

## 祛瘀生新方联合益生菌治疗溃疡性结肠炎的疗效分析

马慧洁, 吴娜

(河北北方学院附属第一医院消化科, 河北张家口 075000)

**摘要:**【目的】探讨祛瘀生新方联合益生菌治疗溃疡性结肠炎(UC)脾胃气虚型患者的临床疗效。【方法】将164例溃疡性结肠炎脾胃气虚型患者随机分为研究组和对照组, 每组各82例。对照组给予益生菌治疗, 研究组在对照组基础上加用祛瘀生新方治疗, 疗程为4周。观察2组患者治疗前后中医证候评分、血清炎症因子[肿瘤坏死因子 $\alpha$ (TNF- $\alpha$ )、白细胞介素8(IL-8)、白细胞介素1 $\beta$ (IL-1 $\beta$ )]、免疫功能指标[血清T淋巴细胞亚群CD3 $^+$ 、CD4 $^+$ 、CD8 $^+$ 水平及CD4 $^+$ /CD8 $^+$ 比值]的变化情况, 并评价2组的疗效。【结果】(1)研究期间, 有5例患者脱落, 最终共有159例患者完成试验, 其中对照组为79例, 研究组为80例。(2)治疗4周后, 研究组的总有效率为92.50%(74/80), 对照组为72.15%(57/79); 组间比较, 研究组的总有效率和总体疗效均明显优于对照组( $P < 0.01$ )。(3)治疗后, 2组患者的腹痛、腹泻、黏液血便、食少纳差等中医证候评分及血清TNF- $\alpha$ 、IL-8、IL-1 $\beta$ 水平均较治疗前明显降低( $P < 0.05$ ), 且研究组的降低作用均明显优于对照组( $P < 0.01$ )。(4)治疗后, 2组患者血清T淋巴细胞亚群CD3 $^+$ 、CD4 $^+$ 水平和CD4 $^+$ /CD8 $^+$ 比值均较治疗前明显升高( $P < 0.05$ ), CD8 $^+$ 水平均较治疗前明显降低( $P < 0.05$ ), 且研究组对血清T淋巴细胞亚群CD3 $^+$ 、CD4 $^+$ 水平和CD4 $^+$ /CD8 $^+$ 比值的升高作用及对CD8 $^+$ 水平的降低作用均明显优于对照组( $P < 0.01$ )。【结论】祛瘀生新方联合益生菌治疗溃疡性结肠炎疗效确切, 可显著减轻患者临床症状, 有效缓解患者炎症反应和改善患者免疫功能, 其疗效优于单用益生菌治疗。

**关键词:** 祛瘀生新方; 益生菌; 溃疡性结肠炎; 脾胃气虚型; 炎症因子; 免疫功能

中图分类号: R259.746

文献标志码: A

文章编号: 1007-3213(2021)12-2592-06

DOI: 10.13359/j.cnki.gzxbtcm.2021.12.008

## Analysis of Curative Effect on *Quyú Shéngxīn* Formula Combined with Probiotics in the Treatment of Ulcerative Colitis

MA Hui-Jie, WU Na

(Dept. of Gastroenterology, the First Affiliated Hospital of Hebei North University, Zhangjiakou 075000 Hebei, China)

