

# 温针灸联合美沙拉嗪治疗轻、中度 溃疡性结肠炎 32 例<sup>\*</sup>

臧亮 韩珊珊

(陕西省中医医院,陕西 西安 710000)

**摘要:**目的 观察温针灸治疗溃疡性结肠炎的临床疗效。方法 选取溃疡性结肠炎患者 64 例,依据随机数字表法分为两组( $n=32$ ),其中治疗组采用温针灸联合美沙拉嗪治疗,对照组采用普通针刺联合美沙拉嗪治疗,两组取穴相同。通过对比两组的有效治疗率、改良 Mayo 评分、Baron 内镜分级,评定两组患者的治疗效果。结果 ①两组患者临床综合疗效相比较,总疗效无显著性差异( $P>0.05$ ),治疗组患者的治愈率为 50% 显著高于对照组治愈率 18.75% ( $P<0.05$ );②治疗后治疗组改良 Mayo 评分显著低于对照组( $P<0.05$ );③治疗后治疗组 Baron 内镜分级中 0 级改善显著优于对照组( $P<0.05$ )。结论 温针灸联合美沙拉嗪治疗溃疡性结肠炎优于普通针刺联合美沙拉嗪。

**关键词:**温针灸;普通针刺;溃疡性结肠炎

**中图分类号:**R245.3 **文献标识码:**A **文章编号:**2096-1340(2022)03-0068-04

**DOI:**10.13424/j.cnki.jsctcm.2022.03.017

溃疡性结肠炎(ulcerative colitis, UC)是以慢性炎症及溃疡形成为主要病理特点,病变部位累及肠黏膜及黏膜下层,范围波及直肠和远端结肠,严重者甚至扩展至整个结肠<sup>[1]</sup>,主要临床表现为:粘液脓血便、腹痛、腹泻、里急后重等,具有治愈困难、反复性强等特征<sup>[2]</sup>。近年来,UC 发病率呈增长趋势,但其发病机制仍不明确,已发现 UC 发病与免疫、感染、环境因素以及遗传等因素相关<sup>[3]</sup>。我科临床研究发现温针灸联合美沙拉嗪治疗 UC 疗效确切,现报道如下。

## 1 资料与方法

**1.1 一般资料** 2018 年 11 月—2020 年 8 月于我院肛肠科就诊的 UC 患者共 64 例,所有病例均经结肠镜联合病理检查确诊为溃疡性结肠炎患者,根据随机数字表法随机分为对照组与治疗组,每组各 32 例。对照组采用普通针刺联合美沙拉嗪治疗,其中男 21 例,女 11 例;年龄 26~54 岁,平均( $29.9 \pm 6.2$ )岁;病程 1.2~10.5 年,平均( $6.5 \pm 2.3$ )年。治疗组采用温针灸联合美沙拉嗪治疗,其中男 18 例,女 14 例,年龄 32~61 岁,平均( $32.1 \pm$

7.8)岁,病程 0.9~12.5 年,平均( $5.2 \pm 1.4$ )年。两组 UC 患者性别、年龄、病程均经统计学处理,差异均无统计学意义( $P>0.05$ ),具有可比性。

## 1.2 纳入、排除标准

**1.2.1 纳入标准** ①符合<sup>[4]</sup>《炎症性肠病诊断与治疗的共识意见》中关于 UC 的诊断标准;②对针灸、艾灸、美沙拉嗪无过敏反应;③临床资料完整;④伦理审查告知;⑤自愿签署知情同意书;⑥属于轻度、中度 UC 定义:轻度 UC:患者每天大便次数少于 4 次,间歇性出血,Mayo 内镜下评分(Mayo endoscopy subscore)为 1, C 反应蛋白(c-reactive protein, CRP)升高,血红蛋白正常,粪便钙卫蛋白(fecal calprotectin, FC)在 150~200  $\mu\text{g/g}$  间;中度 UC:患者每天大便次数超过 6 次,频繁便血,CRP 升高,红细胞沉降率(Erythrocyte sedimentation rate, ESR)高于 30 mm/h,血红蛋白低于正常值的 75%, Mayo 评分为 2 或 3。

