

清热渗湿汤加减对湿热下注型慢性肛窦炎患者 炎症因子、氧化应激及免疫功能的影响

张宁^{1*}, 周晓丽², 刘帅³

(1. 河南省中医院, 郑州 450002;

2. 河南中医药大学第三附属医院, 郑州 450008; 3. 郑州颐和医院, 郑州 450046)

[摘要] **目的:**观察清热渗湿汤加减对湿热下注型慢性肛窦炎患者炎症因子、氧化应激及免疫功能的影响,探讨其机制。**方法:**随机将 2017 年 6 月至 2018 年 4 月河南省中医院收治的 94 例湿热下注型慢性肛窦炎患者分为观察组和对照组,各 47 例,对照组采用甲硝唑联合庆大霉素灌肠治疗,在对照组的基础上,观察组给予清热渗湿汤加减方水煎服。于治疗前后,观察两组的症状评分,白细胞介素-2(IL-2),IL-6,IL-8,肿瘤坏死因子- α (TNF- α), γ -干扰素(IFN- γ),超氧化物歧化酶(SOD),丙二醛(MDA),晚期氧化蛋白产物(AOPP),8-羟基脱氧鸟苷(8-OHdG),CD3⁺,CD4⁺,CD8⁺水平,并观察两组的疗效、不良反应及复发情况。**结果:**治疗后,观察组总有效率(87.23%)高于对照组(78.72%)($Z=2.067, P<0.05$);观察组治疗后的肛门疼痛、坠胀、潮湿等症状评分低于对照组($P<0.05$);观察组治疗后的 TNF- α ,IL-6,IL-8,MDA,AOPP,8-OHdG,CD8⁺水平低于对照组($P<0.05$),IL-2,IFN- γ ,SOD,CD3⁺,CD4⁺,CD4⁺/CD8⁺水平高于对照组($P<0.05$);随访 3 个月后,观察组复发率 4.26% 低于对照组 21.28%(10/47)($\chi^2=4.681, P<0.05$)。**结论:**清热渗湿汤加减方治疗湿热下注型慢性肛窦炎的疗效较好,缓解症状,抑制炎症反应,调节氧化应激,改善免疫功能,控制复发率,有利于患者康复。

[关键词] 清热渗湿汤;慢性肛窦炎;炎症;氧化应激;免疫功能

[中图分类号] R22;R242;R2-031;R287 **[文献标识码]** A **[文章编号]** 1005-9903(2019)13-0093-06

[doi] 10.13422/j.cnki.syfjx.20190623

[网络出版地址] <http://kns.cnki.net/kcms/detail/11.3495.R.20181203.1112.004.html>

[网络出版时间] 2018-12-05 14:17

Effect of Modified Qingre Shenshi Tang on Inflammatory Factors, Oxidative Stress and Immune Function in Chronic Antral Sinusitis Patients with Damp-heat Pouring Downward Syndrome

ZHANG Ning^{1*}, ZHOU Xiao-li², LIU Shuai³

(1. Henan Province Hospital of Traditional Chinese Medicine, Zhengzhou 450002, China;

2. The Third Affiliated Hospital of Henan University of Chinese Medicine, Zhengzhou 450008, China;

3. Zhengzhou Yihe Hospital, Zhengzhou 450046, China)

[Abstract] **Objective:** To explore effect of modified Qingre Shenshi Tang on inflammatory factors, oxidative stress and immune function in chronic antral sinusitis patients with damp-heat pouring downward syndrome. **Method:** A total of 94 cases of chronic antral sinusitis treated in our hospital from June 2017 to April 2018 were randomly divided into two groups, with 47 cases in each group. Control group was treated with metronidazole combined with gentamicin enema. In addition to the therapy of control group, the treatment group was given modified Qingre Shenshi Tang. The symptom scores, interleukin-2 (IL-2), IL-6, IL-8, tumor necrosis factor- α (TNF- α), gamma interferon (IFN- γ), super oxide dismutase (SOD), malondialdehyde (MDA),

[收稿日期] 20180820(009)

[基金项目] 河南省教育厅科学技术研究重点项目(15A360015)

