

引用:陈程,张杼惠,王焱霏,朱莹. 加味痛泻要方联合穴位埋线治疗腹泻型肠易激综合征30例[J]. 湖南中医杂志, 2022, 38(11):10-14,23.

加味痛泻要方联合穴位埋线 治疗腹泻型肠易激综合征30例

陈程¹,张杼惠²,王焱霏³,朱莹²

(1. 广东省第二中医院黄埔医院,广东 广州,510530;

2. 湖南中医药大学第一附属医院,湖南 长沙,410007;

3. 湖南中医药大学第二附属医院,湖南 长沙,410005)

[摘要] 目的:探讨加味痛泻要方联合穴位埋线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60例IBS-D患者随机分为治疗组和对照组,每组各30例。治疗组予加味痛泻要方联合穴位埋线治疗,对照组予马来酸曲美布汀片治疗,治疗4周后比较2组患者的临床疗效及治疗前后中医证候积分、肠易激综合征症状严重程度量表(IBS-SSS)评分、肠易激综合征生活质量量表(IBS-QOL)评分、汉密尔顿焦虑量表(HAMA)及汉密尔顿抑郁量表(HAMD)评分变化,检测2组患者治疗前后5-羟色胺(5-HT)、P物质(SP)、血管活性肠肽(VIP)、白细胞介素-6(IL-6)、白细胞介素-8(IL-8)及肿瘤坏死因子- α (TNF- α)水平,以及不良反应发生率和复发率。结果:总有效率治疗组为93.33%(28/30),对照组为63.33%(19/30),2组比较,差异有统计学意义($P<0.05$)。治疗后2组患者中医证候积分,IBS-SSS、HAMA、HAMD评分均低于本组治疗前,IBS-QOL评分高于本组治疗前,且治疗组的改善程度更优($P<0.05$)。治疗后2组患者5-HT、SP、VIP、IL-6、IL-8、TNF- α 水平低于本组治疗前,且治疗后治疗组低于对照组($P<0.05$)。治疗过程中,不良反应发生率治疗组为6.67%(2/30),对照组为3.33%(1/30),2组比较,差异无统计学意义($P>0.05$)。停药4周后对2组有效患者进行随访,治疗组的复发率为14.29%(4/28),低于对照组的42.11%(8/19),差异有统计学意义($P<0.05$)。结论:加味痛泻要方联合穴位埋线治疗IBS-D疗效确切,能够显著改善患者临床症状,缓解焦虑、抑郁状态,降低脑肠肽及炎性因子水平,且未见明显不良反应,值得临床推广。

[关键词] 腹泻型肠易激综合征;肝郁脾虚;加味痛泻要方;穴位埋线

[中图分类号] R259.744,R246.1 **[文献标识码]** A DOI:10.16808/j.cnki.issn1003-7705.2022.11.003

Clinical effect of modified Tongxieyaofang combined with acupoint thread-embedding therapy in treatment of diarrhea-predominant irritable bowel syndrome: An analysis of 30 cases

CHEN Cheng¹,ZHANG Zhuhui²,WANG Yipei³,ZHU Ying²

(1. Guangdong Second Provincial Traditional Chinese Medicine Hospital (Huangpu Hospital),

Guangzhou 510530, Guangdong, China;

2. The First Affiliated Hospital of Hunan University of Chinese Medicine, Changsha 410007, Hunan, China;

3. The Second Affiliated Hospital of Hunan University of Chinese Medicine, Changsha 410005, Hunan, China)

[Abstract] Objective: To investigate the clinical effect of modified Tongxieyaofang combined with acupoint thread-embedding therapy in the treatment of diarrhea-predominant irritable bowel syndrome (IBS-D) in stagnation of liver Qi and spleen deficiency. Methods: A total of 60 patients with IBS-D were randomly divided into treat-

基金项目:湖南省中医药科研计划项目(2020043)