**Abstract: Objective** To investigate the clinical efficacy of *Quyú Shéngxīn* Formula combined with probiotics in the treatment of ulcerative colitis (UC). **Methods** A total of 164 patients of UC with spleen and stomach *qi* deficiency syndrome were randomly divided into study group and control group, 82 cases in each group. The two groups were treated with probiotics, and additionally the study group was treated with *Quyú Shéngxīn* Formula for removing stasis and promoting regeneration, the course of treatment lasting 4 weeks. The changes of traditional Chinese medicine (TCM) syndrome scores, serum inflammatory factors of tumor necrosis factor alpha (TNF- $\alpha$ ), interleukin 8 (IL-8) and interleukin 1 $\beta$  (IL-1 $\beta$ ), and immune function indexes of serum T lymphocyte subsets CD3 $^+$ , CD4 $^+$ , CD8 $^+$  levels and CD4 $^+$ /CD8 $^+$  ratio in the two groups were observed before and after treatment. After treatment, the clinical efficacy of the two groups was evaluated. **Results** (1) During the trial, 5 patients fell off, and a total of 159 patients eventually completed the trial, including 79 patients in the control group and 80 patients in the study group. (2) After 4 weeks of treatment, the total effective rate in the study group was 92.50% (74/80) and was 72.15% (57/79) in the control group. The intergroup comparison showed that the total effective rate and overall curative effect of the study group were significantly superior to those of the control group ( $P < 0.01$ ). (3) After treatment, the scores of TCM syndrome such as abdominal pain, diarrhea, mucous and bloody stool, poor

收稿日期: 2021-03-22

作者简介: 马慧洁(1987-), 女, 主管护师; E-mail: mhj81812021@163.com

基金项目: 张家口市科技计划自筹经费项目(编号: 2021090D)

appetite and the levels of serum TNF- $\alpha$ , IL-8 and IL-1 $\beta$  in the two groups were significantly decreased compared with those before treatment ( $P < 0.05$ ), and the effect on decreasing the above indexes in the study group was significantly superior to that in the control group ( $P < 0.01$ ). (4) After treatment, the levels of serum T lymphocyte subsets CD3<sup>+</sup>, CD4<sup>+</sup> and the ratio of CD4<sup>+</sup>/CD8<sup>+</sup> in both groups were significantly increased compared with those before treatment ( $P < 0.05$ ), and the level of CD8<sup>+</sup> was significantly decreased compared with that before treatment ( $P < 0.05$ ). The effect on increasing the levels of serum T lymphocyte subsets CD3<sup>+</sup>, CD4<sup>+</sup> and the ratio of CD4<sup>+</sup>/CD8<sup>+</sup> and the effect on decreasing the level of CD8<sup>+</sup> in the study group were significantly superior to that in the control group ( $P < 0.01$ ). **Conclusion** *Quyú Shengxīn* Formula combined with probiotics exerts certain effect in the treatment of ulcerative colitis through significantly relieving the clinical symptoms, effectively alleviating inflammatory response and improving immune function, and its efficacy is superior to that of the probiotics alone.

**Keywords:** *Quyú Shengxīn* Formula; probiotics; ulcerative colitis; spleen and stomach *qi* deficiency; inflammatory factors; immune function

溃疡性结肠炎(ulcerative colitis, UC)为一种病因未明的炎症性消化系统疾病。该病除会给患者身心带来较大痛苦外,还可能会引起中毒性巨结肠、肠道大出血等肠道严重并发症<sup>[1]</sup>。目前,普遍认为,溃疡性结肠炎的发生与环境、遗传、肠道微生态及免疫失调等因素有关<sup>[2]</sup>。现代医学多采用水杨酸制剂、免疫抑制剂、益生菌制剂等药物进行治疗,但无法达到理想疗效<sup>[3]</sup>。近年来,中医在溃疡性结肠炎病机及治疗的研究方面取得一定进展。中医学认为,本病多由脾胃虚弱,气机紊乱,瘀血内阻所致<sup>[4]</sup>。为此,本研究尝试采用祛瘀生新方与益生菌联合治疗溃疡性结肠炎脾胃气虚型患者,获得较佳的效果,现将研究结果报道如下。

## 1 对象与方法

**1.1 样本量估算** 本研究属于随机对照研究,主要研究终点为临床疗效,通过查阅文献,预计对照组的临床疗效为72%,研究组为92%,设双侧 $\alpha = 0.05$ ,把握度为90%,使用PASS 15.0软件计算得到每组需要样本量为73例,共需146例。考虑到10%脱落率,最终取每组82例,共纳入164例。