[通信作者] *张宁,硕士,主治医师,从事中医疗法治疗肛肠疾病的临床研究, E-mail:lantian03zhangning@126.com

advanced oxidation protein products (AOPP), 8-hydroxy deoxyguanosine (8-OHDG), CD3⁺, CD4⁺, CD8⁺ levels of the two groups were observed before and after treatment, and the curative effect, reactions and relapse were observed. **Result:** After treatment, the total effective rates of treatment group (87.23%) and control group (78.72%) showed statistically significant differences ($Z = 2.067, P < 0.05$). The symptoms of anal pain, swelling and dampness in the treatment group were lower than those in control group ($P < 0.05$). The levels of TNF- α , IL-6, IL-8, MDA, AOPP, 8-OHDG, CD8⁺ in the treatment group were lower than those in control group ($P < 0.05$), while the levels of IL-2, IFN- γ , SOD, CD3⁺, CD4⁺, CD4⁺/CD8⁺ were higher than those in control group ($P < 0.05$). After 3 months of follow-up, the recurrence rates of treatment group [4.26% (2/47)] and control group [21.28% (10/47)] were statistically significant ($\chi^2 = 4.681, P < 0.05$). **Conclusion:** Modified Qingre Shenshi Tang has a good curative effect in the treatment of chronic antral sinusitis patients with damp-heat pouring downward syndrome by relieving symptoms, inhibiting inflammatory response, regulating oxidative stress, improving immune function and controlling recurrence rate.

[Key words] modified Qingre Shenshi Tang; chronic anal sinusitis; inflammation; oxidative stress; immune function

肛窦炎(AS)属于临床肛肠科常见的、多发的疾病之一,主要由于饮食因素、自身免疫、细菌感染等多种因素共同作用下,造成感染、发炎,临床主要症状有肛门疼痛、肛管下坠、肛门脓性分泌物、排便不尽等不适,并会诱发肛周脓肿、湿疹和瘙痒等其他并发症,严重影响患者的生活质量^[1-4]。慢性肛窦炎的早期症状不明显,容易被忽视,随着疾病的发展,会引发肛裂、痔疮、肛瘘等严重的肛肠科疾病^[5-7]。目前,肛窦炎的治疗主要是应用抗生素进行抗感染治疗,具有一定的疗效,但复发率较高,且迁延难愈^[8-10],而中医在慢性疾病的治疗中具有独特的优势,而且治疗历史悠久,清热渗湿汤是《赤水玄珠》卷二的经典名方,由黄连片、茯苓、泽泻、炙黄柏、苍术、白术、甘草片7味药组成,具有化湿健脾、清热渗湿、利尿消肿等功效,主治湿热浮肿、肢节疼痛、小便不利、夏月湿热伤脾、心烦口渴、泄泻溺赤等症状。基于清热渗湿汤的基础上,针对湿热下注型慢性肛窦炎的病因、病机,本文拟定清热渗湿汤加减方治疗湿热下注型慢性肛窦炎,并观察对患者炎症因子、氧化应激及免疫功能的影响,从而研究其作用机制。

1 资料与方法

1.1 一般资料 将2017年6月至2018年4月期间河南省中医院收治的慢性肛窦炎患者纳入研究,符合纳入标准和排除标准,入选患者共94例,无病例脱落,按随机数字表分为两组,各47例。观察组男24例,女23例,平均年龄(44.52 ± 10.70)岁,平均病程(65.11 ± 14.74)d;对照组,男27例,女20例,平均年龄(42.34 ± 12.28)岁,平均病程

(67.23 ± 16.89)d,经河南省中医院伦理委员会批准(批号2017A-19);两组患者在性别、年龄、病程等指标比较中,差异无统计学意义,具有均衡可比性。

1.2 诊断标准

1.2.1 西医诊断标准^[11] 肛门不适,有排便不尽和下坠感,伴疼痛、瘙痒、肛门潮湿。肛门括约肌较紧张,肛内有灼热感,齿线处可触及到硬的隆起或凹陷,触痛明显。经肛门镜可见到发炎的肛窦及肛门瓣充血、水肿,轻压肛窦可见有分泌物流出,旁侧肛乳头肿大。