第一作者:陈程,女,医学硕士,主治医师,研究方向:中医药防治消化系统疾病

通信作者:朱莹,女,医学博士,主任医师,博士后导师,研究方向:中医药防治消化系统疾病,E-mail:zhuying089@126.com

ment group and control group, with 30 patients in each group. The patients in the treatment group were given modified Tongxieyaofang combined with acupoint thread-embedding therapy, and those in the control group were given trimebutine maleate tablets. After 4 weeks of treatment, the two groups were compared in terms of clinical outcome, traditional Chinese medicine (TCM) syndrome score, Irritable Bowel Syndrome-Severity Scoring System (IBS-SSS) score, Irritable Bowel Syndrome-Quality of Life (IBS-QOL) score, Hamilton Anxiety Scale (HAMA) score, and Hamilton Depression Scale (HAMD) score before and after treatment, and the levels of 5-hydroxytryptamine (5-HT), substance P (SP), vasoactive intestinal peptide (VIP), interleukin-6 (IL-6), interleukin-8 (IL-8), and tumor necrosis factor- α (TNF- α) were measured; the incidence rates of adverse reactions and recurrence rate were also compare between the two groups. Results: There was a significant difference in overall response rate between the treatment group and the control group [93.33% (28/30) vs 63.33% (19/30), $P < 0.05$]. After treatment, both groups had significant reductions in TCM syndrome score, IBS-SSS score, HAMA score, and HAMD score and a significant increase in IBS-QOL score, and the treatment group had significantly greater changes than the control group ($P < 0.05$). After treatment, both groups had significant reductions in the levels of 5-HT, SP, VIP, IL-6, IL-8, and TNF- α , and the treatment group had significantly lower levels than the control group ($P < 0.05$). There was no significant difference in the incidence rate of adverse reactions between the two groups during treatment [6.67% (2/30) vs 3.33% (1/30), $P > 0.05$]. After 4 weeks of drug withdrawal, follow-up was conducted for the patients with response in the two groups, and the treatment group had a significantly lower recurrence rate than the control group [14.29% (4/28) vs 42.11% (8/19), $P < 0.05$]. Conclusion: Modified Tongxieyaofang combined with thread-embedding therapy at acupoints has a marked clinical effect in the treatment of IBS-D and can improve patients' clinical symptoms, alleviate anxiety and depression, and reduce the levels of brain-gut peptide and inflammatory factors, with little adverse effect, and therefore, it holds promise for clinical application.

[**Keywords**] diarrhea-predominant irritable bowel syndrome; stagnation of liver Qi and spleen deficiency; modified Tongxieyaofang; acupoint thread-embedding therapy

肠易激综合征(irritable bowel syndrome, IBS)是一种以腹部不适、腹胀、腹痛伴有排便习惯(排便频率和性状)改变为特征的胃肠道疾病,根据患者排便特点和粪便性状不同可分为腹泻型、便秘型、混合型和未定型 4 种亚型^[1],其中以腹泻型肠易激综合征(IBS-D)最为常见。朱莹教授系湖南省名中医,第六批全国名老中医药专家学术经验继承指导老师,从事脾胃病教学、科研及临床工作近 40 年,对于脾胃病的中医药治疗颇有心得,其认为 IBS-D 中最常见的证型为肝郁脾虚证,当以疏木培土为治疗大法。本研究主要观察加味痛泻要方联合穴位埋线治疗 IBS-D 肝郁脾虚证的疗效、安全性,及其对相关炎症因子、脑肠肽的影响,现报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 选取 2020 年 6 月至 2021 年 6 月于广东省第二中医院黄埔医院消化科门诊诊断为 IBS-D 的患者 60 例,按随机数字表法将其分为治

疗组和对照组,每组各 30 例。治疗组中,男 12 例,女 18 例;年龄 22~65 岁,平均(41.97±13.06)岁;病程 1.2~5.1 年,平均(3.10±1.18)年。对照组中,男 14 例,女 16 例;年龄 20~64 岁,平均(43.63±13.65)岁;病程 1.2~5.6 年,平均(3.25±1.20)年。2 组一般资料比较,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 符合 2016 年肠易激综合征罗马 IV 诊断标准^[2]。在最近 3 个月内有反复发作的腹痛,平均每周至少发作 1 d,并伴有以下情况至少 2 项:1)腹痛与排便相关;2)发作时,伴有排便频率的改变;3)发作时,伴有粪便性状的改变。诊断前,其症状出现至少有 6 个月,且近 3 个月内反复且持续存在。IBS-D 粪便性状评判参考 Bristol 粪便性状量表分类标准^[3],即粪便性状为第 6 或第 7 型粪便>25%,且第 1 或第 2 型粪便<25%;其诊断前必须排除器质性方面的疾病。