**1.2.2 排除标准** ①伴有各类结肠炎、肠梗阻等其他胃肠道疾病患者;②伴有重要脏器严重功能异常性疾病;③伴有精神障碍性疾病;④已接受手

\* 基金项目:陕西省中医药研究院陕西省中医医院院级科研项目(2018-27)

术治疗、放化疗等其他治疗方式。

1.3 治疗方法

1.3.1 治疗组 取穴:中脘、关元、天枢(双侧)、足三里(双侧)、上巨虚(双侧)、阴陵泉(双侧)。温针灸操作:患者取仰卧位,排空膀胱,局部穴位消毒,取直径0.35 mm、长75 mm的一次性无菌毫针(苏州医疗用品厂有限公司生产),定位后直刺0.8~1.2寸,出现酸麻胀痛即为得气,得气后将艾条(江苏康美制药有限公司生产,规格:28 g/支)裁剪成长约2~3 cm的艾柱,艾柱下端中心戳一个约1.5 cm的小孔,勿戳穿艾柱,从下端点燃艾柱,将艾柱套与针柄上,分别将所有穴位完成相同操作,距离皮肤约3 cm,皮肤与艾柱间放一大大小约4 cm×4 cm的硬纸片,以减弱火力防止烫伤,待艾柱燃尽,留针30 min,即可将针拔出,结束温针灸治疗。

药物治疗:口服美沙拉嗪肠溶片(生产厂家:黑龙江天宏药业股份有限公司,批准文号:国药准字H20103359,0.25 g/片),每日4.0 g,分4次服用。疗程:温针灸治疗1次/d,连续治疗5日,休息2日,共治疗10次;美沙拉嗪连续口服14天。

1.3.2 对照组 取穴:中脘、关元、天枢(双侧)、足三里(双侧)、上巨虚(双侧)、阴陵泉(双侧)。针刺操作:患者取仰卧位,排空膀胱,局部穴位消毒,针刺操作方法及步骤同治疗组,但只针刺不艾灸,留针30 min。针刺及温针灸操作均由专业主治医师定位、操作完成。治疗期间口服药物及疗程与同治疗组。

1.4 观察指标

1.4.1 疗效评定 参照《中药新药临床研究指导规则》<sup>[5]</sup>制定疗效评定标准:①治愈:患者的临床症状消失,肠镜检查黏膜后发现黏膜病变基本正常,溃疡糜烂处呈愈合状态;②显效:患者的临床症状消失,肠镜检查黏膜后发现黏膜仅有轻度炎症;③有效:患者的临床症状基本消失,肠镜检查黏膜后发现黏膜炎症有较大的改善;④无效:患者的临床症状无改善甚至病情加重,肠镜检查黏膜后发现黏膜炎症部位无减轻现象。有效治疗率=(治愈例数+显效例数+有效例数)/总例数×100%。

1.4.2 疾病评估 参照《溃疡性结肠炎中西医结合诊疗共识意见(2017年)》<sup>[6]</sup>制定的UC疾病活

动的严重程度及肠黏膜病变轻重分级,选取改良Mayo评分和Baron分级进行疾病评估。

1.4.2.1 改良 Mayo 评分 腹泻:正常(0分),超过1~2次/d(1分),超过3~4次/d(2分),超过5次/d(3分);便血:未见(0分),不到一半时间内出现便中混血(1分),大部分时间内为便中混血(2分),一直存在出血(3分);黏膜表现:正常或无活动性(0分),轻度(红斑、血管纹理减少、轻度易脆)(1分),中度(明显红斑,血管纹理缺乏、易脆、糜烂)(2分),重度(自发性出血、溃疡形成)(3分);医生评估情况:正常(0分),轻度(1分),中度(2分),重度(3分)。