1.2.2 中医诊断标准^[12] 湿热下注证,主证为肛窦部充血水肿、肛门部坠胀不适、灼热刺痛感、便时加重、粪夹黏冻,次证为里急后重、肛门湿痒、口干便秘;舌质红,苔黄或黄腻,脉滑数或弦数,辨证为湿热下注证。

1.3 纳入标准 ①符合慢性肛窦炎诊断标准;②符合中医诊断标准;③年龄30~60岁;④获得患者家属知情同意,并取得医学伦理委员会批准。

1.4 排除标准 ①心、肝、肾、血液等严重疾病者;②妊娠期、哺乳期患者;③对本研究药物过敏者;④意识存在着障碍者;⑤有肛瘘、痔疮、克罗恩病、肠息肉、溃疡性结肠炎等并发症者。

1.5 方法 对照组采用常规治疗方法,甲硝唑氯化钠注射液[四川福瑞药业有限公司,国药准字H51021610,100 mL·(0.5 g)⁻¹],硫酸庆大霉素注射液(武汉爱民制药有限公司,国药准字H42020096,1 mL/4万单位),待大便排净后,将甲硝唑氯化钠注射液(100 mL/次,2次/d)和硫酸庆大霉素注射液(2 mL/次,2次/d)注入肛内直肠的

下段,平卧 30 min。在对照组的基础上,观察组给予清热渗湿汤加减方(黄连片 6 g,茯苓 9 g,泽泻 9 g,盐炙黄柏 12 g,苍术 9 g,白术 12 g,当归 9 g,玄参 9 g,北柴胡 9 g,白头翁 12 g,甘草片 3 g,所有中药饮片购自河南省中医院药学部赵旭教授鉴定为正品),水煎服,取水 500 mL,先武火,待水沸腾,调文火,煎煮 30 min,煎煮 2 次,合并滤液,均分 2 次量,1 剂/d,早晚各 1 次。2 组治疗周期为 3 周。

1.6 疗效判断标准 参考《中医病证诊断疗效标准》^[13]制定疗效标准,痊愈,肛门疼痛、坠胀、潮湿等症状消失,肛窦区硬结消失,充血水肿消失,无脓性分泌物;有效,症状体征有所减少,症状评分减少 $\geq 30\%$,肛窦区硬结尚存,压痛减轻,脓性分泌物减少;无效,症状体征无明显改善,甚至恶化,症状评分减少 $< 30\%$ 。

1.7 观察指标 ①观察两组的疗效。②症状评分于治疗前后,评价两组患者的临床症状评分,分肛门疼痛、坠胀、潮湿等 3 个症状,每个症状按 4 个等级进行计分,分值分别为 0,1,2,3,4 分,分值越高表示症状越严重。③于治疗前后,取患者清晨外周静脉血,抗凝离心,取上清,采用酶联免疫吸附法测定白细胞介素-2(IL-2),IL-6,IL-8,肿瘤坏死因子- α (TNF- α), γ -干扰素(IFN- γ),购自南京森贝伽生物科技有限公司,批号分别为 171004,171102,171206,180104,170907;采用 NovoCyte 型流式细胞分析仪流式细胞仪(艾森生物科学公司)检测 T 淋巴细胞 CD3⁺,CD4⁺,CD8⁺ 水平;采取黄嘌呤氧化酶法检测超氧化物歧化醇(SOD);采取硫代巴比妥比色法检测检测丙二醇(MDA),试剂盒购自南京森贝伽生物科技有限公司,批号均为 171103;采用放射免疫沉淀法测定血清晚期氧化蛋白产物(AOPP),8-羟基脱氧鸟苷(8-OHdG),试剂盒购自南京森贝伽生物科技有限公司,批号分别为 171011,171009;④在治疗过程中,记录患者的不良反应,并随访 3 个月,记录患者复发情况,计算复发率。

