

柳氮磺吡啶与美沙拉嗪治疗溃疡性结肠炎的临床效果比较

陈紫杨

福建省泉州市永春县医院 福建泉州 362000

【摘要】目的 探讨柳氮磺吡啶与美沙拉嗪治疗溃疡性结肠炎的临床效果。**方法** 选取 2021 年 7 月~2022 年 7 月我院收治的 104 例溃疡性结肠炎患者, 随机分为对照组(应用柳氮磺吡啶治疗)和观察组(应用美沙拉嗪治疗), 每组 52 例, 比较两组的治疗效果、黏膜屏障功能以及肠道菌群数量。**结果** 观察组的治疗有效率高于对照组, 且治疗后观察组的尿淀粉酶、二胺氧化酶、D-乳酸水平低于对照组, 观察组的肠球菌、大肠埃希菌、乳酸杆菌、双歧杆菌等数量优于对照组, 对比存在统计学意义($P<0.05$)。**结论** 与柳氮磺吡啶相比, 采用美沙拉嗪治疗溃疡性结肠炎的效果更为显著, 能够促进黏膜屏障功能的修复, 有助于恢复肠道菌群的平衡, 值得临床推广。

【关键词】 溃疡性结肠炎; 柳氮磺吡啶; 美沙拉嗪; 黏膜屏障功能; 肠道菌群; 临床效果

【中图分类号】 R574.1

【文献标识码】 A

【文章编号】 1007-3809 (2022) 04-057-02

溃疡性结肠炎为常见疾病, 病情迁延时间较长, 且容易反复发作, 治愈难度较大, 会严重影响导致患者的正常生活与工作^[1]。该病若治疗不及时、有效, 则会加重病情, 进而容易并发肠穿孔或者癌变, 对患者的生命健康产生威胁。现阶段, 该病的临床常用药物包括柳氮磺吡啶与美沙拉嗪, 诸多研究认为两种药物所获取的结果存在差异性, 美沙拉嗪的应用性更好^[2]。因此, 本次研究选取 104 例溃疡性结肠炎患者作为研究对象, 探讨柳氮磺吡啶与美沙拉嗪的治疗有效性, 具体内容如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料

选取 2021 年 7 月~2022 年 7 月我院收治的 104 例溃疡性结肠炎患者, 随机分为两组, 对照组 52 例, 男性 27 例, 女性 25 例, 年龄 23~68 岁, 平均 (45.79 ± 2.76) 岁, 病程 10 个月~5 年, 平均 (2.65 ± 0.72) 年; 观察组 52 例, 男性 28 例, 女性 24 例, 年龄 24~69 岁, 平均 (45.82 ± 2.72) 岁, 病程 11 个月~6 年, 平均 (2.68 ± 0.69) 年。两组的一般资料无明显差异($P>0.05$)。

1.2 方法

对照组采用柳氮磺吡啶(上海信谊嘉华药业有限公司, 国药准字 H31020557, 规格 0.25g)治疗, 口服, 每日 3~4g, 间隔 8h 服药一次, 4 周为 1 个疗程, 连续接受 2 个疗程的治疗。

观察组采用美沙拉嗪(葵花药业集团佳木斯鹿灵制药有限公司, 国药准字 H19980148, 规格 0.25g)治疗, 口服, 每

次 1g, 每日 3 次, 4 周为 1 个疗程, 共治疗 2 个疗程。

1.3 判定标准与观察指标

显效: 腹泻、腹痛等临床症状消失, 血便常规检查呈阳性, 结肠镜检查显示粘膜、溃疡明显恢复正常; 有效: 临床症状显著好转, 血便常规检查呈阴性, 结肠镜检查显示粘膜、溃疡显著好转; 无效: 临床症状改善不显著或加重^[3]。

黏膜屏障功能包括尿淀粉酶、二胺氧化酶、D-乳酸等。

记录两组的肠道菌群数量, 包括肠球菌、大肠埃希菌、乳酸杆菌、双歧杆菌等。

1.4 统计学处理

使用 SPSS23.0 处理, 计数资料进行卡方检验(χ^2), 计量资料进行 t 检验($\bar{x}\pm s$), $P<0.05$ 为有统计学意义。

2 结果

2.1 治疗效果

组间比较治疗效果存在统计学意义($P<0.05$), 见表 1:

2.2 黏膜屏障功能

治疗前比较各项指标($P>0.05$), 无显著差异; 治疗后比较则有统计学意义($P<0.05$), 观察组低于对照组, 见表 3:

表 1: 两组治疗效果比较 (n, %)

