

温针灸治疗腹泻型肠易激综合征临床疗效观察

牟建蛟 王 琼 罗会用 冯庆奎

(遂宁市中心医院康复科, 遂宁, 629000)

摘要 目的:观察温针灸治疗腹泻型肠易激综合征的临床疗效。方法:遵循随机原则将 59 例患者分为 2 组;治疗组采用温针灸疗法,对照组采用常规针刺。本研究通过中医证候量表、肠易激综合征生活质量量表积分的改善来对治疗疗效进行评价。结果:经过治疗后,温针灸治疗组与常规针刺组在中医证候积分及肠易激综合征生活质量量表积分方面均较治疗前明显改善,且温针灸治疗组改善率高于常规针刺组($P < 0.05$);温针灸组患者的总有效率为 93.1%,其中痊愈率为 20.7%;而常规针刺组的总有效率为 82.1%,痊愈率为 14.3%。结论:温针灸能有效的缓解腹泻型肠易激综合征的各项临床症状,值得在临床工作中推广及进一步研究。

关键词 温针灸;腹泻型肠易激综合征;临床疗效观察

The observation of clinical efficacy of treating IBS-D with needle warming therapy

Mou Jianjiao, Wang Qiong, Luo Huiyong, Feng Qingkui

(Suining Central-Hospital, Suining 629000, China)

Abstract Objective: To observe the effects of needle warming therapy in the treatment of irritable bowel syndrome-diarrhea (IBS-D). **Methods:** A total of 59 patients with IBS-D were divided into two groups Follow the principle of random. The treatment group with needle warming therapy, and the control group with routine acupuncture. To evaluate the effect by TCM syndrome integral scale and IBS-QOL. **Results:** The TCM syndrome score and IBS-QOL score of the warming acupuncture group and the routine acupuncture group were significantly improved. And the warming acupuncture group was more obvious than routine acupuncture group ($P < 0.05$). The total effective rate of the warming acupuncture group was 93.1%. The rate of recovery of the warming acupuncture group was 20.7%. The total effective rate of the routine acupuncture group was 82.1%. The rate of recovery of the routine acupuncture group was 14.3% ($P < 0.05$). **Conclusion:** The clinical efficacy of treating IBS-D with needle warming therapy was significant. Needle warming therapy worthy of clinical promotion and Further research.

Key Words Needle warming therapy; Irritable bowel syndrome-diarrhea; Clinical research

中图分类号:R246 文献标识码:A doi:10.3969/j.issn.1673-7202.2016.11.052

肠易激综合征(Irritable Bowel Syndrome, IBS)是一组临床常见的征候群,其缺乏形态学和生化异常改变,主要表现为腹部不适及排便习惯、大便性状的变化。IBS的分型标准较多,但目前被广泛认可的为罗马Ⅲ标准。根据罗马Ⅲ诊断标准,IBS可分为便秘型(IBS-C)、腹泻型(IBS-D)、不定型(IBS-U)和混合型(IBS-M)四型,而腹泻型IBS为我国常见类型^[1]。腹泻型IBS在中医上属于“泄泻”的范畴,根据《中药新药治疗泄泻的临床研究指导原则(2002年)》^[2],本病分为寒湿证、湿热证、食滞证、肝郁乘脾证、脾胃虚弱证、肾阳虚衰证6型。本研究选择肝郁乘脾证为研究对象,采取温针灸疗法作为治疗手段,通过中医证候量表、IBS-QOL量表来对疗效进行客观评价,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 本研究于2012年4月至2013年1月期间,收集了59例腹泻型IBS(肝郁乘脾证)的患者,他们均来自于成都中医药大学第三附属医院及医药技术研究所门诊部。采用随机数字表的方法将患者分为温针灸治疗组和常规针刺对照组。温针灸组有患者30例,年龄分布在25~63岁,平均年龄为41.21岁;其中女16例,男14例;病程短至1.2年,多则15年,平均病程为5.51年。常规针刺组有患者29例,年龄22~66岁,平均年龄为47.06岁;其中有女16例,男13例;病程为1~20年,平均病程为5.96年。

