

# 穴位埋线联合美沙拉嗪治疗溃疡性结肠炎 临床观察

刘朝霞<sup>1</sup> 黄岩<sup>2</sup>

(1. 黑龙江中医药大学附属第一医院, 黑龙江 哈尔滨 150040;

2. 黑龙江中医药大学, 黑龙江 哈尔滨 150040)

**摘要:**目的 观察穴位埋线联合美沙拉嗪治疗溃疡性结肠炎的疗效。方法 将 UC 患者随机分为埋线组、西药组、埋线加西药组,各 30 例。埋线组在患者穴位埋线治疗。西药组予口服美沙拉嗪治疗。埋线加西药组穴位埋线同时口服美沙拉嗪治疗。三组疗程均为 4 周。治疗结束后计算 DAI 评分,复查结肠镜,观察肠粘膜改善情况。结果 治疗后埋线加西药组的 DAI 评分低于埋线组和西药组。埋线加西药组改善肠粘膜病变情况优于埋线组和西药组。结论 穴位埋线联合美沙拉嗪治疗 UC 疗效可靠,能够有效地提高溃疡性结肠炎的临床和改善肠粘膜病变情况。

**关键词:**溃疡性结肠炎;穴位埋线;美沙拉嗪

中图分类号: R 574.62 文献标识码: B 文章编号: 1672-0571(2016)03-0018-04

DOI:10.13424/j.cnki.mtcm.2016.03.008

## Observation of Clinical Effects of Ulcerative Colitis by Catgut Embedding Combined with Mesalazine

Liu Zhaoxia<sup>1</sup>, Huang Yan<sup>2</sup>

(1. The 1th affiliated hospital of Hei Long Jiang University of Chinese Medicine, Harbin 150040, China;

2. Hei Long Jiang University of Chinese Medicine, Harbin, 150040)

**Abstract Objective:** To observe clinical effects of ulcerative colitis by catgut embedding combined with mesalazine. **Methods:** 90 patients with UC were randomly divided into three groups, catgut embedding group of 30 patients, medicine group of 30 patients, catgut embedding joint mesalazine group of 30 patients. catgut embedding was carried out on the acupoints. medicine group was given mesalazine orally. catgut embedding combining with mesalazine group was given both treatment. Treatment course lasted for 4 weeks. Calculating DAI score and reviewing colonoscopy after the end of treatment. **Results:** After treatment, catgut embedding combining with mesalazine group's DAI score was lower than catgut embedding group and medicine group. The concept of intestinal lesion efficacy check showed that catgut embedding combining with mesalazine group's mucosal lesions was better than catgut embedding group and medicine group. **Conclusion:** catgut embedding joint mesalazine can improve the clinical efficacy and mucosal lesions in active ulcerative colitis effectively.

**Keywords** Ulcerative Colitis; Catgut Embedding; mesalazine

溃疡性结肠炎(ulcerative colitis, UC)是一种主要累及直肠、结肠黏膜的慢性非特异性炎症。临床表现为腹泻、黏液脓血便、腹痛。病情轻重不等,多呈反复发作的慢性病程。现有的研究表明 UC 的发病机制尚不十分清楚,目前认为是多因素相互作用

所致,是一种多因素疾病,包括环境、感染、免疫、遗传和肠道菌群改变等因素。疾病的多因素致病性决定了其治疗也需要多靶点或者多种治疗方案的联合才能达到较好的治疗效果。笔者 2013 年 8 月~2014 年 8 月采用穴位埋线治疗轻、中度活动

期溃疡性结肠炎,疗效显著,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 经临床症状、结肠镜检查初次诊断为轻、中度活动期的溃疡性结肠炎患者,排除其他感染性肠炎者、严重并发症或进展性疾病者,均符合《我国炎症性肠病诊断与治疗的共识意见》制订的诊断标准<sup>[1]</sup>,共 90 例,将 30 例 UC 患者随机分为三组。三组患者的性别、年龄、病程以及 DAI 评分的分布,经方差分析,结果差异均无统计学意义,具有可比性( $P>0.05$ )。

1.2 治疗方法 埋线组在患者中脘穴、双侧天枢穴、关元穴、双侧上巨虚穴、双侧足三里穴埋线,隔 2 日 1 次。西药组予口服美沙拉秦 2g/次,每日 1 次。埋线加西药组予穴位埋线组在患者中脘穴、双侧天枢穴、关元穴、双侧上巨虚穴、双侧足三里穴埋线,隔 2 日 1 次;美沙拉秦 2g/次,每日 1 次。三组疗程均为 4 周。患者在治疗期间忌食生冷、油腻、辛辣等刺激性食物,禁浓茶、咖啡及烟酒,并停用其他可能影响本临床研究的药物。

1.3 观察指标 ①观察患者治疗前后结肠炎症活动指数评分(DAI),见表 1。②观察肠粘膜改善情况,见表 2。

表 1 结肠炎症活动指数评分 (DAI)

项目	评分			
	0 分	1 分	2 分	3 分
腹泻	正常	超过正常 1-2 次/日	超过正常 3-4 次/日	超过正常 5 次/日
便血	无	较少	明显	较多
粘膜表现	正常	轻度质脆	中度质脆	中度质脆 可有渗出
医师评估病情	正常	轻	中	重