**1.2 研究对象及分组** 经医院伦理委员会审核批准后,收集2018年12月至2021年1月在河北北方学院附属第一医院消化科门诊或住院部接受治疗,明确诊断为慢性溃疡性结肠炎脾胃气虚型的患者,共164例。分组方法为利用Excel函数生成164个随机数,根据患者入院顺序依次分配,奇数设为对照组,偶数设为研究组。将164例患者随机

分成研究组和对照组,每组各82例。

**1.3 诊断标准** 西医诊断标准:参照《炎症性肠病诊断与治疗的共识意见》<sup>[5]</sup>中有关溃疡性结肠炎的诊断标准。中医辨证标准:参照《中药新药临床研究指导原则(试行)》<sup>[6]</sup>制定溃疡性结肠炎脾胃气虚型的辨证标准。主症:腹泻,便溏,黏液血便,餐后腹胀,食少纳差;次症:腹部隐痛喜按,神疲乏力,面色萎黄,腹胀肠鸣;舌象与脉象:舌淡苔薄白,脉细弱或濡缓。

**1.4 纳入标准** ①符合上述西医溃疡性结肠炎的诊断标准,且中医辨证为脾胃气虚型;②年满18岁,但未超过70岁;③病程在3个月及以上,病情在活动期;④入组前1个月未应用过益生菌等相关药物治疗;⑤自愿参加本研究并签署知情同意书的患者。

**1.5 排除标准** ①克罗恩病、肠结核等其他肠道疾病患者;②合并有重要脏器严重病变、恶性肿瘤、免疫性疾病的患者;③有肠道切除手术史的患者;④过敏体质及对受试药物过敏的患者;⑤精神病患者;⑥妊娠期或哺乳期妇女;⑦依从性差,未遵医嘱用药治疗的患者。

## 1.6 治疗方法

**1.6.1 对照组** 给予益生菌治疗。用法:服用双歧杆菌三联活菌胶囊(生产厂家:上海上药信谊药厂有限公司;批准文号:国药准字S10950032;规格:0.21 g/粒),口服,每次2粒,每日3次。连续治疗4周。

1.6.2 研究组 在对照组基础上联合祛瘀生新方治疗。方药组成：黄芪40g，太子参30g，白术15g，地锦草20g，川芎9g，生地黄15g，鸡眼草20g，桃仁9g。上述中药均由河北北方学院附属第一医院中药房提供。每日1剂，水煎取汁300mL，分早晚2次温服。连续治疗4周。

### 1.7 观察指标及疗效判定标准

1.7.1 中医证候评分 参照《中药新药临床研究指导原则(试行)》<sup>[6]</sup>制定溃疡性结肠炎脾胃气虚型的证候评分表，分别于治疗前和治疗4周后对2组患者的腹痛、腹泻、黏液血便、食少纳差等证候进行量化评分。按各症状的严重程度分为无、轻度、中度、重度4级，分别计为0、2、4、6分。其中，0分：未见症状；2分：症状轻微或偶发；4分：症状明显或间断发生；6分：症状重或持续发生。

1.7.2 血清炎症因子检测 于治疗前和治疗4周后采集2组患者晨起空腹时静脉血3mL，经离心获得血清后于-70℃环境下冷藏待测。采用酶联免疫吸附法(ELISA)检测肿瘤坏死因子 $\alpha$ (TNF- $\alpha$ )、白细胞介素8(IL-8)、白细胞介素1 $\beta$ (IL-1 $\beta$ )等炎症因子水平，试剂盒均由上海酶联生物科技有限公司提供。

1.7.3 免疫功能检测 采用Quanta SC型流式细胞仪对2组患者治疗前和治疗4周后血清T淋巴细胞亚群CD3<sup>+</sup>、CD4<sup>+</sup>、CD8<sup>+</sup>进行检测，并计算CD4<sup>+</sup>/CD8<sup>+</sup>比值。

