

doi:10.3969/j.issn.1671-038X.2015.04.18

检测血清 IL-1 β 、IL-6、IL-8 水平对于评估溃疡性 结肠炎患者病情的应用价值分析

周 勇

(溧潼人民医院 消化科,江苏 泰州 225508)

摘要:[目的]探讨检测血清 IL-1 β 、IL-6、IL-8 水平对评估溃疡性结肠炎(UC)患者的应用价值。[方法]选取 2010 年 1 月~2013 年 1 月我院诊治的 120 例 UC 患者,同时选取 100 例同期健康体检者作为对照组,采用酶联免疫吸附试验法检测 UC 患者及健康体检者血清 IL-1 β 、IL-6、IL-8 的水平;分析比较正常组、轻度、中度及重度 UC 患者的差异。[结果]UC 活动期患者血清 IL-1 β (65.2 $\pm$ 11.3)、IL-6(71.3 $\pm$ 8.1)、IL-8(83.6 $\pm$ 17.1)表达水平明显高于缓解期患者及正常对照组患者,差异有统计学意义($P<0.05$),UC 缓解期患者血清 IL-1 β 、IL-6、IL-8 与正常对照组相比差异无统计学意义;重度患者血清 IL-1 β (85.5 $\pm$ 15.0)、IL-6(83.2 $\pm$ 8.6)、IL-8(97.6 $\pm$ 17.5)表达水平明显高于轻度、中度患者,差异有统计学意义($P<0.05$)。[结论]UC 患者机体血清 IL-1 β 、IL-6、IL-8 明显升高,细胞免疫功能紊乱,且血清 IL-1 β 、IL-6、IL-8 表达水平能够直接反映出患者病情程度。

关键词:溃疡性结肠炎;IL-1 β ;IL-6;IL-8;临床价值

中图分类号:R574.62

文献标志码:B

文章编号:1671-038X(2015)04-0286-03

作为自身免疫性疾病,溃疡性结肠炎(ulcerative colitis,UC)主要是由于机体肠道菌群耐受性丧失导致的,患者结肠细菌蛋白诱导产生的抗体和结肠黏膜肥大细胞胞质抗原等自身抗原存在交叉反应,从而激活肠道黏膜免疫细胞,诱导免疫细胞释放多种细胞因子,从而破坏了患者抗炎及促炎因子的平衡,最终导致患者机体产生炎症反应^[1-3]。白细胞介素是一种重要的炎性递质,对于 UC 患者病情的发生发展有重要的作用^[4-6]。本研究选取了 120 例 UC 患者及同期健康体检者,检测患者及体检者空腹血清 IL-1 β 、IL-6、IL-8 的表达水平,探究 3 种白细胞介素与患者病情发展的关系,为今后的临床治疗提供参考。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取 2010 年 1 月~2013 年 1 月我院诊治的 120 例 UC 患者,其中男 65 例、女 55 例;年龄 25~76 岁,平均(42.5 $\pm$ 10.2)岁;病程 5 个月~15 年,平均(4.6 $\pm$ 0.9)年。所有患者均根据 2000 年全国炎症性肠病研讨会制定的《对炎症性肠病诊断治疗规范的建议》中规定的标准确诊为 UC;根据患者患病程度的轻重进行分组,其中轻度患者 35 例,中度患者 70 例,重度患者 15 例;根据病变部位分组,其中累及直、乙状结肠患者 85 例,累及左半结肠患者 29 例,累及全结肠患者 6 例,经本院系统治疗后有 85 例患者病情得到缓解(缓解期)。同时选取 100 例同

期健康体检者作为对照组,年龄 28~75 岁,平均年龄(40.5 $\pm$ 11.3)岁。

1.2 检测指标及方法

采集所有 UC 患者及健康体检者的清晨空腹静脉血 6 ml,加 EDTA 抗凝。采用双抗体夹心 ELL-SA 法检测血清 IL-1 β 、IL-6、IL-8 表达水平,于 492 nm 处检测吸光度值(A 值),绘制标准曲线,根据标准曲线计算样品浓度。检测试剂盒购自晶美生物公司,并严格按照操作说明书检测。

1.3 统计学处理

采用 SPSS 13.0 统计学软件对实验数据进行统计分析,采用 $\bar{x}\pm s$ 表示计量资料,采用 t 检验比较 2 组间的差异, $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 病情时期不同的血清 IL-1 β 、IL-6、IL-8 表达水平的比较

根据实验结果,UC 活动期患者血清 IL-1 β (65.2 $\pm$ 11.3)、IL-6(71.3 $\pm$ 8.1)、IL-8(83.6 $\pm$ 17.1)表达水平明显高于缓解期患者及正常对照组患者,差异有统计学意义($P<0.05$)。UC 缓解期患者血清 IL-1 β 、IL-6、IL-8 与正常对照组相比差异无统计学意义。以上结果表明,UC 活动期患者机体炎症水平明显升高,见表 1。

