

文章编号:1005-0957(2019)02-0160-04

· 临床研究 ·

邵氏“五针法”治疗活动期溃疡性结肠炎临床观察

权春分^{1,3}, 邵素菊^{2,3}

(1. 河南中医药大学第一附属医院, 郑州 450099; 2. 河南中医药大学第三附属医院, 郑州 450003; 3. 河南邵氏针灸流派传承工作室, 郑州 450003)

【摘要】 目的 观察邵氏“五针法”治疗活动期溃疡性结肠炎的临床疗效。方法 采用随机对照法将 57 例活动期溃疡性结肠炎患者分为肺肠同治组 28 例、治肠组 29 例。肺肠同治组采用邵氏“五针法”加药物治疗, 包括口服美沙拉嗪、柳氮磺吡啶栓纳肛、葛根芩连汤灌肠; 治肠组采用药物治疗。两组均连续治疗 4 周, 观察两组治疗前后 Sutherland 疾病活动指数(Sutherland DAI); 记录两组治疗前后主要临床症状、体征评分。结果 两组治疗后 Sutherland DAI 评分均较治疗前下降($P < 0.05$), 组间比较差异有统计学意义($P < 0.05$); 两组治疗后腹痛、腹泻、脓血便均较治疗前下降($P < 0.05$), 组间比较差异有统计学意义($P < 0.05$); 两组临床疗效比较, 肺肠同治组优于治肠组($P < 0.05$)。结论 邵氏“五针法”联合药物治疗能够快速缓解患者的临床症状、体征, 减少 Sutherland DAI, 提高临床疗效。

【关键词】 针刺疗法; 结肠炎, 溃疡性; 肺肠同治; 邵氏“五针法”; Sutherland 疾病活动指数; 针药并用

【中图分类号】 R246.1 **【文献标志码】** A

DOI:10.13460/j.issn.1005-0957.2019.02.0160

Clinical Observation of SHAO's Five-needle Therapy for Active Ulcerative Colitis QUAN Chun-fen^{1,2}, SHAO Su-ju^{2,3}. 1.The First Affiliated Hospital of Henan University of Chinese Medicine, Zhengzhou 450099, China; 2.Third Affiliated Hospital of Henan University of Chinese Medicine, Zhengzhou 450003, China; 3.Inheritance Studio of Henan Shao's Acupuncture-moxibustion School, Zhengzhou 450003, China

[Abstract] Objective To observe the clinical efficacy of SHAO's five-needle therapy in treating active ulcerative colitis. **Method** By following a randomized controlled design, 57 patients with active ulcerative colitis were divided into a lung-intestine simultaneous treatment group of 28 cases and an intestine treatment group of 29 cases. The lung-intestine simultaneous treatment group was intervened by SHAO's five-needle therapy plus medications including oral administration of mesalazine, sulfasalazine suppositories via rectal insertion and *Ge Gen Qin Lian* decoction via enema; the intestine treatment group was intervened by medications. The two groups were both treated successively for 4 weeks. The Sutherland Disease Activity Index (Sutherland DAI) was observed in the two groups and the release rate was also assessed; the main clinical symptom and sign scores of the two groups were recorded before and after treatment. **Result** The Sutherland DAI score dropped after treatment in both groups ($P < 0.05$), and the between-group difference was statistically significant ($P < 0.05$); the scores of abdominal pain, diarrhea and stool mixed with pus and blood declined after treatment in both groups ($P < 0.05$), and the between-group differences were statistically significant ($P < 0.05$); the lung-intestine simultaneous treatment group was superior to the intestine treatment group comparing plus medications the therapeutic efficacy regarding the symptoms and signs ($P < 0.05$). **Conclusion** SHAO's five-needle therapy can rapidly release the clinical symptoms and body signs of active ulcerative colitis and enhance the clinical efficacy.

[Key words] Acupuncture therapy; Colitis, Ulcerative; Lung-intestine simultaneous treatment; SHAO's

作者简介:权春分(1983—), 女, 主治医师, Email:lovelifequan@163.com

通信作者:邵素菊(1959—), 女, 教授, Email:shaosuju@163.com

five-needle therapy; Sutherland Disease Activity Index; Acupuncture medication combined

溃疡性结肠炎(ulcerative colitis, UC)是一种慢性非特异性炎症性肠道疾病,临床表现为腹泻、黏液脓血便、腹痛,迁延难愈,活动期 UC(AUC)症状突出且病情进行性加重。目前 AUC 病因及发病机制尚未完全明确,西医治疗多采用水杨酸类、激素、免疫抑制剂、粪菌移植等^[1-2],虽能缓解症状,但远期疗效不理想,且药物引发的不良反应使部分患者对治疗失去信心^[3]。目前国内部分学者深入探寻中医病因病机并运用中医药治疗 AUC 取得了一定的疗效^[4-7]。笔者依据“肺与大肠相表里”这一经典理论,肺肠同治,运用邵氏“五针法”治疗 AUC,并与药物治疗相比较,现总结如下。

