

doi:10.3969/j.issn.1671-038X.2016.10.19

针刺联合痛泻要方治疗腹泻型肠易激综合征的临床疗效研究

周伟成¹, 陈迎春²

(¹杭州方回春堂寿仙谷中医门诊部 针灸科,浙江 杭州 310009;

²金华市中医医院 针灸科,浙江 金华 321000)

摘要:[目的]探讨针刺联合痛泻要方治疗腹泻型肠易激综合征(IBS)的临床疗效,为中医综合疗法治疗提供临床依据。[方法]选取符合研究标准的87例患者,按照就诊的先后顺序随机分为观察组和对照组,对照组予以中药痛泻要方加减治疗,观察组采用针刺联合痛泻要方治疗,对比2组患者的临床疗效。[结果]2组患者治疗前后组内积分比较,差异有统计学意义($P<0.05$);治疗后,观察组患者的症状积分明显低于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$);治疗后3个月,观察组患者的症状积分明显低于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$);治疗后,观察组患者的愈显率为61.36%,对照组患者愈显率为27.91%,2组比较差异有统计学意义($P<0.05$)。[结论]针刺联合痛泻要方治疗腹泻型IBS,具有起效快、作用明显、有效减轻肠道低度炎症反应等优势,值得临床推广。

关键词:肠易激综合征;腹泻型;针刺;痛泻要方

中图分类号:R259

文献标志码:B

文章编号:1671-038X(2016)10-0794-03

肠易激综合征(irritable bowel syndrome, IBS)是一种以腹泻、腹痛及腹部不适为主要症状的功能性肠病,临床上较为多见。一般认为其发病与生理心理、精神压力、消化道敏感性增加、消化道动力异常、肠道菌群紊乱及饮食因素等多种因素有关^[1]。随着社会的进步,人们的生活节奏加快,精神压力加重,以及生活方式和饮食结构的改变,近年来IBS的发病率不断上升。本研究采用针刺结合痛泻要方治疗腹泻型IBS患者,并与单纯的中药痛泻要方比较,取得了满意的效果。现将研究结果报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

抽取2013年6月~2015年11月来我院针灸科就诊且符合研究标准的腹泻型IBS患者87例,按就诊的先后顺序分为观察组(44例)和对照组(43例)。观察组男21例,女23例,平均年龄(38.53 ± 13.22)岁,平均病程(3.89 ± 1.12)年;对照组男23例,女20例,平均年龄(39.13 ± 12.88)岁,平均病程(3.66 ± 1.24)年。2组患者的男女比例、性别、平均年龄、平均病程等一般资料比较,差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。

1.2 诊断标准

西医诊断标准:参照罗马Ⅲ分类体系的肠易激综合征(腹泻型)诊断标准^[2]及中华医学会消化病分会胃肠动力组发布的《肠易激综合征诊断和治疗的共识意见》^[3]中关于“肠易激综合征”的相关标准执

行;中医诊断标准参照《肠易激综合征中医诊疗共识意见》^[4]中关于“肠易激综合征”的相关标准执行。

1.3 纳入及排除标准

1.3.1 纳入标准 被纳入的患者均符合以下的标准:①符合以上的诊断标准;②病程 >6 个月;③年龄18~60岁,男女不限;④接受针灸及中药治疗,并签署知情同意书。

1.3.2 排除标准 有下列情况之一者予以排除:①患有其他消化系统器质性疾病;②接受本次治疗前3个月内应用影响胃肠动力的药物的患者;③患有高血压病、糖尿病等慢性病的患者;④合并有严重的心、肝、肾等重要脏器功能障碍者;⑤妊娠期或哺乳期妇女。

1.4 方法

对照组采用痛泻要方加减治疗,组方为:陈皮10g,白术10g,白芍30g,防风10g,炙甘草10g,大枣15g,乌药15g,吴茱萸5g,随证加减:脾胃虚弱型加黄芪30g,党参20g,肉豆蔻10g;寒热夹杂型加干姜9g,黄连6g;肝郁脾虚型加党参20g,柴胡10g,枳实10g。水煎服,1剂/d,分2次服,共服用4周。

观察组患者在对照组的基础上予以针刺治疗,取穴:太冲、足三里、三阴交、天枢、上巨虚、水分、合谷。操作方法患者取仰卧位,针刺前患者的施针部位及术者手部均经过75%酒精消毒。针灸针规格:直径0.35mm×长40mm一次性毫针。所有穴位的针刺深度及角度均参考石学敏主编的《针灸学》的有关标准执行,太冲施以泻法,足三里施以补法,余穴则平补平泻,留针30min,1次/每日。7d为一个疗程,共治疗4个疗程,疗程间休息1d。

