

# 中西医结合治疗大肠湿热型溃疡性结肠炎的疗效观察

余健, 刘涛, 干安建, 刘静波

【关键词】 溃疡性结肠炎; 大肠湿热型; 疗效

doi:10.3969/j.issn.1671-0800.2024.09.030

【中图分类号】 R574 【文献标志码】 A 【文章编号】 1671-0800(2024)09-1221-03

溃疡性结肠炎(ulcerative colitis, UC)属炎症性肠病<sup>[1]</sup>, 临床表现为脓血便、腹痛、腹泻及体质量下降, 同时可能伴有肠外病变, 如贫血、关节病及结节性红斑等, 病程反复发作<sup>[2]</sup>。UC 主要与遗传、免疫、环境、药物及肠道微生物等因素有关, 其发病机制尚不明确, 目前主要采用免疫抑制剂和抗炎药物治疗<sup>[3-4]</sup>, 如皮质激素、5-氨基水杨酸及柳氮吡啶(sulfasalazine, SASP)等, 但不良反应及复发率较高。本文旨在探讨中西医结合治疗大肠湿热型溃疡性结肠炎的疗效, 现报道如下。

## 1 资料与方法

1.1 一般资料 收集 2021 年 1 月至 2022 年 12 月宁波市肛肠医院收治的 UC 患者 74 例, 纳入标准: (1) 行电子肠镜检查确诊, 符合 UC 诊断标准<sup>[5]</sup>; (2) 辨证分型采用《中医辨证标准》<sup>[6]</sup>, 均为大肠湿热型; (3) Southerland 疾病活动指数(disease activity index, DAI)<sup>[5-6]</sup>评分为 6~10 分; (4) 年龄 18~68 岁。排除孕期或哺乳期女性, 对研究药物过敏者, 并发结肠狭窄、梗阻、肠穿孔、中毒性巨结肠及结直肠癌者, 资料不全及研究中止者。本研究获得宁波大学附属医院医学伦理委员会审核批准, 所有研究者均同意参加本研究并签署书面知情同意书。

74 例患者随机分为观察组及对照组。对照组 34 例, 其中男 18 例, 女 16 例; 年龄 31~61 岁, 平均(45.3±10.4)岁; 病程 0.5 至 5 年, 平均(2.0±0.4)年; 予口服美沙拉秦肠溶片治疗。观察组 40 例, 其中男

20 例, 女 20 例; 年龄 27~68 岁, 平均(46.0±5.3)岁; 病程 0.5 至 5.2 年, 平均(2.1±0.6)年; 予口服美沙拉秦肠溶片联合中药灌肠治疗。两组一般情况差异无统计学意义( $P > 0.05$ ), 均衡可比。

1.2 方法 对照组予口服美沙拉秦肠溶片(安洁莎, 恒诚制药集团淮南有限公司, 国药准字: H20020211, 0.4 g×12 片/板×2 板)治疗, 0.8 g/次, 3 次/d。

观察组在对照组基础上加中药灌肠治疗: (1) 汤剂组成及存放方法: 秦皮 10 g、黄连 10 g、五倍子 6 g、三七粉 3 g、地榆 20 g、葛根 20 g、诃子 8 g、败酱草 30 g 及威灵仙 6 g, 煎成 120 ml 的浓缩液, 置 0~4 °C 环境保存。 (2) 灌肠具体方法: 灌肠液加热后, 温度保持在 37~40 °C。患者接受治疗时, 采取左侧卧姿, 使臀部外露。双脚屈膝, 双手抱于胸前, 将 120 ml 中药灌肠液倒入一次性无菌灌肠袋中, 用石蜡油擦拭灌肠袋前端细管, 缓慢插入肛门。细管插入肛门深度视病变部位而定, 直肠部位有病变者, 插入深浅约 15 cm, 乙状结肠及以上部位病变者, 插入深浅约 30 cm。打开输液开关, 用合适的插拔细管加快中药流的速度将灌肠液缓缓灌注, 药液灌完后夹闭导尿管, 慢慢拔管。建议患者保留 4 h 以上, 如有快速排出的情况下, 半小时后再灌肠一次即可。每天排便后或每晚灌肠 1 次。