1.2 诊断标准 本研究所收集患者必须同时满足中医及西医诊断标准。中医诊断标准:参照《中药

基金项目:四川省科技厅针灸健脾补肾治疗溃疡性结肠炎的临床随机对照试验(编号:2011FZ0018)

作者简介:牟建蛟(1988.05—),男,硕士,初级,遂宁市中心医院,针灸临床疗效评价,E-mail:173930434@qq.com

通信作者:王琼(1988.08—),女,硕士,初级,遂宁市中心医院,针灸临床疗效评价,E-mail:296426458@qq.com

新药治疗治疗泄泻的临床研究指导原则》来制定，具体诊断依据如下。主症：1) 腹痛即泻，泻后痛缓；2) 少腹拘急疼痛；3) 胸胁胀满窜痛；4) 脉弦或弦细。次症：1) 善太息；2) 情绪烦躁，容易发怒；3) 腹部胀满，纳呆；4) 便下黏液 5) 肠鸣矢气。需具备主症第 1 项加次症 3 项，或主症 2 项加次症 2 项。西医诊断标准：采用罗马 III 诊断标准：反复发作性腹痛或腹部不适持续至少 3 个月，每月至少发作 3 d，并伴有粪便性状、排便频率或便后症状的改善。

1.3 取穴 参照针灸治疗腹泻型 IBS 的系统评价，主穴取双侧足三里、天枢、大肠俞及中脘^[3]。配穴则通过辨证取双侧脾俞、太冲^[4]。

1.4 操作 常规针刺组：患者侧卧于治疗床上，于腧穴局部采用安尔碘消毒后进行针刺；脾俞穴采用斜刺进针法，进针深度为 0.5~0.8 寸；其余的腧穴采用直刺进针法，进针深度在 1.2~1.5 寸左右；得气后留针 30 min，所有腧穴均行平补平泻法。温针灸组：在常规针刺组得气的基础上行温针灸疗法，在中脘穴及双侧足三里、天枢、大肠俞穴上的针柄处安置长约 1.5 cm 艾条，从下面点燃施灸，艾条底部与穴位皮肤之间的距离为 2 cm。每个腧穴均施灸 1 壮，留针 30 min。

1.5 疗程 隔 1 d 治疗 1 次，共治疗 14 次。

1.6 观察指标 1) 中医证候积分评价标准：本标准的制作参照《中药新药治疗治疗泄泻的临床研究指导原则》，以患者腹痛程度、排便频率、大便性质及其他伴随症状的不同程度为评分标准，从轻到重分别计 0、3、6、9 分；2) IBS 生活质量量表 (IBS-QOL 量表)：本量表为评价 IBS 患者生活质量的专用量表^[5]，能够反映患者在情绪、饮食、家庭、异性等 8 个领域的内容。

1.7 中医证候疗效评定标准 参照《中药新药治疗治疗泄泻的临床研究指导原则》拟定，依据“尼莫地平法”来对患者的临床疗效进行评价：疗效指数 (n) = (治疗前积分-治疗后积分)/治疗前积分 × 100%。临床痊愈：n ≥ 95%；显效：70% ≤ n < 95%；有效：30% ≤ n < 70%；无效：n < 30%。

1.8 统计学方法 本研究采用 SPSS 17.0 统计学软件进行数据的统计分析，当 P < 0.05 时结果具有统计学意义，若 P > 0.05 则代表结果无统计学意义。不符合正态分布的计量资料使用秩和检验，否则选用 t 检验；计数资料选用卡方检验。计量资料的描述采用均数 ± 标准差 ($\bar{x} \pm s$)。

