

# 新加黄龙汤防治结直肠癌患者术后炎性肠梗阻临床观察

季乔雪,王成阳,余晓琪

(安徽医科大学第一附属医院,安徽 合肥 230010)

**[摘要]**目的 探究新加黄龙汤对结直肠癌(colorectal cancer, CRC)患者术后炎性肠梗阻的防治效果及对患者高凝血状态的影响。方法 将204例行择期手术治疗的CRC患者随机分为常规术后治疗组(对照组)及新加黄龙汤联合治疗组(观察组),每组102例。记录两组术后胃肠功能恢复情况(肠鸣音恢复时间、首次排气时间、首次排便时间、首次进普食时间)、术后4周内炎性肠梗阻发生情况差异,术前和术后1周分别观察两组炎症反应因子[降钙素原(procalcitonin, PCT)、超敏C反应蛋白(hypersensitive C-reactive protein, hs-CRP)]、免疫功能(CD4<sup>+</sup>、CD8<sup>+</sup> T细胞水平、CD4<sup>+</sup>/CD8<sup>+</sup> T细胞比值)、凝血功能[凝血酶原时间(prothrombin time, PT)、活化部分凝血酶原时间(activated partial prothrombin time, APTT)、D-二聚体(D-dimer, D-D)]。结果 观察组肠鸣音恢复时间、首次排气时间、首次排便时间、首次进普食时间及术后4周内炎性肠梗阻发生率均低于对照组( $P < 0.05$ )。与术前比较,两组术后PCT、hs-CRP及D-D水平均显著升高( $P < 0.05$ ),对照组手术前后PCT、hs-CRP、D-D差值高于观察组( $P < 0.05$ );两组术后CD4<sup>+</sup>、CD8<sup>+</sup> T细胞比例和CD4<sup>+</sup>/CD8<sup>+</sup> T细胞比值亦显著升高( $P < 0.05$ ),而观察组手术前后差值显著高于对照组( $P < 0.05$ )。两组手术前后PT、APTT比较,差异均无统计学意义( $P > 0.05$ )。结论 新加黄龙汤能促进CRC患者术后胃肠功能恢复,减轻术后炎症反应,改善机体免疫功能及凝血功能,避免发生炎性肠梗阻。

**[关键词]**结直肠癌;新加黄龙汤;炎性肠梗阻;胃肠功能;凝血功能

**[中图分类号]**R735.3 **[DOI]**10.3969/j.issn.2095-7246.2019.02.007

结直肠癌(colorectal cancer, CRC)为中国常见胃肠道恶性肿瘤,随着现代生活习惯及饮食结构的改变,CRC发病率也逐年升高<sup>[1]</sup>。根治性切除术为CRC的首选治疗方法,且中国腔镜技术发展迅速,使腹腔镜下CRC根治术在临床较为普及,虽然具有微创等优点,但术后仍易发生炎性肠梗阻,影响患者术后恢复进程<sup>[2]</sup>。不仅如此,受肿瘤细胞分泌促凝因子、手术创伤等因素影响,CRC患者术后还可出现凝血功能障碍,增加血栓形成风险<sup>[3]</sup>。因此,对于行择期手术治疗的CRC患者,不仅手术方案至关重要,术后干预措施也非常重要。近年来,中西医结合治疗CRC受到学术界重点关注,有学者发现,将扶正健脾、化湿散瘀方剂应用于结肠癌根治术后患者,可改善患者微循环,并能提高肿瘤细胞对化学治疗药物的反应率,减少肿瘤复发、转移风险,对提高患者生存质量有积极意义<sup>[4]</sup>。其中新加黄龙汤作为一种泻热通便、滋阴益气的中药汤剂,对调节胃肠道功能具有重要作用,但鲜有学者将其应用于CRC术后治疗<sup>[5]</sup>。基于此,本研究选取安徽医科大学第一附属医院204例行择期手术治疗的CRC患者为研究对象,以评估新加黄龙汤对CRC术后炎性肠梗阻的