1.8 统计学方法 采用 SPSS 18.0 软件分析。计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示,采用独立样本 *t* 检验;计数资料采用 % 表示,采用 χ^2 检验;等级资料采用 Mann-Whitney U 秩和检验,以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者临床疗效比较 治疗后观察组治疗总有效率为 87.23%,高于对照组的 78.72%,经过

秩和检验,组间差异有统计学意义($Z = 2.067, P < 0.05$),见表 1。

表 1 两组患者临床疗效比较

Table 1 Comparison of clinical efficacy between two groups

组别	痊愈 /例(%)	有效 /例(%)	无效 /例(%)	总有效率 /%
观察	26(55.32)	15(31.91)	6(12.77)	87.23 ¹⁾
对照	19(40.43)	18(38.30)	10(21.28)	78.72

注:与对照组比较¹⁾ $P < 0.05$ 。

2.2 两组患者症状评分比较 治疗前两组患者的肛门疼痛、坠胀、潮湿等症状评分无差异;与本组治疗前比较,两组治疗后的肛门疼痛、坠胀、潮湿等症状评分下降($P < 0.05$);观察组治疗后的肛门疼痛、坠胀、潮湿等症状评分低于对照组($P < 0.05$),见表 2。

表 2 两组患者治疗前后的症状评分比较($\bar{x} \pm s, n = 47$)

Table 2 Comparison of symptom scores before treatment and after treatment between two groups($\bar{x} \pm s, n = 47$)

组别	时间	肛门疼痛	肛门坠胀	肛门潮湿
对照	治疗前	2.02 \pm 0.74	1.25 \pm 0.63	1.41 \pm 0.53
	治疗后	1.45 \pm 0.37 ¹⁾	0.74 \pm 0.34 ¹⁾	0.66 \pm 0.29 ¹⁾
观察	治疗前	1.98 \pm 0.69	1.21 \pm 0.56	1.38 \pm 0.47
	治疗后	0.87 \pm 0.26 ^{1,2)}	0.36 \pm 0.15 ^{1,2)}	0.43 \pm 0.22 ^{1,2)}

注:与本组治疗前比较¹⁾ $P < 0.05$;与对照组治疗后比较²⁾ $P < 0.05$ (表 3 ~ 5 同)。

2.3 两组患者炎症因子比较 治疗前两组患者的 TNF- α ,IL-2,IL-6,IL-8,IFN- γ 差异无统计学意义;与本组治疗前比较,两组治疗后 TNF- α ,IL-6,IL-8 水平降低($P < 0.05$),IL-2,IFN- γ 水平升高($P < 0.05$);观察组治疗后的 TNF- α ,IL-6,IL-8 水平低于对照组($P < 0.05$),IL-2,IFN- γ 水平高于对照组($P < 0.05$),见表 3。

2.4 两组患者氧化应激指标比较 治疗前两组 SOD,MDA,AOPP,8-OHdG 水平差异无统计学意义;与本组治疗前比较,两组治疗后 MDA,AOPP,8-OHdG 水平降低($P < 0.05$),SOD 水平升高($P < 0.05$);观察组治疗后 MDA,AOPP,8-OHdG 低于对照组($P < 0.05$),SOD 水平高于对照组($P < 0.05$),见表 4。

2.5 两组患者免疫功能指标比较 治疗前两组患者的 CD3⁺,CD4⁺,CD8⁺,CD4⁺/CD8⁺ 无差异;与本组治疗前比较,两组 CD3⁺,CD4⁺,CD4⁺/CD8⁺ 升高,CD8⁺ 降低($P < 0.05$);观察组治疗后的 CD3⁺,

表 3 两组患者治疗前后的炎症因子水平比较 ($\bar{x} \pm s, n = 47$)

Table 3 Comparison of inflammatory factor level before treatment and after treatment between two groups ($\bar{x} \pm s, n = 47$)