2 结果

治疗结束后剔除脱落病例，最终纳入统计病例总数为 57 例，其中温针灸组 29 例，常规针刺组 28 例。

2.1 治疗前后中医证候积分比较 见表 1。

表 1 治疗前后中医证候积分比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	症状	治疗前	治疗后
温针灸治疗组	冲突行为	61.65 ± 16.14 [*]	86.08 ± 8.14 ^{△△*}
	烦躁不安	75.53 ± 12.47 [*]	86.32 ± 11.20 ^{△△*}
	家庭关系	68.86 ± 12.06 [*]	81.58 ± 11.31 ^{△△**}
	健康忧虑	64.46 ± 19.79 [*]	80.27 ± 19.09 ^{△△*}
	社会反应	73.69 ± 15.25 [*]	78.96 ± 11.63 ^{△△*}
	身体角色	78.32 ± 9.41 [*]	92.14 ± 6.19 ^{△△*}
	异性概念	84.21 ± 15.50 [*]	90.13 ± 14.78 ^{**}
	饮食限制	71.72 ± 12.73 [*]	80.28 ± 12.01 ^{△△*}
	冲突行为	60.50 ± 18.97	72.26 ± 16.73 ^{△△}
	烦躁不安	72.61 ± 16.14	80.05 ± 12.00 ^{△△}
常规针刺对照组	家庭关系	69.61 ± 20.82	78.44 ± 13.84 [△]
	健康忧虑	65.08 ± 18.61	78.44 ± 11.43 ^{△△}
	社会反应	70.61 ± 17.64	77.97 ± 13.81 ^{△△}
	身体角色	77.24 ± 14.32	82.00 ± 9.86 [△]
	异性概念	85.29 ± 12.68	90.44 ± 12.13 [△]
	饮食限制	55.89 ± 16.09	64.01 ± 14.59 [△]

注：* 代表治疗前 2 组比较 P > 0.05；** 代表治疗后 2 组比较 P > 0.05；△△ 代表治疗后与治疗前比较 2 组 P < 0.01；△ 代表治疗后与治疗前比较 2 组 P < 0.05；# 代表治疗后 2 组比较 P < 0.01；# 代表治疗后 2 组比较 P < 0.05。

由表 1 可知 2 组治疗前的各证候积分相比，P > 0.05；2 组治疗后各证候积分较治疗前明显改善，P < 0.05；温针灸组在腹部胀痛、排便急迫感、泄泻、胁肋胀痛这 4 项证候上积分改善程度较常规针刺组更加显著，且 P < 0.05；2 组在暖气、抑郁烦躁、肢软乏力、纳差这 4 项证候积分相比，P > 0.05。

2.2 治疗前后 IBS-QOL 量表积分比较 见表 2。

表 2 治疗前后 IBS-QOL 量表积分比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	症状	治疗前	治疗后
温针灸治疗组	冲突行为	61.65 ± 16.14 [*]	86.08 ± 8.14 ^{△△*}
	烦躁不安	75.53 ± 12.47 [*]	86.32 ± 11.20 ^{△△*}
	家庭关系	68.86 ± 12.06 [*]	81.58 ± 11.31 ^{△△**}
	健康忧虑	64.46 ± 19.79 [*]	80.27 ± 19.09 ^{△△*}
	社会反应	73.69 ± 15.25 [*]	78.96 ± 11.63 ^{△△*}
	身体角色	78.32 ± 9.41 [*]	92.14 ± 6.19 ^{△△*}
	异性概念	84.21 ± 15.50 [*]	90.13 ± 14.78 ^{**}
	饮食限制	71.72 ± 12.73 [*]	80.28 ± 12.01 ^{△△*}
	冲突行为	60.50 ± 18.97	72.26 ± 16.73 ^{△△}
	烦躁不安	72.61 ± 16.14	80.05 ± 12.00 ^{△△}
常规针刺对照组	家庭关系	69.61 ± 20.82	78.44 ± 13.84 [△]
	健康忧虑	65.08 ± 18.61	78.44 ± 11.43 ^{△△}
	社会反应	70.61 ± 17.64	77.97 ± 13.81 ^{△△}
	身体角色	77.24 ± 14.32	82.00 ± 9.86 [△]
	异性概念	85.29 ± 12.68	90.44 ± 12.13 [△]
	饮食限制	55.89 ± 16.09	64.01 ± 14.59 [△]