注:总分 $\geq 2$ 分为症状缓解;轻度活动 3-5 分、中度活动 6-10 分、重度活动 11-12 分。

表 2 结肠镜粘膜病变分级

级别	粘膜表现
I 级	肠粘膜轻度糜烂或无,轻度充血水肿,溃疡无或散在分布,周边轻度红肿,数量少于 3 个。
II 级	肠粘膜中度糜烂伴有出血,中度充血水肿,溃疡散在分布,周边明显红肿,数量多于 3 个。
III 级	肠粘膜重度糜烂触之有明显出血,重度充血红肿,溃疡分布多,周边显著红肿,表面布满脓苔。

注:根据结肠镜肠粘膜病变分级将 I 级肠粘膜病变记 1 分,II 级肠粘膜病变记 2 分,III 级肠粘膜病变记 3 分。

2 结果

2.1 症状积分评定结果 见表 3。

表 3 三组治疗前后 DAI 评分变化 ( $\bar{x}\pm s$ )

组别	完成例数	治疗前	治疗后
埋线组	29	7.47 $\pm$ 2.56 <sup>*</sup>	4.43 $\pm$ 1.17 $\Delta^1$
西药组	28	7.40 $\pm$ 2.50 <sup>*</sup>	4.60 $\pm$ 1.19 $\Delta^2$
埋线加西药组	29	7.20 $\pm$ 2.43 <sup>*</sup>	3.33 $\pm$ 0.92 $\Delta^3$

注:<sup>\*</sup> $P>0.05$ ;<sup>\*</sup> $\Delta P<0.05$ ; $\Delta^3$ 最低, $P<0.05$ ; $\Delta^1\Delta^2P>0.05$ 。

2.2 肠粘膜改善情况 见表 4。

表 4 治疗前后三组患者肠粘膜镜像积分比较 ( $\bar{x}\pm s$ )

组别	完成例数	治疗前	治疗后
埋线组	29	1.81 $\pm$ 0.76 <sup>*</sup>	1.06 $\pm$ 0.57 $\Delta^1$
西药组	28	1.78 $\pm$ 0.81 <sup>*</sup>	0.98 $\pm$ 0.69 $\Delta^2$
埋线加西药组	29	1.79 $\pm$ 0.77 <sup>*</sup>	0.62 $\pm$ 0.72 $\Delta^3$

注:经统计学  $t$  检验,<sup>\*</sup> $P>0.05$ ;<sup>\*</sup> $\Delta P<0.01$ ; $\Delta^1\Delta^2\Delta^3P<0.01$ , $\Delta^3$ 最低。

3 讨论

溃疡性结肠炎(ulcerative colitis,UC)是一种主要累及直肠、结肠黏膜的慢性非特异性炎症。UC 的发病率不论在国内和国外都有逐年增高的趋势<sup>[2]</sup>。但临床上至今没有特异性根治措施,现有的研究表明 UC 的发病机制尚不十分清楚<sup>[3]</sup>,目前认为是多因素相互作用所致,是一种多因素疾病,包括环境、感染、免疫、遗传和肠道菌群改变等因素<sup>[4-5]</sup>。疾病的多因素致病性也决定了其治疗也需要多靶点或者联合多种治疗方案才能达到较好的治疗效果,因此对于本病的治疗,西医尚没有较好的治疗方案<sup>[6]</sup>。相比较而言,中医药以其多靶点的作用机制,在 UC 的治疗中具有明显的优势。实验研究表明,中医具有提高机体免疫功能,改善血液流变状况,促进微循环、细胞因子、氧自由基及粘附分子介导的改善等作用,用治本病具有抗菌消炎,促进溃疡疮面的愈合、炎症物质吸收的效果,因而能够减少复发,巩固疗效<sup>[7]</sup>。

穴位埋线治疗是一个复合刺激过程,与针刺治疗时进针、留针、行针、起针的整个过程的作用类似,能够增强机体免疫功能<sup>[8-9]</sup>。羊肠线是一种异体蛋白被吞噬吸收<sup>[10-12]</sup>,刺激穴位产生生物化学刺激,使局部组织产生无菌性炎症,提高人体的应急能力,可以激发人体免疫功能<sup>[13-15]</sup>。作为针灸治疗的一种新方法,埋线治疗由于操作简单、而作用持久,在 UC 的治疗有明显的特色。

