

肉而健运四旁,阳气虚弱则不足以温养,常以手足不温得见,故虚寒痛者,常以得热食而痛减,阳气得运,则精神来复。是故建中者,健运中焦,更合以理中,意喻调理中焦使之健运,调理气机,散寒祛邪,虚弱者以补,畏寒者以热。因此中医上对脾胃虚寒型慢性浅表性胃炎者治疗需要以益气健脾、温补中焦为主,达到散寒祛邪,中阳归复,缓解病情^[5]。右归丸来源于《景岳全书》,由肉桂、山茱萸、菟丝子、鹿角胶、当归、淮山药、熟地黄等多味中药组成,剂型为水泛丸或大蜜丸。用于火不暖土导致的脾胃虚寒、呕吐腹胀和食少溏便等症^[6]。

本文结果表明,观察组治疗总有效率明显高于对照组患者,因此使用右归丸联合胶体果胶铋胶囊能够提升患者疗效,减轻临床症状。因为胶体果胶铋胶囊能够保护胃黏膜受到有害物质侵袭,而右归丸中的鹿角胶、杜仲、附子、肉桂作为君药,能够祛寒止痛、温补肾阳,当归、山药、熟地能够阴阳并补,滋肾补血,充足元阳;诸药合用达到疼痛得解,寒气得散,肾阳充足的目的,进而有效的治疗疾病,减轻临床症状^[7]。本文中,治疗后两组 IL-6、IL-1、TNF- α 水平明显降低,且观察组低于对照组,表明应用联合治疗可减轻患者体内的炎症反应。因为应用胶体果胶铋保护了胃黏膜,防止食物或药物对胃部造成的损伤,从而降低炎症水平,再加上右归丸的治疗效果,进一步减轻患者体内的炎症水平。有研究发现^[8],右归丸应用到坐骨神经痛、白细胞减少症、慢性腰肌劳损、慢性浅表性胃炎等疾病中均具有良好的治疗效果,与本研究结果相符;治疗后两组饥不欲食、胃脘痛、恶心呕吐、上腹部不适相关症状积分明显降低,且观察组低于对照组,这是因为杜仲、当归、山药等性温和,具有健脾益胃、益气补血、消肿行气的效果。观察组患者复发率明显较对照组低,表明中西医结合治疗对脾胃虚寒型慢性浅表性胃炎的有效性;两组不良反应发生率对比无统计学差异,表明在常规三联疗法

治疗的基础上加用右归丸联合胶体果胶铋胶囊治疗脾胃虚寒型慢性浅表性胃炎患者安全性好。

综上所述,对中医辨证分型为脾胃虚寒型慢性浅表性胃炎患者在常规三联疗法治疗的基础上应用右归丸联合胶体果胶铋胶囊治疗能够提升患者的治疗效果,降低体内的炎症水平及疾病复发率,且安全性好。

参 考 文 献

- [1] 刘玉如. 黄芪建中汤加味治疗脾胃虚寒型慢性浅表性胃炎的临床效果分析[J]. 中国处方药, 2018, 16(12): 119-120.
- [2] 张丙泉. 脾胃虚寒型慢性浅表性胃炎应用黄芪建中汤加味治疗的效果分析[J]. 基层医学论坛, 2018, 22(20): 2852-2854.
- [3] 王小彪. 黄芪建中汤加味治疗脾胃虚寒型慢性浅表性胃炎的临床疗效[J]. 中国医药指南, 2018, 16(12): 215.
- [4] 周建中, 陈泽民, 危北海. 慢性胃炎中西医结合诊断、辨证和疗效标准(试行方案)[J]. 中西医结合杂志, 1990, 10(5): 2.
- [5] 中国中西医结合学会消化分会. 慢性胃炎中西医结合诊疗共识意见(2011年天津)[J]. 中国中西医结合消化杂志, 2012, 32(6): 738-743.
- [6] 周晓丽, 贾晓慧, 李梅. 右归丸治疗 TPOAb 阳性亚临床甲状腺功能减退症临床效果[J]. 中国计划生育学杂志, 2019, 27(4): 457-460.
- [7] 徐珊, 张小菜, 裴巧丽, 等. 妊娠合并亚临床甲状腺功能减退症患者行左旋甲状腺素联合右归丸治疗的效果[J]. 实用临床医学杂志, 2019, 23(14): 83-85, 89.
- [8] 周锦德, 周全德, 梁霞霞, 等. 穴位贴敷联合黄芪建中汤加味治疗胃炎的效果[J]. 中国地方病防治杂志, 2017, 32(4): 378-380.