注：* 代表治疗前 2 组比较 P > 0.05；△ 代表治疗后与治疗前比较 P < 0.05；△△ 代表治疗后 2 组组比较 P < 0.01；** 代表治疗后 2 组组比较 P > 0.05；# 代表治疗后 2 组比较 P < 0.05。

由表 2 可知治疗前 2 组各维度积分比较，P > 0.05；治疗后，温针灸治疗组和常规针刺对照组 8 个维度得分均较治疗前提高，P < 0.05；温针灸在改善

冲突行为、烦躁不安、健康忧虑、身体角色这 4 个维度积分较常规针刺更加显著, $P < 0.05$; 对 2 组在其他维度积分改善的差异进行比较, $P > 0.05$ 。

2.3 中医证候疗效比较 见表 3。

表 3 中医证候疗效比较

组别	例数	临床痊愈	显效	有效	无效	总有效(%)
温针灸组	29	6	8	13	2	93.1
常规针刺组	28	4	4	15	5	82.1

由表 3 可知, 常规针刺组的治疗总有效率 82.1%, 而温针灸组的总有效率为 93.1%, $P < 0.05$, 说明温针灸改善腹泻型 IBS(肝郁乘脾证)患者症状的疗效较常规针刺更加显著。

3 讨论

IBS 是一种常见的结肠功能性疾病, 病理基础主要为结肠蠕动、环形肌收缩、黏液分泌功能出现紊乱^[6], 其发病与内分泌因素^[7]、心理因素^[8]、胃肠动力学异常^[9]、肠道感染^[10]及内脏敏感性异常^[11]等多种因素有关。西医学迄今尚缺乏疗效肯定的药物, 多采用解痉剂、止泻药、抗生素、微生态制剂等缓解症状。

中医学根据本病腹痛、腹泻、腹胀等病症特点, 将其归属于“肠郁”“大肠泄”等疾病的范畴。它的发病主要与饮食所伤、情志失调、感受外邪、禀赋不足等因素相关。本病与肝、脾两脏功能失调最为密切, 肝主疏泄, 肝气郁滞, 不能条达, 横逆犯脾, 损失脾胃功能; 而脾主运化、升清, 胃主降浊, 脾胃受损则清浊不能分明, 升降不能协调, 导致肠道传导功能失常, 故致腹泻、腹痛、腹胀等症。肝乘脾土、脾土受伐是本病的基本病机。

本研究所选天枢为大肠经的腹募穴, 主调理中焦, 有通调肠腑、分清别浊之功; 大肠俞为大肠经背俞穴, 与天枢相配属俞募相配, 能平衡阴阳, 调理大肠; 中脘为胃之募穴, 能健运中州、调理气机; 足三里同为“四总穴”及“下合穴”之一, 具有通调肠腑之功; 脾俞为足太阴脾经的背俞穴, 能健脾、和胃、化湿; 太冲属肝经, 为五输穴中的输穴, 具有疏理肝气之功。以上诸穴合用, 能使肝郁得疏, 脾运得健, 清阳升发, 浊阴沉降, 恢复胃肠运化、腐熟、传导之功, 故泄泻乃止。

针灸作为我国瑰宝之一, 具有身心同治的整体调节作用。大量现代研究证明, 针灸治疗本病疗效确切, 其机制与针刺相关穴位能有效调节患者胃肠动力、脑肠肽^[12]、自由基, 改善内脏高敏状态^[13]有

关。目前普遍认为艾灸的治疗根本是药物作用和温热刺激, 但有现代研究认为艾灸还具有红外物理特性^[14]。艾灸能有效增加机体能量, 增强机体内在抵抗力, 对机体内分泌、免疫、代谢等功能具有显著的调节作用^[15]。