两组均治疗 1 个月, 治疗后静养 1 周, 为 1 个疗程。两组治疗 3 个疗程后予肠镜检查。

1.3 观察指标 (1) 临床症状评分, 以《溃疡性结肠炎诊治指南》<sup>[7]</sup>为依据, 分别于治疗前、治疗后 3 个月对腹泻、脓血便及腹痛症状进行评分。 (2) 治疗前和治疗 3 个月后进行结肠镜检查, 比较两组 Mayo 评

作者单位: 315010 宁波, 宁波市肛肠医院

通信作者: 干安建, Email: nbjmgcy@163.com

分<sup>[8-9]</sup>及 DAI 评分<sup>[5-6]</sup>。(3)疗效评估<sup>[5]</sup>。显效,治疗后患者临床症状完全消失,肠壁黏膜经电子结肠镜检查基本恢复正常,经半年随访确认无复发者;有效,经肠镜检查为肠壁黏膜尚有轻度炎症或黏膜内形成部分假息肉,经治疗后患者临床症状基本消失;无效,治疗后患者的临床症状和结肠镜检查结果并没有好转,甚至出现病情加重的情况。总有效率=显效率+有效率。

1.4 统计方法 数据采用 SPSS 22.0 软件分析,计量资料以平均数±标准差表示,采用 *t* 检验;计数资料采用  $\chi^2$  检验。 $P < 0.05$  表示差异有统计学意义。

## 2 结果

2.1 完成情况 6 例患者服用了其他会影响实验结果药物而退组,其中观察组 4 例,对照组 2 例。4 例患者失访,其中观察组 2 例,对照组 2 例。最终完成研究且数据完整者,观察组 34 例,对照组 30 例。

2.2 两组治疗前后临床症状评分比较 治疗前,两组临床症状评分中腹泻、脓血便及腹痛评分差异均无统计学意义( $t \leq 1.08$ , 均  $P > 0.05$ );治疗后,两组上述症状评分均明显下降,且观察组均低于对照组( $t \geq 2.14$ , 均  $P < 0.05$ ),见表 1。

2.3 两组治疗前后 Mayo 评分及 DAI 评分比较 治疗前,两组 Mayo 评分及 DAI 评分差异均无统计学意义( $t \leq 1.41$ , 均  $P > 0.05$ );治疗后,两组 Mayo 评分及 DAI 评分均明显下降,且观察组均低于对照组( $t \geq 2.55$ , 均  $P < 0.05$ ),见表 2。

2.4 疗效比较 经治疗,观察组治疗总有效率明显高于对照组( $P < 0.05$ ),见表 3。

表 1 两组治疗前后临床症状评分比较

组别	时间	例数	腹泻评分	脓血便评分	腹痛评分
观察组	治疗前	34	6.35±1.43	5.82±2.44	4.94±2.07
	治疗后	34	0.71±1.29	0.35±0.98	0.00±0.00
对照组	治疗前	30	5.60±2.19	5.20±2.35	4.40±1.52
	治疗后	30	3.20±1.35	3.00±2.23	2.80±2.35

表 2 两组治疗前后 Mayo 评分及 DAI 评分比较

组别	时间	例数	Mayo 评分	DAI 评分
观察组	治疗前	34	2.58±0.50	10.18±1.17
	治疗后	34	0.35±0.49	1.12±0.69
对照组	治疗前	30	2.33±0.80	8.27±2.18
	治疗后	30	2.0±0.91	3.80±1.35