1.4.2.2 Baron 分级 0级:黏膜正常血管清晰,无出血或溃疡;Ⅰ级:黏膜有充血,血管较模糊;Ⅱ级:黏膜有接触性出血;Ⅲ级:黏膜自发性出血;Ⅳ级:有明确的黏膜溃疡。

1.5 统计学方法 采用SPSS 27.0软件进行统计学分析,计量数据用 $\bar{x} \pm s$ 表示,计数资料以 $n(\%)$ 表示,对所有资料进行正态性检验和方差齐性检验。所有符合正态分布的资料,计量资料若方差齐采用 $t$ 检验,若方差不齐采用 $t'$ 检验,计数资料进行 $\chi^2$ 检验;不符合正态分布的数据采用非参数检测。等级分类资料采用Mann-Whitney秩和检验,以 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者疗效对比 两组患者疗效比较结果显示:两组总有效治疗率均为100%,比较无差异, $P>0.05$ 。而对照组治愈率18.75%,治疗组治愈率50.00%,两组比较有显著性差异, $\chi^2=46.545$ , $P<0.05$ ;结果说明两组治疗方式均有效,其中治疗组的治愈率更高。见表1。

表1 两组患者的治疗疗效对比[ $n(\%)$ ]

| 组别  | <i>n</i> | 治愈         | 显效        | 有效        | 无效      | 总有效        |
|-----|----------|------------|-----------|-----------|---------|------------|
| 对照组 | 32       | 6(18.75)   | 8(25.00)  | 18(56.25) | 0(0.00) | 32(100.00) |
| 治疗组 | 32       | 16(50.00)* | 11(34.37) | 5(15.62)  | 0(0.00) | 32(100.00) |

注:与对照组比较,\* $P<0.05$

2.2 两组患者治疗后UC活动性的改良Mayo评分比较 两组患者Mayo评分治疗前比较无显著差异( $t=0.990$ , $P=0.287$ ), $P>0.05$ ;而治疗后,治疗组Mayo评分显著低于对照组( $t=-2.403$ ,

$P=0.016$ ),  $P<0.05$ 。治疗组治疗后 Mayo 评分显著低于治疗前( $t=-7.410, P=0.000$ ),  $P<0.01$ ; 对照组治疗后 Mayo 评分也显著低于治疗前( $t=-7.202, P=0.000$ ),  $P<0.01$ 。见表 2。

表2 两组患者治疗后 UC 活动性的改良 Mayo 评分比较( $\bar{x}\pm s$ )

| 组别  | n  | 时间  | Mayo 评分                 |
|-----|----|-----|-------------------------|
| 对照组 | 32 | 治疗前 | 7.00±1.22               |
|     | 32 | 治疗后 | 1.06±0.62 <sup>#</sup>  |
| 治疗组 | 32 | 治疗前 | 7.31±1.31               |
|     | 32 | 治疗后 | 0.66±0.75 <sup>*#</sup> |

注:治疗后与对照组比较,<sup>\*</sup> $P<0.05$ ;与同组治疗前比较,<sup>#</sup> $P<0.05$

**2.3 两组患者 Baron 内镜分级比较** 两组患者治疗前 Baron 内镜分级经两独立样本秩和检验, $P=0.792(Z=-0.264)$ ,  $P>0.05$ , 无显著差异, 数据具有可比性。两组患者治疗后 Baron 内镜分级比较, 治疗组 0 级显著高于对照组,  $P=0.024(Z=-2.257)$ ,  $P<0.05$ 。见表 3。

表3 治疗后两组患者 Baron 内镜分级比较(n)

| 组别  | n  | 时间  | 0 级             | I 级 | II 级 | III 级 | IV 级 |
|-----|----|-----|-----------------|-----|------|-------|------|
| 对照组 | 32 | 治疗前 | 0               | 0   | 10   | 22    | 0    |
|     | 32 | 治疗后 | 4               | 15  | 13   | 0     | 0    |
| 治疗组 | 32 | 治疗前 | 0               | 0   | 11   | 21    | 0    |
|     | 32 | 治疗后 | 10 <sup>*</sup> | 16  | 6    | 0     | 0    |

