

〔文章编号〕 1007-0893(2022)14-0043-03

DOI: 10.16458/j.cnki.1007-0893.2022.14.013

健脾化湿汤治疗溃疡性结肠炎脾虚湿热证的疗效观察

朱晓燕 曲小青 王丽佳

(许昌市中医院, 河南 许昌 461000)

〔摘要〕 **目的:** 分析健脾化湿汤治疗溃疡性结肠炎脾虚湿热证的效果。**方法:** 70 例脾虚湿热证溃疡性结肠炎患者均为 2018 年 9 月至 2020 年 9 月许昌市中医院收治, 按照随机数字表法分为两组, 各 35 例。对照组给予柳氮磺吡啶治疗, 观察组在对照组的基础上给予健脾化湿汤治疗。比较两组患者治疗效果、临床指标、炎症反应指标 [C 反应蛋白 (CRP)、白细胞介素-6 (IL-6)、降钙素原 (PCT)]。**结果:** 观察组患者治疗总有效率为 94.29%, 高于对照组的 77.14%, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)。经治疗观察组患者的大便次数少于对照组, 腹痛、便血、腹泻消失时间均短于对照组, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)。治疗后两组患者的 CRP、IL-6、PCT 水平均低于治疗前, 且治疗后观察组患者的 CRP、IL-6、PCT 水平均低于对照组, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)。**结论:** 健脾化湿汤治疗可减轻溃疡性结肠炎脾虚湿热证患者炎症反应, 缩短患者临床症状消失时间, 获得较好的临床效果。

〔关键词〕 溃疡性结肠炎; 脾虚湿热证; 健脾化湿汤; 柳氮磺吡啶

〔中图分类号〕 R 574.62 〔文献标识码〕 B

溃疡性结肠炎是以腹泻、黏液脓血便、腹痛等为主要临床症状的慢性肠道疾病, 具有反复发作、治愈难度大、迁延不愈等特点, 发病后, 若患者得不到及时有效的治疗, 可对患者心理、生理及社会等多方面造成严重影响, 从而影响其生活质量。另若治疗不当, 不仅会导致患者食欲减退, 甚至会增加结肠癌的发病率。因此, 明确溃疡性结肠炎患者临床治疗方法对促进病情转归等具有重要作用。目前, 西医在溃疡性结肠炎患者治疗中多以药物治疗为主, 经药物治疗后可在短时间内快速缓解患者各临床症状, 但患者需长时间用药, 易对其治疗依从性造成影响。既往西药多以柳氮磺吡啶为主, 其具有抗菌消炎和免疫抑制作用, 但溃疡性结肠炎的发病因素较为繁杂, 使得部分患者服用该药的效果不显著^[1]。近年来, 中医学在溃疡性结肠炎治疗中获得长足进步, 依据该病症状表现将其归结为“泄泻”范畴, 认为该病的发生与发展与湿热蕴结、脾气虚弱等因素间存在密切联系。脾虚湿热证是该病常见证型, 在临床治疗中应以清热化湿、健脾益气为基本原则。健脾化湿汤具有健脾化湿的功效, 且药性较为温和, 在溃疡性结肠炎治疗中对改善患者病情等具有重要作用^[2]。鉴于此, 本研究选择 70 例脾虚湿热证溃疡性结肠炎患者, 患者均为 2018 年 9 月至 2020 年 9 月期间许昌市中医院收治, 分析健脾化湿汤治疗溃疡性结肠炎脾虚湿热证的疗效, 以为临床治疗提供可靠的参考依据, 具示如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

70 例脾虚湿热证溃疡性结肠炎患者均为 2018 年 9 月至 2020 年 9 月期间许昌市中医院收治, 按照随机数字表法分为两组, 各 35 例。对照组 19 例男性, 16 例女性; 年龄 22~48 岁, 平均年龄 (35.02 ± 3.11) 岁; 病程 1~7 年, 平均病程 (4.85 ± 0.46) 年; 疾病类型: 初发型 15 例, 复发型 20 例; 体质量指数 21~24 kg·m⁻², 平均体质量指数 (22.56 ± 1.15) kg·m⁻²。观察组 20 例男性, 15 例女性; 年龄 21~49 岁, 平均年龄 (34.98 ± 3.75) 岁; 病程 1~8 年, 平均病程 (5.02 ± 0.41) 年; 疾病类型: 初发型 16 例, 复发型 19 例; 体质量指数 21~24 kg·m⁻², 平均体质量指数 (22.49 ± 1.21) kg·m⁻²。两组患者性别、年龄、病程、疾病类型及体质量指数等一般资料比较, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$), 具有可比性。