表 1 两组患者一般资料比较

组别	例数	性别(例)		年龄(岁)			病程(年)		
		男	女	最小	最大	平均($\bar{x} \pm s$)	最短	最长	平均($\bar{x} \pm s$)
肺肠同治组	28	12	16	21	65	41±13	0.1	16	4.7±4.4
治肠组	29	17	12	19	64	38±11	0.3	15	4.5±3.9

1.2 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制定的《溃疡性结肠炎中西医结合诊疗指南(草案)》^[8],中医辨证属大肠湿热证。

1.3 纳入标准

①符合诊断标准;②年龄>18岁,<65岁;③未接受其他有关治疗者;④1周内未使用激素治疗者;⑤知情同意,志愿受试。

1.4 排除标准

①不符合诊断标准;②已接受其他有关的治疗、1周内使用激素,可能影响本研究的效应指标观测者;③合并有心脑血管、肝、肾和造血系统等严重危及生命的原发性疾病,严重的消化性溃疡出血,黏膜病理诊断恶变及精神病患者;④年龄<18岁或>65岁;⑤妊娠期和哺乳期患者。

2 治疗方法

2.1 治肠组

采用药物治疗。口服美沙拉嗪缓释颗粒剂(法国爱的发制药公司,注册证号为H20100063),每次1g,每日3次;柳氮磺吡啶栓(山西同达药业有限公司,批准文号为H10900091)直肠给药治疗,早晚排便后各0.5g纳肛,每日2次;葛根芩连汤灌肠,葛根芩连汤中药重

1 临床资料

1.1 一般资料

本研究60例均来源于2015年3月至2016年12月河南中医药大学第一附属医院脾胃肝胆病科,并确诊为AUC患者,按照入组顺序采用随机数字表法分为肺肠同治组和治肠组。肺肠同治组采用邵氏“五针法”联用药物治疗,治肠组采用药物治疗。研究过程中肺肠同治组2例、治肠组1例因未完全遵守试验要求而脱落,最终纳入统计患者57例,其中肺肠同治组28例,治肠组29例。两组患者一般资料比较差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。详见表1。

量配比为葛根30份,黄连5份,黄芩20份,炙甘草5份,煎煮成汤剂(北京东华医疗设备有限责任公司,YJD20D-GL,120℃,40min),取100mL,37℃保留灌肠30min,每日1次,葛根芩连汤保留灌肠与柳氮磺吡啶栓直肠给药时间间隔6h。连续治疗4周。

2.2 肺肠同治组

在治肠组基础上加邵氏“五针法”治疗。

邵氏“五针法”取肺俞(双)、大椎、风门(双);腹泻甚配天枢(双)、大肠俞(双);腹痛、里急后重配上巨虚(双);恶心、呕吐配内关(双);腰膝酸软配肾俞(双)。患者取俯卧位或侧卧位。进针前先于施术部位用碘伏常规消毒,然后行针刺。大椎、上巨虚、天枢选用0.22mm×40mm毫针直刺进针0.8~1.2寸,肺俞、风门、大肠俞、内关、肾俞选用0.22mm×25mm毫针直刺进针0.5~0.8寸。肺俞、大椎、风门、内关行捻转泻法,大肠俞、肾俞行捻转补法,天枢行提插捻转补法,上巨虚行平补平泻法。每日1次,每次30min,每隔10min行针1次。每日治疗1次,连续治疗6d,休息1d,持续治疗4周。

3 治疗效果

3.1 观察指标

记录两组治疗前后Sutherland疾病活动指数

(Sutherland DAI)^[8],总分<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。

记录治疗前后主要症状(腹痛、腹泻、黏液脓血便)积分,分别按照无(0 分)、轻度(1 分)、中度(2 分)、重度(0 分)计分^[9]。

3.2 疗效标准^[9]

