

砭石罐灸联合八部金刚功对炎症性肠病脾肾阳虚证患者疗效、疲劳及生活质量的影响*

张萍¹,陶婷¹,李慧¹,周玉¹,徒文静²

(1.江苏省中医院,江苏南京210029;2.南京中医药大学护理学院,江苏南京210000)

[摘要] 目的:探讨砭石罐灸联合八部金刚功对炎症性肠病脾肾阳虚证患者疗效、疲劳及生活质量的影响。方法:将104例炎症性肠病脾肾阳虚证患者随机分为观察组和对照组,每组52例。对照组采用基础治疗及护理,观察组在对照组基础上实施砭石罐灸联合八部金刚功,治疗12周。比较两组患者治疗前后中医症状评分、炎症因子、多维疲劳量表(MFI-20)、炎症性肠病患者生活质量问卷(IBDQ)变化及治疗后的总有效率。结果:共101例患者完成研究,观察组50例,对照组51例,治疗后观察组患者中医症状评分、MFI-20评分、炎症因子水平均低于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$);治疗后观察组患者IBDQ评分高于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$);治疗后观察组患者总有效率为94.00%(47/50)优于对照组的82.35%(42/51)($P<0.05$)。结论:砭石罐灸联合八部金刚功可改善炎症性肠病脾肾阳虚证患者临床症状,降低炎症因子水平,缓解疲劳,提高生活质量。

[关键词] 炎症性肠病;脾肾阳虚证;砭石罐灸;八部金刚功;疗效;疲乏;生活质量

[中图分类号] R248.1 **[文献标识码]** A **[文章编号]** 1672-951X(2025)01-0096-05

DOI:10.13862/j.cn43-1446/r.2025.01.018

Effect of Bianshi Cupping Moxibustion combined with Babu Jingang Gong (八部金刚功) on the Efficacy, Fatigue, and Quality of Life of Inflammatory Bowel Disease Patients with Spleen Kidney Yang Deficiency Syndrome

ZHANG Ping¹, TAO Ting¹, LI Hui¹, ZHOU Yu¹, TU Wenjing²

(1.Jiangsu Province Hospital of Chinese Medicine, Nanjing Jiangsu 210029, China;

2.School of Nursing, Nanjing University of Chinese Medicine, Nanjing Jiangsu 210000, China)

[Abstract] Objective: To explore the therapeutic effect, fatigue, and quality of life of patients with spleen kidney Yang deficiency syndrome in inflammatory bowel disease (IBD) treated with Bianshi cupping moxibustion combined with Babu Jingang Gong. Methods: A total of 104 patients with IBD spleen kidney Yang deficiency syndrome were randomly divided into an observation group and a control group, with 52 cases in each group. The control group received conventional treatment and nursing care, while the observation group received a combination of Bianshi cupping moxibustion and Babu Jingang Gong on the basis of the control group for 12 weeks. The changes in traditional Chinese medicine symptom scores, inflammatory factors, multidimensional fatigue scale (MFI-20), and inflammatory bowel disease patient quality of life questionnaire (IBDQ) were compared between the two groups before and after intervention. The total effective rate of the groups were observed after treatment. Results: A total of 101 patients completed the study, with 50 in the observation group and 51 in the control group. After intervention, the traditional Chinese medicine symptom score, MFI-20 score, and inflammatory factor levels of the observation group were lower than those in the control group, and the differences

*基金项目:国家自然科学基金项目(72204124)

通信作者:周玉,女,主管护师,研究方向为消化科中医护理

were statistically significant ($P<0.05$). After intervention, the IBDQ score of the observation group was higher than that of the control group, and the difference was statistically significant ($P<0.05$). The total effective rate of the observation group after intervention was 94.00% (47/50), which was better than the 82.35% (42/51) of the control group ($P<0.05$). Conclusion: Bianshi cupping moxibustion combined with Babu Jingang Gong can improve clinical symptoms, reduce levels of inflammatory factors, alleviate fatigue, and improve quality of life in patients with inflammatory bowel disease.