2.2 病情程度与血清 IL-1 β 、IL-6、IL-8 表达水平的关系

重度患者血清 IL-1 β (85.5 $\pm$ 15.0)、IL-6(83.2 $\pm$ 8.6)、IL-8(97.6 $\pm$ 17.5)表达水平明显高于轻度、中度患者,差异有统计学意义($P<0.05$),表明重度 UC 患者机体炎症水平明显升高。见表 2。

表 1 UC 不同病情时期血清 IL-1β、IL-6、IL-8 水平的比较

$\bar{x} \pm s$

组别	例数	IL-1β	IL-6	IL-8
UC 活动期	35	65.2±11.3 ¹⁾	71.3±8.1 ¹⁾	83.6±17.1 ¹⁾
UC 缓解期	85	38.1±13.5	33.5±3.0	38.5±8.6
正常对照组	100	32.4±7.7	28.5±2.1	32.6±7.2

与正常对照组、UC 缓解期相比,¹⁾ $P<0.05$ 。

表 2 病情程度与血清 IL-1β、IL-6、IL-8 表达水平的关系

$\bar{x} \pm s$

组别	例数	IL-1β	IL-6	IL-8
轻度	35	41.2±8.5	39.5±4.1	41.2±9.6
中度	70	63.8±11.2	45.7±4.1	46.8±10.3
重度	15	85.5±15.0 ¹⁾	83.2±8.6 ¹⁾	97.6±17.5 ¹⁾

与中度、重度比较,¹⁾ $P<0.05$ 。

3 讨论

溃疡性结肠炎(UC)是一种慢性肠道的非特异性炎症,患者结肠浸润大量淋巴细胞、浆细胞及中性粒细胞,炎症细胞被激活后能够释放大量炎性因子及细胞因子,进而参与结肠炎症的进展,IL-1β、IL-6、IL-8 是 3 种参与肠道炎症的重要炎性因子^[7-8]。IL-1β、IL-6、IL-8 于机体正常状态时能够调节免疫应答反应,然而在机体发生病变时浓度明显升高,并可以机体免疫性的损伤。IL-1β 作为一种前炎性因子,能够直接介导 UC 患者初期炎症的发生 IL-6 及 IL-8 能够直接促进炎症细胞更多的分泌炎性因子,且能抑制炎症细胞凋亡,3 种炎性因子在结肠黏膜炎中有重要的作用^[9-10]。目前临床上治疗 UC 没有疗效特别显著的药物,虽然能使病情缓解,但容易复发,临床上常采用患者临床症状及肠镜黏膜病变来评估病情的变化,内镜只能在形态学上观察患者的内在活动病变,无法检测炎症程度的轻微变化,因此建立检测 UC 的敏感实验室指标具有重要意义^[11-12]。

本研究检测了 UC 患者空腹血清的 IL-1β、IL-6、IL-8 表达水平,与正常体检者对比发现,UC 活动期患者血清 IL-1β(65.2±11.3)、IL-6(71.3±8.1)、IL-8(83.6±17.1)表达水平明显高于缓解期组患者及正常对照组患者,差异有统计学意义($P<0.05$),UC 缓解期患者血清 IL-1β、IL-6、IL-8 与正常对照组相比差异无统计学意义;重度患者血清 IL-1β(85.5±15.0)、IL-6(83.2±8.6)、IL-8(97.6±17.5)表达水平明显高于轻度、中度患者,差异有统计学意义($P<0.05$)。近期有报道证实,白细胞介素具有评估 UC 患者病情变化的作用,本研究结果

也显示,白细胞介素与 UC 患者临床症状、活动度、内镜表现及组织学分级明显相关,且能够有效的反映患者病情变化,以便及时地采取相关治疗措施,对于控制 UC 患者病情具有重要的临床意义,同时减少患者接受内镜检查的次数,从而减少对机体的损伤及治疗依从性的影响。采用血清 IL-1β、IL-6、IL-8 评估患者机体炎症环境变化有效可行,值得在今后的临床诊断及治疗中推广应用。

参考文献

[1] 田志颖,王丽华,苏新爱. 溃疡性结肠炎患者血清 IL-10、IL-17 水平及临床意义[J]. 临床合理用药杂志, 2011, 4(17):6—7.

[2] 赵晓军,王志红,韩 英. 白细胞介素 4、干扰素 c、肿瘤坏死因子-α 在溃疡性结肠炎患者结肠黏膜中的表达及意义[J]. 中国误诊学杂志, 2008, 8(13):3029—3030.

[3] 劳国平. 中医辨证加化瘀药治疗慢性非特异性溃疡性结肠炎的疗效观察[J]. 广西医科大学学报, 2000, 17(5):889—890.

[4] 杨小波. 溃疡性结肠炎中医辨治理论模型的重构与初步确证[D]. 广州中医药大学, 2006.

[5] 杨铁铮,王淑霞. 慢性溃疡性结肠炎的中医辨治体会[J]. 中国社区医师, 2006, 22(22):43—43.

[6] 中华医学会消化病学分会炎症性肠病协作组. 对我国炎症性肠病诊断治疗规范的共识意见[J]. 中华消化杂志, 2007, 27(8):545—550.