组别	例数	显效	有效	无效	总有效
对照组	52	27 (51.92)	13 (25.00)	12 (23.08)	76.92 (40/52)
观察组	52	32 (61.54)	16 (30.77)	4 (7.69)	92.31 (48/52)
χ^2					4.806
P					0.05

表 2: 两组患者黏膜屏障功能对比较 ($\bar{x}\pm s$)

指标	对照组 (n=52)		观察组 (n=52)	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
尿淀粉酶 (U/L)	2026.06 $\pm$ 351.60	396.85 $\pm$ 113.62	2025.86 $\pm$ 352.72	284.69 $\pm$ 70.45
二胺氧化酶 (U/L)	7.80 $\pm$ 1.07	6.59 $\pm$ 0.84	7.82 $\pm$ 1.10	5.51 $\pm$ 0.83
D-乳酸 (mmol/L)	5.59 $\pm$ 0.90	4.48 $\pm$ 0.77	5.64 $\pm$ 0.91	4.02 $\pm$ 0.73

2.3 肠道菌群数量

治疗前比较各项菌群的数量($P>0.05$), 无显著差异; 治疗后比较则有统计学意义($P<0.05$), 观察组优于对照组, 见表 3:

3 讨论

溃疡性结肠炎的患病率较高, 且呈上升趋势, 感染、免疫、饮食、心理情绪、遗传都会诱发该病^[4]。目前临床治疗以药

物为主, 其中柳氮磺吡啶为常用药物之一, 属于氨基水杨酸制剂, 在肠道菌群中作用明显, 代谢后能够生成磺胺吡啶与 5-ASA, 对合成和释放前列腺素起到抑制作用, 肠黏膜脂肪酸氧化产生抵抗, 使肠道通透性降低, 降低炎症浸润。美沙拉嗪也属于氨基水杨酸制剂, 增加远端肠管内药物浓度, 抑制炎症因子浸润, 发挥抗氧自由基功效^[5]。本次研究结果显示,

(下转第 59 页)

3 讨论

呃逆也被称为膈肌痉挛,属于膈肌、迷走神经受到刺激后,导致的一侧或双侧膈肌阵发性痉挛症状,患者可在吸气期出现声门关闭情况,并发出短促响亮声音。当膈肌痉挛持续时间达到 48h 以上时,则判定为顽固性呃逆。顽固性呃逆影响患者生活与工作,不仅会造成全身不适感,严重患者出现呼吸不畅,对生命健康构成威胁^[2]。

现代医学理论认为呃逆的诱发原因是膈肌痉挛,是膈肌出现不自主间歇性收缩的动作,为放射性活动的一种,受到大脑呼吸中枢控制。膈肌的发病机制十分复杂,当患者迷走神经或膈神经受到刺激后,将感觉传导到大脑呼吸中枢神经,此时,若出现较为明显的神经损伤,则影响膈神经正常生理过程,使得膈神经的运动传导增加,导致呃逆症状出现。

中医认为呃逆多由脾胃不和、气机逆乱所致,其治疗方向为疏肝理气,在具体治疗中,可在中脘部位选取穴位。针灸取内关、三阴交、足三里、膈腧、中脘,通常需要留针 30min,以达到理想的治疗效果。针灸治疗可实现健脾和胃、疏肝散结、消除呃逆的目标,因此,需要对针灸疗法的作用机制进行分析。中脘是胃的募穴,足三里则为胃经合穴,通过针灸上述穴位,可疏通经络、调理气血、健脾和胃。膈腧具有利膈镇逆的作用,通过对该穴位的针灸刺激,能够发挥出理气止痛、养血的显著效果。

呃逆多由脾胃不适和情志失调所致,症状较轻患者经过自我管理后可自行痊愈;重症患者则需要进行治疗干预。中医认为膈肌以下为中焦部位,其主要功能为纳降,气下行则顺,以通为用。由此可知,当患者胃气滞留后,增加了呃逆不良症状的发生几率。通过中医针灸治疗方案,可顺气和胃,并起到舒缓膈肌、宽胸的有效作用,以降低气体与膈肌之间碰撞几率。针灸治疗能够调整经络功能,促使脏腑气血恢复正常,以达到治疗呃逆预期目标。

王青云^[3]分析了浮针与再灌注方案治疗顽固性呃逆的效果,研究结果表明,联合治疗方案产生的疗效肯定,能够有效降低膈肌痉挛发生率,加快了患者痊愈进程。通过针灸治疗,可在根本上治愈呃逆疾病,对患者康复治疗产生了深远影响。相关研究结果与本文报道的治疗有效率具有一致性。由此可知,针对顽固性呃逆治疗的有效方式为针灸治疗。在针灸治疗过程中,有关人员应根据中医辨证施治原则,对患者进行科学指导,并为其提供良好的护理。