1.2 病例选择

1.2.1 诊断标准 (1) 西医依据《炎症性肠病诊断与治疗的共识意见 (2012 年·广州)》^[3] 中溃疡性结肠炎相关诊断标准, 患者存在持续或反复发作性黏液血便、腹痛, 全身具有不同程度症状, 极少部分患者仅存在便秘无血便状况。结肠镜检查可见①结肠黏膜存在明显的充血、水肿等临床症状表现, 且病变自直肠呈弥漫性分布; ②黏膜血管模糊, 粗糙呈细粒状, 触之易出血, 伴

〔收稿日期〕 2022-05-25

〔作者简介〕 朱晓燕, 女, 主治医师, 主要研究方向是中西医结合治疗消化系统常见疾病。

有脓血性分泌物；③可见假性息肉，结肠带有边墩或消失。黏膜组织活检及病理检查可见病变处表现为糜烂及溃疡状况，隐窝脓肿，纤体排列异常，杯状细胞减少。

(2) 中医辨证参照《中医病证诊断疗效标准》^[4] 中脾虚湿热证诊断标准，主证：腹泻，腹痛，黏液脓血便；次证：乏力倦怠，里急后重，腹胀，食少纳差；舌脉：舌质淡红，脉濡数。

1.2.2 纳入标准 (1) 符合中西医诊断标准；(2) 器官功能正常；(3) 均接受 X 线钡剂造影及血常规检查明确诊断；(4) 依从性较高；(5) 患者及家属均知情同意本研究。

1.2.3 排除标准 (1) 试验药物过敏；(2) 合并其他结肠炎；(3) 近期内接受过其他治疗；(4) 伴有其他系统恶性肿瘤；(5) 对对比剂过敏；(6) 存在精神疾病，无法完成本研究。

1.3 方法

1.3.1 对照组 给予柳氮磺吡啶肠溶片（上海福达制药有限公司，国药准字 H31020840）治疗，口服， $1\text{ g} \cdot \text{次}^{-1}$ ， $3\text{ 次} \cdot \text{d}^{-1}$ ，连续服药 4 周。

1.3.2 观察组 在对照组基础上给予健脾化湿汤，组方：陈皮、白芨各 6 g，三七 7 g，茯苓 9 g，白芍、马齿苋、生地榆各 15 g，炙黄芪、党参各 30 g，甘草 6 g。脓血甚者加白头翁 10 g、秦皮 6 g；腹胀甚者加当归 9 g、枳壳 6 g；肛门坠胀甚者加槟榔 6 g、木香 9 g。1 剂 $\cdot \text{d}^{-1}$ ，水煎煮，取汁 300 mL，2 次 $\cdot \text{d}^{-1}$ ，早晚餐后服用，连续服药 4 周。

1.4 评价指标

(1) 比较两组患者的临床疗效：治疗后，患者各临床症状及体征全部消失，中医证候积分减少幅度 $\geq 95\%$ 为临床治愈；治疗后，患者各临床症状及体征较治疗前明显好转，中医证候积分下降 $70\% \sim 94\%$ 为显效；治疗后，患者各临床症状及体征好转，中医证候积分下降 $30\% \sim 69\%$ 为有效；未达上述标准为无效。总有效率 = (临床治愈 + 显效 + 有效) / 总例数 $\times 100\%$ 。(2) 比较两组患者的临床指标：包括腹泻、腹痛、便血的消失时间以及大便次数。(3) 比较两组患者的炎症因子指标：采集患者治疗前及治疗 4 周后 3 mL 清晨空腹肘静脉血，离心半径 10 cm，离心时间 10 min，转速 $3000\text{ r} \cdot \text{min}^{-1}$ ，获得上层血清，应用酶联免疫吸附试验法检测血清 C 反应蛋白 (C-reaction protein, CRP)、白细胞介素 -6 (interleukin-6, IL-6) 水平；采用免疫发光法检测血清降钙素原 (procalcitonin, PCT) 水平。

1.5 统计学方法

采用 SPSS 25.0 软件进行数据处理，计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示，采用 *t* 检验，计数资料用百分比表示，采用 χ^2 检验，

$P < 0.05$ 为有统计学差异。

2 结果

2.1 两组患者的治疗总有效率比较

观察组患者治疗总有效率为 94.29%，高于对照组的 77.14%，差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)，见表 1。

表 1 两组患者的治疗总有效率比较 ($n = 35, n(\%)$)