临床疗效,现报道如下。

## 1 临床资料

1.1 诊断标准 术中经病理学检查确诊为CRC者。

1.2 纳入标准 行择期腹腔镜CRC根治术者;年龄为20~75岁者;临床资料完整者。

1.3 排除标准 行联合脏器切除术者;术前行放射、化学治疗者;近期接受免疫抑制剂治疗者;既往腹部手术史者;伴严重心脑血管疾病或血液系统疾病者;合并高血压、糖尿病等慢性疾病;肝肾功能障碍者;术后生命体征不稳者。

1.4 一般资料 选取2015年2月至2017年12月安徽医科大学第一附属医院204例行择期手术治疗的CRC患者为研究对象。采用随机数字表法将研究对象分为常规术后治疗组(对照组,  $n = 102$ )及新加黄龙汤联合治疗组(观察组,  $n = 102$ )。观察组男59例,女43例;年龄28~74岁,平均年龄(56.74 ± 9.96)岁;结肠癌35例,直肠癌67例;肿瘤分期(TNM分期)Ⅰ期21例,Ⅱ期39例,Ⅲ期42例;低分化12例,中分化44例,高分化46例。对照组男57例,女45例;年龄36~74岁,平均年龄(56.12 ± 9.68)岁;结肠癌37例,直肠癌65例;肿瘤分期(TNM分期)Ⅰ期22例,Ⅱ期40例,Ⅲ期40例;低分化10例,中分化45例,高分化47例。两组患者一般资料比较,差异无统计学意义(性别:  $\chi^2 =$

基金项目:国家自然科学基金项目(81573942)

作者简介:季乔雪(1985-),女,硕士,主治医师

0.080,  $P=0.777$ ; 年龄:  $Z=-0.624$ ,  $P=0.532$ ; 肿瘤类型:  $\chi^2=0.086$ ,  $P=0.770$ ; 肿瘤分期:  $Z=0.281$ ,  $P=0.778$ ; 肿瘤分化程度:  $Z=-0.264$ ,  $P=0.791$ , 具有可比性。

## 2 方法

2.1 治疗方法 对照组于术后2周给予氟尿嘧啶、奥沙利铂、亚叶酸钙(FOLFOX)化疗方案治疗。奥沙利铂(生产企业:江苏省连云港杰瑞药业有限公司;规格:50 mg;批准文号:H20103049)85 mg/m<sup>2</sup>, 第1天,静脉滴注;亚叶酸钙(生产企业:江苏恒瑞医药股份有限公司;规格:100 mg;批准文号:H32022391)200 mg/m<sup>2</sup>, 第1~2天,静脉滴注;氟尿嘧啶(生产企业:北京紫竹药业有限公司;规格:10 mL,含氟尿嘧啶250 mg;批准文号:H11020026)400 mg/m<sup>2</sup>, 第1~2天,静脉推注,并追加600 mg/m<sup>2</sup>,持续静脉滴注22 h。2周为1个周期,共治疗12个周期。观察组则在对照组基础上予以新加黄龙汤治疗。玄参、生地黄、麦冬各15 g,生大黄9 g,甘草6 g,当归4.5 g,人参(另煎)4.5 g,芒硝3 g,海参2条,姜汁30 mL。并随症加减,伴明显血瘀者加当归7.5 g,脾虚气弱者加黄芪15 g,阴虚肠燥者除去方中人参,加沙参、太子参各6 g。将上方剂煎煮至200 mL,每日1剂,于术后12 h开始通过少量多次(每次10 mL)的方式经胃管给药或口服,连续服用5 d。

2.2 指标观察方法 ①术后胃肠功能恢复情况:记录两组肠鸣音恢复时间、首次排气时间、首次排便时间、首次进普食时间。②术后4周内炎性肠梗阻发生情况:根据《术后早期炎性肠梗阻》<sup>[6]</sup>中的相关诊断标准,判断两组炎性肠梗阻发生情况。③术前及术后1周炎症反应:使用免疫荧光分析法(试剂由德国罗氏公司生产)检测两组血清降钙素原(procalcitonin, PCT)水平,并采用免疫比浊法(试剂由IBL-America公司生产)检测两组血清超敏C反应蛋白(hypersensitive C-reactive protein, hs-CRP)水平。

