引用:刘汉东,吴丽婷,王栩,张智龙.养血柔肝埋线法治疗腹泻型肠易激综合征肝郁脾虚证 37 例[J].湖南中医杂志,2021,37(12):49-51.

养血柔肝埋线法治疗 腹泻型肠易激综合征肝郁脾虚证 37 例

刘汉东,吴丽婷,王 栩,张智龙

(天津市中医药研究院附属医院,天津,300120)

[摘要] 目的:观察养血柔肝埋线法治疗腹泻型肠易激综合征(IBS-D)肝郁脾虚证的临床疗效。方法:将 80 例 IBS-D 肝郁脾虚证患者随机分为治疗组与对照组,每组各 40 例。治疗组脱落 3 例,对照组脱落 2 例。最终治疗组 37 例,对照组 38 例。治疗组采用养血柔肝埋线法治疗,对照组采用常规针刺法治疗。比较 2 组综合疗效、中医证候(腹痛不适、大便次数、大便性状、排便急迫感、腹胀、黏液便等)评分、汉密尔顿焦虑量表(HAMA)评分、汉密尔顿抑郁量表(HAMD)评分。结果:总有效率治疗组为 89.19%(33/37),对照组为 71.05%(27/38),2 组比较,差异有统计学意义($P < 0.05$)。2 组治疗后各项中医证候评分(除外大便次数)、HAMA 评分、HAMD 评分均较治疗前改善,且治疗组优于对照组,组内、组间比较,差异均有统计学意义($P < 0.01$)。结论:养血柔肝埋线法治疗 IBS-D 肝郁脾虚证疗效显著,优于常规针刺治疗,值得临床推广应用。

[关键词] 肠易激综合征;腹泻型;肝郁脾虚证;养血柔肝埋线法

[中图分类号]R259.746.2 **[文献标识码]**A **DOI:**10.16808/j.cnki.issn1003-7705.2021.12.018

肠易激综合征(irritable bowel syndrome, IBS)指患者出现腹部胀痛及排便习惯的改变,但是结肠镜检查却未见器质性病变的一种胃肠道功能紊乱性疾病。其根据粪便的形状可分为腹泻型、便秘型、混合型以及不确定型。目前 IBS 患者约占消化内科门诊总量的 20%~50%^[1],其中腹泻型约占 IBS 的 40%^[2]。IBS 的发病机制目前尚未明确,而精神心理问题与 IBS 的关系密切,逐渐受到研究者的重视。临床对腹泻型 IBS(diarrhea-predominant irritable bowel syndrome, IBS-D)的治疗尚无统一方案,普遍遵循个性化治疗原则与综合治疗原则。近年来,中医药在治疗该病上取得了良好疗效,尤其是针灸疗法,可以减轻症状,改善患者生活质量,降低复发率等。故笔者采用养血柔肝埋线法治疗肝郁脾虚型腹泻型 IBS-D 37 例,取得显著疗效,现报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 将 2019 年 11 月至 2020 年 11 月我院针灸科住院及门诊患者 80 例,按照随机数字表法分为治疗组与对照组,每组各 40 例。治疗组脱落 3 例,对照组脱落 2 例。最终治疗组 37 例,对

对照组 38 例。治疗组中,男 14 例,女 23 例;平均年龄(38.72 ± 14.19)岁;平均病程(3.96 ± 1.58)年。对照组中,男 16 例,女 22 例;平均年龄(37.84 ± 13.33)岁;平均病程(4.08 ± 1.75)年。2 组患者性别、年龄、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

1.2.1 西医诊断标准 1) IBS 的诊断标准:符合罗马 IV 标准^[3]中的诊断标准。反复发作的腹胀、腹痛,近 3 个月平均每周至少有 1 d 发作,且符合以下至少 2 项标准:①排便与腹痛相关;②排便次数、频率改变;③大便性状改变。在诊断前病程至少有 6 个月。2) IBS-D 的诊断标准:符合罗马 IV 标准^[3]中的诊断标准。①排便的频率出现异常(> 3 次/d);②粪便呈松散、水样;③排便出现急迫感或不尽感;④黏液便;④腹胀。