1.2.2 中医辨证标准 参照《肠易激综合征中医诊疗专家共识意见(2017)》^[4]中有关肝郁脾虚证的辨证标准拟定。主症:1)腹痛腹胀;2)腹痛即泻,泻后痛减;3)急躁易怒。次症:1)两胁胀满;2)食欲不振;3)喜太息。舌脉:舌淡胖、可有齿痕,苔薄白,脉弦细。符合主症以及次症至少2项,参考舌脉,即可辨证。

1.3 纳入标准 1)符合上述西医诊断及中医辨证标准;2)年龄18~65岁;3)自愿参加本研究,并签署知情同意书。

1.4 排除标准 1)合并有消化系统、心血管系统、泌尿系统等器质性病变,或存在恶性肿瘤及精神疾病;2)正在参加其他临床试验或需要持续服用可能影响胃肠道功能的药物;3)有严重的药物或食物过敏史,或有腹部手术史;4)处于妊娠、哺乳或备孕期的妇女。

2 治疗方法

2.1 治疗组 采用口服加味痛泻要方联合穴位埋线治疗。1)加味痛泻要方。方药组成:炒白术12 g,白芍10 g,柴胡10 g,陈皮10 g,防风10 g,党参10 g,山药10 g,茯苓10 g,郁金10 g,甘草6 g。以上药物均由广东省第二中医院黄埔医院中药房提供,煎药房统一煎制,浓缩药液约200 ml。1剂/d,100 ml/次,分早晚温服。2)穴位埋线。选穴肝俞、脾俞、章门、上巨虚、天枢、足三里。将以上穴位常规消毒后,取一次性使用埋线针,退针芯,将2 cm的3-0号可吸收外科缝线放入针管前段,然后持针刺入到所需的深度。针刺出现针感后,推针芯,同时取出针管,将可吸收线植入针刺穴位的皮下组织或肌层,最后需棉球按压针孔片刻。每15 d治疗1次,每次仅采用一侧穴位,共治疗2次。

2.2 对照组 采用马来酸曲美布汀片口服治疗。马来酸曲美布汀片(天津田边制药有限公司,批准文号:国药准字H20030290,规格:0.1 g/片)口服,0.1 g/次,3次/d。

2组均治疗4周后评估疗效。

3 疗效观察

3.1 观察指标 1)中医证候积分。参照《中药新药临床研究指导原则》^[5],采用证候积分表法对腹痛腹胀程度与频度、腹泻频率、急躁易怒、两胁胀满、食欲不振、喜太息、脉弦细等症状按无、轻、中、

重分别计0、1、2、3分,采用尼莫地平法计算疗效指数,疗效指数=(治疗前积分-治疗后积分)/治疗前积分 $\times 100\%$ 。2)临床症状。采用肠易激综合征症状严重程度量表(IRS-SSS)^[6]对患者的临床症状(腹痛的严重程度、频率,腹胀的程度,排便满意度及对生活的影响)进行评分,各项满分100分,总分500分,评分越高表示临床症状越严重。3)生活质量。采用肠易激综合征生活质量量表(IRS-QOL)^[7]对患者生活质量进行评分。该量表由34个条目组成,根据患者情况分为否、有一点、较多、相当多、完全如此,分别计为0、1、2、3、4分,分数越高表示患者生活质量越高。4)心理状态。采用汉密顿焦虑量表(HAMA)及汉密顿抑郁量表(HAMD)评分对患者心理状态进行评估,其中HAMA包括14项,每项采用0~4分的5级评分法,评分越高,表示焦虑程度越重^[8];HAMD分别有3分评分法6项和5分评分法11项,共17项,评分越高,表示抑郁程度越重^[9]。5)血液学指标。于治疗前后检测患者5-羟色胺(5-HT)、血清P物质(SP)、血管活性肠多肽(VIP)、白细胞介素-6(IL-6)、白细胞介素-8(IL-8)及肿瘤坏死因子- α (TNF- α)水平。6)不良反应发生率。观察并记录用药期间患者的不良反应。7)复发率。停药4周后,随访有效患者,评估复发情况。