1.7.4 疗效判定标准 治疗4周后，参照《中医病证诊断疗效标准》<sup>[7]</sup>判定2组疗效。显效：临床症状消退，肠镜检查未见异常；有效：临床症状明显减轻，肠镜检查有明显改善；无效：临床症状及肠镜检查未见改善。总有效率=(显效例数+有效例数)/总病例数 $\times$ 100%。

1.8 统计方法 应用SPSS 21.0统计软件进行数据的统计分析。计量资料用均数 $\pm$ 标准差( $\bar{x} \pm s$ )描述，经Shapiro-Wilk检验确认符合正态分布者，采用 $t$ 检验(其中组间比较采用两独立样本 $t$ 检验，治疗前后比较采用配对 $t$ 检验)，不符合正态分布者采用秩和检验；计数资料用率或构成比描述，组间比较采用 $\chi^2$ 检验；等级资料组间比较采用秩和检验。均采用双侧检验，以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

## 2 结果

2.1 2组患者脱落情况及基线资料比较 在研究期间，有5例患者脱落，最终共有159例患者完成试验，其中对照组为79例，研究组为80例。对照组79例患者中，男46例，女33例；年龄最小32岁，最大68岁，平均(51.23 $\pm$ 6.38)岁；病程最短5个月，最长8年，平均(4.17 $\pm$ 1.39)年；结肠镜下分级：1级17例，2级35例，3级27例。研究组80例患者中，男48例，女32例；年龄最小33岁，最大67岁，平均(51.56 $\pm$ 6.03)岁；病程最短7个月，最长8年，平均(4.23 $\pm$ 1.42)年；结肠镜下分级：1级16例，2级38例，3级26例。2组患者的性别、年龄、病程、结肠镜下分级情况等基线资料比较，差异均无统计学意义( $P > 0.05$ )，具有可比性。

2.2 2组患者临床疗效比较 表1结果显示：治疗4周后，研究组的总有效率为92.50%(74/80)，对照组为72.15%(57/79)；组间比较，研究组的总有效率和总体疗效均明显优于对照组，差异均有统计学意义( $P < 0.01$ )。

表1 2组溃疡性结肠炎患者临床疗效比较

Table 1 Comparison of clinical efficacy between the two groups of patients with ulcerative colitis [例(%)]

组别	例数(例)	显效	有效	无效	总有效
对照组	79	31(39.24)	26(32.91)	22(27.85)	57(72.15)
研究组 <sup>①</sup>	80	46(57.50)	28(35.00)	6(7.50)	74(92.50) <sup>①</sup>
Z值或 $\chi^2$ 值			3.030		11.343
P值			0.002		0.001

① $P < 0.01$ ，与对照组比较

2.3 2组患者治疗前后中医证候评分比较 表2结果显示：治疗前，2组患者腹痛、腹泻、黏液血便、食少纳差等中医证候评分比较，差异均无统计学意义( $P > 0.05$ )，具有可比性。治疗后，2组患者的腹痛、腹泻、黏液血便、食少纳差等中医证候评分均较治疗前明显降低( $P < 0.05$ )，且研究组的降低作用均明显优于对照组，差异均有统计学意义( $P < 0.01$ )。

2.4 2组患者治疗前后血清炎症因子水平比较 表3结果显示：治疗前，2组患者血清TNF- $\alpha$ 、IL-8、IL-1 $\beta$ 水平比较，差异均无统计学意义( $P > 0.05$ )，具有可比性。治疗后，2组患者血清TNF- $\alpha$ 、

表2 2组溃疡性结肠炎患者治疗前后中医证候评分比较

Table 2 Comparison of TCM syndrome scores between the two groups of patients with ulcerative colitis before and after treatment