临床缓解: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

表 2 两组治疗前后 Sutherland DAI, 主要症状、体征评分比较

($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	例数	时间	Sutherland DAI	腹痛	腹泻	脓血便	积分
肺肠同治组	28	治疗前	7.46±2.30	1.57±0.96	2.46±0.69	1.54±0.64	5.57±1.97
		治疗后	1.71±1.46 ¹⁾²⁾	0.14±0.36 ¹⁾²⁾	0.36±0.49 ¹⁾²⁾	0.18±0.39 ¹⁾²⁾	0.68±0.86 ¹⁾²⁾
治肠组	29	治疗前	7.82±2.23	1.38±0.86	2.48±0.63	1.69±0.60	5.55±1.70
		治疗后	3.69±2.56 ¹⁾	0.62±0.73 ¹⁾	1.59±0.82 ¹⁾	1.17±0.71 ¹⁾	3.38±1.86 ¹⁾

注:与同组治疗前比较¹⁾ $P<0.05$;与治肠组比较 $P<0.05$

3.4.2 两组临床疗效比较

肺肠同治组总有效率为 96.4%,治肠组为 82.8%,肺肠同治组优于治肠组($P<0.05$)。详见表 3。

表 3 两组临床疗效比较 (例)

组别	例数	临床缓解	显效	有效	无效	总有效率/%
肺肠同治组	28	7	13	7	1	96.4 ¹⁾
治肠组	29	5	8	11	5	82.8

注:与治肠组比较¹⁾ $P<0.05$

4 讨论

中医学认为“肺与大肠相表里”,二者一脏一腑、一阴一阳,通过经络属建立阴阳表里关系,肺与大肠在气机升降、水液代谢及水谷传导上相互交通,生理上相互关联,病理上亦相互影响。《素灵微蕴》:“肺与大肠表里同气,肺气化精,滋灌大肠,则肠滑便易。”《证因脉治·卷三》:“肺气不清,下遗大肠,则腹乃胀。”《黄帝内经灵枢集注》:“大肠为肺之腑而主大便,邪痹于大肠,故上则为气喘争。故大肠之病,亦能上逆而反遗

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%。

3.3 统计学方法

使用 SPSS17.0 统计软件进行数据分析,计数资料采用卡方检验;计量资料符合正态分布采用两独立样本 t 检验,不符合正态分布采用非参数检验 Wilcoxon 秩和检验。以 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

3.4 治疗结果

3.4.1 两组治疗前后 Sutherland DAI, 主要症状、体征评分比较

两组患者治疗前后 Sutherland DAI、腹痛、腹泻、脓血便各项评分及积分比较差异均具有统计学意义($P<0.05$);两组治疗后 Sutherland DAI、腹痛、腹泻、脓血便各项评分及积分比较差异具有统计学意义($P<0.05$),肺肠同治组优于治肠组。详见表 2。

于肺。”

随着医学进步,人们发现许多难治性肺病和肠病诸如变异性哮喘、UC 等,常规治疗手段已无法满足临床需求,于是在寻求新的治疗方法中,“肺与大肠相表里”这一经典理论又被人们重新认识,并用现代医学手段证实其科学性。有学者^[10-11]从生物医学角度研究发现胚胎发育过程,认为肺与大肠的相互络属可能主要与肺与回肠、结肠来源相同有关。郑秀丽等^[12]通过研究神经-内分泌物质发现大肠与肺之间在免疫组化方面具有一定程度的特异性。王宝家等^[13]发现 UC 引起肺损伤可能与肺肠微生态改变及 TGF- β 1/Smads/ERK 信号通路激活有关。顾大勇等^[14]从解剖生理学方面论证了肠源性内毒素经下腔静脉回流入右心房,经肺动脉和毛细血管首先到达肺脏,故对肺脏影响最大。韩俊阁等^[15]通过高氧刺激对肺肠黏膜免疫因子含量进行分析发现肺肠之间在黏膜免疫方面具有同步性。

临床治疗上亦有不少学者采取肺病治肠、肠病治肺或肺肠同治的治疗手段,取得了新的研究进展和可

喜的治疗效果。赵勇等^[16]对 76 例住院肺炎患者进行临床研究,对照组单纯给予抗生素治疗,治疗组在对照组基础上加用中药复方清热颗粒,经过 7 d 治疗发现,治疗组症状体征、临床疗效优于对照组,且住院天数上较对照组缩短,证实通腑泻浊对肺炎实热证有好处。李晓霞等^[17]治疗急性呼吸窘迫综合征采用大承气汤峻下热结方剂联合西医基础治疗,能够有效地提高临床疗效,降低死亡率。徐景藩治疗久泻的 UC 患者,依据“肺合大肠”提出“化痰治利”的观点,即在辨证的基础上,配伍益肺化痰法中药,能够有效止泻并利于结肠溃疡的愈合^[18]。王新月等^[19]通过临床研究发现,UC 患者约 50%~60%存在肺功能下降及肺结构损伤,针对上述情况,处方用药上兼顾补益肺气,调畅气机,利其宣降,能够有效地缓解病情。权春分等^[20]采用邵氏“五针法”从肺论治慢性结肠炎,有效率高达 82.6%。