3.2 疗效标准 参照《中药新药临床研究指导原则》^[5]中的有关标准制定。临床治愈:腹痛、便次、粪便性状及便量等症状体征恢复正常,疗效指数 $\geq 95\%$;显效:腹痛、便次、粪便性状及便量等症状体征明显改善,大便近似成形,疗效指数 $\geq 70\%$ 、但 $< 95\%$;有效:腹痛、便次、粪便性状及便量等症状体征好转,疗效指数 $\geq 30\%$ 、但 $< 70\%$;无效:症状体征无改善甚至加重,疗效指数 $< 30\%$ 。

3.3 统计学方法 采用SPSS 24.0统计学软件处理数据,计量资料采用均数 $\pm$ 标准差($\bar{x} \pm s$)表示,组间比较采用独立样本 t 检验;计数资料以率(%)表示,组间比较采用 χ^2 检验,等级资料比较运用Wilcoxon秩和检验; $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

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93.33%,高于对照组的63.33%,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	临床治愈	显效	有效	无效	总有效
治疗组	30	8(26.67)	11(36.66)	9(30.00)	2(6.67)	28(93.33)
对照组	30	4(13.33)	8(26.67)	7(23.33)	11(36.67)	19(63.33)
χ^2 值						8.288
P 值						0.0404

表 2 2 组治疗前后各项临床指标水平比较($\bar{x}\pm s$,分)

组别	例数	时间节点	中医证候积分	IBS-SSS	IBS-QOL	HAMA	HAMD
治疗组	30	治疗前	22.47±4.98	288.17±26.93	55.57±9.26	19.47±3.48	21.63±3.58
		治疗后	10.13±3.28 ^{ab}	130.57±23.75 ^{ab}	86.03±7.77 ^{ab}	7.43±2.71 ^{ab}	11.71±2.72 ^{ab}
对照组	30	治疗前	23.03±4.85	284.97±31.08	54.17±7.14	20.93±3.29	22.46±2.93
		治疗后	15.17±4.17 ^a	203.07±21.86 ^a	73.43±9.62 ^a	10.17±3.01 ^a	14.53±2.39 ^a

注:与本组治疗前比较,^a $P<0.05$;与对照组治疗后比较,^b $P<0.05$ 。

3.4.3 2 组治疗前后各项血液学指标水平比较

平均较治疗前下降,且治疗组下降幅度大于对照组,差异均有统计学意义($P<0.05$)。(见表 3)

表 3 2 组治疗前后各项血液学指标水平比较($\bar{x}\pm s$)

组别	例数	时间节点	5-HT(ng/ml)	SP(pg/ml)	VIP(pg/ml)	IL-6(ng/ml)	IL-8(ng/ml)	TNF- α (ng/ml)
治疗组	30	治疗前	298.15±32.43	74.74±13.03	65.96±6.49	27.45±6.44	78.23±7.47	56.65±6.32
		治疗后	152.16±28.53 ^{ab}	44.57±7.03 ^{ab}	39.01±4.94 ^{ab}	14.68±3.36 ^{ab}	51.35±8.91 ^{ab}	32.26±7.42 ^{ab}
对照组	30	治疗前	299.36±29.79	75.96±9.06	64.71±7.13	28.32±4.86	79.35±6.95	55.42±7.31
		治疗后	197.23±36.35 ^a	55.04±8.70 ^a	50.28±6.15 ^a	21.65±3.62 ^a	62.94±8.34 ^a	41.94±5.90 ^a

注:与本组治疗前比较,^a $P<0.05$;与对照组治疗后比较,^b $P<0.05$ 。

3.4.4 2 组不良反应发生率比较 治疗过程中,对照组有 1 例服药后出现困倦的症状,不良反应发生率为 3.33%;治疗组中 1 例足三里穴位埋线处出现局部轻度瘙痒,1 例在上巨虚穴位埋线处出现局部硬结,不良反应发生率为 6.67%,2 组比较,差异无统计学意义($P>0.05$)。

