

艾盒灸神阙佐治轻中度溃疡性结肠炎(脾虚证)临床观察

陈洁, 刘军, 王文丽, 姚飞, 沈灵娜, 李玲

浙江中医药大学附属嘉兴中医医院, 浙江 嘉兴 314000

[摘要] 目的: 观察艾盒灸神阙佐治轻中度溃疡性结肠炎(脾虚证)的临床疗效及对血沉(ESR)、血小板计数(BPC)、D-二聚体高凝状态的影响。方法: 将63例脾虚证轻、中度活动性溃疡性结肠炎患者随机分为2组, 对照组予柳氮磺胺吡定肠溶片(SASP)、双歧三联活菌胶囊口服的同时予甲硝唑氯化钠加入SASP、锡类散保留灌肠治疗。治疗组在对照组治疗方案的基础上给予艾盒灸神阙辅助治疗, 比较2组临床疗效、Sutherland疾病活动指数评分标准(DAI)、肠镜积分及CRP、ESR、BPC、D-二聚体4项主要指标的变化。结果: 总有效率治疗组93.94%, 对照组73.33%, 2组总有效率比较, 差异有统计学意义($P < 0.05$)。2组治疗前后DAI、肠镜积分均较前下降, 差异均有统计学意义($P < 0.01$); 治疗后, 治疗组DAI、肠镜积分低于对照组, 差异均有统计学意义($P < 0.05$)。2组治疗后CRP、ESR、BPC、D-二聚体均下降, 差异均有统计学意义($P < 0.01$); 治疗后, 治疗组CRP、ESR、BPC、D-二聚体改善程度优于对照组, 差异均有统计学意义($P < 0.05$)。结论: 艾盒灸神阙是轻、中度脾虚证溃疡性结肠炎有效、安全的佐治方法, 治疗组在对临床疗效、DAI、肠镜积分以及高凝状态的改善方面均优于对照组。

[关键词] 溃疡性结肠炎; 脾虚证; 艾盒灸; 神阙; 血沉(ESR); 血小板计数(BPC); D-二聚体; Sutherland疾病活动指数评分标准(DAI)

[中图分类号] R516.1 **[文献标志码]** A **[文章编号]** 0256-7415(2016)08-0071-03

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2016.08.031

溃疡性结肠炎(ulcerative colitis, UC)是一种严重影响患者身心健康和生活质量的肠道非特异性炎症性疾病, 被WHO列为现代难治病之一。据推测, 我国UC患病率为11.6/10万^[1], 每年约有1/4的患者会出现病情反复。近年研究提示, 炎症及高凝状态^[2]是导致UC治疗效果欠佳、病情反复的主要原因。中医中药治疗在本病治疗方面具有独特的优势, 结果报道如下。

1 临床资料

1.1 诊断标准 参照中国中西医结合学会消化系统疾病专业委员会2010年制定的《溃疡性结肠炎中西医结合诊疗共识(2010, 苏州)》, 其中脾虚证UC包括本诊疗指南中所指的脾气虚弱证、脾肾阳虚证、肝郁脾虚证以脾虚为主UC患者^[3]。

1.2 纳入标准 ①符合上述诊断标准的初发型、慢性复发型轻-中度活动期的UC住院患者; ②年龄18~65岁; ③病例经结肠镜确诊病变部位在直肠、乙状结肠; ④治疗前1周停用影响UC的药物, 签署知情同意书。

1.3 排除标准 ①重度UC、慢性细菌性痢疾、阿米巴痢疾、慢性血吸虫病、肠结核、结肠克罗恩病、缺血性结肠炎、放射性结肠、肠道肿瘤者; ②合并严重心、肝、肾、血液、内分泌系统等疾病、精神病者; ③孕妇、哺乳期妇女、对水杨酸制剂