[Keywords] inflammatory bowel disease; spleen kidney Yang deficiency syndrome; Bianshi cupping moxibustion; Babu Jingang Gong; efficacy; fatigue; quality of life

炎症性肠病(inflammatory bowel disease, IBD)是一种病因不明,易反复发作和缓解交替的慢性肠道疾病^[1],包括溃疡性结肠炎和克罗恩病,其发病率在全世界呈上升趋势。缓解期IBD患者除有腹泻、腹痛等症状外,普遍存在疲乏,其发生率达22%~41%^[2],严重影响生活质量^[3-4],增加医疗负担^[5]。目前对缓解期IBD干预方法包括服药、认知行为疗法等,药物治疗起效迅速,但长期服用不良反应明显。中医治疗IBD可有效缓解患者症状、调控肠道炎症反应^[6]。中医学认为缓解期IBD主要证型为脾肾阳虚,病机为脾虚湿滞,兼肾虚肝郁等,在现代医学治疗的基础上以健脾益气,补肾固本为主^[7],具有整体优势。研究^[8]显示灸法对于协助防治IBD疗效显著,运动可直接改善IBD患者的疲乏症状。砭石罐灸是一种将拔罐结合艾灸施治于腹部的外治法,具有调动经气、疏通经络、健脾和胃、通调三焦的作用^[9]。八部金刚功是一种传统养生功法,与八段锦同源^[10],属于中低强度运动,通过八套动作达到疏通经脉、调理筋骨、通畅气血、平衡阴阳之效,提高机体抗疲劳能力。目前尚未有将二者联合运用的报道,本研究在常规治疗基础上探讨砭石罐灸联合八部金刚功的临床疗效,现报告如下。

1 资料与方法

1.1 诊断标准 (1)西医诊断符合《炎症性肠病诊断与治疗的共识意见(2018年,北京)》^[11]中相关诊断标准;(2)中医诊断符合《溃疡性结肠炎中医诊疗专家共识意见(2017)》^[12]中脾肾阳虚证标准。主症:久泻不止,大便稀薄、夹有白冻,或伴有完谷不化、腹痛喜温喜按;次症:腹胀、食少纳差、形寒肢冷、腰酸膝软。舌质淡胖、苔薄白、脉沉细。满足主症2项,次症2项,参考舌脉,即可诊断。

1.2 纳入标准 (1)年龄18~60岁;(2)IBD脾肾阳虚证患者;(3)腹部及腰背部皮肤完好;(4)能自行活动;(5)既往无精神疾病病史;(6)能使用微信,具有沟通交流能力;(7)能够独立完成研究相关测试;(8)自愿参与并签署知情同意书。

1.3 排除标准 (1)智力障碍或严重精神疾病;(2)肌肉、骨骼系统严重疾病;(3)有规律性体育锻炼者;(4)对艾草、中药成分过敏;(5)参加其他研究。

1.4 研究对象 选择江苏省中医院消化科2023年1—12月收治的104例IBD脾肾阳虚证患者作为研究对象,按随机数字表法分为对照组与观察组,每组52例。本研究已通过江苏省中医院伦理委员会批准(伦理批号:KY2022029)。

1.5 治疗方法

1.5.1 对照组 给予抗炎、调节肠道菌群、营养支持等基础

治疗,同时进行健康教育。(1)生活起居指导:病室宜温暖向阳,嘱患者起居有常,注意腹部保暖。(2)膳食指导:选择低脂饮食,避免进食粗纤维、辛辣、生冷海鲜、胀气及刺激性食物,进食山药莲子粥、核桃糊等。(3)情志调护:加强与患者沟通,保持情绪稳定,可通过适当运动、听音乐等移情易性。