组别	临床治愈	显效	有效	无效	总有效
对照组	13(37.14)	12(34.29)	2(5.71)	8(22.86)	27(77.14)
观察组	18(51.43)	11(31.43)	4(11.43)	2(5.71)	33(94.29) ^a

注：与对照组比较，^a $P < 0.05$ 。

2.2 两组患者各项临床情况比较

经治疗观察组患者的大便次数少于对照组，腹痛、便血、腹泻消失时间均短于对照组，差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)，见表 2。

表 2 两组患者各项临床情况比较 ($n = 35, \bar{x} \pm s$)

组别	大便次数 / 次 $\cdot \text{d}^{-1}$	腹痛消失时间 / d	便血消失时间 / d	腹泻消失时间 / d
对照组	4.65 ± 1.33	21.57 ± 3.63	19.63 ± 2.15	18.73 ± 2.50
观察组	1.23 ± 0.34^b	10.41 ± 3.21^b	14.45 ± 2.34^b	9.16 ± 2.25^b

注：与对照组比较，^b $P < 0.05$ 。

2.3 两组患者治疗前后炎症指标比较

治疗后两组患者的 CRP、IL-6、PCT 水平均低于治疗前，且治疗后观察组患者的 CRP、IL-6、PCT 水平均低于对照组，差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)，见表 3。

表 3 两组患者治疗前后炎症指标比较 ($n = 35, \bar{x} \pm s$)

组别	时间	CRP/ng $\cdot \text{L}^{-1}$	IL-6/ng $\cdot \text{L}^{-1}$	PCT/ng $\cdot \text{mL}^{-1}$
对照组	治疗前	50.77 ± 4.62	175.67 ± 34.16	1.83 ± 0.35
	治疗后	34.15 ± 3.32^c	131.53 ± 19.43^c	0.56 ± 0.17^c
观察组	治疗前	51.16 ± 4.45	176.43 ± 33.31	1.84 ± 0.43
	治疗后	21.33 ± 4.24^{cd}	98.45 ± 14.24^{cd}	0.37 ± 0.14^{cd}

注：CRP — C 反应蛋白；IL-6 — 白细胞介素 -6；PCT — 降钙素原。
与同组治疗前比较，^c $P < 0.05$ ；与对照组治疗后比较，^d $P < 0.05$ 。

3 讨论

中医学将溃疡性结肠炎纳入“泄泻”范畴，认为该病的发生与发展与饮食不节、外感六淫之邪、情志不畅、禀赋不足等因素存在密切联系，虽该病病位在肠，但同时与肝、肾、脾、肺等多脏器存在密切联系^[5-6]。脾胃虚弱是该病发病的根本，脾虚湿热证是该病常见证型，在临床治疗中应兼顾虚实、平衡寒热、调畅气血。另本病因在于脾虚运化无力，水湿内停，湿热搏结，滞留于大肠内，熏蒸肠道，热盛血肉腐败而致腹泻、黏液脓血便等症^[7-8]。由此可见，脾虚贯穿了本病始终，在临床

治疗中应以健脾益气、清热化湿为主。

西医在溃疡性结肠炎治疗中多以药物来缓解该病患者的症状、促进溃疡部位愈合，其中柳氮磺吡啶是常用药物，在人体内可分解为 5-氨基水杨酸，抑制前列腺素和白三烯生成，从而消除肠壁炎症，改善患者症状^[9-10]。但该药存在诸多副作用，不宜长期服用，而该病又是一种长期慢性疾病，故探寻一种更为有效的治疗方案具有重要意义。