1.2.2 中医辨证标准 参照《肠易激综合征中医诊疗共识意见》^[4]拟定肝郁脾虚证的辨证标准。主症:①自觉腹痛后有排泄的紧迫感,在排便后疼痛得到缓解,发病多与心理应激因素相关;②时有情绪上的烦乱暴躁,自觉胸中有憋闷感,常善叹息。

基金项目:天津市中医药研究院附属医院院内课题(202016)

第一作者:刘汉东,男,医师,研究方向:针刺治疗 2 型糖尿病及相关疾病

次症:①胸肋部胀满不适;②纳少,常伴呕恶;③脉弦细;④舌淡胖,伴有齿痕。符合上述主症,加上2项及以上次症,即可明确辨证。

1.3 纳入标准 1)符合上述西医诊断及中医辨证标准;2)结肠镜检查未见肠黏膜病变;3)年龄18~65岁;4)自愿参加并签署知情同意书。

1.4 排除标准 1)出现消化道相关疾病的报警症状;2)患有严重器质性疾病;3)处于妊娠期、哺乳期;4)伴有精神失常或智力障碍,不能配合治疗;5)依从性较差,不能按照要求接受治疗和复诊;6)有不良的生活习惯,如酗酒、熬夜及滥用药物等;7)已接受其他临床研究。

2 治疗方法

2.1 治疗组 采用养血柔肝埋线法治疗。选穴与操作方法参照《针灸学》^[5]。选穴:支沟、阳陵泉、血海、足三里、阴陵泉、三阴交,均为双侧。操作方法:做好术前医患沟通,准备治疗材料。治疗者进行手部卫生消毒,患者取仰卧位,充分暴露操作部位。将一次性镊子夹取胶原蛋白线(山东博达医疗用品有限公司),穿进一次性埋线针(镇江高冠医疗器械有限公司),针体的前端用镊子将线体推入针管。使用碘酊对皮肤进行常规消毒,用左手辅助,右手持针,迅速透皮,深入到适当深度并得气后,一边向内推进针芯,一边向外退针管,将线体纳入穴位中。拔针后以棉签按压施术部位,用医用敷贴敷于患处。每2周治疗1次。

2.2 对照组 采用常规针刺法治疗。使用碘酊对皮肤进行常规消毒,取毫针(苏州医疗用品厂生产的华佗牌 $\varphi 0.30\text{ mm} \times 40 \sim 60\text{ mm}$ 一次性无菌针灸针)斜刺或者直刺。取穴:期门、天枢、足三里、上巨虚、三阴交、太冲,均为双侧^[6],每穴进针1~1.5寸,进针后以得气为度,诸穴施以平补平泻之法。留针30 min,每天1次。6 d为1个疗程,疗程之间相隔1 d。

2组均治疗8周。

3 疗效观察

3.1 观察指标 1)综合疗效。2)中医证候评分。参照《肠易激综合征中医诊疗共识意见》^[4]制定中医证候评分表。对腹痛不适、大便次数、大便性状、排便紧迫感、腹胀、黏液便等症状体征进行评分,分值为0~6分。分值越高,表示症状越严重。3)汉密尔顿焦虑量表(HAMA)评分。总分<7分,无焦虑;总分 ≥ 7 分、但<14分,可能有焦虑;总分 ≥ 14 分、但<21分,

肯定有焦虑;总分 ≥ 21 分、但<29分,肯定有明显焦虑;总分 ≥ 29 分,可能为严重焦虑^[7]。4)汉密尔顿抑郁量表(HAMD)评分。HAMD总共由17个问题组成,可判定抑郁程度。总分<7分,正常;总分 ≥ 7 分、但<17分,可能有抑郁症;总分 ≥ 17 分、但<24分,肯定有抑郁症;总分 ≥ 24 分,有严重抑郁症^[8]。