1.5.2 观察组 在对照组基础上予砭石罐灸联合八部金刚功锻炼。

(1)砭石罐灸。①工具选择:砭石罐(罐口上径大约为11.5 cm,下径14.5 cm,高度17.0 cm)、无烟艾柱(直径为1.8 cm,长2.7 cm)、点艾器、点火碟、95%酒精棉球、纱布、一次性医用棉签。中药粉(组成:补骨脂4 g,吴茱萸1 g,五味子2 g,肉豆蔻2 g,肉桂3 g,藿香6 g,木香3 g,防风6 g,中药粉方由专科医疗专家根据临床实践拟定,江苏省中医院中药制剂部负责按比例配用)。②取穴:命门穴、神阙穴。③具体操作。温罐:将无烟艾柱3~5粒放于砭石罐上层槽内,用点艾器点燃艾柱,燃烧为白色后用镊子翻转艾柱,待罐底部有热后备用。施罐:患者取俯卧位,在命门穴置一块清洁纱布,把装有95%酒精棉球的点火碟放置于纱布上方,点燃酒精棉球,双手距离皮肤5 cm处顺时针旋转罐体3~5圈后缓慢向下吸附于命门穴处,周围使用毛巾围裹,约20 min后取罐,同法将砭石罐吸附于神阙穴,约20 min,待其燃尽后起罐。填脐:将中药粉填满脐部,予空敷贴粘贴于脐部,6 h后去除。每周3次,治疗12周。④注意事项:操作时注意保暖,交代患者治疗时减少腹部晃动,及时询问患者局部皮肤感觉,以皮肤红润充血为宜,避免烫伤,结束后休息10 min,撕除贴敷后观察患者脐部有无皮疹、红斑等皮肤过敏反应。出院后至脾胃病科中医护理门诊干预。

(2)八部金刚功。①按《八部金刚功》^[10]锻炼,包括预备式起势、八部功法:双手插顶利三焦、手足前后固肾腰、调理脾胃需单举、左肝右肺如射雕、回头望足去心疾、五劳七伤向后瞧、凤凰展翅周身力、两足顿顿饮嗜消,收功式。配合《云雾隐修歌》乐曲练习。要求:全身放松、呼吸自然、意念专一、精神内守。②频数:每部动作9遍,30 min/次,2次/d,5次/周,为期12周。③注意事项:在训练过程中需对患者进行指导及监督,将靶心率[(220-年龄)×(50~70)%]作为安全心律^[13],练功前行压腿、活动膝盖等热身运动,避免扭伤,饭后1 h内避免练习。出院后治疗师每天通过微信群了解患者的依从性并督促患者遵医嘱训练,提醒家属监督,保证运动连续性,并解决常见问题。

1.6 观察指标

1.6.1 中医症状评分 治疗前、治疗12周后进行中医症状评

分评判,参照《中药新药临床研究指导原则(试行)》^[14]。包括腹泻、腹痛、腹胀、形寒肢冷、腰膝酸软,按照无、轻、中、重的原则分别评为0、2、4、6分,评分越高表示症状越严重。

1.6.2 疲劳状态 治疗前、治疗12周后对疲劳状态采用多维疲劳量表(MFI-20)^[15]评估。共20个条目,包括一般性疲乏、生理性疲乏、体力活动减少、积极性降低及精神性疲乏5个维度,每个维度都包含2个疲劳表述和2个不疲劳表述,表示疲劳的项目正向计分,不疲劳的项目反向计分,总分20~100分,分值越高疲乏程度越高。

1.6.3 生活质量 治疗前、治疗12周后对生活质量采用炎症性肠病患者生活质量问卷(IBDQ)^[16]评估。该卷共有肠道症状、全身症状、情感功能和社会功能4个维度,共32个条目,每个条目有1~7分的7个选项,总分32~224分,总分越高说明IBD患者生存质量越好。

1.6.4 炎症因子 治疗前、治疗12周后采用酶联免疫吸附法检测C反应蛋白(CRP)、白细胞介素-6(IL-6)、粪钙卫蛋白(FCP)水平。抽取患者干预前后清晨空腹静脉血,留取患者粪便标本5~10 g在2 h内送检验科。