## 3 讨论

UC 因其发病急迫、迁延难愈及反复发作的特点,成为肠道疾病中较难治性疾病。其尚无特异性治疗方案,目前根据病情轻重、临床分型、分期和累及部位的不同进行相应对症治疗,主要以修复肠道黏膜、防治并发症和改善生存质量为目标。美沙拉秦肠溶片为氨基水杨酸类药物,是 UC 治疗指南所推荐的,故本研究以口服美沙拉秦肠溶片为基础设计。

UC 属于中医的泄泻、痢疾、便血及肠风等范畴,一直是辨证论治的重点病症,患者发病率逐年升高,发病原因主要是感受外邪、饮食不节及情绪压力大等。其病症发作原因的范围逐渐扩大,主要病机为“脾虚为本,湿热为标”,有六个证型,分别为湿热内蕴、脾虚湿困、脾肾阳虚、肝郁脾虚、肠络瘀阻及阴血亏虚。湿热内蕴主要表现为腹痛腹泻反复发作,肛门灼热,大便夹带黏液脓血,口苦口臭,小便短赤。UC 可以选择服用西药进行治疗,但长期服用会对肠道产生刺激性,有可能会发生后遗症。本研究自拟《葛根涩肠方》以张仲景葛根汤加减为基础,主要成分为秦皮 10 g,黄连 10 g,五倍子 6 g,三七粉 3 g,地榆 20 g,葛根 20 g,诃子 8 g,败酱草 30 g,威灵仙 6 g,其中葛根、黄连清热利湿;秦皮、威灵仙,清热解毒、收涩止痢;五倍子、诃子收涩敛疮;三七、地榆活血止血,全方共奏清热利湿、收涩止痢之效<sup>[10-11]</sup>。

利益冲突 所有作者声明无利益冲突

## 参 考 文 献

- [1] 赵璟,杨旭,王元钊,等.健脾渗湿、调和气血中药内外同治缓解溃疡性结肠炎的疗效观察[J].辽宁中医杂志,2015,42(10):1929-1931.
- [2] 张雅丽,喻学婷,袁星星,等.连草泻痢胶囊对急性溃疡性结肠炎患者外周血巨噬细胞表型的影响[J].中国中医药科技,2023,30(6):1043-1046.
- [3] SALICE M, RIZZELLO F, CALABRESE C, et al. A current overview of corticosteroid use in active ulcerative colitis[J]. Expert Rev Gastroenterol Hepatol, 2019, 13(6): 557-561.
- [4] 姜慧,毛堂友,史瑞,等.中药灌肠治疗溃疡性结肠炎的最新研究进展[J].世界科学技术-中医药现代化,2018,20(2):298-303.
- [5] 中华医学会消化病学分会炎症性肠病协作组. 对我国炎症性肠

表 3 两组疗效评价

组别	例数	显效(例)	有效(例)	无效(例)	总有效率(%)
观察组	34	25	6	3	91.17
对照组	30	18	2	10	66.70
$\chi^2$ 值					5.91
<i>P</i> 值					< 0.05

- 病诊断治疗规范的共识意见[J].胃肠病学,2007,12(8):488-495.
- [6] 张声生. 溃疡性结肠炎中医诊疗共识意见[J]. 中华中医药杂志, 2010,25(6):891-895.
- [7] 中华中医药学会. 溃疡性结肠炎诊疗指南[J]. 中国中医药现代远程教育,2011,9(10):126-128.
- [8] 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(2018年·北京)[J]. 中国实用内科杂志,2018,38(9):796-813.
- [9] 田鑫越. 维得利珠单抗治疗中重度溃疡性结肠炎和克罗恩病疗

- 效分析[D]. 长春:吉林大学,2022.
- [10] 杨旭,周惠芬,张苏闽,等. 中药导入气流弥散法对溃疡性结肠炎患者食物不耐受状态的影响[J]. 中医杂志,2012,53(22):1937-1940.
- [11] 元永芹. 溃疡性结肠炎中医证型与其在结肠镜下表现的相关性研究[D]. 济南:山东中医药大学,2012.