温针灸是一种同时具有针刺和艾灸 2 种作用的传统疗法, 它所产生的疗效不仅仅是一加一等于二那么简单。有研究表明, 艾灸治疗时皮下与基层内的温度变化与表皮不同, 灸法的疗效受穴位温度变化的影响^[16]。温针灸传热主要集中在插入的针上, 热沿着针传导的速度最快, 其他方向上的传递速度相对较慢, 呈现出明显的 V 字型^[17]。温针灸能快速而有效的将艾灸的温热及红外物理刺激作用于腧穴深层, 从而使针刺与艾灸的疗效最大化。

本研究中温针灸和常规针刺均能有效的改善 IBS-D 患者的各项症状, 能显著提高患者的生活质量。在改善中医证候方面, 温针灸组对腹部胀痛、排便急迫感、泄泻、胁肋胀痛这 4 项证候优于常规针刺组。在改善生活质量方面, 温针灸组对于冲突行为、烦躁不安、健康忧虑、身体角色这 4 个维度生活质量优于常规针刺组。对于中医证候疗效比较, 温针灸组不论是痊愈率, 还是总有效率都高于常规针刺组。实验证明温针灸治疗本病疗效确切, 且不良反应小, 值得进一步研究及临床推广。

参考文献

[1] 胡品津, 潘国宗. 中华医学会第一届全国肠易激综合征学术会议纪要[J]. 中华内科杂志, 2003, 42(9): 658-659.

[2] 郑筱萸. 中药新药研究临床指导原则[S]. 北京: 中国医药科学技术出版社, 2002: 139-143.

[3] 朱校军. 针灸治疗肠易激综合征临床随机对照试验的系统评价[D]. 广州: 广州中医药大学, 2010.

[4] 中华中医药学会脾胃病分会. 消化不良中医诊疗共识意见(2009)[S]. 中国中西医结合杂志, 2010, 30(5): 533-537.

[5] Patrick DL, Drossman DA, Frederick IO, et al. Quality of life in persons with irritable bowel syndrome: development and validation of a new measure[J]. Dig Dis Sci, 1998, 43(2): 400-411.

[6] 中华医学会. 临床诊疗指南消化系统疾病分册[S]. 北京: 人民卫生出版社, 2004: 11.

[7] Goncalves L, Almeida A, Pertovaara A. Pronociceptive changes in response properties of rostroventromedial medullary neurons in a rat model of peripheral neuropathy[J]. Eur J Neurosci, 2007, 26(8): 2188-2195.

[8] 黄怡, 吴建玲. 我院肠易激综合征患者心理因素分析[J]. 吉林医学, 2011, 32(7): 1338-1340.

[9] Osullivan M, Clayton N, Wong T, et al. Increased CD3 lymphocytes and inos; futher evidence of an inflammatory response in irritable bowel syndrome[J]. Gut, 2000, 43: 47-50.

- [10] Jones MP, Craig R, Olinger E, et al. Small intestinal bacterial overgrowth is associated with irritable bowel syndrome: the cart lands squarely in front of the horse [J]. Am J Gastroenterol, 2001, 96 (11): 3503-3506.
- [11] Bouin M, Plourde V, Boivin M. Rectal distention testing in patients with irritable bowel syndrome: sensitivity, specificity, and predictive values of pain sensory thresholds [J]. Gastroentero, 2002, 122 (7): 1771-1777.
- [12] 陈永萍. 针灸对不同证型肠易激综合征结肠电、脑肠肽的影响 [D]. 广州: 广州中医药大学, 2000.
- [13] Xing J, Larive B, Mekhail N, et al. Transcutaneous electrical acustimulation can reduce visceral perception in patients with the irritable bowel syndrome: A pilot study [J]. Altern Ther Health Med, 2004, 10 (1): 38-42.
- [14] 王晓梅, 穆敬平, 丁光宏, 等. 艾灸效应的红外物理特性研究进展 [J]. 辽宁中医药大学学报, 2010, 12 (4): 63-66.
- [15] 王磊, 李学武, 张莉. 艾灸疗法作用机理国内外研究进展 [J]. 中国针灸, 2001, 21 (9): 567-570.
- [16] 董新民, 董泉声, 先茂全, 等. 不同灸法对穴位温度影响的对比观察 [J]. 中国针灸, 1999, 19 (1): 22.
- [17] 程珂, 丁轶文, 沈雪勇, 等. 温针灸的传热学研究 [J]. 上海针灸杂志, 2007, 26 (8): 32-36.
- (2016-01-17 收稿 责任编辑: 徐颖)