溃疡性结肠炎临床多表现腹泻、腹痛、脓血便

等一派脏腑气机不利、湿淤相兼之像,本病属本虚标实之症<sup>[16]</sup>。所以疏调肠腑、温补脾肾为溃疡性结肠炎的治疗原则。本研究选择的穴位配伍是中脘穴、双侧天枢穴、关元穴、双侧上巨虚穴、双侧足三里穴埋线。中院穴为胃之募穴,八会穴,胃经、小肠经、三焦经及任脉四脉之会,六腑之气汇集之处,《马氏温灸法》言:“灸中脘有清除胃肠淤滞,开户强壮脾胃之效用,肠胃清则五脏六腑之癖滞有倾泄之途,脾胃健则五脏六腑生化有源。”中脘穴是治疗胃肠病变的主要穴位。天枢穴属于足阳明胃经,也是手阳明大肠经的募穴,是天地交合,升降清浊的枢纽。针灸学理论认为,人的气机上下沟通,升降沉浮,都是必须经过天枢穴。关元穴属于小肠募穴,也是足三阴与任脉之会,三焦之气在此所生,有通调下焦,固本培元之功效,《针灸穴名解》言:“此穴为人身阴阳元气交关之处,为养生家聚气凝神之所,亦老子所谓玄之又玄,众妙之门也。”是治疗虚证的重要穴位。肾俞穴为肾脏的背俞穴,是肾中经气输注的地方,《扁鹊心书》曰:“肾俞二穴,凡一切大病于此灸二三百壮,盖肾为一身之根蒂,先天之真源,本牢则不死。”为治疗肾阳虚的要穴。上巨虚穴属足阳明胃经,为大肠经下合于胃经之下合穴。《灵枢·咳论》中提出:“治脏者治其俞,治腑者治其合。”本穴性主清下,功善理气,是治疗足阳明经病之常用穴<sup>[17]</sup>。尤其善于治大肠腑病。足三里穴是胃的下合穴,属于胃经的合穴,足三里穴有固本培元,调和脾胃气机,升清降浊,通导消滞之功效,《中医针科纲要》指出:“足三里为胃之枢纽,刺之可壮人向之元阳,补脏腑亏损”,为治疗肠腑疾患及虚证的要穴。

方中天枢、关元、上巨虚配伍,兼顾本病虚实夹杂的特点,配中脘穴以疏通肠腑、行气化湿;配足三里与肾俞以温补肾阳、调理脾胃。诸穴合用温补脾肾、调畅肠腑,既能兼顾本病本虚标实的特点,又能调节肠道功能,从而标本兼治。

本研究证实,穴位埋线联合美沙拉嗪治疗轻、中度活动期溃疡性结肠患者 DAI 评分和结肠镜积分低于埋线组和西药组,提示穴位埋线联合美沙拉嗪治疗能改善患者临床症状、修复结肠黏膜,临床疗效可靠。

#### 4 结论

穴位埋线联合美沙拉嗪的方法,能够有效地提

高活轻、中度活动期溃疡性结肠炎的临床和肠粘膜改善情况。

#### 5 不足与展望

由于本课题研究时间有限,观察病例数量少且集中,病例来源单一,不可避免产生各种偏倚的可能。远期疗效研究不足,病例观察时间短,未对患者进行随访观察,对抗复发研究不足。本研究应进行多地域、大样本、长期的临床观察,对穴位埋线联合美沙拉嗪治疗轻、中度活动期溃疡性结肠炎进行更加深入、全面的研究和总结。此外埋线联合美沙拉嗪治疗溃疡性结肠炎的这种优势产生的原因可能只是中西医两种治疗手段叠加的作用,其具体机制未予探究,有待进一步完善。

#### 参考文献

- [1] 胡品津,钱家鸣,吴开春,等. 我国炎症性肠病诊断与治疗的共识意见[J]. 内科理论与实践,2013,8(1):61-75.
- [2] 王小龙,许爱英,闫曙光,等. 乌梅丸治疗溃疡性结肠炎的作用机制探讨[J]. 现代中医药,2015,35(5):93-102.
- [3] 孙芳美. 溃疡性结肠炎的发病机制与治疗进展[J]. 中国医药指南,2012,10(12):445-447.
- [4] 郭芳. 脾胃学说的现代认识[J]. 河南中医药学刊,1998,13(2):2-5.
- [5] Ley RE, Peterson DA, Gordon JL. Ecological and evolutionary forces shaping microbial diversity in the human intestine[J]. Cell, 2006,124:837-848.
- [6] Marshal JK, Thabane M, Steinhart AH, Newman JR, Anand A, Irvine EJ. Rectal Oral 5-aminosalicylic acid for maintenance of remission. 2012 Nov 14;11:CD004118.
- [7] 王新月,王建云. 溃疡性结肠炎中医药治疗的关键问题与优势对策[J]. 中华中医药杂志,2012,27(2):263-267.
- [8] 张馨,郝小波. 穴位埋线对慢性葡萄膜炎患者 T 淋巴细胞亚群的影响[J]. 南京中医药大学学报,2013,29(2):129-131.
- [9] 陈盼碧,崔瑾,杨孝芳. 不同穴位简易穴位埋线对哮喘大鼠肺组织 ICAM-1 和 NF- $\kappa$ B 表达的影响[J]. 郑州大学学报(医学版),2011,46(5):677-680.
- [10] 王忠成,李春婷,朱方石. 溃疡性结肠炎中医药外治法研究近况[J]. 河南中医学院学报,2009,24(4):122-124.
- [11] 李勇,谢宜奎,丁红玲,等. 美沙拉嗪与康复新液联合治疗溃疡性结肠炎的临床疗效及患者血清细胞因子的变化[J]. 山东医药,2012,52(25):55-56.