注:与对照组治疗后比较,<sup>\*</sup> $P<0.05$

3 讨论

UC 属于炎性肠病的一种, 目前临床治疗主要以西药治疗为主, 对于轻度及中度的 UC, 氨基水杨酸制剂是首选用药<sup>[6]</sup>。美沙拉嗪属于新型氨基水杨酸制剂, 但单独应用美沙拉嗪治疗 UC 疗效并不理想<sup>[7]</sup>, 研究证实, 在美沙拉嗪治疗基础上联合中医治疗能有效提高 UC 的临床治疗效果<sup>[8]</sup>。

中医认为本病与饮食劳倦、感受外邪、情志失调等有关<sup>[9]</sup>, 其引起脾胃虚弱, 内生湿浊, 气血瘀滞肠内, 郁久化为热毒, 损伤脂络, 腐败化为脓血, 故表现为腹痛、腹泻、黏液脓血便等症<sup>[10]</sup>。中医治疗 UC 疗效确切, 针灸是中医治疗 UC 的代表之一, 针灸能够调畅气机、平衡阴阳。研究证明<sup>[11-12]</sup>针刺可以调节 UC 患者的机体免疫功能, 调节炎性肠病的相关细胞因子及其基因表达, 对结肠黏膜具

有保护作用。温针灸是针与灸的结合, 针刺能刺激相关经络穴位, 结合艾灸的温热效应, 通过直接辐射和针身传递, 到达穴位深部, 能激活局部免疫细胞的吞噬能力, 促进细胞外基质降解, 调节肠道的蠕动和吸收, 增加肠道有益菌的数量, 同时通过刺激新生血管生成加快血液流动, 进而达到治疗炎症的目的<sup>[13-14]</sup>, 起到温阳补虚, 散寒止痛, 祛邪扶正、活血化瘀、调节阴阳的作用。这表明温针灸治疗 UC 的有着坚固的实验数据基础。

研究发现<sup>[15]</sup>针灸治疗 UC 取穴最多的经脉是胃经(使用频率 55.6%), 取穴排名前 3 位的是足三里、天枢和上巨虚, 均属于足阳明胃经。本研究选用中脘、天枢穴分别为胃、大肠经募穴, 足三里、上巨虚分别为胃、大肠经下合穴, 合募配穴法, 具有疏通肠腑、清泄胃肠湿热、活血化瘀之功效。合募配穴是在脏腑辨证指导下治疗疾病, 具有临床疗效好、选穴少等特点<sup>[16]</sup>。合募配穴, 一升一降, 纵横交织消除腑病, 是经络学说中标本根结的体现<sup>[17]</sup>。阴陵泉为足太阴脾经合穴, 具有健脾化湿, 主治一切湿证。关元为小肠募穴, 温补肾阳, 益气补虚, 诸穴合用, 起到温阳补虚, 散寒止痛, 祛邪扶正、活血化瘀之功效<sup>[18]</sup>。

本研究结果显示, 温针灸联合美沙拉嗪对 UC 治疗后在治愈率、改良 Mayo 评分和 Baron 分级明显优于普通针刺联合美沙拉嗪组, 说明温针灸联合美沙拉嗪能在缓解 UC 患者的腹泻、便血及粘膜病变程度等方面更有优势。温针灸联合美沙拉嗪疗效更优的原因可能在于针和灸结合发挥双重作用, 及针灸的双向调节作用<sup>[19]</sup>, 这可能与针灸调整机体的免疫功能、调节神经-内分泌系统、调整基因及细胞因子的表达及胃肠动力有关, 也可能与针灸调节肠道菌群, 改善肠黏膜屏障功能, 增强机体的防御功能、调节肠免疫系统有关<sup>[20]</sup>。

综上所述, 温针灸联合美沙拉嗪治疗 UC 具有确切的临床疗效, 值得临床推广应用。但本研究样本量较小, 且并未对不同辨证分型进行区分, 下一步将进行大样本研究, 对不同证型进行更准确的穴位探究, 进一步明确温针灸在临床 UC 治疗中的应用效果及调控机制。