PCT 为特异敏感血清学指标，其水平与炎症严重程度成正相关；CRP 是炎症非特异性标志物，其水平亦与炎症严重程度呈正相关；IL-6 作为趋化因子参与了炎症反应，其水平亦与炎症严重程度呈正相关，故而检测上述指标水平可反映患者的炎症反应活跃程度^[2,11]。本研究结果显示，观察组患者治疗总有效率为 94.29%，高于对照组的 77.14%，差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)。治疗后两组患者的 CRP、IL-6、PCT 水平均低于治疗前，且治疗后观察组患者的 CRP、IL-6、PCT 水平均低于对照组，差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)。表明在溃疡性结肠炎脾虚湿热证患者中应用健脾化湿汤，可调节患者的炎症反应。分析其原因在于，健脾化湿汤方中以党参、炙黄芪为君药，起补中益气、健脾益肺之功；以生地榆、白芍、马齿苋为臣药，具有清热凉血、养血调经、敛阴止汗之功；以三七、白芨、陈皮、茯苓为佐药，起健脾宁心、利水渗湿、理气开胃、散瘀止血之功；甘草为使药，可调和诸药。诸药合用，可奏清热化湿、健脾益气之效^[12-13]。现代药理学研究表明^[14]，健脾化湿汤方中白芍有抗菌、抗炎的作用，其可通过抑制前列腺素的活性，减少其生成量，调节机体炎症反应，使血清 CRP、IL-6、PCT 的水平降低，改善机体炎症状态。此外，本研究结果还显示，经治疗观察组患者的大便次数少于对照组，腹痛、便血、腹泻消失时间均短于对照组，差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)。表明在溃疡性结肠炎脾虚湿热证患者中应用健脾化湿汤，可减少患者排便次数，缩短腹痛、腹泻以及便血的消失时间。分析其原因在于，健脾化湿汤方中党参能补益脾胃之气，有抗溃疡、增加肠张力的作用，利于减少患者排便次数，缩短患者腹痛、腹泻以及便血的消失时间，促进患者症状的改善。但因本研究纳入样本量较少，随访时间较短，在后续研究中需增加研究样本量，延长随访时间，以获得确切的临床效果。

综上所述，在溃疡性结肠炎脾虚湿热证患者治疗中

应用健脾化湿汤治疗的效果较好，可降低患者的炎症因子水平，缩短症状改善时间。

〔参考文献〕

- (1) 曹鸿飞, 潘颖, 褚慧春. 奥替溴铵联合柳氮磺吡啶治疗溃疡性结肠炎的临床研究 (J). 现代药物与临床, 2018, 33(7): 1682-1685.
- (2) 丁永福. 健脾清肠汤治疗脾虚湿热型溃疡性结肠炎 40 例 (J). 西部中医药, 2018, 31(2): 88-90.
- (3) 中华医学会消化病学分会炎症性肠病学组. 炎症性肠病诊断与治疗的共识意见 (2012 年·广州) (J). 胃肠病学, 2012, 17(12): 763-781.
- (4) 国家中医药管理局. 中医病证诊断疗效标准 (S). 北京: 中国中医药出版社, 2017.
- (5) 曹生海. 健脾清热化湿汤与三联疗法治疗脾虚湿热型 Hp 阳性慢性非萎缩性胃炎近远期疗效比较分析 (J). 四川中医, 2017, 35(12): 103-105.
- (6) 史佳宁, 郝微微, 郑沁微, 等. 基于孟河医派学术思想辨治重度溃疡性结肠炎伴肠外表现一例 (J). 环球中医药, 2020, 13(6): 1008-1010.
- (7) 张星星, 葛超. 溃疡性结肠炎活动期病人血清降钙素原检测的临床价值分析 (J). 安徽医药, 2017, 21(7): 1213-1215.
- (8) 李雯, 訾铁营, 吴娟, 等. 致康胶囊对溃疡性结肠炎患者血清 TNF- α 、IL-6 及 CRP 的影响 (J). 世界中医药, 2017, 12(6): 1317-1319, 1323.
- (9) 吴光辉, 郭兰洁. 固肠止泻丸联合柳氮磺吡啶治疗溃疡性结肠炎的临床研究 (J). 现代药物与临床, 2018, 33(6): 1410-1414.
- (10) 袁援. 薏苡附子败酱散保留灌肠结合柳氮磺胺吡啶治疗溃疡性结肠炎临床研究 (J). 国际中医中药杂志, 2017, 39(3): 221-224.
- (11) 张丽萍, 陈欣欣, 陈博, 等. 自拟益气健脾化湿方治疗脾虚湿蕴型溃疡性结肠炎缓解期临床效果研究 (J). 中国现代应用药学, 2021, 38(11): 1379-1382.
- (12) 张亚利, 戴悦婷, 戴彦成, 等. 健脾清肠方治疗脾虚湿热型溃疡性结肠炎的临床观察 (J). 中国中西医结合消化杂志, 2018, 26(11): 929-933.
- (13) 房先顺, 曾波. 自拟健脾清热汤治疗溃疡性结肠炎脾虚湿热证疗效观察 (J). 现代中西医结合杂志, 2019, 28(13): 1415-1418.
- (14) 朱彬, 皇甫沁媛, 韩颖, 等. 健脾祛湿溃结汤经肠道水疗对溃疡性结肠炎患者血清 IL-1、IL-6 的影响 (J). 中医药导报, 2018, 24(9): 84-86.