过敏者; ④有胃肠道手术史者。

1.4 一般资料 观察病例为2013年11月—2014年11月于浙江中医药大学附属嘉兴中医医院消化科住院治疗的轻-中度UC(脾虚证)患者63例。采用随机法分为艾盒灸治疗组和对照组。其中艾盒灸治疗组33例, 男17例, 女16例; 年龄20~61岁, 平均(37.48±9.34)岁; 病程0.5~3年, 平均(2.33±1.65)年; 发病部位: 直肠19例, 乙状结肠14例; 轻度15例, 中度18例; 其中治疗组中医辨证分型属脾气虚弱证11例, 脾肾阳虚证12例, 肝郁脾虚证10例。对照组30例, 男16例, 女14例; 年龄18~59岁, 平均(38.52±8.67)岁; 病程0.7~4年, 平均(2.52±1.71)年; 发病部位: 直肠20例, 乙状结肠10例; 轻度14例, 中度16例; 其中中医辨证分型属脾气虚弱证11例, 脾肾阳虚证10例, 肝郁脾虚证9例。2组患者性别、年龄、病程和病变范围、中医辨证分型比例等比较, 差异均无统计学意义($P > 0.05$), 具有可比性。

2 治疗方法

2.1 对照组 予柳氮磺胺吡定肠溶片(SASP, 上海三维制药有限公司), 每次1g, 每天4次(三餐饭后及睡前); 双歧三联活菌胶囊(晋城海斯制药有限公司), 每次420mg, 每天2次, 口服。同时予甲硝唑氯化钠注射液100mL(安徽双鹤制药有限

[收稿日期] 2016-03-15

[作者简介] 陈洁(1982-), 女, 主治中医师, 研究方向: 中西医结合消化科。

公司)加入 SASP 1 g、锡类散 1 g(杭州胡庆余堂制药厂),每天 1 次,保留灌肠治疗。

2.2 治疗组 在对照组治疗方案的基础上加用艾盒灸神阙,每天 1 次(中午 11 时)。

2 组疗程均为 4 周。所有患者在用药期间避免使用美沙拉嗪制剂、糖皮质激素,免疫抑制剂、抗生素、止泻药等。治疗期间均进食高热量、高蛋白、易消化的食物,避免刺激性及粗纤维性食物,少食多餐,补充维生素制剂。

3 观察指标与统计学方法

3.1 观察指标 ①临床疗效;②疾病严重程度及活动度评分,见表 1。参照文献[4]采用 Sutherland 疾病活动指数评分标准

(DAI)。将 DAI 各项分数相加,所得数据≤ 2 分为症状缓解,3~5 分为轻度活动,6~10 分为中度活动,11~12 分为重度活动。③肠镜检查分级变化,见表 2。治疗前及治疗结束后 1 周内行肠镜检查,并根据 Azzolini 内镜下 UC 活动度分级标准来记录积分^[5]:肠段分为直肠、乙状结肠、降结肠、横结肠、升结肠、回盲部,评分标准如表 2,将以上各项分数相加,所得数据 0~4 分为轻度活动,5~9 分为中度活动,10 分及以上为重度活动。④生化指标检测:治疗前后随访观察血沉(ESR)、血凝分析、血常规、C- 反应蛋白(CRP)、肝功能、肾功能、电解质等指标情况。并监测和记录所有发生的不良事件。

表 1 Sutherland 疾病活动指数评分标准

项 目	0 分	1 分	2 分	3 分
腹泻频率	正常	超过正常 1~2 次/天	超过正常 3~4 次/天	超过正常≥ 5 次/天
直肠出血	无	少许	明显	大便以血为主
黏膜表现	正常	轻度易脆	中度易脆	重度易脆伴渗出
医师评估病情	正常	轻	中	重

表 2 Azzolini 内镜下溃疡性结肠炎活动度评分标准

项 目	0 分	1 分	2 分	3 分
肠段黏膜病变	无	充血水肿	糜烂	溃疡
黏膜脆性	正常黏膜	触之出血	自发出血	

3.2 统计学方法 采用 SPSS11.0 分析软件包进行统计学处理,计量资料以($\bar{x} \pm s$)表示,采用 *t* 检验;计数资料组间比较,采用 χ^2 检验;等级资料采用 Ridit 分析。