参考文献

[1] 张声生, 沈洪, 郑凯, 等. 溃疡性结肠炎中医诊疗专家共识意见(2017)[J]. 中华中医药杂志, 2017, 32(8):

- 3585-3589.
- [2] 徐逸,顾庆华.中医药抗溃疡性结肠炎复发的研究进展[J].中国中医急症,2020,29(9):1681-1685.
- [3] 甄建华,黄光瑞.溃疡性结肠炎病因和发病机制的现代医学研究进展[J].世界华人消化杂志,2019,27(4):245-251.
- [4] 梁笑楠,尹凤荣,张晓岚.炎症性肠病诊断与治疗的一致意见(2018年,北京)溃疡性结肠炎部分解读[J].临床荟萃,2018,33(11):987-990.
- [5] 郑筱萸.中药新药临床研究指导原则[M].北京:中国医药科技出版社,2002.
- [6] 李军祥,陈詒.溃疡性结肠炎中西医结合诊疗共识意见(2017年)[J].中国中西医结合消化杂志,2018,26(2):105-111,120.
- [7] 杨莉,孙瑞雪.美沙拉嗪联合双歧杆菌三联活菌胶囊治疗溃疡性结肠炎[J].上海医药,2021,42(5):18-19,40.
- [8] 孙瑾.甘草泻心汤联合美沙拉嗪对溃疡性结肠炎的疗效及对血清炎症指标的影响分析[J].临床医药文献电子杂志,2019,6(89):174.
- [9] 刘俊红,杨会举,雷丽亚.槐榆炭方保留灌肠治疗溃疡性结肠炎临床观察[J].河南中医,2020,40(3):427-430.
- [10] 楼伟,王伟东,曹生辉.芍药汤加减治疗溃疡性结肠炎效果及对YKL-40、IL-17变化的研究[J].中华中医药学刊,2022,40(1):19-21.
- [11] 吴阳阳,刘明江,殷韶杰,等.针刺对溃疡性结肠炎大鼠氧化应激和内质网应激的影响[J].针刺研究,2020,45(1):8-14.
- [12] 王海萍.清热化湿饮联合针刺治疗溃疡性结肠炎临床疗效及对血清炎症因子的影响[J].湖北中医药大学学报,2020,22(2):78-80.
- [13] 严逸騷,周志刚,周次利,等.艾灸治疗溃疡性结肠炎的肠道黏膜固有免疫研究进展[J].江西中医药,2019,50(12):71-75.
- [14] 施丽薇,顾晗,刘明江,等.针刺对溃疡性结肠炎大鼠结肠炎性细胞因子及细胞凋亡的影响[J].针刺研究,2017,42(1):56-61.
- [15] 刘朝,杨金生,吴远,等.基于数据挖掘的针灸治疗溃疡性结肠炎的诊疗现状与特点[J].中华中医药杂志,2015,30(11):3893-3897.
- [16] 邢家铭,盛雪燕,张延菊,等.合募配穴理论在针灸治疗胃溃疡中的应用[J].时珍国医国药,2016,27(2):411-413.
- [17] 邓多喜,谭洁,张泓,等.针刺合募配穴对肠易激综合征大鼠结肠内脏高敏相关因子的影响[J].针刺研究,2018,43(8):485-491.
- [18] 宁惠珠,陈碧玮,陈侨彬,等.基于数据挖掘的针灸治疗溃疡性结肠炎选穴组方规律[J].中医药报,2021,49(10):45-49.
- [19] 蔡羽宣(Tsai YuHsuan).基于数据挖掘探析当代文献中针灸对肠道双向调节选穴规律研究[D].南京:南京中医药大学,2019.
- [20] 钟蕊,翁志军,赵继梦,等.艾灸治疗溃疡性结肠炎效应机制研究进展[J].世界中医药,2020,15(15):2354-2358.

(修回日期:2021-05-30 编辑:蒲瑞生)