

隔药灸联合补土理论的中医干预对克罗恩病患者病情活动指数的影响

周红霞 余建香

克罗恩病病情的进展可引发肠道狭窄、肠穿孔、梗阻等多种并发症,且易反复发作,预后差,严重影响患者身心健康状况及生活质量。目前,临床上治疗方法主要为药物(糖皮质激素、免疫抑制剂、抗菌药物等)、手术方式等,但临床总体效果欠佳,药物不良反应较多,且术后及停药后病情易复发^[1]。已有报道指出隔药灸应用于克罗恩病患者治疗表现出良好效果,但目前隔药灸与中医补土干预联合用于克罗恩病治疗尚未见报道^[2]。本次研究主要探讨隔药灸联合基于补土理论的中医干预用于克罗恩病患者的效果及价值。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取2018年4月至2019年5月在衢州市人民医院诊治的克罗恩病患者68例作为研究对象,其中男性37例、女性31例;年龄19~69岁,平均(36.46±1.58)岁。纳入标准为:①符合克罗恩病诊断标准^[3],并结合临床症状、内镜检查、影像学检查结果获得确诊;②克罗恩病疾病活动指数(Crohn's disease activity index, CDAI)在221~450分,为中度;③近期末服用任何与本病治疗相关的药物;④患者及家属在知情同意本研究方案前提下签署知情同意书。排除标准为:①伴有瘘管、肠梗阻、肠穿孔或癌变;②存在肺结核、病毒性肝炎等明显感染及其他潜在感染;③过敏体质,无法耐受隔药灸;④最近2个月内使用过激素、免疫抑制剂或生物制剂治疗;⑤妊娠或哺乳期妇女;⑥伴有严重感染、心肝肾功能障碍、精神性疾病;⑦病情加重或变化,需要采取其他积极治疗措施。在获得医院伦理委员批准基础上按随机数字表法将入选者进行

分组。观察组34例,其中男性18例、女性16例;年龄19~67岁,平均(36.71±1.40)岁;病程0.3~6年,平均(3.62±1.44)年;病情严重程度中度。对照组34例,其中男性19例、女性15例;年龄20~69岁,平均(36.21±1.75)岁;病程0.5~6.7年,平均(3.84±1.22)年;病情严重程度中度。两组患者病程、年龄、病情严重程度等一般资料比较,差异均无统计学意义(P 均 >0.05)。

1.2 方法 对照组患者给予常规治疗。患者给予醋酸泼尼松龙片(由上海上药信谊药厂有限公司生产)40 mg口服,每天一次,根据患者病情实际情况逐渐减少药物剂量。使用泼尼松龙治疗无法获得满意效果者,再加用硫唑嘌呤片(由北京嘉林药业股份有限公司生产)1.5 mg/kg,每天一次。在患者激素治疗过程中同时给予补钙治疗。

观察组患者在常规治疗基础上联合隔药灸、中医补土干预。选用适量肉桂、附子、红花、丹参、黄连、木香等中药研成粉末,再加上3 g黄酒调成糊状,制成厚度、直径分别为0.5 cm、2.5 cm的药饼,每只饼药粉含量为2.5 g。选择足三里、气海穴、中脘穴、大肠俞穴、天枢穴、上巨虚穴等行隔药灸治疗。艾炷采用“汉医牌”纯艾炙条(由河南南阳卧龙汉医艾绒厂生产)每穴灸2壮/次。隔药灸治疗每天一次,每周6次,12次为一疗程,间隔1周后再继续治疗,共连续治疗6个疗程。中医补土基础方:白术、茯苓、黄芪、党参炙甘草各15 g。湿盛者添加炒扁豆、炒苡米;脾虚盛者添加芡实、莲子;风盛者添加炒白芍;食滞者添加炒山楂、槟榔;气滞者添加木香、陈皮、砂仁;寒湿盛者添加苍术、白术;脾阴不足者添加淮山;气血不足者添加干姜、炒白芍、桂枝、大枣、生姜;毒邪内蕴者添加半枝莲、土茯苓。用法:将药物煎煮成汤剂后口服200 ml/d,早、晚进餐

DOI:10.13558/j.cnki.issn1672-3686.2020.005.022

作者单位:324000 浙江衢州,衢州市人民医院消化内镜中心

前20 min服药。两组治疗时间均为18周。

1.3 观察指标 ①病情活动指数变化:在治疗前及治疗后3个月、6个月进行CDAI评分^[4]评估。缓解期: <4 分;中度活动期: $5\sim 8$ 分;重度活动期: >9 分。②营养风险评估:治疗前、治疗后6个月采用营养风险筛查表(NRS-2002)^[5]行营养风险评估,总分 ≥ 3 分判定为存在营养风险,需营养支持。③中医证候总体疗效:治疗后6个月采用中医证候总积分状况进行评估。总积分相比治疗前减少 $\geq 90\%$,判定为临床缓解; $70\% \leq$ 总积分减少 $< 90\%$,判定为显效; $30\% \leq$ 总积分减少 $< 90\%$,判定为有效;总积分减少 $< 30\%$,判定为无效^[6]。总有效率=(临床缓解+显效+有效)/总例数 $\times 100\%$ 。④生活质量评估:治疗前及治疗后6个月采用炎症性肠病生活质量问卷表(inflammatory bowel disease quality of life questionnaire, IBDQ)^[7]评估,包括肠道症状、全身症状、情感能力、社会能力四个维度,分数越高表明生活质量越好。