1.7 疗效标准 参照《中药新药临床研究指导原则(试行)》^[14]拟定。(1)临床痊愈:症状基本消除(疗效指数≥95%);(2)显效:症状显著好转(70%≤疗效指数<95%);(3)有效:症状有所改善(30%≤疗效指数<70%);(4)无效:症状有未见改善或加重(疗效指数<30%)。尼莫地平法计算公式:疗效指数(%)=(治疗前中医症状评分-治疗后中医症状评分)/治疗前中医症状评分×100%。

1.8 统计学方法 本研究采用SPSS 25.0统计学软件进行数据分析,符合正态分布的计量资料以“均数±标准差”($\bar{x}\pm s$)表示,组内比较用配对t检验,组间比较采用独立样本t检验;计数资料采用 χ^2 检验,以例(%)表示。等级资料比较采用秩和检验。 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结 果

2.1 基线资料 对照组有1例患者因更换手机号、观察组有2例患者因病情加重退出研究,最终对照组51例、观察组50例完成本次研究。两组患者基线资料比较,差异均无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。(见表1)

2.2 两组患者中医症状评分比较 治疗前,两组患者中医症状评分比较,差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。治疗后观察组患者中医症状评分均降低且均低于对照组,差异均有统计学意义($P<0.05$);对照组患者腹泻、腹痛评分较治疗前降低,差异有统计学意义($P<0.05$);其余症状评分与治疗前比较,差异无统计学意义($P>0.05$)。(见表2)

2.3 两组患者炎症因子水平比较 治疗前,两组患者炎症因子水平比较,差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。治疗后两组患者炎症因子水平均降低,且观察组低于对照组,差异均有统计学意义($P<0.05$)。(见表3)

2.4 两组患者MFI-20评分比较 治疗前,两组患者MFI-20评分比较,差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。治疗后观察组患者MFI-20评分降低且低于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。(见表4)

表1 两组患者基线资料比较

组别	n	性别/例		年龄			文化程度/例			婚姻状况/例			病程/例			疾病类型/例	
		男	女	($\bar{x}\pm s$,岁)	初中	高中	大专及以上	已婚	未婚	离异	<1年	1~5年	6~10年	>10年	溃疡性结肠炎	克罗恩病	
对照组	51	33	18	35.42±3.59	7	17	27	22	27	2	32	2	10	7	40	11	
观察组	50	31	19	35.28±3.17	8	18	24	21	26	3	34	3	8	5	38	12	
检验统计量		$\chi^2=0.080$	$t=0.208$		$\chi^2=0.508$			$\chi^2=0.234$			$\chi^2=0.663$				$\chi^2=0.085$		
P		0.778	0.836		0.611			0.890			0.507				0.771		

表2 两组患者中医症状评分比较 ($\bar{x}\pm s$,分)

组别	n	腹泻				腹痛				腹胀				形寒肢冷				腰膝酸软			
		治疗前	治疗后	t	P	治疗前	治疗后	t	P	治疗前	治疗后	t	P	治疗前	治疗后	t	P	治疗前	治疗后	t	P
对照组	51	3.52±1.74	2.50±1.18	3.465	0.001	3.37±0.94	1.72±0.84	9.347	0.000	2.88±1.05	2.65±1.31	0.978	0.330	3.41±1.02	2.95±1.41	1.888	0.062	3.37±1.14	3.19±1.35	0.728	0.469
观察组	50	3.55±1.71	1.65±0.72	7.241	0.000	3.39±0.92	0.90±0.37	17.756	0.000	2.93±1.03	1.56±0.69	7.814	0.000	3.37±1.01	1.71±0.81	9.066	0.000	3.35±1.38	1.78±0.83	6.894	0.000
t		0.087	4.359			0.108	6.627			0.242	8.285			0.198	5.405			0.079	6.308		
P		0.931	0.000			0.914	0.000			0.810	0.000			0.843	0.000			0.937	0.000		

表3 两组患者炎症因子水平比较 ($\bar{x}\pm s$)

