

参苓白术散联合美沙拉嗪肠溶片对溃疡性结肠炎患者效果分析

张 娜¹ 杨学强² 杨志伟^{1*}

1. 宁夏医科大学 宁夏 银川 750001

2. 宁夏中西医结合医院 宁夏 银川 750021

摘 要：目的：探讨参苓白术散联合美沙拉嗪肠溶片治疗溃疡性结肠炎（UC）的临床效果。方法：选取2022年3月至2025年3月本院消化内科收治的72例UC患者，随机数字表法分为观察组（36例）与对照组（36例）。对照组采用美沙拉嗪肠溶片单药治疗，观察组在对照组基础上加用参苓白术散。结果：观察组治疗后粪便性状评分降低、肠传输时间缩短，血清TNF- α 、IL-6水平低于对照组，IBDQ量表各维度评分及总分高于对照组（ $P < 0.05$ ）。结论：参苓白术散联合美沙拉嗪肠溶片可有效改善UC患者肠道功能、减轻全身炎症反应、提升生活质量，是一种兼顾局部抗炎与整体功能调节的优质治疗方案。

关键词：参苓白术散；美沙拉嗪肠溶片；溃疡性结肠炎

溃疡性结肠炎（UC）作为慢性非特异性肠道炎症疾病，以肠道黏膜持续损伤、功能紊乱为核心特征，患者常出现粪便性状异常、肠道传输延迟等功能障碍，且伴随全身炎症反应，严重降低生活质量。西医以美沙拉嗪抗炎为主，但难以改善肠道动力与吸收功能；中医认为UC病机为脾胃虚弱、湿邪困肠，参苓白术散可健脾祛湿、调理肠道^[1]。本研究从肠道功能、炎症因子、生活质量三维度，探索两者联用的临床价值，为UC治疗提供新视角。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取2022年3月至2025年3月本院消化内科收治的72例UC患者。随机数字表法分为观察组与对照组。观察组：男20例，女16例；年龄22~63岁，平均（41.8 $\pm$ 7.5）岁。对照组：男19例，女17例；年龄20~65岁，平均（42.5 $\pm$ 7.8）岁。两组基线资料均衡（ $P > 0.05$ ），具可比性。纳入标准：符合UC诊断标准（结肠镜示黏膜连续性溃疡、病理示慢性炎症）；中医辨证为“脾胃虚弱证”（主症：便溏、黏液便、食后腹胀、神疲乏力；次症：舌淡苔白、脉细弱）；轻中度活动期（Mayo评分4~10分）；年龄18~65岁；签署知情同意书。排除标准：感染性肠炎、肠结核；肝肾功能不全；妊娠/哺乳期女性；对研究药物过敏；近2周用激素或免疫抑制剂。

作者简介：杨志伟，1966年8月出生，男，汉族，宁夏银川，医学博士，主要研究方向：感染免疫与自身免疫，邮箱：yangzhw0817@163.com

1.2 方法

两组均予基础干预：低脂少渣饮食，避免辛辣、生冷食物；规律作息，每日适度活动（如散步30分钟）；避免焦虑情绪，必要时予心理疏导；疗程8周。

1.2.1 对照组：美沙拉嗪肠溶片单药治疗

予美沙拉嗪肠溶片1.0g/次，每日4次，三餐后及睡前口服。用药管理：建立服药日记，患者记录每次服药时间与剂量；护士每周电话随访，核查服药依从性；出现轻微恶心、腹胀时，指导餐后温水送服，减轻胃肠刺激；若出现皮疹、腹痛加重，立即停药并对症处理。

1.2.2 观察组：美沙拉嗪肠溶片+参苓白术散治疗

美沙拉嗪用法同对照组，加用参苓白术散，具体如下：（1）基础方：党参15g、白术12g、茯苓15g、山药15g、莲子肉10g、白扁豆12g、薏苡仁15g、砂仁6g（后下）、桔梗9g、炙甘草6g。（2）辨证加减：便溏甚者：加炒芡实15g、肉豆蔻6g（固涩止泻，增强肠道收敛功能）；食后腹胀甚者：加莱菔子12g、木香9g（消食导滞，改善胃肠动力）；黏液便甚者：加苍术10g、厚朴9g（燥湿健脾，减少肠道黏液分泌）；乏力甚者：加黄芪15g、当归10g（益气养血，增强机体耐力）。（3）用药规范：中药由本院中药房统一煎煮（自动煎药机，药材加水8倍，浸泡30分钟，大火煮沸后小火煎30分钟，取汁300mL），分早晚餐后30分钟温服，每日1剂。质量控制：中医科主治医师每周查房，根据症状调整方药（如便溏缓解后炒芡实减至10g）；煎药过程专人监督，记录加水量、煎煮时间，确保每剂药浓度一致；患者每次服