组别	例数 (例)	腹痛		腹泻		黏液血便		食少纳差	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组	79	3.91 ± 1.02	1.64 ± 0.49 <sup>①</sup>	3.63 ± 0.82	1.35 ± 0.47 <sup>①</sup>	3.22 ± 0.71	1.23 ± 0.43 <sup>①</sup>	3.53 ± 0.79	1.14 ± 0.37 <sup>①</sup>
研究组	80	3.76 ± 0.97	0.83 ± 0.25 <sup>①②</sup>	3.49 ± 0.76	0.60 ± 0.18 <sup>①②</sup>	3.06 ± 0.68	0.57 ± 0.14 <sup>①②</sup>	3.35 ± 0.72	0.51 ± 0.16 <sup>①②</sup>
<i>t</i> 值		0.950	13.153	1.117	13.318	1.451	13.046	1.502	13.965
<i>P</i> 值		0.343	0.000	0.266	0.000	0.149	0.000	0.135	0.000

① $P < 0.05$ , 与治疗前比较; ② $P < 0.01$ , 与对照组治疗后比较

表3 2组溃疡性结肠炎患者治疗前后血清炎症因子水平比较

Table 3 Comparison of serum levels of inflammatory factors between the two groups of patients with ulcerative colitis before and after treatment

组别	例数(例)	TNF- $\alpha$ (pg·mL <sup>-1</sup> )		IL-8(ng·L <sup>-1</sup> )		IL-1 $\beta$ (ng·L <sup>-1</sup> )	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组	79	65.36 ± 8.91	42.70 ± 6.53 <sup>①</sup>	73.10 ± 8.26	56.69 ± 6.03 <sup>①</sup>	39.12 ± 8.29	23.56 ± 5.91 <sup>①</sup>
研究组	80	64.86 ± 7.57	25.16 ± 5.19 <sup>①②</sup>	72.49 ± 7.81	41.45 ± 5.20 <sup>①②</sup>	38.74 ± 7.62	12.81 ± 3.02 <sup>①②</sup>
<i>t</i> 值		0.382	18.762	0.479	17.073	0.301	14.469
<i>P</i> 值		0.703	0.000	0.633	0.000	0.764	0.000

① $P < 0.05$ , 与治疗前比较; ② $P < 0.01$ , 与对照组治疗后比较

IL-8、IL-1 $\beta$ 水平均较治疗前明显降低( $P < 0.05$ ), 且研究组的降低作用均明显优于对照组, 差异均有统计学意义( $P < 0.01$ )。

2.5 2组患者治疗前后免疫功能指标比较 表4结果显示: 治疗前, 2组患者血清T淋巴细胞亚群CD3<sup>+</sup>、CD4<sup>+</sup>、CD8<sup>+</sup>水平和CD4<sup>+</sup>/CD8<sup>+</sup>比值比较, 差异均无统计学意义( $P > 0.05$ ), 具有可比性。治疗

后, 2组患者血清T淋巴细胞亚群CD3<sup>+</sup>、CD4<sup>+</sup>水平和CD4<sup>+</sup>/CD8<sup>+</sup>比值均较治疗前明显升高( $P < 0.05$ ), CD8<sup>+</sup>水平均较治疗前明显降低( $P < 0.05$ ), 且研究组对血清T淋巴细胞亚群CD3<sup>+</sup>、CD4<sup>+</sup>水平和CD4<sup>+</sup>/CD8<sup>+</sup>比值的升高作用及对CD8<sup>+</sup>水平的降低作用均明显优于对照组, 差异均有统计学意义( $P < 0.01$ )。

表4 2组溃疡性结肠炎患者治疗前后免疫功能指标比较

Table 4 Comparison of immune function indexes between the two groups of patients with ulcerative colitis before and after treatment