收稿日期 2021-04-26

(编辑 王叶)

解毒化浊促愈汤治疗溃疡性结肠炎的疗效及对白细胞介素-6、肿瘤坏死因子水平的影响分析*

林艺平 漳州肛肠医院肛肠外科, 福建省漳州市 363000

摘要 目的:探讨中药解毒化浊促愈汤治疗溃疡性结肠炎的临床疗效及对炎症因子指标水平的影响。**方法:**选取本院 2018 年 10 月—2020 年 11 月收治的 86 例溃疡性结肠炎患者作为观察对象,使用统计学软件 SAS 将患者进行随机编组,各 43 例。对照组以西药常规治疗,观察组在对照组基础上联用解毒化浊促愈汤治疗,持续治疗 8 周,比较两组患者的治疗疗效、血清炎症因子水平、肠道黏膜屏障功能变化。**结果:**观察组临床治疗总有效率为 95.35%,高于对照组的 74.42%,差异有统计学意义($P < 0.05$)。治疗前两组患者血清白介素-6(IL-6)、肿瘤坏死因子- α (TNF- α)对比,无统计学差异($P > 0.05$);治疗后观察组 IL-6、TNF- α 低于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$)。治疗前两组患者血清黏膜屏障功能指标二胺氧化酶(DAO)、D-乳酸(D-LA)对比,无统计学差异($P > 0.05$);治疗后观察组 DAO、D-LA 指标水平低于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$)。**结论:**加用解毒化浊促愈汤治疗溃疡性结肠炎,能取得理想的治疗效果,对患者血清炎症因子、肠道黏膜屏障功能均有明显的改善效果,应用价值高。

关键词 解毒化浊促愈汤 中西医结合 溃疡性结肠炎 炎症因子 肠道黏膜

中图分类号:R574.62 文献标识码:B doi:10.19381/j.issn.1001-7585.2022.03.019

* 基金项目:2019年福建省卫生厅中青年骨干人才项目(2019-ZQN-77)

溃疡性结肠炎是一种发病机制不明的慢性直肠和结肠炎性疾病,患者在发病后主要症状表现为腹痛、发热、腹泻等^[1]。本病在疾病早期病情程度较轻,随着疾病进展,可反复发作和加重,迁延难愈。近年来由于社会物质条件的改善,同时随着社会生活压力的增大,溃疡性结肠炎的发病率呈现明显增长趋势,其治疗受到临床及社会的重视^[2]。西医治疗本病主要使用免疫抑制剂、抗炎药进行治疗,其止痛或缓解效果明显;但其缺点是疾病易复发,难以根治。中医认为本病的病机在于脾,脾虚湿胜,湿浊内生,继而引发疾病。治疗上则从整体观念出发,可选用解毒化浊促愈汤治疗,达到抗炎抑炎、清热解秽的效果。本文以本院收治的溃疡性结肠炎患者作为观察对象,对比西医、中西医结合治疗的疗效,报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取本院2018年10月—2020年11月收治的86例溃疡性结肠炎患者作为观察对象,使用统计学软件SAS将患者进行随机分组,各43例。对照组:男24例,女19例;年龄23~65岁,平均年龄(45.21±6.96)岁;病程1~6年,平均病程(3.05±1.08)年。观察组:男23例,女20例;年龄24~68岁,平均年龄(45.15±6.86)岁;病程1~7年,平均病程(3.16±1.12)年。两组患者的一般资料对比,无统计学差异($P>0.05$),有可比性。纳入标准:(1)符合西医关于溃疡性结肠炎的诊断标准^[3];(2)符合中医关于溃疡性结肠炎的诊断标准^[4];(3)患者年满18周岁;(4)知情并自愿参与本次研究。排除标准:(1)合并肠道细菌、病毒等微生物感染患者;(2)合并肠道息肉、肠道肿瘤;(3)主要器官功能严重受损;(4)对研究中使用药物不耐受;(5)妊娠期、哺乳期妇女。