组别	时间	TNF- α /ng·L ⁻¹	IL-2/ μ g·L ⁻¹	IL-6/ μ g·L ⁻¹	IL-8/ μ g·L ⁻¹	IFN- γ /ng·L ⁻¹
对照	治疗前	162.67 ± 33.19	1.65 ± 0.44	151.18 ± 11.36	0.99 ± 0.28	40.57 ± 7.15
	治疗后	124.03 ± 24.77 ¹⁾	2.34 ± 0.58 ¹⁾	116.27 ± 9.77 ¹⁾	0.62 ± 0.16 ¹⁾	51.43 ± 8.57 ¹⁾
观察	治疗前	159.75 ± 35.38	1.60 ± 0.38	147.24 ± 12.36	0.97 ± 0.31	41.04 ± 7.65
	治疗后	100.35 ± 22.84 ^{1,2)}	2.84 ± 0.62 ^{1,2)}	98.52 ± 11.79 ^{1,2)}	0.43 ± 0.14 ^{1,2)}	57.56 ± 7.73 ^{1,2)}

表 4 两组患者治疗前后的氧化应激指标水平比较 ($\bar{x} \pm s, n = 47$)

Table 4 Comparison of index level of oxidative stress before treatment and after treatment between two groups ($\bar{x} \pm s, n = 47$)

组别	时间	SOD/U·mL ⁻¹	MDA/mol·L ⁻¹	AOPP/ μ mol·L ⁻¹	8-OHdG/ng·L ⁻¹
对照	治疗前	77.54 ± 10.37	7.08 ± 1.35	44.48 ± 11.29	467.25 ± 70.11
	治疗后	93.67 ± 13.65 ¹⁾	6.11 ± 0.96 ¹⁾	35.77 ± 7.62 ¹⁾	409.46 ± 62.47 ¹⁾
观察	治疗前	75.09 ± 9.43	7.25 ± 1.08	45.85 ± 10.93	471.37 ± 75.46
	治疗后	110.47 ± 15.98 ^{1,2)}	4.68 ± 0.83 ^{1,2)}	30.24 ± 5.13 ^{1,2)}	353.64 ± 60.73 ^{1,2)}

CD4⁺, CD4⁺/CD8⁺ 高于对照组 ($P < 0.05$), CD8⁺ 低于对照组 ($P < 0.05$), 见表 5。

表 5 两组患者治疗前后的免疫功能指标水平比较 ($\bar{x} \pm s, n = 47$)

Table 5 Comparison of immune function index level before treatment and after treatment between two groups ($\bar{x} \pm s, n = 47$)

组别	时间	CD3 ⁺ /%	CD4 ⁺ /%	CD8 ⁺ /%	CD4 ⁺ /CD8 ⁺
对照	治疗前	55.63 ± 5.71	29.79 ± 6.15	28.76 ± 3.82	0.97 ± 0.28
	治疗后	65.37 ± 6.66 ¹⁾	32.85 ± 5.73 ¹⁾	26.35 ± 2.14 ¹⁾	1.33 ± 0.31 ¹⁾
观察	治疗前	56.24 ± 6.21	30.01 ± 5.26	28.32 ± 3.08	1.02 ± 0.27
	治疗后	72.33 ± 5.75 ^{1,2)}	36.48 ± 6.09 ^{1,2)}	24.36 ± 2.01 ^{1,2)}	1.52 ± 0.30 ^{1,2)}

2.6 两组患者安全性及复发率比较 在治疗过程中, 两组均未出现明显的不良反应症状。随访 3 个月, 观察组有 2 例复发, 复发率为 4.26%, 对照组有 10 例复发, 复发率为 21.28%, 两组复发率差异明显 ($\chi^2 = 4.681, P < 0.05$)。

3 讨论

肛窦炎是指肛门齿线部的肛隐窝炎症性病变, 由于肛窦结构性的特点, 加之所处区域的特殊性, 容易受到饮食不节、体虚劳倦等外界因素的影响受到损伤, 并易感染, 诱发化脓, 进一步产生一系列严重的并发症^[14-15]。此外, 慢性肛窦炎缠绵难愈、易复发, 给患者造成生活质量的下降。目前, 临床治疗肛窦炎的方法有手术、灌肠、熏洗、口服、针刺、微波等措施^[16], 手术的治疗过程繁琐, 且创伤大, 风险较大; 其他保守治疗的药物多采用抗生素, 这类治疗效果较好, 但容易产生耐药性, 容易复发。中西医结合治疗慢性疾病越来越被认可, 不仅能提高疗效, 也能降低西药的耐药性和不良反应。因此, 本文采用清热渗湿汤加减方治疗湿热下注型慢性肛窦炎,