组别	例数 (例)	CD3 <sup>+</sup> (%)		CD4 <sup>+</sup> (%)		CD8 <sup>+</sup> (%)		CD4 <sup>+</sup> /CD8 <sup>+</sup> 比值	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组	79	52.35 ± 8.61	61.70 ± 10.63 <sup>①</sup>	31.58 ± 6.42	36.16 ± 7.50 <sup>①</sup>	20.56 ± 5.41	17.40 ± 3.36 <sup>①</sup>	1.54 ± 0.38	2.12 ± 0.43 <sup>①</sup>
研究组	80	51.29 ± 8.17	74.35 ± 11.94 <sup>①②</sup>	30.86 ± 6.24	42.05 ± 8.61 <sup>①②</sup>	20.19 ± 4.73	14.67 ± 3.15 <sup>①②</sup>	1.48 ± 0.35	2.87 ± 0.58 <sup>①②</sup>
<i>t</i> 值		0.796	7.053	0.717	4.597	0.459	5.286	1.036	9.253
<i>P</i> 值		0.427	0.000	0.474	0.000	0.647	0.000	0.302	0.000

① $P < 0.05$ , 与治疗前比较; ② $P < 0.01$ , 与对照组治疗后比较

### 3 讨论

溃疡性结肠炎为一种多发的消化内科疾病, 多见于青壮年人群中, 具有发作和缓解交替出现、慢性进展等特点。该病可对患者身心健康造

成重创, 而且病程迁延日久, 有可能诱发癌变。因此, 应对溃疡性结肠炎患者积极开展治疗。有关研究发现, 溃疡性结肠炎患者粪便内双歧杆菌等益生菌数量显著低于正常水平, 粪球菌数量



显著高于正常水平<sup>[8]</sup>。提示肠道菌群紊乱参与溃疡性结肠炎的发生过程。肠道菌群紊乱可诱导肠黏膜免疫炎症反应的发生,致肠黏膜持续受到损伤,从而出现腹痛、便血等临床表现。肿瘤坏死因子 $\alpha$ (TNF- $\alpha$ )由单核巨噬细胞生成,在机体免疫炎症反应中发挥着重要作用,被认为是介导溃疡性结肠炎患者肠黏膜损伤的重要细胞因子<sup>[9]</sup>;白细胞介素8(IL-8)为一种中性粒细胞活化因子,研究证实,其在溃疡性结肠炎患者血清中处于高表达,且表达水平和病变程度存在正相关关系<sup>[10]</sup>;白细胞介素1 $\beta$ (IL-1 $\beta$ )为一种主要由巨噬细胞、内皮细胞产生的炎性因子,能够诱导其他细胞释放IL-8等炎性介质,进而促使中性粒细胞趋化,使肠黏膜病理损伤加重<sup>[11]</sup>。因此,调节患者肠道菌群紊乱,降低其血清TNF- $\alpha$ 、IL-8、IL-1 $\beta$ 等炎性因子水平对于溃疡性结肠炎治疗具有重要意义。

以双歧杆菌三联活菌胶囊为代表的益生菌制剂为溃疡性结肠炎治疗的常用药,其作用机制包括:(1)补充肠道优势菌群,并可通过抑制致病菌在肠黏膜的粘附及可与致病菌争夺营养物质等,使肠道菌群恢复平衡;(2)益生菌的酸性代谢产物能抑制致病菌生长,同时能增强肠黏膜屏障功能,抵御病原菌的入侵,减少有害物质如内毒素、炎性因子等对肠黏膜的不良刺激,从而达到缓解病情的目的<sup>[12]</sup>。但有研究发现,单用益生菌制剂等西药治疗的疗效有限,难以有效根治溃疡性结肠炎<sup>[13]</sup>。而在本研究中,采用益生菌制剂治疗的总有效率为72.15%,仍有27.85%的患者未能从中受益。提示仍应积极探索溃疡性结肠炎的有效治疗方法。

溃疡性结肠炎应归属于中医学“泄泻”“肠癖”等范畴。中医学认为,该病病位在脾,脾虚则健运失司,湿浊内生而致瘀,或气机失调,瘀血内结而发为本病。瘀血内阻,血行不畅,可致脾胃更虚,邪气留存不去,瘀血愈聚,气愈虚,最终导致本病迁延反复,缠绵不愈<sup>[14]</sup>。故中医治疗宜益气健脾、活血祛瘀。祛瘀生新方是本院治疗溃疡性结肠炎的经验方,方中黄芪补气固表、排脓生肌,鸡眼草健脾利湿,二者共为君药;白术健脾补气,地锦草清热利湿,太子参补气益血,桃仁活血祛瘀,可助君药益气健脾、祛湿导浊,共为臣药;生地黄凉血活血、益气补血,川芎破