1.2 方法

1.2.1 对照组:予以患者美沙拉嗪肠溶片(葵花药业集团佳木斯鹿灵制药有限公司,国药准字H19980148)治疗,剂量1.0g/次,po,tid。

1.2.2 观察组:在对照组治疗基础上予以解毒化浊促愈汤,药方:苦参15g、当归10g、枳实10g、败酱草20g、赤芍15g、炒白术20g、椿皮15g、黄芩10g、鸡冠花15g、生地榆15g、甘草5g。每日1剂,加水1L煎服,取汁300ml,早晚分服。两组患者持续治疗8周,观察治疗效果。

1.3 观察指标 (1)比较两组患者的临床治疗总有效率,完全缓解:患者症状完全消失,肠镜检查肠道黏膜正常;显效:患者症状基本消失或显著改善,肠镜检查溃疡消失、无息肉;无效:症状缓解不明显,肠镜检查溃疡无明显改善。(2)采集患者的晨起空腹静脉血进行血清炎性因子检查,包括白介素-6(IL-6)、肿瘤坏死因子- α (TNF- α),检查方法为酶联免疫吸附法,试剂盒购于上海纪宁。(3)采集患者晨起空腹静脉血进行肠道黏膜屏障功能检查,指标包括二胺氧化酶(DAO)、D-乳酸(D-LA),采用酶联免疫吸附法检测,试剂盒购于南京卡米洛生物工程有限公司。

1.4 统计学方法 以Excel 2007整理数据,再导入数据至IBM SPSS24.0对资料进行分析处理,计量资料($\bar{x} \pm s$)来表示,行t检验,计数资料采用(%)表示,行 χ^2 检验, $P<0.05$

表示差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者临床治疗总有效率对比 观察组临床治疗总有效率为95.35%,高于对照组的74.42%,差异有统计学意义($\chi^2=7.340, P=0.007<0.05$),见表1。

表1 两组患者临床治疗总有效率对比[n(%)]

组别	n	完全缓解	显效	无效	总有效
观察组	43	28(65.12)	13(30.23)	2(4.65)	41(95.35)
对照组	43	15(34.88)	17(39.53)	11(25.58)	32(74.42)

2.2 两组患者炎性因子指标对比 治疗前两组患者IL-6、TNF- α 对比无统计学差异($P>0.05$);治疗后观察组IL-6、TNF- α 低于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$),见表2。

表2 两组患者炎性因子指标对比($\bar{x} \pm s, \text{pg/ml}$)

组别	n	IL-6		TNF- α	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
观察组	43	120.3±20.3	25.4±4.5	105.6±10.5	68.4±7.6
对照组	43	117.2±20.6	45.6±6.9	103.7±10.6	79.5±8.6
t		0.703	16.080	0.835	6.342
P		0.484	<0.001	0.406	<0.001

2.3 两组患者肠道黏膜屏障功能指标对比 治疗前两组患者DAO、D-LA对比无统计学差异($P>0.05$);治疗后观察组DAO、D-LA指标水平低于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$),见表3。

表3 两组患者肠道黏膜屏障功能指标对比($\bar{x} \pm s$)

组别	n	DAO(IU/ml)		D-LA(mmol/L)	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
观察组	43	7.54±0.78	4.15±0.50	7.30±0.74	3.14±0.44
对照组	43	7.69±0.82	5.58±0.79	7.48±0.80	5.69±0.67
t		0.869	10.030	1.083	20.861
P		0.387	<0.001	0.282	<0.001