1.4 统计学方法 采用SPSS 22.0软件完成数据分析。计量资料以均数 \pm 标准差($\bar{x} \pm s$)表示。计量资料比较行 t 检验;计数资料比较行 χ^2 检验。设 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组治疗前后CDAI评分比较见表1

表1 两组患者治疗前后CDAI评分比较/分

组别	治疗前	治疗后3个月	治疗后6个月
观察组	4.78 \pm 1.18	1.88 \pm 0.73*#	1.53 \pm 0.84*#
对照组	4.73 \pm 1.13	2.42 \pm 1.02#	2.00 \pm 1.07#

注: *:与对照组比较, $P < 0.05$; #:与同组治疗前比较, $P < 0.05$ 。

由表1可见,两组患者治疗前CDAI评分比较,差异无统计学意义($t=0.18, P > 0.05$)。治疗后3、

表4 两组患者治疗前后IBDQ量表各维度评分比较/分

组别	肠道症状/分	全身症状	情感能力	社会能力	
观察组	治疗前	60.27 \pm 3.49	26.25 \pm 3.15	68.20 \pm 7.83	30.39 \pm 3.85
	治疗后6个月	65.74 \pm 3.18*#	28.96 \pm 3.17*#	72.97 \pm 6.26*#	34.06 \pm 3.52*#
对照组	治疗前	60.24 \pm 3.74	26.26 \pm 3.26	68.24 \pm 7.45	30.42 \pm 3.46
	治疗后6个月	62.64 \pm 3.47#	27.86 \pm 3.27#	69.83 \pm 6.27#	31.25 \pm 3.42#

注: *:与对照组比较, $P < 0.05$; #:与同组治疗前比较, $P < 0.05$ 。

由表4可见,两组治疗前肠道症状、全身症状、情感能力、社会能力评分比较,差异均无统计学意义(t 分别=0.03、0.01、0.02、0.03, P 均 > 0.05)。治疗后6个月,观察组和对照组各项评分均明显高于治

6个月,两组患者CDAI评分均较治疗前有明显降低(t 分别=8.85、10.23; 12.19、13.08, P 均 < 0.05),且观察组治疗后3、6个月CDAI评分比对照组更低(t 分别=2.51、2.02, P 均 < 0.05)。

2.2 两组治疗前后营养风险比较见表2

表2 两组患者治疗前后营养风险比较

组别	总评分/分	有营养风险/例(%)	
观察组	治疗前	7.74 \pm 0.14	14(41.17)
	治疗后6个月	3.86 \pm 0.13*#	3(8.32)*#
对照组	治疗前	7.75 \pm 0.20	15(44.12)
	治疗后6个月	6.84 \pm 0.62#	10(29.41)

注: *:与对照组比较, $P < 0.05$; #:与同组治疗前比较, $P < 0.05$ 。

由表2可见,两组治疗前营养风险评估总评分、有营养风险患者所占比例比较,差异均无统计学意义($t=0.24, \chi^2=0.06, P$ 均 > 0.05)。治疗后6个月,两组总评分均明显低于治疗前(t 分别=118.42、8.15, P 均 < 0.05),观察组有营养风险患者所占比例明显低于治疗前($\chi^2=9.49, P < 0.05$),且观察组治疗后6个月总评分、有营养风险患者所占比例均明显低于对照组($t=27.43, \chi^2=4.66, P$ 均 < 0.05)。

2.3 两组治疗后中医证候总体疗效比较见表3

表3 两组治疗后6个中医证候总体疗效比较

组别	临床缓解/例	显效/例	有效/例	无效/例	总有效率/%
观察组	25	6	3	0	100*
对照组	15	10	5	4	88.24

注: *:与对照组比较, $P < 0.05$ 。

由表3可见,观察组治疗后总有效率明显高于对照组($\chi^2=4.25, P < 0.05$)。

2.4 两组治疗前后生活质量比较见表4

疗前(t 分别=6.76、3.54、2.77、4.10; 2.74、2.02、2.00、2.08, P 均 < 0.05)。观察组治疗后6个月IBDQ量表各维度评分均明显高于对照组(t 分别=3.84、2.44、2.07、3.34, P 均 < 0.05)。