4 疗效标准与治疗结果

4.1 疗效标准 ①临床疗效标准:完全缓解:腹泻、黏液脓血便、腹痛、里急后重等主要临床症状消失,肠镜复查黏膜病变基本消失或主要症状及肠黏膜病变活动指数总分值降低≥ 95%。显效:临床主要症状明显缓解,肠镜复查黏膜病变明显减轻或主要症状及肠黏膜病变活动指数总分值降低≥ 70%。有效:临床主要症状有所缓解,肠镜复查黏膜病变有所减轻或主要症状及肠黏膜病变活动指数总分值降低≥ 30%。无效:经治疗后临床症状、内镜及病理检查结果均无改善或加重,或主要症状及肠黏膜病变活动指数总分值降低<30%。②疗效评定标准按照尼莫地平法计算公式:疗效指数 = [(治疗前病变活动指数积分 - 治疗后病变活动指数积分) / 治疗前病变活动指数积分] × 100%。

4.2 2 组临床疗效比较 见表 3。总有效率治疗组 93.94%,对照组 73.33%,2 组总有效率比较,差异有统计学意义($P < 0.05$)。

4.3 2 组治疗前后 DAI 及肠镜积分变化情况比较 见表 4。2 组治疗前后 DAI、肠镜积分均较前下降,差异均有统计学意义($P < 0.01$);治疗后治疗组 DAI、肠镜积分低于对照组,差异均

有统计学意义($P < 0.05$)。

表 3 2 组临床疗效比较

组 别	<i>n</i>	完全缓解	显效	有效	无效	总有效率(%)
治疗组	33	5(15.15)	14(42.41)	12(36.36)	2(6.06)	93.94 ^①
对照组	30	2(6.67)	4(13.33)	16(53.33)	8(26.67)	73.33

与对照组比较,① $P < 0.05$

表 4 2 组治疗前后 DAI 及肠镜积分变化情况比较($\bar{x} \pm s$) 分

组 别	时 间	<i>n</i>	DAI	肠镜积分
治疗组	治疗前	33	6.79± 1.78	5.36± 2.40
	治疗后	33	1.79± 1.52 ^{①②}	1.67± 1.34 ^{①②}
对照组	治疗前	30	6.77± 1.98	5.07± 2.46
	治疗后	30	2.73± 1.96 ^①	2.57± 1.79 ^①

与本组治疗前比较,① $P < 0.01$;与对照组治疗后比较,② $P < 0.05$

4.4 2 组治疗前后 CRP、ESR、血小板计数(BPC)、D-二聚体变化情况比较 见表 5。2 组治疗后 CRP、ESR、BPC、D-二聚体下降,分别与治疗前比较,差异均有统计学意义($P < 0.01$);治疗后,治疗组 CRP、ESR、BPC、D-二聚体改善程度优于对照组,差异均有统计学意义($P < 0.05$)。

4.5 不良反应 治疗组在用药期间 2 例患者出现恶心、白细胞减低情况,观察组在用药期间有 3 例患者出现恶心、纳差、白细胞减低情况,经对症治疗后均缓解。治疗后,2 组患者尿常规、肝功能、肾功能等检查未见异常。

5 讨论

UC 在中医学中属泄泻、便血、久痢等范畴。隋·巢元方

表5 2组治疗前后CRP、ESR、BPC、D-二聚体变化情况比较($\bar{x} \pm s$)

组别	时间	CRP(mg/L)	ESR(mm/h)	BPC($\times 10^9/L$)	D-二聚体($\mu g/L$)
治疗组	治疗前	21.64±5.01	20.56±11.76	320.14±106.15	550.63±107.24
	治疗后	9.16±3.04 ^③	8.76±5.49 ^③	224.17±87.66 ^③	291.45±96.58 ^③
对照组	治疗前	20.98±4.87	19.98±12.03	318.93±141.57	524.19±98.17
	治疗后	12.19±4.36 ^①	11.87±6.75 ^①	275.53±102.96 ^①	350.47±101.31 ^①