3 讨论

溃疡性结肠炎是临床常见的一种胃肠道疾病,其发病受到饮食、作息、遗传等多种因素影响。对于溃疡性结肠炎的治疗,西医主张应用免疫抑制剂、抗炎药物治疗,对于病情严重的患者可使用糖皮质激素、氨基水杨酸类制剂治疗以改善肠道炎症,促进溃疡的愈合^[5]。美沙拉嗪肠溶片在治疗本病中应用较多,该药物可缓解肠道炎性反应,抑制黏膜的分泌功能,继而改善患者腹痛、腹泻等症状,促进溃疡吸收^[6]。但应用美沙拉嗪肠溶片治疗存在易复发及部分人群治疗效果不佳的问题。

在中医学中,溃疡性结肠炎无对应疾病名,但依据其发病、症状特征可归为“泄泻”、“久痢”等范畴。中医认为本病的病机在于脾,脾虚则湿胜,而关于湿胜的治疗,则依据“无湿则不泄,湿胜则濡泄”治疗的思想^[7]。本文中予以患者解毒化浊促愈汤治疗,其中苦参清热燥湿;当归润肠通便;枳实化痰散痞、破气消积;败酱草清热解毒;赤芍清热凉血;炒白术燥湿利水;椿皮清热燥湿;黄芩泻火解毒、清热燥湿;生地榆燥湿泻火;甘草调和药性^[8]。全方有清热解毒、润肠通便、燥湿泻火的功效。本文结果显示,观察组临床治疗总有效率高于对照组,且治疗后观察组IL-6、TNF- α 、DAO、D-LA指标水平低于对照组($P<0.05$),提示常规西药基础上加服解毒

化浊促愈汤,可提升治疗疗效,同时还能够有效促进炎症反应的缓解,改善患者的肠道黏膜功能。

综上所述,解毒化浊促愈汤在治疗溃疡性结肠炎中疗效理想,并能促进患者炎症反应和肠道黏膜功能的改善。

参 考 文 献

- [1] 姜爱雯,杜佩珊,蒲洁琨,等.葛根地榆紫草汤组方治疗溃疡性结肠炎的疗效及对炎症因子的影响[J].中国药物与临床,2020,20(3):341-343.
- [2] 王琼,朱晗婷,吴国荣,等.中西医结合治疗溃疡性结肠炎的疗效及对凝血和炎症因子水平的影响[J].海南医学院学报,2019,25(1):5-8.
- [3] 梁笑楠,尹凤荣,张晓岚.炎症性肠病诊断与治疗的共识意见(2018年,北京)溃疡性结肠炎部分解读[J].临床荟萃,2018,33(11):987-990.
- [4] 中华中医药学会脾胃病分会.溃疡性结肠炎中医诊疗专家共

识意见(2017)[J].中华中医药杂志,2017,32(8):3585-3589.

- [5] 窦婧,赵继亭,苗秀明,等.解毒生化汤联合美沙拉秦肠溶片治疗溃疡性结肠炎的疗效及作用机制研究[J].山东中医杂志,2020,39(6):554-559.
- [6] 郭爽,王石红,毛若楠,等.葛根红藤解毒汤对溃疡性结肠炎大鼠结肠组织中TRL4及血清白细胞介素-10的影响[J].中华中医药杂志,2020,35(4):2050-2052.
- [7] 李刚,荣潇,李佃贵,等.化浊消溃方配合灌肠方法治疗溃疡性结肠炎的疗效以及对血浆白细胞介素-17、白细胞介素-23水平的影响[J].辽宁中医杂志,2019,46(5):1005-1008.
- [8] 王海萍.清热化湿饮联合针刺治疗溃疡性结肠炎临床疗效及对血清炎症因子的影响[J].湖北中医药大学学报,2020,22(2):78-80.