药后在服药日记签字，护士每周上门核查药渣，确认服药真实性。

1.3 观察指标

(1) 肠道功能指标，包括粪便性状评分：评分越高表示粪便性状越差；肠传输时间。(2) 血清炎症因子水平。(3) 生活质量评分，采用炎症性肠病生活质量量表 (IBDQ)，总分36~252分，评分越高表示生活质

量越好。

1.4 统计学分析

运用SPSS26.0统计学软件，用“($\bar{x} \pm s$)”、 $[n(\%)]$ 表示，“ t ”、“ χ^2 ”检验， $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组肠道功能指标比较

治疗8周，观察组优于对照组 ($P < 0.05$)。见表1。

表1 肠道功能指标比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	时间点	粪便性状评分 (分)	肠传输时间 (小时)
观察组	36	治疗前	5.8±0.7	62.3±8.5
		治疗后	3.2±0.5	40.1±6.2
对照组	36	治疗前	5.7±0.8	61.8±8.2
		治疗后	4.5±0.6	52.5±7.1
t 值 (治疗后)	/	/	9.85	6.82
P 值 (治疗后)	/	/	0.000	0.000

2.2 两组血清炎症因子水平比较

治疗8周，观察组低于对照组 ($P < 0.05$)。见表2。

表2 血清炎症因子水平比较 ($\bar{x} \pm s$, pg/mL)

组别	例数	时间点	TNF- α	IL-6
观察组	36	治疗前	15.8±2.3	13.6±1.8
		治疗后	7.2±1.5	6.3±1.2
对照组	36	治疗前	15.5±2.1	13.3±1.7
		治疗后	10.8±1.7	9.5±1.4
t 值 (治疗后)	/	/	9.26	9.68
P 值 (治疗后)	/	/	0.000	0.000

2.3 两组生活质量评分比较

治疗8周，观察组高于对照组 ($P < 0.05$)。见表3。

表3 生活质量评分比较 ($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	例数	时间点	肠道症状	全身症状	情感功能	社会功能	总分
观察组	36	治疗前	42.5±5.3	28.6±4.1	58.3±6.2	29.5±4.3	158.9±18.5
		治疗后	65.2±4.8	45.3±3.8	82.6±5.7	46.8±3.9	240.0±15.2
对照组	36	治疗前	41.8±5.1	27.9±4.3	57.6±6.5	28.9±4.1	156.2±19.1
		治疗后	53.1±4.6	35.2±3.6	68.5±5.9	36.2±3.7	193.0±16.8
t 值 (治疗后)	/	/	10.32	10.85	9.15	10.57	11.92
P 值 (治疗后)	/	/	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000

3 讨论

UC的病理机制不仅涉及肠道局部炎症，还伴随肠道功能紊乱与全身炎症反应的多维度损伤：肠道黏膜炎症导致黏膜屏障破坏，引发黏液分泌增多、肠道蠕动异常，表现为粪便性状异常与肠传输时间延长；同时，肠道炎症细胞释放的TNF- α 、IL-6等炎症因子进入血液循环，引发全身炎症反应，导致乏力、体重下降，进一步影响生活质量^[2]。

西医治疗UC以美沙拉嗪为核心，虽能抑制肠道局部炎症，但存在明显局限：一是对肠道功能调节不足，美

沙拉嗪无法改善肠道平滑肌收缩功能与黏膜吸收能力，约40%患者治疗后仍有便溏、腹胀；二是对全身炎症控制有限，单一局部抗炎难以降低血清炎症因子水平，患者乏力、情绪低落等症状持续存在；三是生活质量改善不佳，仅缓解肠道症状，未兼顾全身症状与社会功能，患者整体康复效果不理想。这些局限提示，UC治疗需突破单一抗炎模式，从肠道功能、炎症因子、生活质量多维度干预，而中西医结合为这一需求提供了可行路径^[3]。中医对UC的认识基于整体观念，认为肠道功能紊乱与全身状态密切相关：脾胃虚弱则运化无力，水湿内生，下

注肠道导致便溏、黏液便；脾虚日久气血生化不足，机体抗邪能力下降，炎症迁延不愈；气血亏虚还会影响心神，导致情绪抑郁、社会功能减退。因此，中医治疗需“健脾祛湿、调理全身”，通过改善脾胃功能，同步调节肠道功能与全身状态，这与西医“局部抗炎”形成互补，为多维度治疗奠定理论基础^[4]。