3.4.5 2 组复发率比较 停药 4 周后分别对 2 组治疗有效的患者进行随访,结果显示,治疗组复发 4 例,复发率为 14.29%;对照组复发 8 例,复发率为 42.11%,治疗组低于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。

4 讨 论

IBS-D 的发病机制尚未明确,目前认为其是由多种因素共同导致的肠-脑互动异常,又以内脏高敏感^[10]、肠道微生态失衡^[11]、胃肠道动力异常^[12]为主要发病机制,且患者多伴有焦虑、抑郁等情绪异常表现^[13]。本病临床尚无特效药,主要采取调整不良生活方式、解痉、止泻、调节肠道菌群、心理支持等对症治疗,但存在药物不良反应多、复发率高等问题,给患者及家庭带来了沉重的负担^[14]。根据患者症状及临床特点,IBS-D 可归属于中医学“腹

3.4.2 2 组治疗前后各项临床指标水平比较 治疗后 2 组中医证候积分,IBS-SSS、HAMA、HAMD 评分均降低,IBS-QOL 评分升高,且治疗组各项指标改善幅度较对照组更优,两两比较,差异均有统计学意义($P<0.05$)。(见表 2)

痛”“泄泻”“肠郁”等范畴^[15]。临床主要将其分为脾虚湿盛证、脾胃湿热证、肝郁脾虚证、脾肾阳虚证及寒热错杂证五大证型^[4]。《伤寒悬解·厥阴病》言:“下伤脾气,土陷木遏,郁而生风,疏泄不藏,故下利不止。”其中肝郁脾虚型是 IBS-D 的基本证型^[16],而痛泻要方是治疗 IBS-D 肝郁脾虚证的基本方^[17]。痛泻要方首见于《丹溪心法》,主治脾虚肝实之痛泻,方中防风、白芍疏风柔肝,缓急止痛;白术、陈皮健脾益气,燥湿止泻,现代研究显示,痛泻要方可通过改善肠道菌群失调,调节脑肠肽分泌,降低内脏高敏等途径干预 IBS-D^[18]。朱教授认为,此证患者治疗当“疏木培土”,一方面当疏肝木,以复其疏泄之职;另一方面当扶脾土,以还其健运之用。故在痛泻要方的基础上加用柴胡、郁金加强疏肝行气解郁之功,党参、山药、茯苓、甘草加强健脾燥湿之力,全方正邪兼顾,通补兼施,以奏疏肝扶脾、行气燥湿之效。有研究显示,穴位埋线对于 IBS-D 有较好的治疗作用,相较于其他疗法,具有埋线作用时间长、刺激量大、价格低廉等优势^[19],且不良反应发生率低^[20]。朱教授基于“疏木培土”的治疗思想,选用肝俞、脾俞、章门、上巨虚、天枢、足

三里等穴位进行穴位埋线治疗,考虑其核心病机在于肝郁脾虚,肝俞穴为肝之背俞穴,脾俞穴为脾之背俞穴,二者是肝脾脏腑之气所输注、结聚的部位,故首选肝俞、脾俞穴调和肝脾;“脏会”章门穴不仅是足厥阴肝经经穴,还是脾脏的募穴,具有疏肝健脾的功效;足三里穴为足阳明经合穴、胃之下合穴,上巨虚穴是大肠之下合穴,天枢穴乃大肠经之募穴,是大肠经气所聚之处,三者共用具有调和肠腑、理气消滞、缓急止痛之功^[21]。诸穴合用,共奏调和肝脾、燥湿止泻之效。

精神心理因素在 IBS-D 的发病中占据重要地位^[22],调查研究显示,肠道症状的严重程度和发生频率与患者的精神症状呈正相关^[23]。本次研究结果显示,治疗后 2 组患者 HAMA 及 HAMD 评分较治疗前均明显下降,且治疗组下降幅度更明显,说明加味痛泻要方联合穴位埋线可有效改善患者焦虑、抑郁状态。