血散结,共为佐使药。诸药合用,共奏益气健脾、活血祛瘀、导滞通腑之功效。本研究观察了祛瘀生新方联合益生菌治疗溃疡性结肠炎的效果,结果显示,研究组的总有效率和总体疗效均明显优于对照组,且其对中医证候评分及血清TNF- $\alpha$ 、IL-8、IL-1 $\beta$ 水平的降低作用均明显优于对照组,差异均有统计学意义( $P < 0.01$ )。提示祛瘀生新方与益生菌联合用药可取得更佳的疗效,能使患者临床症状得到明显缓解,炎症反应得到有效控制。分析其原因,可能与祛瘀生新方组分的以下药理作用有关<sup>[15-17]</sup>:黄芪中含有的黄芪多糖对双歧杆菌等益生菌的生长具有促进作用;鸡眼草乙醇提取物可通过抑制TNF- $\alpha$ 、IL-1 $\beta$ 等多种炎性介质的释放而发挥抗炎作用;白术中含有的白术内酯、白术多糖等成分具有较好的抗炎活性;桃仁、川芎具有抗氧化应激效应,且对创面修复十分有益;生地黄具有抗菌作用,且可通过抑制毛细血管通透性而发挥抗炎作用。

T淋巴细胞主要由CD4<sup>+</sup>、CD8<sup>+</sup>两个亚群组成,前者为辅助性T细胞,主要作用是调节机体免疫应答。后者为细胞毒性T细胞,对机体免疫功能起到负向调节作用。CD4<sup>+</sup>/CD8<sup>+</sup>可对机体免疫系统稳定性做出重要反映,其比值降低,则免疫调节异常,亦可致肠黏膜损伤加重<sup>[18]</sup>。本研究结果显示,治疗后,2组患者血清T淋巴细胞亚群CD3<sup>+</sup>、CD4<sup>+</sup>水平和CD4<sup>+</sup>/CD8<sup>+</sup>比值均较治疗前明显升高( $P < 0.05$ ),CD8<sup>+</sup>水平均较治疗前明显降低( $P < 0.05$ ),且研究组对血清T淋巴细胞亚群CD3<sup>+</sup>、CD4<sup>+</sup>水平和CD4<sup>+</sup>/CD8<sup>+</sup>比值的升高作用及对CD8<sup>+</sup>水平的降低作用均明显优于对照组,差异均有统计学意义( $P < 0.01$ )。提示加用祛瘀生新方可有效改善细胞免疫功能。分析其原因,可能与该方中的黄芪、太子参、生地黄等中药成分具有增强单核吞噬细胞功能、促进免疫因子生成等作用有关<sup>[15-18]</sup>。

综上所述,祛瘀生新方联合益生菌治疗溃疡性结肠炎疗效确切,可显著减轻临床症状,有效缓解炎症反应和改善患者免疫功能,其疗效优于单用益生菌治疗,值得临床进一步推广应用。