④术前及术后1周免疫功能:利用流式细胞仪(贝克

曼库尔特公司,型号CytoFLEX S)检测两组外周血CD4<sup>+</sup>、CD8<sup>+</sup>T细胞水平,并计算CD4<sup>+</sup>/CD8<sup>+</sup>T细胞比值。⑤术前及术后1周凝血功能:使用全自动凝血分析仪(法国STAGO公司,型号STA Compact)检测两组凝血酶原时间(prothrombin time, PT)、活化部分凝血酶原时间(activated partial prothrombin time, APTT)、D-二聚体(D-dimer, D-D)。

2.3 统计学方法 采用SPSS 19.0软件处理数据。连续型变量采用“均数±标准差( $\bar{x}\pm s$ )”进行统计学描述。同组治疗前后数据比较采用配对 $t$ 检验(数据全呈正态分布)或Wilcoxon检验(数据不全呈正态分布);两组数据比较比较两个独立样本 $t$ 检验(数据全呈正态分布)或Mann-Whitney  $U$ 检验(数据不全呈正态分布);两组手术前后差值比较采用Mann-Whitney  $U$ 检验;名义分类计数资料采用 $\chi^2$ 检验。采用双侧检验,显著性水准为 $\alpha=0.05$ 。

## 3 结果

3.1 两组术后胃肠功能恢复情况比较 观察组肠鸣音恢复时间、首次排气时间、首次排便时间、首次进普食时间均低于对照组( $P<0.05$ )。见表1。

表1 两组术后胃肠功能恢复情况比较( $\bar{x}\pm s$ )

组别	$n$	肠鸣音恢复时间/h	首次排气时间/h	首次排便时间/h	首次进普食时间/h
对照	102	54.89±8.14	71.52±9.44	75.24±11.09	120.36±18.13
观察	102	31.45±6.05*	48.71±8.39*	50.19±9.33*	97.32±15.34*

注:与对照组比较,\* $P<0.05$

3.2 两组术后4周内炎性肠梗阻发生情况比较 术后4周时,观察组发生炎性肠梗阻4例(3.92%),对照组发生12例(11.76%);观察组术后4周炎性肠梗阻发生率明显低于对照组( $\chi^2=4.340$ ,  $P=0.037$ )。

3.3 两组手术前后炎症反应比较 两组术前血清PCT、hs-CRP水平比较,差异均无统计学意义( $P>0.05$ );与术前比较,两组术后血清PCT、hs-CRP水平均显著升高( $P<0.05$ ),对照组手术前后PCT、hs-CRP差值均高于观察组( $P<0.05$ )。见表2。

表2 两组手术前后血清PCT、hs-CRP水平比较( $\bar{x}\pm s$ )

组别	$n$	PCT/(mg/mL)			hs-CRP/(mg/L)		
		术前	术后	差值	术前	术后	差值
对照	102	0.36±0.07	1.09±0.11*	0.73±0.14	10.41±1.98	12.54±2.12*	2.12±2.87
观察	102	0.37±0.06	0.94±0.10*	0.57±0.12 <sup>#</sup>	10.74±2.02	11.49±2.05*	0.75±3.06 <sup>#</sup>

注:与术前比较,\* $P<0.05$ ;与对照组比较,<sup>#</sup> $P<0.05$

3.4 两组手术前后免疫功能比较 两组术前CD4<sup>+</sup>、CD8<sup>+</sup>T细胞比例和CD4<sup>+</sup>/CD8<sup>+</sup>T细胞比值比较,差异均无统计学意义( $P>0.05$ );与术前比较,

两组术后CD4<sup>+</sup>、CD8<sup>+</sup>T细胞比例和CD4<sup>+</sup>/CD8<sup>+</sup>T细胞比值均显著升高( $P<0.05$ ),观察组手术前后CD4<sup>+</sup>、CD8<sup>+</sup>T细胞比例和CD4<sup>+</sup>/CD8<sup>+</sup>T细胞比

值的差值均明显高于对照组( $P<0.05$ )。见表3。

3.5 两组手术前后凝血功能比较 两组术前PT、APTT、D-D水平比较,差异均无统计学意义( $P>0.05$ );与术前比较,两组术后D-D水平均显著升高( $P<0.05$ );对照组手术前后D-D差值明显高于观察组( $P<0.05$ );但两组手术前后PT、APTT比较,差异均无统计学意义( $P>0.05$ )。见表4。