本次针灸治疗中,以透穴法为主,选取中脘穴为主要针刺穴位,通过与补法的联合应用,达到了温中祛寒的良好效果。针对胃火上逆患者而言,则采用了经穴手法,通过提插与捻转的配合使用,达到了宽胸泻火的目标。值得注意的是,针灸方案应用中,不能操之过急,施针的深度应适当,不得对其他部位造成损伤,并注重手法灵活。在具体治疗环节,中医也使用指针、耳针、眼针进行治疗,其中指针在足三里、内关穴中应用较多,而眼针、耳针则多应用在上、中焦、耳中穴中。通过对不同穴位的针灸治疗,为顽固性呃逆治疗提供了新的路径。

综上所述,在顽固性呃逆治疗中,使用中医针灸治疗措施产生的效果显著,能够提高治疗有效率,改善患者生活质量,在疾病康复治疗中发挥着指导价值。

参考文献:

- [1] 王亚杰,从禹,国嵩,等.魏玮教授脏腑辨证结合穴位疗法治疗顽固性呃逆经验[J].世界中西医结合杂志,2021,16(4):5.
- [2] 罗英俊.吴茱萸汤加减联合低频脉冲电仪治疗脑卒中后顽固性呃逆临床研究[J].陕西中医,2021,42(10):4.
- [3] 王青云,李康菊,刘少欣,等.浮针配合主动再灌注活动治疗顽固性呃逆疗效观察[J].广州中医药大学学报,2020,37(5):5.

(上接第 57 页)

观察的治疗有效率 92.31% 高于对照组 76.92%,且治疗后与对照组相比,观察组的尿淀粉酶、二胺氧化酶、D-乳酸水平显著降低,肠球菌、大肠埃希菌数量降低,乳酸杆菌、双歧杆菌数量增加,提示与柳氮磺吡啶相比,在溃疡性结肠炎治疗应用美沙拉嗪的效果更为显著,能够促进黏膜屏障功能快速修复,并且降低害菌、致病菌的繁殖,促进有益菌群增殖。分析原因柳氮磺吡啶在肠道内细菌酶类会分解药效,导致实际药效吸收相对较少,导致肠道菌群平衡恢复效果欠佳,此外,虽然抑制炎症因子释放,但是会刺激肠黏膜,对改善肠黏膜屏障功能产生不利影响;美沙拉嗪不易被小肠、胃分解与吸收,药效在结肠与回肠末端释放增加抗炎作用,临床症状缓解显著,该药物结构能够结合 2 个 5-ASA 与氮元素,利于肠道功能的恢复,且在肠道中与肠黏膜上皮细胞结合,可促进益生菌增殖,降低致病菌与有害菌的入侵,使机体免疫明显提高。

综上所述,美沙拉嗪在溃疡性结肠炎治疗中具有重要的

应用价值,可改善临床症状,促进黏膜屏障功能恢复与维持肠道菌群平衡,值得临床推广。

参考文献:

- [1] 宋海生.美沙拉嗪与柳氮磺吡啶治疗溃疡性结肠炎效果对比[J].中国保健营养,2021,31(3):204.
- [2] 赵海燕.美沙拉嗪与柳氮磺吡啶比较治疗溃疡性结肠炎疗效与安全性的系统评价[J].养生大世界,2021(8):124.
- [3] 喻玉,陈辉,陈珊珊.比较美沙拉嗪与柳氮磺吡啶治疗溃疡性结肠炎的疗效[J].临床医药文献电子杂志,2020,7(44):151-152.
- [4] 唐瑞,徐苏颖,杨男,等.中药组方联合美沙拉嗪/柳氮磺吡啶治疗溃疡性结肠炎有效性及安全性的系统评价[J].中国医院药学杂志,2021,41(20):2113-2120.
- [5] 柳汝明,吴斌,赵雨晋,等.美沙拉嗪与柳氮磺吡啶比较治疗溃疡性结肠炎疗效与安全性的系统评价[J].中国循证医学杂志,2011,11(2):181-186.

表 3: 两组患者肠道菌群数量比较 ($\bar{x} \pm s$)

指标	对照组 (n=52)		观察组 (n=52)	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
肠球菌 ($1g10^0/g$)	9.22±1.06	7.32±0.76	9.28±1.12	6.52±0.84
大肠埃希菌 ($1g10^0/g$)	9.10±1.17	7.90±0.84	9.08±1.14	5.88±0.95
乳酸杆菌 ($1g10^0/g$)	5.92±0.62	7.42±1.02	5.61±0.84	8.90±1.17
双歧杆菌 ($1g10^0/g$)	5.31±0.67	7.05±0.70	5.29±0.68	8.72±0.64