收稿日期:2015-11-12

作者简介:周伟成,男,主治中医师

通讯作者:周伟成, E-mail:27944829@qq.com

1.5 疗效观察

1.5.1 症状积分 症状积分参照《肠易激综合征中医诊疗共识意见》^[5]中医症状轻重分级及记分标准进行制订。患者主要临床症状(包括大便性状、大便次数、腹痛或腹部不适)分为正常、轻度、中度、重度4个级别,根据其赋值方法分别记0、2、4、6分;次要症状(包括形寒肢冷、倦怠乏力、腰膝酸软、食后腹胀、食欲不振等症状)分为按有、无2种方式,分别赋值0、1分。在患者治疗前、治疗后、治疗结束3个月时对患者的主要症状和次要症状进行积分记录,并比较研究。

1.5.2 疗效标准 参照《中药新药临床研究指导原则》进行疗效判定^[6]。临床痊愈:患者的临床症状及体征完全消失,疗效指数 $\geq 95\%$;显效:患者的临床症状及体征基本消失, $70\% \leq$ 疗效指数 $< 95\%$;有效:患者的临床症状及体征好转, $30\% \leq$ 疗效指数 $< 70\%$;无效:患者的临床未达到上述标准者。疗效指数=(治疗前总积分-治疗后总积分)/治疗前总积分 $\times 100\%$ 。

1.6 统计学处理

所有数据采用SPSS 19.0统计软件进行分析处理,计量资料采用 $\bar{x} \pm s$ 表示,组内比较采用配对 t 检验,组间比较采用量独立样本 t 检验或 U 检验。组间计数资料采用 χ^2 检验。以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 积分比较

2组患者治疗前组间积分比较,差异无统计学意义($P > 0.05$)。2组患者治疗前后组内比较,差异有统计学意义($P < 0.05$);治疗后,观察组患者的临床症状积分明显低于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$);治疗后3个月,观察患者的临床症状积分明显低于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$)。见表1。

2.2 临床疗效比较

治疗后,观察组患者的愈显率为61.36%,对照组患者愈显率为27.91%,2组患者愈显率比较,差异有统计学意义($P < 0.05$)。观察组患者有效率为95.45%,对照组患者有效率为90.70%,2组比较差异有统计学意义($P < 0.05$)。见表2。

表1 2组患者治疗前后症状积分比较

$\bar{x} \pm s$

组别	例数	治疗前	治疗后	治疗后3个月
对照组	43	12.01 $\pm$ 2.89	6.35 $\pm$ 2.46 ¹⁾	6.54 $\pm$ 2.37
观察组	44	12.33 $\pm$ 2.94	2.56 $\pm$ 1.47 ¹⁾²⁾	3.02 $\pm$ 1.41 ²⁾

与治疗前比较,¹⁾ $P < 0.05$;与对照组比较,²⁾ $P < 0.05$ 。

表2 2组患者临床疗效比较

组别	例数	治愈	显效	有效	无效	愈显率/%	有效率/%
对照组	43	5	7	28	4	27.91	90.70
观察组	44	12	15	15	2	61.36 ¹⁾	95.45 ²⁾

与对照组比较,¹⁾ $P < 0.05$ 。

3 讨论

IBS的西医发病机制至今尚未明确,中医多认为腹泻型IBS属于“腹泻”、“腹痛”、“郁证”等疾病的范畴。病位在大肠,与脾、胃、肝关系密切。《景岳全书·泄泻》所谓:“泄泻之本,无不由于脾胃。”《医方考》云:“泻责之脾,痛责之肝,肝责之实,脾责之虚,脾虚肝实故令痛泻。”可见脾虚为腹泻型IBS的发病基础。《医方集解》曰:“泻责之于脾,痛责之于肝,肝责之实,脾责之虚,脾虚肝实,故令痛泻。”可见脾胃虚弱、肝失疏泄是该病发病的主要病机,治疗当以行气解郁、疏肝健脾为基本原则。

本研究根据传统中医药理论基础采用针灸联合

痛泻要方治疗腹泻型IBS,充分发挥了祖国医学中中药与针灸联合的优势作用,愈显率达到61.36%,有效率达到95.45%。痛泻要方主治脾虚肝强之痛泻证,其组成为白术、白芍、陈皮、防风。白术可燥湿健脾、益气止泻,白芍具有可敛肝柔肝、缓急止痛之功效,陈皮可行气除湿和胃,防风兼入肝脾,具有散风疏肝健脾的作用。本研究中根据患者的实际情况进行适当加减。诸药合用,共奏行气解郁、疏肝健脾、止泻之功。现代药理研究表明,痛泻要方可以调节人体内外肠肌运动紊乱^[7]。有动物实验研究认为,痛泻要方可以减少患有IBS大白鼠肠道肥大细胞脱颗粒,降低大鼠结肠局部及血清5-HT、血浆SP