收稿日期:2024-06-07

(本文编辑:钟美春)

## 妊娠期糖尿病凝血功能的变化及其临床意义

胡晓霞,尹丽华,胡艺方,张宜生

【关键词】 妊娠期糖尿病;凝血功能;高凝状态;妊娠结局

doi:10.3969/j.issn.1671-0800.2024.09.031

【中图分类号】 R714.255 【文献标志码】 A 【文章编号】 1671-0800(2024)09-1223-03

正常妊娠的过程中机体的凝血、抗凝血及纤溶机制处于一个新的动态平衡,为分娩提供保障<sup>[1]</sup>。研究发现,正常妊娠晚期血液往往呈现高凝状态<sup>[2-3]</sup>,可以明显降低产妇分娩时和分娩后出血的发生率<sup>[4]</sup>,但高凝状态也增加了妊娠期发生血栓性疾病的风险<sup>[5]</sup>。在过去的几十年里,中国妊娠期糖尿病(GDM)的患病率显著增加<sup>[6]</sup>,并且由于经济发展、生活水平的提高及妇女生育意识的改变,我国高危孕妇(包括高龄、孕前超重或肥胖)的患病率也显著升高。已经有研究发现凝血功能异常在妊娠晚期的GDM患者中表现较正常孕妇更加明显<sup>[7]</sup>,因此本研究旨在通过分析GDM和正常孕妇妊娠中、晚期凝血功能相关指标的变化,探讨与不良妊娠结局的关系,现报道如下。

### 1 资料与方法

1.1 一般资料 选取2019年1月至2023年12月在宁波市医疗中心李惠利医院行糖耐量试验(OGTT)并在本院住院分娩的424例孕妇的临床资

料,根据OGTT结果分为GDM组和对照组,各212例。GDM的诊断严格按照国际妊娠糖尿病研究组(IADPSG)的标准:于妊娠24~28周进行75g OGTT,若OGTT空腹血糖 $\geq 5.1$  mmol/L(92 mg/dL)和或1小时血糖 $\geq 10.0$  mmol/L(180 mg/dL)和或2小时血糖 $\geq 8.5$  mmol/L(153 mg/dL)。排除标准:(1)孕前或孕期有高血压疾病、心脑血管疾病、2型糖尿病、肝肾疾病、子痫及HELLP综合征;(2)自身免疫系统疾病(如抗心磷脂抗体综合征和系统性红斑狼疮)、血液系统疾病等其他内外科疾病;(3)既往有血栓史、凝血功能障碍,近期使用抗凝剂或抗血小板药物;(4)辅助生殖、多胎妊娠。本研究获得宁波市医疗中心李惠利医院医学伦理委员会批准,豁免/免除知情同意。两组一般资料差异均无统计学意义( $P > 0.05$ ),见表1。

1.2 观察指标 于孕妇孕早期建卡时收集患者的身

表1 两组一般资料比较

指标	对照组(n=212)	GDM(n=212)	U( $\chi^2$ )值	P值
年龄(岁)	31(28,34)	31(29,34)	1.27	> 0.05
孕次(次)	2(1,3)	2(1,3)	0.08	> 0.05
产次(次)	1(1,2)	1(1,2)	0.44	> 0.05
孕前肥胖[例(%)]	3(1.42)	9(4.25)	3.09	> 0.05
分娩孕周(周)	39 <sup>+1</sup> (38 <sup>-3</sup> ,39 <sup>+5</sup> )	39 <sup>+1</sup> (38 <sup>-3</sup> ,39 <sup>+5</sup> )	0.51	> 0.05
剖宫产[例(%)]	94(44.34)	84(39.62)	(0.97)	> 0.05

基金项目:宁波市科技计划项目(2019C50091);浙江省医药卫生科技计划项目(2022KY297)

作者单位:315040 宁波,宁波市医疗中心李惠利医院

通信作者:张宜生,Email:doctorzhangys@139.com