六腑以“通”为用,肺与大肠相表里皆以通降为顺,本研究运用全国著名老中医邵经明教授邵氏“五针法”宣通肺气、通利大肠,治疗活动期溃疡性结肠炎,能够减轻 AUC 患者的疾病活动程度,减轻患者临床症状、体征,加快患者肠黏膜修复,提高了临床疗效。

参考文献

- [1] Borody TJ, Campbell J. Fecal microbiota transplantation: techniques, applications, and issues[J]. *Gastroenterol Clin North Am*, 2012, 41(4):781-803.
- [2] 倪小冬,李幼生,张永良,等. PEC 途径行粪菌移植加肠内营养治疗复发性溃疡性结肠炎[J]. 肠外与肠内营养, 2015, 22(1):29-33, 38.
- [3] Iskandar HN, Dhere T, Farraye FA. Ulcerative colitis: update on medical management[J]. *Curr Gastroenterol Rep*, 2015, 17(11):44-53.
- [4] 戴高中,陈晨,范先靖,等. 白头翁汤加减灌肠方治疗左半结肠型急性期溃疡性结肠炎 17 例临床观察[J]. 中医杂志, 2015, 56(21):1862-1866.
- [5] 臧凯宏,吴建军,秦红岩,等. 黄芪多糖对溃疡性结肠炎大鼠肠道黏膜屏障的影响[J]. 中药材, 2017, 40(1):208-211.
- [6] 刘又前,顾培青,张露,等. 沈洪教授辨治溃疡性结肠炎的证治思想撷英[J]. 中国中医急症, 2015, 24(12):2127-2129.
- [7] 王鹏程,赵珊,冯健,等. 基于 NF- κ B 信号通路的中药抗溃疡性结肠炎研究进展[J]. 中草药, 2015, 46(10):1556-1561.
- [8] 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指南(草案)[J]. 中国中西医结合消化杂志, 2011, 19(1):61-65.
- [9] 中华中医药学会脾胃病分会. 溃疡性结肠炎中医诊疗共识意见[J]. 中华中医药杂志, 2010, 25(6):891-895.
- [10] Ramalho-Santos M, Melton DA, McMahon AP. Hedgehog signals regulate multiple aspects of gastrointestinal development[J]. *Development*, 2000, 127(12):2763-2772.
- [11] Shu W, Lu MM, Zhang Y, et al. Foxp2 and Foxp1 cooperatively regulate lung and esophagus development[J]. *Development*, 2007, 134(10):1991-2000.
- [12] 郑秀丽,杨宇,唐洪屈,等. 从肺与大肠的特异相关性探讨“肺与大肠相表里”[J]. 中华中医药杂志, 2013, 28(5):1492-1495.
- [13] 王宝家,杨宇,郑秀丽,等. 基于肺肠微生态及 TGF- β 1/Smads/ERK 信号通路探讨溃疡性结肠炎大鼠肺损伤的机制[J]. 中华中医药杂志, 2014, 29(11):3555-3559.
- [14] 顾大勇,李艳,陈莉,等. LPS 的直接诱导对肺微血管内皮细胞 IL-8 的表达及对 PMN 趋化作用影响的研究[J]. 中国微循环, 2003, 7(4):214-217, 223.
- [15] 韩俊阁,刘晓燕,张刘扛,等. “肺与大肠相表里”机理的研究—高氧刺激对肺肠黏膜免疫因子含量表达的影响[J]. 世界中医药, 2015, 10(1):80-85.
- [16] 赵勇,王红,张淑文,等. 复方清热颗粒治疗急性肺炎疗效观察[J]. 中国中医急症, 2010, 19(1):1-3.
- [17] 李晓霞,卢笑晖. “肺与大肠相表里”—大承气汤峻下热结方剂与急性呼吸窘迫综合征临床研究概况[J]. 实用中医内科杂志, 2016, 30(4):119-121.
- [18] 陆为民,周晓波,徐丹华. 国医大师徐景藩教授论治溃疡性结肠炎的经验[J]. 中华中医药杂志, 2014, 29(1):124-126.
- [19] 王新月,孙慧怡. 基于肺与大肠相表里理论探讨从肺论治溃疡性结肠炎[J]. 北京中医药大学学报, 2011, 34(3):153-155.
- [20] 权春分,邵素菊. “邵氏五针法”从肺论治慢性结肠炎 23 例[J]. 中国针灸, 2015, 35(8):840.

收稿日期 2018-06-20