#### 4 讨论

CRC病因多由饮食不节、忧思抑郁、久泻久利、

表3 两组手术前后CD4<sup>+</sup>、CD8<sup>+</sup>T细胞比例和CD4<sup>+</sup>/CD8<sup>+</sup>T细胞比值比较( $\bar{x}\pm s$ )

组别	n	CD4 <sup>+</sup> T细胞/%			CD8 <sup>+</sup> T细胞/%			CD4 <sup>+</sup> T细胞/CD8 <sup>+</sup> T细胞		
		术前	术后	差值	术前	术后	差值	术前	术后	差值
对照	102	31.43±4.17	35.15±3.29*	3.72±5.08	29.78±2.25	30.61±1.77*	0.83±2.60	1.06±0.17	1.15±0.13*	0.09±0.20
观察	102	31.13±4.34	37.13±3.79*	6.00±5.63#	29.39±2.12	31.15±1.75*	1.75±2.56#	1.07±0.18	1.27±0.16*	0.20±0.19#

注:与术前比较,\* $P<0.05$ ;与对照组比较,# $P<0.05$

表4 两组手术前后PT、APTT、D-D水平比较( $\bar{x}\pm s$ )

组别	n	PT/s			APTT/s			D-D/(mg/L)		
		术前	术后	差值	术前	术后	差值	术前	术后	差值
对照	102	12.49±1.21	12.35±1.18	0.14±1.61	35.51±3.24	35.12±3.11	0.39±4.22	0.38±0.06	1.71±0.10*	1.33±0.12
观察	102	12.66±1.16	12.47±1.14	0.19±1.53	35.84±3.40	35.32±3.16	0.52±5.05	0.39±0.07	1.62±0.09*	1.24±0.11#

注:与术前比较,\* $P<0.05$ ;与对照组比较,# $P<0.05$

新加黄龙汤是温病学中的重要方剂之一,也是扶正通便的代表方,临床多用于治疗气阴两虚致老年人大便不通或正气虚弱之人肠梗阻、肠麻痹之症<sup>[10]</sup>。新加黄龙汤中玄参凉血滋阴、泻火解毒,生地黄清热凉血、养阴生津,麦冬养阴生津、润肺清心,生大黄泻火凉血、祛瘀解毒,甘草补脾益气、清热解毒,当归补血活血、润肠通便,人参补脾益肺、复脉固脱,芒硝泻热通便、润燥软坚,海参补肾益精、养血润燥,姜汁降逆止呕、温中化湿。全方具有泻热益气、滋阴通便之效,可促进患者正气得运、阴血得复,达到扶正固本的作用。且血瘀证加当归,增强补血活血之效;脾虚气弱者则加补气健脾的黄芪;阴虚肠燥者去除方中大补元气的人参,加清热养阴的沙参及益气健脾的太子参;将苦寒攻下之药与甘寒补阴之品配合应用,共奏益气养阴之功。本研究将此方应用于CRC术后治疗中,也取得较好效果。

CRC手术创伤、腹腔积血与积液等异物刺激造成的肠管损伤,均能引起肠壁及肠黏膜损伤,刺激肠管局部免疫反应,造成肠蠕动减慢或麻痹,最终导致炎性肠梗阻,严重影响患者预后<sup>[11]</sup>。而肠梗阻在中医学中由寒邪、热邪客于肠胃而致病,且腹部手术损伤元气,引起气虚、血行不顺,使血脉瘀阻,造成气机不畅、腑气壅滞,易导致肠梗阻等胃肠功能障碍疾病<sup>[12]</sup>。因此,应使用通腑泻下、清热解毒、护胃健脾之效的中药防治术后肠梗阻。本研究结果显示,给

湿毒蕴结等因素引起,临床症状也以邪毒滞留、久聚成块、化热伤及血络、湿热流注、日久恶变所致的黏液脓血便为主,与中医学“肠覃”“脏毒”“下血”“滞下”等疾病相似<sup>[7]</sup>。因此,部分学者认为,CRC以痰湿、湿热、火毒、瘀滞为标,脾虚、肾亏、正气不足为本,是一种本虚标实之证<sup>[8]</sup>。更有学者指出,CRC手术治疗患者受到手术创伤的影响,耗气伤阴,进一步损伤气血及五脏六腑,致脾胃虚弱、肝肾不足,故扶助正气辅以祛邪为其主要治疗方向<sup>[9]</sup>。