本文研究显示，观察组肠道功能指标优于对照组，关键在于美沙拉嗪抗炎护膜、参苓白术散健脾调肠的协同作用，从病理损伤与功能调节双向改善肠道状态：

（1）美沙拉嗪的黏膜保护与炎症控制。美沙拉嗪口服后在肠道黏膜局部释放活性成分5-氨基水杨酸，通过两方面改善肠道环境：一是抑制环氧合酶与脂氧合酶活性，减少前列腺素、白三烯合成，减轻肠道黏膜炎症反应，促进黏膜修复——炎症减轻可减少黏膜分泌物，改善粪便性状；二是抑制肠道平滑肌过度收缩，调节肠道蠕动节律，减少因炎症导致的肠道动力紊乱，为肠道功能恢复创造基础条件。但单一使用时，美沙拉嗪无法改善脾胃虚弱导致的肠道吸收与动力调节障碍。（2）参苓白术散的健脾调肠作用。参苓白术散紧扣“脾胃虚弱、湿邪困肠”病机，通过多靶点调节肠道功能：健脾益气以增强肠道动力：君药党参、白术能增强脾胃运化功能，促进胃肠激素分泌，胃动素可刺激肠道平滑肌收缩，加快肠内容物传输；祛湿止泻以改善粪便性状：茯苓、薏苡仁、白扁豆能增强肠道吸收功能，减少肠道内水分滞留，同时减少黏液分泌，使粪便从稀溏转为成形软便；辨证加减的靶向调节：便溏甚者加炒芡实、肉豆蔻，其含有的鞣质可增强肠道收敛功能，减少水分渗出；腹胀甚者加莱菔子、木香，能促进胃肠排气，改善肠道动力障碍；这些加减药物使方案更贴合患者个体功能异常，进一步提升肠道功能改善效果^[5]。（3）协同作用的增效机制。两者联用形成“炎症控制-功能调节”的良性循环：美沙拉嗪减轻肠道炎症，减少炎症对肠道功能的干扰；参苓白术散改善脾胃功能，增强肠道对炎症的抵抗能力，同时通过调节肠道动力与吸收，减少肠道内有害物质蓄积，进一步减轻炎症负荷。

观察组血清TNF- α 、IL-6水平低于对照组，核心在于局部抗炎、全身调节的协同抗炎作用，从炎症产生与清除双向控制：（1）美沙拉嗪的局部炎症抑制。美沙拉嗪通过抑制肠道黏膜炎症细胞（如巨噬细胞、中性粒细胞）活化，减少炎症因子释放：巨噬细胞是TNF- α 、IL-6的主要来源，美沙拉嗪可抑制巨噬细胞NF- κ B信号通路激活，减少炎症因子转录与分泌；同时，美沙拉嗪还能促进抗炎因子（如IL-10）表达，平衡炎症微环境。但单

一使用时，美沙拉嗪仅作用于肠道局部，无法清除已进入血液循环的炎症因子。（2）参苓白术散的全身抗炎调节。参苓白术散通过改善全身状态，增强机体抗炎能力：增强免疫调节功能：党参、黄芪能促进淋巴细胞增殖，增强机体对炎症的清除能力，淋巴细胞可吞噬血液循环中的炎症因子，降低血清炎症水平；改善肠道屏障功能：茯苓、山药能促进肠道黏膜紧密连接蛋白表达，增强黏膜屏障完整性，减少肠道内毒素入血，毒素减少可降低炎症因子的诱导产生；调节氧化应激：薏苡仁、莲子肉含有的抗氧化成分能清除氧自由基，减少氧化应激对炎症的促进作用，进一步降低炎症因子水平。

观察组生活质量评分高于对照组，核心在于方案兼顾生理症状改善与全身功能恢复，从多维度提升患者整体状态：肠道症状改善提升生理舒适度：粪便性状与肠传输时间改善，减少患者频繁如厕、腹痛等不适；炎症因子降低缓解全身症状：TNF- α 、IL-6水平降低，减少乏力、体重下降等全身不适，患者精力恢复，可参与适度运动与社交活动；整体状态改善提升情感与社会功能：脾胃功能改善使患者食欲增加、情绪好转；身体状态恢复让患者重新回归工作与家庭。

综上所述，参苓白术散联合美沙拉嗪肠溶片治疗UC，可通过局部抗炎、全身调节的协同作用，显著改善患者肠道功能，降低血清炎症因子水平，提升生活质量，且未增加不良反应风险。该方案突破了单一抗炎的局限，实现了UC的多维度治疗，为临床提供了高效、全面的治疗选择，值得进一步推广应用。

参考文献

- [1]洪金平.参苓白术散联合美沙拉嗪治疗溃疡性结肠炎患者的效果研究[J].现代医学与健康研究(电子版),2024,8(18):114-116.
- [2]曹霞,邱榕,陶云平,等.基于Th17/Treg平衡的调节探讨参苓白术散治疗溃疡性结肠炎的疗效及作用机制[J].中药材,2025,48(1):237-241.
- [3]张帆,周璇,卓洪民,等.中药联合美沙拉嗪治疗溃疡性结肠炎疗效及机制研究的网状meta分析[J].重庆医学,2025,54(6):1408-1418.
- [4]谢天阳,卢灿省.参苓白术散合肾气丸加味方联合美沙拉嗪栓对脾肾阳虚型溃疡性结肠炎的疗效观察[J].中医药临床杂志,2023,35(11):2212-2216.
- [5]陈红,王树杰,李惠珠,等.参苓白术散联合肠愈灌肠方治疗活动期溃疡性结肠炎疗效观察[J].中医药临床杂志,2024,36(6):1158-1162.