有研究发现,IBS 的发病与肠道低度炎症激活肠道免疫-神经系统有关^[24],各种感染因素诱导免疫炎症细胞释放 IL-6、IL-8、TNF- α 等炎症细胞因子,引起肠道功能紊乱,诱发腹痛腹胀等症状,尤其在 IBS-D 中更为明显^[25]。而本研究结果显示,治疗后 2 组患者血清 IL-6、IL-8、TNF- α 水平较治疗前均明显下降,且治疗组下降幅度更大,说明加味痛泻要方联合穴位埋线可有效减轻 IBS-D 患者的炎症反应,改善腹痛、腹胀等临床症状。

脑肠肽在脑-肠互动中发挥传递神经递质与激素的双重作用,进而调控脑-肠循环实现肠道稳态,而由于脑肠肽分泌紊乱,致使脑-肠互动异常在 IBS-D 的发病中占据重要地位^[26]。5-HT、SP、VIP 等属于常见的脑肠肽。5-HT 是脑肠肽发挥作用所需的重要神经递质,与 IBS-D 发病密切相关。研究发现,5-HT 信号通路通过脑-肠轴、调节肠道敏感性、应激反应等多种机制干预 IBS^[27-28]。SP 通过脑肠互动与 IBS-D 的发生密切相关,其可收缩肠平滑肌和促进消化道蠕动,传递痛觉,诱发内脏敏化^[29]。VIP 具有松弛胃肠平滑肌的作用^[30],其水平的异常升高可诱导腹痛、腹泻等症状^[31]。本研究结果显示,治疗后 2 组患者脑肠肽水平均明显下降,且治疗组下降幅度更大,说明加味痛泻要方联合穴位埋线可有效降低 IBS-D 患者脑肠肽水平,继而减轻肠道敏感性,改善腹痛、腹泻的症状。

综上所述,加味痛泻要方联合穴位埋线可有效抑制炎症反应,调节脑肠肽,改善 IBS-D 患者腹痛腹泻的临床症状,缓解患者焦虑、抑郁等不良心理状态,提高患者的生活质量,并能在一定程度上防止疾病复发,且治疗过程中未见明显不良反应。但本研究也存在一定的局限,如样本量小、病例来源单一等,因此下一步仍需进行更高质量、更多中心的研究。

参考文献

- [1] LACY BE, MEARIN F, CHANG L, et al. Bowel disorders [J]. *Gastroenterology*, 2016, 150: 1393-1407.
- [2] DROSSMAN DA. Functional Gastrointestinal Disorders: History, pathophysiology, clinical features, and Rome IV [J]. *Gastroenterology*, 2016, 150(6): 1262-1279.
- [3] PAKARINEN M. Perioperative complications of transanal pull-through surgery for hirschsprung's disease [J]. *Zeitschrift Fur Kinderchirurgie*, 2018, 28(2): 152-155.
- [4] 张声生,魏玮,杨俭勤. 肠易激综合征中医诊疗专家共识意见(2017) [J]. *中医杂志*, 2017, 58(18): 1614-1620.
- [5] 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: 139-143.
- [6] BETZ C, MANNSEFER K, BISCHOFF SC. Validation of the ibs-sss [J]. *Z Gastroenterol*, 2013, 51(10): 1171-1176.
- [7] HAHN BA, KIRCHDOERFER LJ, FULLERTON S. Evaluation of a new quality of life questionnaire for patients with irritable bowel syndrome [J]. *Aliment Pharmacol Ther*, 1997, 11(3): 547-552.
- [8] HAMILTON M. The assessment of anxiety states by rating [J]. *Br J Med Psychol*, 1959, 32(1): 50-55.
- [9] HAMILTON M. A rating scale for depression [J]. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*, 1960, 23(1): 56-62.
- [10] FARZAEI MH, BAHRAMSOLTANI R, ABDOLLAHI M, et al. The role of visceral hypersensitivity in irritable bowel syndrome: Pharmacological targets and novel treatments [J]. *Journal of neurogastroenterology and motility*, 2016, 22(4): 558-574.
- [11] WANG Z, XU CM, LIU YX, et al. Characteristic dysbiosis of gut microbiota of Chinese patients with diarrhea-predominant irritable bowel syndrome by an insight into the pan-microbiome [J]. *Chinese Medical Journal*, 2019, 132(8): 1.
- [12] DUPONT AW, JIANG ZD, HAROLD SA, et al. Motility abnormalities in irritable bowel syndrome [J]. *Digestion*, 2014, 89(2): 119-123.
- [13] PINTO-SANCHEZ MI, FORD AC, AVILA CA, et al. Anxiety and depression increase in a stepwise manner in parallel with multiple FGIDs and symptom severity and frequency [J]. *American Journal of Gastroenterology*, 2015, 110(7): 1038-1048.
- [14] LIU JJ, BRENNER DM. Focus on pharmacotherapy for irritable bowel syndrome with constipation [J]. *Gastroenterology Clinics of North America*, 2021, 50(3): 639-653.
- [15] 刁俊杰. 肠易激综合征中医诊治的现代文献系统评价研究 [D]. 广州:广州中医药大学, 2016: 3. (下转第 23 页)