#### 参考文献:

- [1] 李淑红,刘华一,唐艳萍.葛根苓连汤加白及灌肠治疗慢性溃

- 疡性结肠炎急性发作的效果[J]. 世界中西医结合杂志, 2018, 13(10): 101-104.
- [2] 林丹, 许少华. 复方苦参汤治疗慢性溃疡性结肠炎的临床疗效及对炎症因子的影响[J]. 慢性病学杂志, 2019, 20(7): 1044-1046.
- [3] 肖铃. 益生菌联合康复新液对于活动期轻中度溃疡性结肠炎的治疗效果分析[J]. 中国处方药, 2018, 16(2): 66-67.
- [4] 周建红, 廖鸿俊, 吴静, 等. 人参健脾片佐治溃疡性结肠炎脾气虚弱证28例疗效观察[J]. 浙江中医杂志, 2019, 54(9): 652.
- [5] 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[J]. 中华消化杂志, 2012, 32(12): 796-801.
- [6] 郑筱萸. 中药新药临床研究指导原则(试行)[S]. 北京: 中国医药科技出版社, 2002: 129-134.
- [7] 国家中医药管理局. 中医病证诊断疗效标准[S]. 南京: 南京大学出版社, 1994: 186.
- [8] 樊敏学, 刘琰, 冯义朝. 溃疡性结肠炎组织中 cingulin、claudin-2 表达量与菌群紊乱、氧化应激及炎症的相关性[J]. 海南医学院学报, 2018, 24(24): 2117-2120.
- [9] BANK S, ANDERSEN P S, BURISCH J, et al. Genetically determined high activity of IL-12 and IL-18 in ulcerative colitis and TLR5 in Crohn's disease were associated with non-response to anti-TNF therapy [J]. Pharmacogenomics J, 2018, 18(1): 87-97.
- [10] COLITIS J C, BSAT M, RUBIO M, et al. IL-12 and mucosal CD14+ monocyte-like cells induce IL-8 in colonic memory CD4+ T cells of patients with ulcerative colitis but not Crohn's disease [J]. J Crohns Colitis, 2020, 14(1): 79-95.
- [11] WĘDRYCHOWICZ A, TOMASIK P, ZAJĄC A, et al. Prognostic value of assessment of stool and serum IL-1 $\beta$ , IL-1ra and IL-6 concentrations in children with active and inactive ulcerative colitis[J]. Arch Med Sci, 2018, 14(1): 107-114.
- [12] 蒋琦, 刘怡, 吴巧艳, 等. 美沙拉嗪结合益生菌治疗溃疡性结肠炎的疗效观察[J]. 中国现代医生, 2018, 56(15): 43-46.
- [13] 陈莉. 益生菌联合康复新液治疗活动期轻中度溃疡性结肠炎的效果观察[J]. 实用临床医药杂志, 2019, 23(12): 92-95.
- [14] 戴彦成, 毕蓉蓉, 张亚利, 等. 大肠湿热型和脾气虚弱型溃疡性结肠炎患者肺功能损伤的研究[J]. 中华中医药学刊, 2018, 36(3): 547-551.
- [15] 冯文林, 伍海涛. 中药多糖治疗溃疡性结肠炎作用机制的研究进展[J]. 辽宁中医杂志, 2019, 46(4): 878-882.
- [16] 莫琼, 郝二伟, 覃文慧, 等. 平性活血化痰中药物质基础与药理作用的研究进展[J]. 中国实验方剂学杂志, 2020, 26(1): 205-216.
- [17] 付国辉, 杜鑫. 地黄化学成分及药理作用研究进展[J]. 中国医药科学, 2015, 5(15): 39-41.
- [18] 翟月华, 高明焕. 自拟清肠愈疡汤经验方口服、中药灌肠对重度溃疡性结肠炎患者肠道菌群、免疫功能、血清 HIF-1 $\alpha$ 、TGF- $\beta$ 1、 $\beta$ -EP 水平的影响[J]. 环球中医药, 2018, 11(6): 941-944.

【责任编辑: 陈建宏】

欢迎关注《广州中医药大学学报》“微信公众号”



本刊微信公众平台已开通, 通过手机个人微信“扫一扫”本刊“微信公众号”二维码并关注, 即可进入本刊微信公众平台。通过此手机微信平台, 可及时、准确地了解本刊的最新资讯、动态, 并能及时查询已投稿件处理状况, 检索论文, 浏览下载过刊。快来关注我们的公众号吧!

·《广州中医药大学学报》编辑部·