予新加黄龙汤治疗的观察组术后炎性肠梗阻发生率明显低于仅予常规治疗的对照组。考虑此结果与新加黄龙汤中玄参泻火解毒、生大黄祛瘀解毒、当归润肠通便等功效联合,具有行气消积祛邪之功,使脏腑经络通畅,而避免炎性肠梗阻发生有关<sup>[13]</sup>。不仅如此,观察组肠鸣音恢复时间、首次排气时间、首次排便时间、首次进普食时间均低于对照组。分析其原因可能与生地黄清热凉血、当归补血活血、人参复脉固脱等功效使肠管局部微循环改善,促进肠管炎性渗出物吸收,避免肠蠕动减慢,进而缩短肠蠕动恢复所需时间有关<sup>[14]</sup>。

另外,两组术后炎症反应因子(血清PCT、hs-CRP)均较术前升高,但对照组手术前后差值高于观察组。这也说明,新加黄龙汤能发挥祛瘀解毒、祛邪行气之效,使患者炎症反应减轻。虽然这一结果与国内学者<sup>[15]</sup>研究结果一致,但作用机制尚未阐明,还需后续进一步研究探讨。此外,观察组术后免疫功能(CD4<sup>+</sup>、CD8<sup>+</sup>T细胞,CD4<sup>+</sup>/CD8<sup>+</sup>T细胞比值)优于对照组。其原因可能是新加黄龙汤中诸药合用具有较好的扶正固本作用,促进患者术后生理功能恢复,并改善机体免疫功能<sup>[16]</sup>,且减少术后炎性肠梗阻发生率,使局部强烈炎症反应导致的免疫抑制作用解除,从而恢复免疫功能<sup>[17]</sup>。

本研究还发现,两组手术前后PT、APTT水平比较,差异无统计学意义;但两组术后D-D水平显著升高,且对照组手术前后差值高于观察组。这也

表明,CRC患者术后可出现高凝状态,而新加黄龙汤能改善患者凝血功能,使患者高凝状态缓解。其原因可能与新加黄龙汤的配伍有关,方中玄参凉血解毒,当归补血活血,两者相伍,可使机体血瘀证减轻,促进气血通畅,改善患者整体血液循环,降低血液黏度,从而达到缓解高凝状态的目的<sup>[18]</sup>。但需要指出的是,PT、APTT水平在手术前后变化较小,而D-D水平却出现显著改变。这提示PT、APTT之类常规凝血功能指标在CRC围术期变化较低,使其评估凝血功能的敏感性降低。故临床在评估CRC围术期凝血功能变化时,应结合D-D等其他凝血指标,以保证结果的严谨性。

综上所述,新加黄龙汤能减少CRC术后炎症肠梗阻发生率,并缩短患者胃肠功能恢复所需时间,还能辅助减轻术后炎症反应,缓解术后高凝状态,有利于促进免疫功能恢复。

#### 参考文献:

- [1] 杜灵彬,李辉章,王悠清,等. 2013年中国结直肠癌发病与死亡分析[J]. 中华肿瘤杂志,2017,39(9):701-706.
- [2] 徐珂嘉,苏喆,钱刚,等. 基于快速康复外科理论的多模式镇痛在腹腔镜结直肠癌根治术中的应用[J]. 山东医药,2016,56(10):38-39.
- [3] 白军伟,张超,薛焕洲. 3D与2D腹腔镜结直肠癌根治术的疗效分析[J]. 中华消化外科杂志,2016,15(9):897-901.
- [4] 贺雪,殷佩浩. 中医药治疗结直肠癌术后复发转移的研究进展[J]. 辽宁中医杂志,2017,44(9):2009-2012.
- [5] 曹云松,李楠楠,王敏,等. 新加黄龙汤治疗持续高热医案1则[J]. 北京中医药,2016,35(7):702-703.
- [6] 张群,于健春,康维明. 术后早期炎性肠梗阻[J]. 中华普通外科杂志,2011,26(2):174-175.
- [7] 侯风刚,石齐,刘宣,等. 辨证、辨病治疗在中药预防结直肠癌术后复发转移中的作用[J]. 中华中医药杂志,2016,31(6):2154-2160.