观察其治疗效果, 探讨其作用机制。

肛窦炎属于西医的概念, 中医认为肛窦炎属于“脏毒”, 多因饮食不节, 过食膏粱厚味和辛辣刺激之品, 酿生湿热, 湿热下注或肠燥热结, 蕴热肛门所致, 其中以湿热下注居多^[17]。因此, 针对慢性肛窦炎的特点, 采用清热解毒、化湿健脾、利水消肿进行治疗。清热渗湿汤加减用大苦大寒之黄连片入中焦, 清热燥湿, 泻火解毒, 泻中焦湿热; 配以苦寒之黄柏入肾、膀胱, 清热燥湿, 泻火除蒸, 解毒疗疮, 泻下焦湿热; 苍术、白术健脾燥湿; 泽泻泻三焦湿热以通利膀胱; 茯苓、泽泻淡渗利湿, 使湿邪自小便而解; 当归润肠通便, 止痛; 玄参、北柴胡、白头翁清热解毒; 使以甘草片补脾胃调诸药。各药相配, 以清热解毒, 健脾燥湿, 利水消肿, 燥湿以复脾之运化, 利小便以开膀胱之气化, 太阳经气行则表湿自去。现代药理学研究表明, 黄连中黄连素具有抗溃疡、抗菌、清除自由基等作用^[18]; 黄柏具有抗菌、抗溃疡、免疫抑制、抗氧化、利尿、健胃等作用^[19]; 茯苓具有免疫调节、利尿、抗氧化等作用^[20]; 泽泻具有利尿、免疫

调节与抗炎、抗氧化、保护血管内皮等作用^[21]; 苍术活性成分 β -桉叶醇具有镇痛、调节胃肠运动作用^[22]; 当归、牡丹皮均具有增强免疫力作用^[23-24]; 玄参苯丙素苷类、白头翁三萜皂苷类具有抗炎、抗氧化作用^[25-26]。本文中观察组治疗后的症状评分均显著降低,同时观察组治疗总有效率显著提高,提示清热渗湿汤加减方联合西药能改善患者的临床症状,提高疗效。从安全性及复发情况分析,清热渗湿汤加减方联合西药并未增加治疗过程中出现的不良反应发生,但能明显降低肛窦炎复发,进一步证实与单独使用西药相比,清热渗湿汤加减方联合西药的长期治疗效果更佳。

肛窦炎的发生、发展与抗炎与促炎因子之间的动态平衡可能存着一定的关系,促炎和抗炎因子失衡可能是引起肛窦炎的原因之一。IL-2, IL-6, IL-8 均属于 IL 家族成员,是由多种细胞产生的一类细胞因子,与机体的炎症反应和免疫调节有关。IL-6 属于炎症介质,具有促进炎症反应的作用,加速肛窦组织损伤。Th1, Th2 细胞在炎症反应发生、发展过程的免疫反应中扮演重要的角色,分泌可介导细胞免疫应答的 IFN- γ , IL-2, 可刺激炎症反应的 IL-8^[27]。TNF- α 可促进 T 细胞产生各种炎症因子,同时促进黏附因子的分泌,诱发炎症反应的发生,进一步加重炎症反应^[28]。本文结果显示,经过治疗后,两组 TNF- α , IL-6, IL-8 水平降低,两组 IL-2, IFN- γ 水平升高,且观察组治疗后的 TNF- α , IL-6, IL-8 水平低于对照组,而 IL-2, IFN- γ 水平高于对照组,说明清热渗湿汤加减方能够抑制慢性肛窦炎患者的微炎症状态激活,调节炎症因子分泌,保护肛窦组织。