3 讨论

目前病理学机制研究结果显示,相关炎症细胞因子和蛋白分子合成明显增加与克罗恩病发生及病情加重均存在密切关系。因此该病治疗过程中必须高度重视症状细胞因子控制^[8]。既往研究显示,中医药在机体炎症反应控制、免疫调节等方面均发挥着重要作用^[9]。中医认为克罗恩病发生的核心机制主要表现为阳气下陷是基础,脾胃虚弱根本,患者通常出现腹痛腹泻、周身乏力、精神不振、精神不振等脾气虚弱征象。随着病程的延长,脾阳虚衰,肾脏受损,伤及先天,进而引发大便稀溏、腰酸乏力、腹痛绵绵、形寒肢冷等脾肾虚证候。克罗恩病属本虚标实,因此从中医学角度给予该类患者治疗的关键在解决脾胃虚弱、阳气下陷问题。有报道指出,中医针灸用于克罗恩病患者治疗,通过辨证取穴,实施审因论治,可使患者临床症状获得明显改善,有效控制病情活动,总疗效优于单纯西药治疗^[10]。克罗恩病患者往往会伴有不同程度的营养不良,而机体应用状况与疾病发生、病情活动、控制效果均存在密切联系。既往研究显示中医补土方案用于克罗恩病患者,可使机体脏腑功能有效增强,促进营养吸收代谢,有助于营养支持治疗效果提高。CDAI是目前临床上应用于描述克罗恩病当前疾病活动度及动态监测患者治疗后病情活动度变化情况的重要指标^[11]。本次研究在常规治疗基础上再给予观察组隔药灸、补土理论中医干预后,该组患者干预后3、6个月CDAI评分相比干预前均有明显降低,且低于对照组($P<0.05$);患者干预后营养风险评分低于对照组($P<0.05$);患者营养风险发生率明显低于对照组,且中医证候总有效率明显高于对照组($P<0.05$)。这表明克罗恩病患者治疗期间再加强隔药灸、中医补土干预,可有效控制患者病情活动指数,降低营养风险,促进患者临床症状及体征获得更显著改善。究其原因可能是药饼中肉桂、附子、红花、丹参等药物联合使用具有良好止泻止痛、清利湿热、益气补虚等功效;隔药灸中,药物使用、灸法实施可使经络上穴位受到直接刺激,药物、灸法、穴位三者同时发生作用,提高疗效;选取足三里、气海、中脘、大肠俞等穴位行隔药饼灸治疗,可使穴位治疗作用明显增强,同时可使药物沿着经络循行,更好发挥疏通经气作用,直达病所,提高药效,发挥良好补虚泻实、脏腑功能调节、阴阳调和、肠腑气血调节等作用;中医补土干预选用黄芪

四君子汤作为基础方,能够以患者机体气机为根据,辨气施治,发挥良好调气、运脾、益气、健脾等功效,同时以具体四时五淫、虚实状况为根据行加减干预,提高疗效。本次研究中,给予隔药灸联合补土理论中医干预的患者治疗后3、6个月IBDQ量表各维度评分均明显高于常规干预的患者。由此可知,应用于观察组的干预方式可明显提高患者病情总体效果,促进患者生活质量实现有效提高。但因本次研究选取样本量相对较少,因时间有限未进行长期随访,未对患者术后不良反应、复发率等指标进行评估,因此该方案使用长期疗效及安全性仍有待进一步加强研究。

综上所述,常规治疗基础上再给予克罗恩病患者隔药灸、补土理论中医干预,可有效提高患者病情活动控制效果,使患者临床症状、体征获得更好改善,提高患者生活质量。

参考文献

- 1 余红梅,彭南海,丁岚,等.临床护理路径在克罗恩肠内营养治疗中的应用研究[J].肠外与肠内营养,2015,22(6):382-384.
- 2 包春辉,吴璐一,吴焕淦,等.针灸治疗活动期克罗恩病:随机对照研究[J].中国针灸,2016,36(7):683-688.
- 3 中华医学会消化病学分会炎症性肠病协作组.中国炎症性肠病诊断治疗规范的共识意见[J].中华内科杂志,2008,47(1):73-79.
- 4 叶维,郑莹,关玉霞,等.克罗恩病人肠内营养治疗及护理的研究进展[J].护理研究,2019,33(17):2991-2996.
- 5 王谊,陈亚梅.基于跨理论模型的干预对克罗恩病患者鼻胃管家庭肠内营养效果的影响[J].中国护理管理,2019,19(8):1164-1170.
- 6 史佳宁,郝微微,温红珠,等.健脾化湿法治疗克罗恩病1例[J].中医杂志,2017,58(1):84-85.
- 7 李冠炜,任建安.重视我国克罗恩病流行病学的研究[J].肠外与肠内营养,2017,24(3):135-137.
- 8 樊玲,苟春雁.隔药饼灸联合姜黄素治疗克罗恩病的疗效观察[J].中国药房,2015,26(23):3283-3285.
- 9 王宽,刘世敏,顾沐恩,等.针灸对克罗恩病肠黏膜屏障的保护作用[J].时珍国医国药,2017,28(11):2718-2721.
- 10 郭振,朱维铭.克罗恩病并发症内外科治疗的整合[J].中国实用内科杂志,2018,38(3):180-183.
- 11 吴丽洁,李茜莹,杨延婷,等.隔药灸对克罗恩病大鼠结肠p38MAPK、ERK1/2及c-fos调节作用的研究[J].世界科学技术-中医药现代化,2019,21(8):1583-1589.

(收稿日期 2020-01-09)

(本文编辑 蔡华波)