3.2 疗效标准 参照《中药新药临床研究指导原则》^[9]中有关标准拟定。疗效指数=(治疗前中医证候积分-治疗后中医证候积分)/治疗前中医证候积分 $\times 100\%$ 。痊愈:腹部疼痛或不适感消失,便质与排便频次正常,疗效指数 $\geq 95\%$;显效:腹部疼痛或不适感、便质与排便频次等明显改善,70% $\leq$ 疗效指数<95%;有效:腹部疼痛或不适感、便质与排便频次等好转,30% $\leq$ 疗效指数<70%;无效:腹部疼痛或不适感、便质与排便频次等无改善甚或加重,疗效指数<30%。

3.3 统计学方法 应用SPSS 22.0统计软件对数据进行处理。计量资料以均数 $\pm$ 标准差($\bar{x} \pm s$)表示,组间比较采用独立样本 t 检验,组内比较采用配对样本 t 检验。计数资料以率(%)表示,采用 χ^2 检验,等级资料采用秩和检验。 $P < 0.05$ 表示差异有统计学意义。

3.4 治疗结果

3.4.1 2组综合疗效比较 总有效率治疗组为89.19%,对照组为71.05%,2组比较,差异有统计学意义($P < 0.05$)。(见表1)

表1 2组综合疗效比较[例(%)]

组别	例数	痊愈	显效	有效	无效	总有效
治疗组	37	5(13.51)	18(48.65)	10(27.03)	4(10.81)	33(89.19) ^a
对照组	38	1(2.63)	11(28.95)	15(39.47)	11(28.95)	27(71.05)

注:与对照组比较,^a $P < 0.05$ 。

3.4.2 2组治疗前后中医证候评分比较 治疗前2组各项中医证候评分比较,差异无统计学意义($P > 0.05$);治疗后,2组各项中医证候评分(除外大便次数)均较治疗前改善,且治疗组优于对照组,组内、组间比较,差异均有统计学意义($P < 0.01$)。(见表2)

3.4.3 2组治疗前后HAMA、HAMD评分比较 治疗前2组HAMA、HAMD评分比较,差异无统计学意义($P > 0.05$);治疗后,2组HAMA、HAMD评分均较治疗前明显改善,且治疗组优于对照组,组内、组间比较,差异均有统计学意义($P < 0.01$)。(见表3)

表2 2组治疗前后中医证候评分比较($\bar{x}\pm s$,分)

组别	例数	时间节点	腹痛不适	大便次数	大便性状	排便紧迫感	腹胀	黏液便
治疗组	37	治疗前	3.23±1.04	4.45±1.54	3.55±1.32	2.87±1.22	2.41±1.10	0.43±0.18
		治疗后	1.21±0.15 ^{ab}	1.83±0.64	1.22±0.23 ^{ab}	0.94±0.19 ^{ab}	0.86±0.23 ^{ab}	0.13±0.03 ^{ab}
对照组	38	治疗前	3.16±1.28	4.33±1.32	3.38±1.12	2.55±1.13	2.44±1.21	0.46±0.16
		治疗后	2.29±0.26 ^a	2.04±0.53	1.79±0.42 ^a	0.78±0.22 ^a	1.23±0.33 ^a	0.20±0.09 ^a

注:与本组治疗前比较,^a $P<0.01$;与对照组治疗后比较,^b $P<0.01$ 。

表3 2组治疗前后HAMA、HAMD评分比较($\bar{x}\pm s$,分)

组别	例数	时间节点	HAMA	HAMD
治疗组	37	治疗前	12.67±5.34	4.23±2.04
		治疗后	5.16±2.08 ^{ab}	1.68±0.43 ^{ab}
对照组	38	治疗前	12.47±4.15	4.61±2.31
		治疗后	7.23±3.17 ^a	2.21±1.03 ^a

注:与本组治疗前比较,^a $P<0.01$;与对照组治疗后比较,^b $P<0.01$ 。

4 讨 论

随着社会的快速发展,人们的生活方式发生了变化,IBS患者的生理和心理因素越来越受到人们的关注。研究发现,功能性胃肠道疾病患者的症状与焦虑、抑郁程度呈正相关^[10]。焦虑、抑郁状态可导致肠道分泌失调,植物神经功能紊乱,应激反应强度增加^[11-12]。IBS患者的焦虑和抑郁会降低患者的生活质量,加重病情。