氧化应激反应是慢性肛窦炎发生、发展的重要病理环节,会产生大量的自由基,诱导各种的氧化产物产生,损伤机体组织。SOD 是机体内的抗氧化酶,对机体的氧化/抗氧化平衡起着重要作用。MDA, AOPP, 8-OHdG 分别是在组织、细胞、蛋白质、核酸氧化应激反应过程中产生的氧化应激产物,反映机体的脂质过氧化及组织损伤的程度^[29-31]。若机体内的 SOD 水平下降,MDA, AOPP, 8-OHdG 水平升高,一般认为机体内产生了氧化应激反应,本文慢性肛窦炎患者经过治疗后的 MDA, AOPP, 8-OHdG 水平降低, SOD 水平升高,提示清热渗湿汤加减方能通过提高 SOD 水平,降低 MDA, AOPP, 8-OHdG 水平,实现其抗氧化作用,从而保护肛窦组织,有助于损伤组织的修复。

免疫功能是指机体对疾病的抵抗力,其强弱直

接反映机体抵御外邪的能力。免疫功能减弱、炎症损伤是导致慢性肛窦炎疾病加重的机制之一。T 淋巴细胞亚群主要包括辅助性 T 淋巴细胞 CD4⁺ 和抑制性或细胞毒 T 淋巴细胞 CD8⁺。CD4⁺ 增多表示机体免疫功能增强,清除病毒和细菌的能力增强,而 CD8⁺ 增多则往往提示免疫功能受到抑制,清除病毒和细菌的能力减弱^[32]。T 淋巴细胞亚群的失衡可导致机体细胞免疫功能的异常,严重影响疾病的治疗及预后。本文中慢性肛窦炎患者经过治疗后 T 淋巴细胞得到了明显改善,提示清热渗湿汤加减方能纠正 T 淋巴细胞功能紊乱的作用,增强细胞免疫,激活机体抵御疾病的能力。

综上所述,清热渗湿汤加减方治疗湿热下注型慢性肛窦炎的疗效较好,缓解症状,抑制炎症反应,调节氧化应激,改善免疫功能,控制复发率,有利于患者康复。

[参考文献]

- [1] 张承国. 中药保留灌肠与穴位埋线、龈交穴挑刺联合治疗慢性肛窦炎的疗效观察[J]. 中国现代药物应用, 2018, 12(12): 117-119.
- [2] 罗绪. 蒲柏止痛汤保留灌肠对肛窦炎患者疗效及安全性观察[J]. 深圳中西医结合杂志, 2018, 28(9): 48-50.
- [3] 陈波, 张晟, 王秋平, 等. 参柏汤保留灌肠联合生物刺激反馈仪治疗湿热下注型肛窦炎的临床研究[J]. 世界中西医结合杂志, 2018, 13(4): 514-516, 520.
- [4] 程东红, 杜宇鹏, 王超. 苦参清湿液保留灌肠治疗肛窦炎的临床观察[J]. 临床医药文献电子杂志, 2018, 5(14): 136-137.
- [5] 李金元. 加味苦参汤联合保留灌肠治疗肛窦炎的临床观察[J]. 江西中医药, 2018, 49(3): 49-51.
- [6] 韩柯, 向前. 仙方消毒汤联合温和灸对肛瘘术后创面恢复的影响[J]. 中国实验方剂学杂志, 2015, 21(21): 177-180.
- [7] 杜炳林, 钟馨, 张燕生, 等. 张燕生教授从中医外科角度辨治肛窦炎[J]. 中医药学报, 2017, 45(1): 70-72.
- [8] 刘经州. 参柏灌肠方治疗肛窦炎 64 例疗效观察[J]. 医学理论与实践, 2017, 30(7): 1012-1013.
- [9] 方磊, 邢海滨. 止痛如神汤保留灌肠治疗肛窦炎的疗效观察[J]. 中西医结合心血管病电子杂志, 2017, 5(9): 90-91.
- [10] 孙锋. 白头翁汤加味结合九华膏纳肛治疗肛窦炎疗效观察[J]. 陕西中医, 2017, 38(7): 942-943.
- [11] 基斯利. 肛肠外科学[M]. 北京: 科学出版社, 2003: 46.
- [12] 何永恒, 凌光烈. 中医肛肠科学[M]. 北京: 清华大学