统计学意义的差异值,但这一结果可能与标本选取有关,相较于对比随机尿的尿比重差异,观察冬季与其他季节尿比重差值、夜间与白天尿比重差值的差异,或许更有意义。

参考文献

- [1] 沈茜,刘小梅,姚勇,等. 中国儿童单症状性夜遗尿疾病管理专家共识[J]. 临床儿科杂志,2014,32(10):970-975.
- [2] 文建国. 遗尿症的发病机制及诊断和治疗新进展[J]. 郑州大学学报:医学版,2017,52(6):661-667.
- [3] TAS T,CAKIROGLU B,HAZAR AI,et al. Monosymptomatic nocturnal enuresis caused by seasonal temperature changes[J]. International Journal of Clinical and Experimental Medicine,2014,7(4):1035.
- [4] 缪千帆,李艳君,徐虹,等. 中国5~18岁人群遗尿症患病率的横断面调查[J]. 中国循证儿科杂志,2020,15(2):81-86.
- [5] 中华人民共和国中医药行业标准·中医病证诊断疗效标准[M]. 北京:中国医药科技出版社,2012:301.
- [6] 王仲易,杜可,李晨,等. 中医儿科临床诊疗指南·小儿遗尿症(修订)[J]. 中医儿科杂志,2018,14(1):4-8.
- [7] 隋·杨上善撰. 黄帝内经太素[M]. 刘从明辑注. 北京:中医古籍出版社,2016:73-82.
- [8] 隋·巢元方撰. 诸病源候论[M]. 黄作阵点校. 沈阳:辽宁科学技术出版社,1997:77-78.
- [9] 明·程云鹏著. 慈幼新书[M]. 刘奥注. 北京:人民军医出版社,2012:155-157.

- [10] 明·王大纶著. 婴童类萃(3卷)[M]. 北京:人民卫生出版社,1983:213-214.
- [11] 清·陈复正辑订. 幼幼集成[M]. 上海:上海科学技术出版社,1962:178-180.
- [12] NETTO MB,BESSA JUNIOR J. Cold weather and primary monosymptomatic enuresis[J]. International Braz J Urol,2022,48:282-283.
- [13] 谢竹藩,唐子进,马珩. 从尿中儿茶酚胺及cAMP、cGMP的排出量探讨中医寒证、热证的本质[J]. 中西医结合杂志,1986(11):651-654,643.
- [14] NEVEUS T. Pathogenesis of enuresis:Towards a new understanding[J]. International Journal of Urology,2017,24(3):174-182.
- [15] 张登本,方亚利.《黄帝内经》基于阳气生理功能之阳气盛衰寿夭观[J]. 陕西中医药大学学报,2020,43(4):35-39.
- [16] 张登本,李翠娟,陈霖霖.《黄帝内经》“三阴三阳”六气发病机理模型的研究[J]. 中医药通报,2022,21(3):7-11.
- [17] 张登本,李翠娟,陈霖霖.《黄帝内经》基于“三阴三阳”思维构建的六气临床应用模型研究[J]. 中医药通报,2022,21(2):6-11,40.
- [18] 龙军颖,刘晓鹰,肖飞,等. 中医辨治小儿遗尿的古往今来[J]. 世界中医药,2017,12(1):225-228.
- [19] 章友康. 中华医学百科全书·临床医学·肾脏病学[M]. 北京:中国协和医科大学出版社,2016:38-39.
- [20] 马骏,金星明,章依雯,等. 儿童原发性遗尿症阶梯治疗的远期疗效[J]. 上海交通大学学报:医学版,2008,28(10):1317-1319.