- [8] 姚媚方,李凤云,刘志,等. 自拟中药方灌肠在结直肠癌患者化疗中的应用[J]. 山东医药,2017,57(6):78-80.
- [9] 王本军,白克运,李云霞. 结直肠癌患者术后服用十全大补汤联合化疗对血清TGF- $\beta$ 1水平的影响[J]. 山东医药,2017,57(10):42-44.
- [10] 陈鹏,谢勇,齐维,等. 论温病学对《伤寒论》下法的传承与发展[J]. 广州中医药大学学报,2016,33(5):733-735.
- [11] 严平雄,王正文. 腹腔镜手术对结肠癌肠梗阻患者的手术效果及炎症指标的影响[J]. 中国普通外科杂志,2018,27(4):514-518.
- [12] 莫黎,何永恒,康安定,等. 枳实通降颗粒对结直肠肿瘤患者术后胃肠功能恢复及术后早期炎性肠梗阻防治作用的双中心前瞻性研究[J]. 中医杂志,2017,58(20):1760-1763.
- [13] 边美琪,马骏,霍介格. 恶性肠梗阻的中医药诊治进展与展望[J]. 中国中医急症,2017,26(10):1777-1780.
- [14] 邓宝华,吕明慧. 和胃降浊法中药灌肠治疗恶性肠梗阻的临床研究[J]. 现代肿瘤医学,2016,24(23):3772-3775.
- [15] 张希华,董志伟,吴兰云,等. 中药热敷脐部及中药保留灌肠联合西医对症治疗对腹部手术后早期炎性肠梗阻胃肠功能恢复影响[J]. 辽宁中医药大学学报,2017,19(7):197-199.
- [16] 沈江立,李娜,焦云婷. 加味六磨汤治疗结直肠癌术后早期炎症性肠梗阻临床研究[J]. 中医学报,2017,32(3):325-328.
- [17] 董志伟,张希华,吴兰云,等. 中药敷脐辅助奥曲肽治疗腹部手术致早期炎症性肠梗阻的疗效及对免疫功能的影响[J]. 贵州医药,2017,41(11):1180-1182.
- [18] 郭倩,陈志强,方敬,等. 化瘀通络中药对糖尿病肾病大鼠瘀血阻络证相关实验室指标的影响[J]. 中华中医药杂志,2016,31(12):5188-5191.

(收稿日期:2018-09-09;编辑:姚实林)

## Clinical Effect of Xinjia Huanglong Decoction in the Prevention and Treatment of Postoperative Inflammatory Ileus in Patients with Colorectal Cancer

Ji Qiao-xue, WANG Cheng-yang, YU Xiao-qi

(The First Affiliated Hospital of Anhui Medical University, Anhui Hefei 230010, China)

**[Abstract] Objective** To investigate the clinical effect of Xinjia Huanglong Decoction in the prevention and treatment of postoperative inflammatory ileus in patients with colorectal cancer (CRC) and its influence on hypercoagulable state. **Methods** A total of 204 patients with CRC who underwent elective surgery were enrolled and randomly divided into routine postoperative treatment group (control group) and combined Xinjia Huanglong Decoction treatment group (observation group), with 102 patients in each group. The two groups were observed in terms of postoperative recovery of gastrointestinal function (time to first bowel sound, time to first flatus, time to first defecation, and time to first normal diet), incidence rate of inflammatory ileus within 4 weeks after surgery, and inflammatory factors [procalcitonin (PCT) and

# 清热化湿中药保留灌肠治疗溃疡性结肠炎疗效观察

李明,方笑丽,王建民

(安徽中医药大学第一附属医院肛肠科,安徽 合肥 230031)