收稿日期 2021-04-15

(编辑 倩楠)

BILT肝病治疗仪联合恩替卡韦促进乙肝肝硬化失代偿期康复的效果

沈冰晶 中国医科大学附属盛京医院沈阳雍森医院急诊科,辽宁省沈阳市 110000

摘要 目的:探究 BILT 肝病治疗仪联合恩替卡韦促进乙肝肝硬化失代偿期(HBLCDS)康复的效果。**方法:**选择 2020 年 7 月—2020 年 10 月在我院接受治疗的 HBLCDS 患者 110 例作为观察对象,以随机数表法将其分为观察组及对照组,各 55 例,两组患者均实施保肝、降酶、退黄及维持机体内水电解质平衡的综合治疗。对照组给予恩替卡韦治疗,观察组在此基础上增加 BILT 肝病治疗仪治疗,对比两组治疗前及治疗 6 个月的肝功能相关指标、症状缓解时间以及不良反应。**结果:**治疗后两组的 ALT、AST 及 TBiL 均较治疗前明显下降,且观察组较对照组更低($P < 0.05$)。观察组食欲减退、肝脏不适、乏力、腹胀等症状的缓解时间均较对照组明显更短($P < 0.05$)。两组不良反应总发生率比较差异不显著($P > 0.05$)。**结论:**BILT 肝病治疗仪联合恩替卡韦治疗能够有效改善 HBLCDS 患者的肝功能,优化其症状缓解时间,促进其康复预后,安全性较高,值得推广。

关键词 BILT 肝病治疗仪 恩替卡韦 乙肝肝硬化 失代偿期 康复 效果

中图分类号:R657.3⁺1 **文献标识码:**B **doi:**10.19381/j.issn.1001-7585.2022.03.020

我国属于乙肝的高发区,据数据显示,我国大约存在 9 300 万已感染乙肝病毒的患者,此病若未给予科学及时地干预,则较易进展成肝硬化,甚至进入乙肝肝硬化失代偿期(HBLCDS),而此时期的患者 5 年生存率仅为 14%~35%,对其生存安全具有较大危害^[1]。在临床治疗上,恩替卡韦属于一线的抗乙肝病毒的核苷酸类药物,存在较好的抗病毒作用,但单用其治疗 HBLCDS 的综合效果仍然欠佳^[2]。近年来,选择非药物疗法治疗 HBLCDS 已受到广大医务工作者的重视,如 BILT 肝病治疗仪通过物理原理对肝脏疾病实施治疗,不仅效果较好,同时还具有较好的应用安全性。本文通过研究 BILT 肝病治疗仪联合恩替卡韦治疗 HBLCDS 的效果,旨在为临床治疗提供方案支持,现报道如下。

1 资料和方法

1.1 临床资料 选择 2020 年 7 月—2020 年 10 月在我院接受治疗的 HBLCDS 患者 110 例作为观察对象。纳入标准:(1)患者均满足 HBLCDS 的临床诊断标准^[3];(2)年龄 ≥ 40 岁;(3)用药依从性好;(4)患者的认知及沟通能力均正常;

(5)患者已知情本研究,并已签署同意书。排除标准:(1)其他类别的肝脏疾病;(2)有严重的心、肺、肾等脏器功能障碍;(3)恶性肿瘤;(4)血液疾病;(5)对研究药物严重过敏;(6)病历数据缺失。以随机数表法将其分为观察组及对照组,各 55 例,其中观察组男 27 例,女 28 例;年龄 41~69 岁,平均年龄(61.34 ± 2.90)岁。病程 4~11 年,平均病程(7.21 ± 0.33)年。对照组男 24 例,女 31 例;年龄 42~70 岁,平均年龄(61.37 ± 2.88)岁。病程 5~12 年,平均病程(7.24 ± 0.29)年。两组的资料数据相比,差异不显著($P > 0.05$)。本研究已获得医院的伦理委员会审批通过。

1.2 方法 两组患者均实施保肝、降酶、退黄、维持机体内水电解质平衡的综合治疗。对照组给予恩替卡韦(正大天晴药业公司,国药准字:H20100019)治疗,剂量为 0.5mg/次,1 次/d。观察组在此基础上增加 BILT 肝病治疗仪(杭州的大力神医疗器械公司,DSG-II 型)进行治疗,患者取平卧位,将肝区需照射区域充分暴露,调节光能发生器和照射区域之间的距离,使灯罩口距离治疗部位 15~20cm,而后使脉搏传