- 出版社,2011:146-147.
- [13] 国家中医药管理局. 中医病证诊断疗效标准[M]. 北京:中国医药科技出版社,2012:54.
- [14] 李金元. 加味苦参汤联合保留灌肠治疗肛窦炎的临床观察[J]. 江西中医药,2018,49(3):49-51.
- [15] 祁卫华,李娟. 止痛如神汤加肛泰痔疮栓治疗肛窦炎的临床疗效[J]. 临床医药文献电子杂志,2018,5(16):131.
- [16] 耿少民,王立馨,邓云权. 止痛如神汤加洗必泰痔疮栓治疗肛窦炎疗效观察[J]. 现代中医药,2017,37(6):59-60.
- [17] 张涛. 加味乙字汤治疗湿热下注型慢性肛窦炎的临床疗效及对疼痛、复发率的影响[J]. 临床医学研究与实践,2018,3(9):121-122.
- [18] 胡诚毅,莫志贤. 黄连素的药理作用及机制研究进展[J]. 中国实验方剂学杂志,2017,23(20):213-219.
- [19] 陈兴文. 黄柏的化学成分分析和药理作用研究[J]. 内蒙古中医药,2014,33(31):69.
- [20] 刁铁成. 茯苓药理作用的初步研究[J]. 中医临床研究,2015,7(8):23-24.
- [21] 邢增智,陈旺,曾宇. 泽泻的化学成分与药理作用研究进展[J]. 中医药导报,2017,23(15):75-78.
- [22] 刘芬,刘艳菊,田春漫. 苍术提取物对脾虚证大鼠胃黏膜结构及胃肠功能的影响[J]. 中国实验方剂学杂志,2015,21(13):100-104.
- [23] 龚庆豪,戴刚,陈海群,等. 抗癌增效方联合替吉奥治疗晚期结直肠癌疗效及对患者生存质量,血清肿瘤标志物的影响[J]. 中国实验方剂学杂志,2017,23(11):171-176.
- [24] 胡云飞,徐国兵. 牡丹皮及其主要成分丹皮酚的药理作用研究进展[J]. 安徽医药,2014,18(4):589-592.
- [25] 张召强,李明. 玄参的化学成分及药理作用的研究进展[J]. 中国医药指南,2013,11(26):49-51.
- [26] 关颖丽,刘建宇,许永男. 白头翁属植物三萜皂苷及生物活性研究进展[J]. 沈阳药科大学学报,2009,26(1):80-84.
- [27] 谌洪俊,欧江琴,刘良丽. 清肺保元汤联合西医治疗对重症肺炎患者血清IL-2,IL-6,IFN- γ 的影响[J]. 中华中医药杂志,2012,27(11):3000-3003.
- [28] Kim H L, Lee M Y, Park S Y, et al. Comparative effectiveness of cycling of tumor necrosis factor- α (TNF- α) inhibitors versus switching to non-TNF biologics in rheumatoid arthritis patients with inadequate response to TNF- α inhibitor using a Bayesian approach[J]. Arch Pharm Res,2014,37(5):662-670.
- [29] 章俊,邱敏姿,马亚琼,卜,等. 晚期蛋白氧化产物通过氧化应激诱导肾小管上皮细胞转分化[J]. 南方医科大学学报,2014,34(5):659-663.
- [30] 陈忆,张黎军. 胰岛素抵抗模型大鼠视黄醇结合蛋白4和8-羟基脱氧鸟苷表达水平的变化及运动和吡格列酮干预作用的观察[J]. 中国糖尿病杂志,2014,22(1):82-85.
- [31] 刘思远,李志鹏,彭召云,等. 花青素对肺癌细胞相关炎性因子信号转导通路作用的研究进展[J]. 中国实验方剂学杂志,2017,23(14):219-225.
- [32] YANG C, CHEN X, WEI Z, et al. Targeting the class IA PI3K isoforms p110 α/δ attenuates heart allograft rejection in mice by suppressing the CD4⁺ T lymphocyte response [J]. Am J Transl Res, 2018, 10(5):1387-1399.

[责任编辑 张丰丰]