含量,增加血浆 CGRP 含量,进而改善大白鼠胃肠动力并降低内脏敏感性^[8-10]。还能减弱背角神经元兴奋性,提高内脏痛阈、较低甚至消除肠道过敏^[11],发挥治疗 IBS 的效应。

本研究针刺选取太冲、足三里、三阴交、天枢为主穴,配以上巨虚、水分、合谷,诸穴共奏疏肝理气止痛、健脾化湿止泻之功。足三里为足阳明胃经的合穴,具有扶正培元、补益脾胃等功效;天枢穴为阳明手大肠经的募穴,具有敛肠止泻,健脾化湿,调中和胃的作用。二穴均属足阳明胃经,其经循行为“下循腔外廉”、“循腹里”,取足阳明胃经的腧穴可以调节腹内脏腑的经气。三阴交为足三阴经的交会穴,具有健脾和胃,调理肝肾的功效,可以较好地调理并治疗胃肠疾病。太冲为足厥阴肝经的原穴,具有疏肝理气、行气止痛之功。现代研究表明:针刺治疗能明显上调腹泻型 IBS 患者的 Th2 型细胞因子水平,使其机体 Th 系统由炎性活跃趋向正常状态,并能有效促进其恢复 Th1/Th2 平衡^[12],同时可以使患者血清 5-HT 水平下降,降低腹泻型 IBS 患者内脏敏感性,改善肠动力紊乱状况,调节脑-肠互动作用失衡状态^[13],从而达到治疗腹泻的作用。

本研究以中医理论为指导原则,采用针刺联合痛泻要方治疗腹泻型 IBS,取得较高的临床疗效,优于单用中药痛泻要方治疗,具有起效快、作用明显、有效减轻肠道低度炎症反应等优势,其具体的作用机制还需临床进一步研究。

参考文献

- [1] 陈灏珠.实用内科学[M].12版.北京:人民卫生出版社,2005:1948—1949.
- [2] 刘新光.肠易激综合征与罗马Ⅲ标准[J].胃肠病学,

2006,11(12):736—738.

- [3] 中华医学会消化病分会胃肠动力学组.肠易激综合征诊断和治疗的共识意见[J].中华消化杂志,2008,28(1):38—40.
- [4] 中华中医药学会脾胃病分会.肠易激综合征中医诊疗共识意见[J].中华中医药杂志,2010,25(7):1062—1065.
- [5] 中华医学会消化病分会胃肠动力学组.肠易激综合征诊断和治疗的共识意见[J].中华消化杂志,2008,28(1):38—40.
- [6] 郑筱萸.中药新药临床研究指导原则[S].北京:中国医药科技出版社,2002:124.
- [7] 陈文星,时贞平,窦银荣,等.痛泻要方治疗肠易激综合征的肠肌体内外调节作用[J].中药药理与临床,2008,24(3):3—4.
- [8] 王垂杰,包艳莉,李玉锋.痛泻要方煎剂对肠易激综合征内脏高敏感性模型大鼠的肠道肥大细胞的影响[J].世界中西医结合杂志,2009,4(1):12—15.
- [9] 胡旭光,张思为,相湘.疏肝、健脾、疏肝健脾方药对肠易激综合征模型大鼠的治疗作用及机理探讨[J].河南中医,2007,27(9):23—25.
- [10] 旺建伟,赵文静,胥风华,等.内脏高敏性大鼠肠道敏感性与 5-HT 相关性及其痛泻要方对其干预作用[J].中医药信息,2009,26(4):78—80.
- [11] 李佃贵,赵玉斌.痛泻要方对肠易激综合征作用机制的实验研究[J].中草药,2006,37(11):1681—1684.
- [12] 吴晓亮,王烨林,孙建华,等.针刺治疗腹泻型肠易激综合征肝郁脾虚证临床观察及其对 Th1/Th2 的影响[J].中国针灸,2013,33(12):1057—1060.
- [13] 占道伟,孙建华,罗开涛,等.针刺治疗腹泻型肠易激综合征及其对患者血清 5-羟色胺的影响[J].中国针灸,2014,34(2):135—138.