[7] 苗新普,欧阳钦,韦 红. COX-2、PPARγ 和 NF-κB p65 在溃疡性结肠炎组织中的表达及意义[J]. 世界华人消化杂志, 2010, 18(25):2660—2665.

[8] 张超贤,秦咏梅. 溃疡性结肠炎患者血清肿瘤坏死因子-α、白细胞介素-8 水平变化及其临床意义[J]. 西安交通大学学报(医学版), 2009, 30(5):646—647.

阿是穴等穴位,刺激足太阳膀胱经,达到和胃降逆、疏肝理气调节脏腑功能而治疗 GERD。同时,由于这些穴位在阶段上与咽喉、食管和胃处于同一神经节段,在刺激穴位的同时通过同节段的神经反射对食管及胃产生良性刺激,从而改善临近脏器的功能,而达到治疗目的。另外,中医现代经穴研究表明,刺激相关穴位还能增强胃蠕动、抑制胃酸分泌、增加胃排空,对 GERD 具有一定的防治效果^[6]。卢岱静^[7]将针刺联合中药治疗反流性食管炎患者,结果提示治疗后针药联合组血浆胃动素和胃泌素水平明显升高,且症状改善率及胃镜下炎症改善也明显高于其他组。谢胜等^[8]观察背俞指针疗法对 GERD 患者任督二脉穴位皮温与酸反流的影响,结果提示背俞指针疗法有助于减少 GERD 患者酸反流。

食管外症状除与酸反流及胃食管蠕动功能障碍相关外,还与过度疲劳、饮食不节、情志失调以及内脏敏感相关。西医治疗上主要是应用抑酸剂、促动力药物,故对于后者原因,特别是内脏敏感问题疗效欠佳。中医指针不仅可以辅助减少酸反流,还可以改善内脏敏感,缓解躯体症状,并配合调畅气机、调节气血,以改善其脏腑功能。本研究结果显示,指针疗法加用西药联合治疗以食管外症状为主要表现的 GERD 患者总有效率为 90.00%,明显高于单纯西药治疗组。患者中以气郁痰阻证及肝胃郁热证最为多见,且进行指针联合西药治疗对气郁痰阻证及肝胃郁热证临床疗效最佳。我们推测,此 2 种证型均属肝气郁结,肝属木,胃属土,土得木而达,若肝气不疏,则横逆犯胃,导致胃气上逆。通过指针按压脾俞、肝俞、胃俞、肩井等穴,达到疏肝理气,和胃降逆

之效。因此,本研究应用西药联合指针治疗,取得了满意疗效。

总之,有效治疗 GERD 的反流症状及食管外症状,除改变不良的生活饮食习惯外,指针疗法联合质子泵抑制剂和促胃肠动力药治疗值得临床推广。

参考文献

[1] 王风云,唐旭东,刘 果,等.胃食管反流病食管外症状表现特点及中医药治疗[J].中国中西医结合杂志,2011,31(5):716—719.

[2] 中国胃食管反流病共识意见专家组.中国胃食管反流病共识意见[J].中华内科杂志,2007,46(2):170—173.

[3] 中华中医药学会脾胃病分会.胃食管反流病中医诊疗共识意见(2009,深圳)[J].中医杂志,2010,51(9):844—847.

[4] 曹芝君,陈胜良,莫剑忠.胃食管反流病患者食管动力紊乱对食管外症状发生的影响[J].胃肠病学,2004,9(1):21—23.

[5] 李仲启,傅汉中,王仲玉,等.埃索美拉唑、莫沙比利联合铝镁加治疗难治性胃食管反流病疗效观察[J].中国中西医结合消化杂志,2012,20(10):456—457.

[6] 解然勇,候 超,王 璇,等.电针足三里联合甲氧氯普胺注射治疗上消化道术后胃肠功能紊乱 50 例[J].陕西中医,2013,34(6):744—745.

[7] 卢岱静.针药并用对反流性食管炎患者胃泌素、胃动素的影响[J].上海针灸杂志,2010,29(4):218—220.

[8] 谢 胜,韦金秀,周晓玲,等.背俞指针疗法对胃食管反流病患者任督二脉穴位皮温与酸反流的影响及其相关性[J].中国中西医结合消化杂志,2014,22(3):135—138.

(上接第 287 页)

[9] 魏思忱,郑国启,田树英,等.IL-10 在溃疡性结肠炎患者血清中的表达及意义[J].河北医药,2010,32(5):559—560.

[10] 高 伟,司雁菱,吴 瑜.白细胞介素-8、白细胞介素-15、白细胞介素-18 在溃疡性结肠炎患者结肠黏膜的表达及意义[J].中国综合临床,2006,22(12):1095—1097.

[11] 冯百岁,刘占举,牛正先.美沙拉秦治疗溃疡性结肠炎的临床疗效及对血清 TNF- α 和 IL-8 的影响[J].郑州大学学报(医学版),2006,41(5):830—833.

[12] 崔 静,刘占举,唐芙爱.炎症性肠病患者血清肿瘤坏死因子和白介素-8 检测[J].郑州大学学报(医学版),2006,41(5):826—827.