组别	n	IL-6/(ng/L)				FCP/(μg/g)				CRP/(mg/L)			
		治疗前	治疗后	t	P	治疗前	治疗后	t	P	治疗前	治疗后	t	P
对照组	51	21.97±2.83	19.98±2.01	4.094	0.000	679.97±27.72	438.53±37.25	37.134	0.000	15.81±4.42	11.82±3.87	4.850	0.000
观察组	50	22.86±2.65	16.87±3.52	9.613	0.000	685.64±25.43	377.43±32.48	52.832	0.000	14.45±4.67	9.30±3.56	6.201	0.000
t		1.631	5.466			1.071	8.779			1.503	3.404		
P		0.106	0.000			0.287	0.000			0.136	0.001		

表4 两组患者MFI-20评分比较 ($\bar{x}\pm s$,分)

组别	n	治疗前	治疗后	t	P
对照组	51	64.25±9.02	61.39±8.15	1.680	0.096
观察组	50	64.18±8.24	52.86±8.38	6.811	0.000
		0.041	5.186		
		0.968	0.000		

2.5 两组患者IBDQ评分比较 治疗前,两组患者IBDQ评分比较,差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。治疗后两组患者IBDQ评分均升高,且观察组优于对照组,差异均有统计学意义($P<0.05$)。(见表5)

表5 两组患者IBDQ评分比较 ($\bar{x}\pm s$,分)

组别	n	治疗前	治疗后	t	P
对照组	51	138.89±8.71	159.49±9.65	11.205	0.000
观察组	50	137.73±9.97	188.31±8.41	27.420	0.000
		0.620	15.920		
		0.537	0.001		

2.6 两组患者临床疗效比较 治疗后观察组患者总有效率为94.00%(47/50),高于对照组的82.35%(42/51),差异有统计学意义($P<0.05$)。(见表6)

表6 两组患者临床疗效比较 [例(%)]

组别	n	临床痊愈	显效	有效	无效	总有效
对照组	51	8(15.69)	15(29.41)	19(37.25)	9(17.65)	42(82.35)
观察组	50	13(26.00)	24(48.00)	10(20.00)	3(6.00)	47(94.00)
				9.051		
				0.029		

3 讨 论

IBD是一组以腹泻、腹痛、体质量减轻、营养不良和虚弱为特征的慢性非特异性肠道炎症性终生性疾病^[17]。其发病机制与病因至今尚未明确,目前认为是由遗传、环境和免疫等多因素相互作用所致^[18]。肠道免疫功能紊乱是其重要原因,最佳疗效是使患者长期处于消除症状或者无症状的状态^[19]。西医治疗以氨基水杨酸、糖皮质激素、免疫抑制剂、生物制剂及手术治疗等为主,但不良反应明显、易复发,因此积极探索更加有效的治疗方法具有重要意义。中医药和中西医结合治疗可有效缓解患者症状、提高患者生活质量,在多靶点、多手段、不良反应少等方面显示出不可替代的作用^[20]。

IBD属中医学“泄泻”“痢疾”“腹痛”等范畴,缓解期IBD证型以脾肾阳虚证为主,多属虚实夹杂,以脾虚为基础,累及肾阳、兼有湿热。治疗宜在健脾固肾治疗基础上兼以清热化湿^[7]。患者因中焦亏虚,脾胃气机升降失常,导致脏腑出现相应虚损征象为疲劳^[21],表现为体力或脑力活动能力下降,且呈现高水平的疲乏轨迹。温肾健脾法是临床治疗缓解期IBD的重要治则治法,可通过恢复机体“阴阳调和”实现“肠黏膜免疫稳态平衡”^[22]。罐灸疗法是中医外治法的一种,可活血通络、行气止痛,健脾和胃、升清降浊,调理冲任、温补下元^[8],治疗痞满、泄泻、痢疾等中下焦疾病效果良好,改善脾虚证有效率达94.5%^[23]。砭石罐灸可减轻结肠黏膜病理损伤程度,减轻炎症因子水平,如白细胞介素(IL)-6、IL-1 β 等,调节免疫水平。八部金刚功应用“天人合一”的自然规律,结合“阴阳五行”中医理