**[摘要]**目的 观察中药保留灌肠对溃疡性结肠炎(ulcerative colitis,UC)的疗效。方法 将60例轻中度UC患者随机分为观察组和对照组,每组30例。对照组采用美沙拉秦栓塞肛,观察组采用中药保留灌肠,治疗时间为8周。评价两组临床疗效,比较两组治疗前、治疗4周末、治疗8周末的疾病活动指数(disease activity index,DAI)、Baron内镜评分和Geboes指数,采用中文版炎症性肠病生存质量问卷(inflammatory bowel disease quality questionnaire,IBDQ)评价两组患者治疗前后的生存质量,观察两组恶心、腹胀、腹痛、便次增多等不良反应的发生。结果 观察组临床总有效率(93.3%)高于对照组(73.3%),但两组临床疗效分布比较,差异无统计学意义( $Z = -1.902, P = 0.057$ )。治疗4周末、8周末两组DAI评分均显著降低( $P < 0.05$ ),且观察组显著低于对照组( $P < 0.05$ )。广义估计方程分析结果显示,对照组与观察组比较,Baron内镜评分和Geboes指数的优势比(odds ratio,OR)分别为2.12、2.30;治疗8周末与治疗4周末、治疗前比较,Baron内镜评分的OR值分别为63.66、6.50,Geboes指数的OR值分别为33.57、9.45。两组治疗后生存质量评分与治疗前相比,肠道症状、情感能力、社会能力、全身症状4个维度上得分均显著提高,且观察组4个维度评分升高值均显著大于对照组( $P < 0.05$ )。治疗期间,对照组共15例患者出现恶心、腹痛、腹胀、大便次数增多,观察组共5例患者出现恶心、腹痛、大便次数增多,观察组不良反应发生率显著低于对照组( $P < 0.05$ )。结论 中药保留灌肠能有效治疗UC,降低疾病活动指数,改善内镜评分,提高生存质量。

**[关键词]**溃疡性结肠炎;中药保留灌肠;疾病活动指数;内镜评分;生存质量

**[中图分类号]**R574.62 **[DOI]**10.3969/j.issn.2095-7246.2019.02.008

溃疡性结肠炎(ulcerative colitis,UC)是一种原因不明的慢性非特异性炎性肠病,发病年龄以30~50岁为主,任何年龄均可发病,多发于结肠黏膜和黏膜下层,呈弥漫性分布。约75%的初发UC为溃

疡性直肠炎,从直肠发病逆向性向近端发展。其临床症状以腹痛、腹泻、排脓便血为主,还可能伴有肠外反应,如胆管、眼睛或者皮肤损害<sup>[1]</sup>。UC的发病原因复杂,发病后迁延难愈,并与直肠癌的发病有关,是WHO认定的难治性疾病之一。目前对其具体的发病机制尚不明确,尚缺乏高效的治愈方法。美沙拉秦的主要活性成分为5-氨基水杨酸,能改善

**基金项目:**安徽省高校自然科学研究项目(KJ2016A396)

**作者简介:**李明(1979-),男,副主任医师,硕士研究生导师

hypersensitive C-reactive protein (hs-CRP)], immune function ( $CD4^+$ ,  $CD8^+$ , and  $CD4^+/CD8^+$ ), and coagulation function [prothrombin time (PT), activated partial thromboplastin time (APTT), and D-dimer (D-D)] before surgery and at one week after surgery. **Results** Compared with the control group, the observation group had significantly shorter time to first bowel sound, time to first flatus, time to first defecation, and time to first normal diet and a significantly lower incidence rate of inflammatory ileus ( $P < 0.05$ ). After surgery, both groups had significant increases in the levels of PCT, hs-CRP, and D-D ( $P < 0.05$ ), and the control group had significantly greater increases than the observation group ( $P < 0.05$ ); both groups had significant increases in the percentages of  $CD4^+$  and  $CD8^+$  T cells and  $CD4^+/CD8^+$  ratio ( $P < 0.05$ ), and the observation group had significantly greater increases than the control group ( $P < 0.05$ ). There were no significant changes in PT and APTT after surgery in either group ( $P > 0.05$ ).

**Conclusion** In patients with CRC, Xinjia Huanglong Decoction can promote postoperative recovery of gastrointestinal function, alleviate postoperative inflammatory response, improve immune function and coagulation function, and avoid inflammatory ileus.

**[Key words]** Colorectal cancer; Xinjia Huanglong Decoction; Inflammatory ileus; Gastrointestinal function; Coagulation function