(收稿日期:2022-05-17)

(上接第14页)

- [16] 张艳霞,赵蓉,吕双然,等. 腹泻型肠易激综合征中医证候分布与VIP、SP、5-HT动态变化的相关性分析[J]. 河北中医药学报,2022,37(1):17-20.
- [17] 温艳东,李保双,王彦刚,等. 消化系统常见病肠易激综合征中医诊疗指南:基层医生版[J]. 中华中医药杂志,2020,35(7):3518-3523.
- [18] 姚思杰,王栩芮,张明明. 痛泻要方对肝郁脾虚型IBS-D患者的临床疗效及其机制[J]. 中国实验方剂学杂志,2020,26(12):107-113.
- [19] 傅成伟. 穴位埋线治疗肠易激综合征现状初探[J]. 世界最新医学信息文摘,2019,19(37):90-91.
- [20] 王晓玲,林国华,许诺,等. 穴位埋线不良反应的报告分析[J]. 中国针灸,2020,40(2):193-196,210.
- [21] 曹倩茹,凌晨,刘梦君,等. 电针上巨虚和天枢对溃疡性结肠炎大鼠NF- κ B/NLRP3信号通路相关蛋白表达的影响[J]. 针刺研究,2022,47(4):314-320.
- [22] 黄丹,梁列新,方秀才,等. 精神心理因素对腹泻型肠易激综合征患者生命质量的影响[J]. 中华消化杂志,2015,35(9):599-605.
- [23] 黄惠风,高振军,倪亚平,等. 肠易激综合征体质与焦虑抑郁相关分析[J]. 中医药导报,2020,26(10):115-118.
- [24] SINAGRA E,POMPEI G,TOMASELLO G,et al. Inflammation in irritable bowel syndrome: Myth or new treatment target? [J].

World Journal of Gastroenterology,2016,22(7):2242-2255.

- [25] 李延青,张海燕,左秀丽,等. 肠易激综合征患者肠黏膜Th1/Th2漂移的研究[J]. 中华消化杂志,2004,24(12):27-30.
- [26] 梁国英,刘金凤,吴屹波. 基于脑-肠轴理论阐述中医药治疗肠易激综合征的应用进展[J]. 海南医学院学报,2022,28(10):787-792.
- [27] STASI C,BELLINI M,BASSOTTI G,et al. Serotonin receptors and their role in the pathophysiology and therapy of irritable bowel syndrome[J]. Tech Coloproctol,2014,18(7):613-621.
- [28] 吴澎泞,熊帅,蒋晓涵,等. 基于5-羟色胺治疗肠易激综合征的中西医研究进展[J]. 中国全科医学,2022,25(15):1800-1806.
- [29] 杨焱麟,陈敏,周彦妮,等. P物质与肝郁脾虚型腹泻型肠易激综合征关系及中医药调控的研究进展[J]. 中华中医药学刊,2021,39(9):82-85.
- [30] YANG J,FOX M,CONG Y,et al. Lactose intolerance in irritable bowel syndrome patients with diarrheal:The roles of anxiety,activation of the innate mucosal immune system and visceral sensitivity[J]. Alimentary Pharmacol Ther,2014,39(3):302-311.
- [31] ZHAO J,LU J,YIN X,et al. Comparison of electroacupuncture and moxibustion on brain-gut function in patients with diarrhea-predominant irritable bowel syndrome:A randomized controlled trial[J]. Chin J Int Med,2015,21(11):855-865.

(收稿日期:2022-04-07)