论^[24],以躯干运动带动内脏,按揉深层五脏六腑,调节胃肠功能,达到强肾壮腰、健脾和胃、调肝补肺等功效。

本研究在中西医结合治疗基础上,探究砭石罐灸和八部金刚功协助改善IBD脾肾阳虚证临床症状、疲乏、炎症因子及生活质量的作用。结果显示观察组干预后中医症状评分、炎症因子水平、疲乏得分均低于对照组,生活质量评分高于对照组,差异均有统计学意义($P<0.05$),提示砭石罐灸和八部金刚功可提高临床疗效。罐灸疗法同时进行艾灸和拔罐,选取神阙与命门为相对穴。命门为督脉要穴,“其气与肾通”;神阙为任脉要穴,元气之根本,同时为气交之处。气交可调控人体气机升降出入,两者一阳一阴,前后对应,可达脾肾同补、固本培元、调畅气机之效。操作时基于先阳后阴,气血顺接之理,采取先命门后神阙,可互通气血,心神得养。灸后填于脐部中药粉四神丸源于《证治准绳》,由补骨脂、肉豆蔻、五味子和吴茱萸等组成,有调节肠道免疫、抗炎杀菌、温肾暖脾、涩肠止泻之效^[25-26]。肉桂温补脾肾,木香涩肠止泻,藿香、防风祛风胜湿,依托灸的热力可使药效充分到达病所,共奏健脾补肾利湿之功效。八部金刚功运用刚性内劲之气疏通经脉,将元气通过十二正经及任督二脉遍布周身,从“通利三焦”开启全身气机。根据《黄帝内经》五行反克搭建练功顺序,先练水(对应肾),再练土(对应脾)、木(对应肝)、金(对应肺)、火(对应心),先固肾腰,再调理脾肤,练一脏巩固一脏。后三部则调动气血,气血充盛则脾健肾旺,使筋骨肌肉得以濡养,促进临床症状改善。通过罐、灸、药、功法的联合干预,健脾与温肾并重、去湿与温阳共行,行气与活血并进,对患者起到全面调理、协同增效作用,可有效缓解腹痛、腹泻,改善腹胀、腰酸膝软、肢冷、疲乏等久病导致阳气耗损症状,降低患者在生活、情感方面的依赖和照顾度,提高患者对疾病和日常生活管理的能力和信心,并使患者处于积极乐观的心理状态,提高生活质量。

本研究发现观察组CRP、IL-6、FCP水平降低,可能与运动通过不同机制激活肌细胞自噬、降低促炎介质表达、减轻氧化应激反应^[27]有关。练习八部金刚功能增强患者肌肉力量和功能,使骨骼肌收缩释放活性肌动蛋白,抑制促炎因子释放。这可能是观察组患者炎症因子水平优于对照组的作用机制之一。

砭石罐灸联合八部金刚功可改善炎症性肠病患者临床症状,降低中医症状评分和炎症因子水平,缓解患者疲乏,提高生活质量。在治疗过程中,二者相辅相成,共同协作,充分体现中医外治法的治疗优势,疗效确切,且弥补了常规中西医治疗护理的不足,值得临床推广。但本研究存在局限性,如样本量不足,干预周期短,以后将增加样本量、延长干预时间,探讨其干预靶点,进一步分析该研究的应用价值。

参考文献

- [1] TANG L L, XU M Q. Candidate polymorphisms and susceptibility to inflammatory bowel disease: A systematic review and meta-analysis[J]. Gene, 2020, 753:144814.
- [2] 何鑫, 阳惠湘.炎症性肠病患者疲劳的影响因素及治疗研