(上接第 2403 页)

- [2] 翟佳丽, 蒋萃, 邓丽莎, 等. 针灸治疗脑中风失语证疗效评定标准述评 [A]. //2010 年中国针灸学会脑病专业委员会/循证针灸专业委员会学术大会论文集 [C], 2010, 3 (2): 380-382.
- [3] 张勇, 傅立新, 朱原, 等. 针刺治疗中风失语症疗效的系统评价 [J]. 针灸临床杂志, 2014, 8 (11): 62-65.
- [4] 曲爱华. 中风失语病机分析及综合方案治疗中风失语症 59 例的临床研究 [D]. 济南: 山东中医药大学, 2012.
- [5] 龚文慧. 中医药治疗中风性失语 21 例临床思路构建 [J]. 中医临床研究, 2015, 8 (13): 52-53.
- [6] 聂文彬. 针灸益脑调神法治疗脑卒中运动性失语疗效观察 [J]. 北京中医药, 2011, 30 (12): 938-939.
- [7] 谢煜. “醒脑开窍针法”治疗中风后运动性失语的临床研究 [D]. 广州: 广州中医药大学, 2015.
- [8] 王智芳. 针灸治疗缺血性中风后运动性失语的疗效观察 [D]. 武汉: 湖北中医药大学, 2011.
- [9] 金秀丽. 活血通窍散治疗气滞血瘀型中风失语 50 例 [J]. 陕西中医, 2012, 33 (6): 664-664.
- [10] 白晓辉. 中医药综合方案对中风失语干预的临床研究 [D]. 郑州: 河南中医学院, 2013.
- [11] 费爱华, 徐斌. 蔡圣朝运用针灸治疗中风后失语经验 [J]. 安徽中医药大学学报, 2015, 34 (5): 45-47.
- [12] 黄璇, 李如祥. 针刺放血结合康复训练治疗中风失语 13 例临床观察 [J]. 云南中医中药杂志, 2012, 33 (8): 51-51.
- [13] 王涛. 中药联合针灸治疗缺血性中风后失语临床观察 [J]. 中国中医急症, 2012, 21 (1): 112-113.
- [14] 白晓辉. 中医药综合方案对中风失语干预的临床研究 [D]. 郑州: 河南中医学院, 2013.
- [15] 周益凡, 姜迎萍. 近五年中风失语症治疗的研究进展 [J]. 新疆中医药, 2014, 32 (6): 79-82.
- [16] 孔立滨. 针灸联合通络扶正汤在老年缺血性脑卒中偏瘫早期干预中的临床疗效 [J]. 中国卫生标准管理, 2015, 12 (10): 12-15.
- [17] 朱德军, 杨小琼, 袁婉丽, 等. 针灸联合通络扶正汤在老年缺血性脑卒中偏瘫早期干预中的临床疗效 [J]. 中国老年学杂志, 2014, 6 (11): 112-114.
- [18] 林恒凯, 洪峰. 中医综合康复治疗气虚血瘀型缺血性中风恢复期的疗效观察 [J]. 按摩与康复医学, 2015, 12 (24): 119-121.
- [19] 朱玲玲, 俞年塘. 针灸改善缺血性中风患者血液高黏状态的研究进展 [J]. 中医临床杂志, 2012, 24 (6): 87-91.
- [20] 杜文华, 陈琳. 针灸治疗缺血性中风效果观察 [J]. 中国医药导报, 2013, 10 (5): 12-16.
- (2016-03-08 收稿 责任编辑: 徐颖)