗中的应用疗效观察 [J]. 中国肛肠病杂志, 2018, 38(11): 36-38.
- [5] 魏琳玲, 王微, 陈红, 等. 葛根芩连汤保留灌肠对湿热下注型溃疡性直肠炎患者血清 CRP 及 IL-8 影响的研究 [J]. 新中医, 2019, 51(4): 65-68.
- [6] 张新, 沙静涛, 曾进. 自拟中药灌肠方剂治疗溃疡性直肠炎的疗效及对患者血清 D-二聚体、血小板计数、血小板平均体积的影响 [J]. 海南医学, 2019, 30(9): 1111-1113.