与本组治疗前比较, ① $P < 0.01$; 与对照组治疗后比较, ② $P < 0.05$, ③ $P < 0.01$

《诸病源候论·痢病诸候》云：“由脾虚大肠虚弱，风邪乘之，则泄痢虚损不复，遂连滞涉引岁月，则为久痢也。”因而脾虚是本病发病的基础及中心环节。UC病程冗长，迁延难愈，症状反复，易“久病入络”“久病致瘀”，UC现代研究表明^[6-7]，UC患者肠黏膜屏障功能受损、通透性增加、肠道炎症活动，进而继发纤溶，使机体处于高凝状态，导致肠黏膜血管阻塞，血液淤滞，局部微血栓形成，加重肠黏膜缺氧损伤，致使溃疡反复发作，迁延难愈，微血栓的形成同时使抗炎药物不能达到病变部位。这正与中医学“血瘀”理论相一致。有学者研究表明，无论哪一型的UC患者，均有瘀血的存在，而虚证的UC患者，瘀血表现更明显^[8]。因此，在传统抗炎治疗的基础上，对脾虚证的UC患者增加“补脾”治疗同时通过“活血通络”改善其高凝状态、减少病变肠黏膜微血栓的形成，是治疗UC的要点。

艾叶辛温，具有纯阳之性。神阙穴位于腹部，与十二经脉相联，与五脏六腑和全身相通，经络、气血运行丰富，局部可调整肠胃气机，去血中瘀滞，并可通行全身气血，是补脾要穴，同时具有天然热敏穴的特点。艾灸神阙穴时艾的药性可通过神阙穴渗透到体内，达到“小刺激大反应”的目的，通过激发脾胃之气，达到补脾之意，并可行气活血通络、调整肠胃气机、改善肠道微循环。

本研究在前期临床实践经验及上述理论的指导下，在常规治疗基础上加用艾盒灸神阙辅助治疗UC，取得了很好的疗效。与对照组相比较，治疗组总有效率增高，DAI积分、肠镜下黏膜评分改善情况也优于对照组。本研究同时观察了与炎症及高凝(血瘀)相关的指标，发现CRP、ESR、BPC、D-二聚体指标的改善情况也优于对照组，提示使用艾灸神阙佐治不仅

通过补脾提高了UC患者的临床疗效，又通过“活血通络”改善了患者血液高凝状态及肠道微循环，进而改善肠镜下黏膜情况。故艾灸神阙是轻中度脾虚证UC患者的重要佐治手段，且安全、价廉，值得运用。本研究限于研究周期，病例数较小，观察随访时间不足，相关研究有待进一步探讨。

[参考文献]

- [1] Ooi CJ, Fock KM, Makharia GK, et al. The Asia-Pacific consensus on ulcerative colitis [J]. J Gastroenterol Hepatol, 2010, 25(3): 453-468.
- [2] Shen J, Ran ZH, Zhang Y, et al. Biomarkers of altered coagulation and fibrinolysis as measures of disease activity in active inflammatory bowel disease: a gender-stratified, cohort analysis [J]. Thromb Res, 2009, 123(4): 604-611.
- [3] 中国中西医结合学会消化系统疾病专业委员会. 溃疡性结肠炎中西医结合诊疗共识(2010·苏州)[J]. 现代消化及介入诊疗, 2011, 16(1): 66-70.
- [4] 欧阳钦, Rakesh Tandon, KL Goh, 等. 亚太地区炎症性肠病处理共识意见(一)[J]. 胃肠病学, 2006, 11(4): 233-238.
- [5] Azzolini F, Pagnini C, Camellini L, et al. Proposal of a new clinical index predictive of endoscopic severity in ulcerative colitis [J]. Dig Dis Sci, 2005, 50(2): 246-251.
- [6] 石晶, 于素云, 樊丽娟. 溃疡性结肠炎结肠治疗前后血小板参数改变的相关分析[J]. 中国老年学杂志, 2008, 28(9): 912-913.
- [7] 郝丽君, 唐文君, 李海英. 老年溃疡性结肠炎患者D-二聚体、部分凝血活酶时间及纤维蛋白原的变化与意义[J]. 中华医院感染学杂志, 2011, 21(10): 4469-1171.
- [8] 吕永慈, 钟东江. 溃疡性结肠炎患者血液流变学与中医辨证关系[J]. 世界华人消化杂志, 2001, 9(8): 977-978.

(责任编辑: 刘淑婷)