中医学将本病归为“泄泻”范畴。张智龙教授认为泄泻的主要病机在于脾气亏虚。脾气充足,则脾胃运化正常,脾胃升降有序,大便正常。在精神刺激作用下,土壅木郁,肝气郁滞,气机失调,脾胃受损,运化失司,导致脾胃升降清浊功能失常,清阳不升,浊阴不降,水走肠间,泄泻作矣。故肝郁脾虚为IBS-D的关键病机,疏肝健脾,恢复脾胃之升降运化功能是治疗本病的基本大法。一方面,要注重健脾,脾胃功能恢复,则水湿得化,湿邪去则泄泻自止。另一方面,要注重疏肝、养肝,使肝气条达,肝血充足,则无肝强脾弱,故治疗重在调和肝脾,肝郁得疏,气机如常,脾气得运,升降有序,故患者焦虑、抑郁之症得到改善。穴位埋线疗法是一种融合针灸经络理论和西医手段的新型疗法,通过长期有效地刺激穴位达到预防和治疗疾病的效果,对治疗多种慢性疾病疗效显著。本研究选穴以足太阴脾经为主,其中血海、三阴交养有形之血,二穴均有扶脾统血、养血活血之功,补肝血以养肝之体。阴陵泉利有形之湿,功善健脾化湿,主治一切湿证,既可佐足三里以益气健脾利湿,令有形之湿渗利有节,又

合血海、三阴交以养血活血,使有形之血输运有度;足三里运中州之机,有升清降浊之功,化积行滞之力,为调理胃肠、补益气血之要穴。阳陵泉、支沟调无形之气,阳陵泉功善疏肝解郁;支沟走而不守,疏利气机,佐阳陵泉解肝之郁,裨无形之气调达有方,可治一切郁证。诸穴合用,使郁滞之肝气条达舒畅,亏虚之营血生运有常,聚集之水湿渗利有度,羸弱之中州健运如常,气血水兼顾,肝脾并治。

本研究结果显示,治疗组在中医证候评分、HAMA评分、HAMD评分以及综合疗效方面,均优于对照组,差异均有统计学意义($P<0.05$ 或 $P<0.01$)。说明养血柔肝埋线法治疗腹泻型肠易激综合征肝郁脾虚证疗效显著,优于常规针刺治疗,值得临床进一步推广应用。

参考文献

- [1] 陈仕珠. 肠易激综合征的流行病学和病因研究[J]. 华人消化杂志,1998,6(10):89-90.
- [2] 李上云. 便秘型肠易激综合征中医证型分布及相关因素的研究[D]. 福州:福建中医药大学,2015.
- [3] LACY BE, MEARIN F, CHANG L, et al. Bowel Disorders[J]. Gastroenterology, 2016, 150(6):1393-1407.
- [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):1063.
- [5] 石学敏. 针灸学[M]. 北京:中国中医药出版社, 2007:29-130.
- [6] 高树中. 针灸治疗学[M]. 北京:中国中医药出版社, 2016:114-115.
- [7] HAMILTON M. The assessment of anxiety states by rating[J]. Br J Med Psychol, 1959, 32(1):50-55.
- [8] HAMILTON M. A rating scale for depression[J]. J Neurol Neurosurg Psychiatry, 1960(23):56-62.
- [9] 郑筱萸. 中药新药临床研究指导原则[M]. 北京:中国医药科技出版社, 2002:139-151.
- [10] 尚妍妍. FGIDs伴焦虑、抑郁状态及其与胃肠道症状积分的相关性[D]. 郑州:郑州大学, 2017.
- [11] MACH T. The brain-gut axis in irritable bowel syndrome clinical aspects[J]. Med Sci Monit, 2004, 10(6):RA125-RA131.
- [12] 王超, 王巧民, 宋继中, 等. 肠易激综合征患者精神心理因素对生活质量、睡眠质量以及症状严重程度的影响[J]. 胃肠病学, 2016, 21(1):34-38.

(收稿日期:2021-07-26)