- 究进展[J].中华炎性肠病杂志,2022,6(3):262-266.
- [3] 袁磊,蒋逍达,季梦遥.缓解期炎症性肠病病人的护理进展[J].护理研究,2018,32(18):2826-2830.
- [4] DUBINSKY M C, DOTAN I, RUBIND T, et al. Burden of comorbid anxiety and depression in patients with inflammatory bowel disease: A systematic literature review[J]. *Exper Rev Gastroenterol Hepatol*, 2021, 15(9):985-997.
- [5] GONG S S, FAN Y H, LV B, et al. Fatigue in patients with inflammatory bowel disease in Eastern China [J]. *World J Gastroenterol*, 2021, 27(11):1076-1089.
- [6] 程敬,吕尚斌,张怡,等.温肾健脾法治疗缓解期溃疡性结肠炎的研究进展[J].中华中医药杂志,2022,37(2):927-932.
- [7] 张天涵,沈洪.炎症性肠病的中医辨治思路[J].中医杂志,2019,60(14):1191-1193,1236.
- [8] 王千,李军,丁雪丽,等.炎症性肠病患者疲乏现况及影响因素路径关系[J].中国护理管理,2024,24(5):663-668.
- [9] 王先志,贺成功.罐灸疗法及其应用[J].河南中医,2022,42(5):681-684.
- [10] 米晶子.八部金刚功[M].深圳:深圳报业集团出版社,2013.
- [11] 中华医学会消化病学分会炎症性肠病学组.炎症性肠病诊断与治疗的共识意见(2018年,北京)[J].中华消化杂志,2018,38(5):292-311.
- [12] 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.
- [13] 陶梦琪,姜虹,沈芳芳.中等强度有氧运动训练对缓解期炎症性肠病患者疲乏的干预效果[J].中国临床护理,2023,15(10):616-619.
- [14] 郑筱萸.中药新药临床研究指导原则:试行[M].北京:中国医药科技出版社,2002:129-134.
- [15] SMETS E M, GARSSEN B, BONKE B, et al. The Multidimensional Fatigue Inventory (MFI) psychometric qualities of an instrument to assess fatigue[J]. *J Psychosom Res*, 1995, 39(3):315-325.
- [16] GUYATT G, MITCHELL A, IRVINE E J, et al. A new measure of health status for clinical trials in inflammatory bowel disease[J]. *Gastroenterology*, 1989, 96(3):804-810.
- [17] 黄媛,胡佩欣,周升凤,等.中医外治法在炎症性肠病中的应用进展[J].广东医学,2022,43(5):657-660.
- [18] 于冰,李信.炎症性肠病发病机制研究进展[J].蛇志,2020,32(1):114-116.
- [19] 张媛媛,张雪兰,关清,等.引气归元穴穴位按摩联合脐灸对脾肾阳虚型溃疡性结肠炎疗效的影响[J].现代中西医结合杂志,2022,31(18):2587-2591.
- [20] 麦尔哈巴·米吉提,王佳佳,迟莉,等.中医药治疗溃疡性结肠炎研究进展[J].时珍国医国药,2019,30(3):669-671.
- [21] 叶冠成,王嘉铖,苗瑞恒,等.从调理脾胃气机升降论治疲劳[J].中医学报,2021,36(11):2277-2280.
- [22] 王燕,段永强,朱向东,等.基于“脾肾相关”探讨中医干预溃疡性结肠炎疗效机制[J].中国中医药信息杂志,2015,22(2):99-101.
- [23] 易受乡,王慧珠,王履华,等.熏脐灸健脾作用的临床研究[J].中国针灸,1994,14(5):36-38.
- [24] 金莲田.张至顺道家养生智慧[M].北京:华龄出版社,2021.
- [25] 王奇瑞,邵菁.中药方剂通过维持肠道菌群稳态治疗炎症性肠病的最新进展[J].中国中药杂志,2022,47(22):5997-6004.
- [26] 李珩,于慧娟,王克超.督灸联合四神丸治疗腹泻型肠易激综合征脾肾阳虚证的疗效观察[J].中医药导报,2022,28(7):90-95.
- [27] 梁计陵,谢金凤,王岑依,等.运动诱导细胞自噬在老年肌少症康复中的研究进展[J].中国康复理论与实践,2019,25(3):334-337.

(收稿日期:2024-06-24 编辑:时格格)