

神阙穴隔姜隔药灸治疗腹泻型肠易激综合征 30 例临床观察

苏冬梅 李树斌 白桦

(中国中医科学院广安门医院南区 1 科, 北京, 102618)

摘要 目的:观察隔姜隔药灸对腹泻型肠易激综合征的疗效及粪便球杆比的影响。方法:选取 2015 年 10 月至 2016 年 9 月中国中医科学院广安门医院南区门诊及住院的腹泻型肠易激综合征患者 30 例,均进行隔姜隔药灸,1 次/d,疗程为 1 个月。观察患者治疗前后 IBS-SSS 积分及粪便球杆比的变化。结果:患者治疗前 IBS-SSS 积分为 (352.17 ± 92.50) 分,治疗后积分为 (70.83 ± 59.42) 分,治疗后积分较治疗前明显下降,差异有统计学意义($P < 0.001, t = 20.570$);治疗前粪便涂片中杆菌比例为 $(55.67 \pm 17.56)\%$,治疗后杆菌比例为 $(78.0 \pm 10.64)\%$,结果显示治疗后患者粪便涂片中杆菌比例升高,差异有统计学意义($P < 0.001, t = -6.968$)。结论:神阙穴隔姜隔药灸可有效改善腹泻型肠易激综合征患者的临床症状,并可明显改善患者 IBS-SSS 积分,提高患者粪便涂片中杆菌比例。

关键词 隔姜隔药灸;腹泻型肠易激综合征;球杆比;IBS-SSS 积分

Diarrhea-type Irritable Bowel Syndrome Treated by Ginger Moxibustion on Shenque: A Clinical Observation of 30 Cases

Su Dongmei, Li Shubin, Bai Hua

(Southern branch of Guang'anmen Hospital, Beijing 102618, China)

Abstract Objective: To observe the efficacy of ginger moxibustion on diarrhea-type irritable bowel syndrome (D-IBS) and the changes on proportion of cocci and bacilli. **Methods:** Thirty patients were treated by ginger moxibustion on Shengue for 1 months, once per day. The monitored indexes included IBS-SSS score and proportion of cocci and bacilli. **Results:** The IBS-SSS scores before and after treatment were 352.17 ± 92.50 and 70.83 ± 59.42 . After treatment, the score was significantly lower than that before treatment ($P < 0.001, t = 20.570$); The proportion of bacilli in fecal smears increased after treatment ($P < 0.001, t = -6.968$). **Conclusion:** Ginger moxibustion on Shengue can effectively improve the patient's clinical symptoms, the IBS-SSS score, and the proportion of bacilli in fecal smears.

Key Words Ginger moxibustion on Shengue; Diarrhea-type irritable bowel syndrome (D-IBS); Proportion of cocci and bacilli; IBS-SSS score

中图分类号:R256.3;R245.81 文献标识码:A doi:10.3969/j.issn.1673-7202.2017.05.046

肠易激综合征(Irritable Bowel Syndrome, IBS)是一种功能性肠病,是以腹痛、腹胀、排便习惯和(或)大便性状改变为临床表现的临床综合征,是一种常见病、多发病,在发达国家,其发病率已达到 $10\% \sim 15\%$ ^[1]。本病具有病程长、症状复杂多变的特点,且现代医学尚没有一种药物能完全有效地治疗本病,仍以对症治疗为主^[2-3],严重降低患者的生活质量、带来巨大的经济负担,占用大量医疗资源^[4-5]。而本病是中医特色病种之一,传统中药对本病有较好疗效,近年来外治法尤其是灸法研究越来越多,取得明显疗效。因此,本研究采用神阙穴隔姜隔药灸治疗腹泻型 IBS 取得较好疗效,为今后本病基层中医特色诊疗方法的推广提供客观依据。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2015 年 10 月至 2016 年 9 月在中国中医科学院广安门医院南区就诊的 IBS 患者 30 例。其中男 19 例,女 11 例,男女之比是 1.73:1;年龄 21 ~ 62 岁,平均年龄 (37.63 ± 11.79) 岁。病程 6 个月至 19 年,平均病程 (61.57 ± 52.14) 个月。

1.2 诊断标准 西医诊断标准:参照罗马 III IBS 诊断标准^[6]:患者在诊断前 6 个月内腹痛或腹部不适症状,在最近 3 个月内,每个月至少有 3 d 具有持续发作的腹痛或不适症状(腹部不适指难以用疼痛来形容的不适感),并至少具有以下 2 项或以上的临床表现:1)排便后临床症状改善;2)临床症状发作时伴有排便频率改变;3)发作时大便性状外观改变。以

下症状支持 D-IBS 诊断:1)排便频率增加:排便次数 >3 次/d;2)排便时有不尽感或排便紧迫感;3)腹胀;4)排黏液便;5)血常规、尿常规、粪常规及粪便细菌培养、隐血试验、肝肾功能、腹部超声、电子肠镜等相关临床检查均未发现异常。中医诊断标准:参照《中药新药临床研究指导原则》制定^[7]。1)大便次数及大便的量和性状发生变化:大便次数 ≥ 3 次/d;不成形稀便量 ≥ 300 g/d 或频繁的水样便。2)病程:2~4 周内反复发作或病程超过 2 个月的腹泻。

1.3 纳入标准 1)符合 D-IBS 中西医诊断标准的门诊或住院患者;2)年龄 18~75 岁,性别不限;3)IBS-SSS 综合量表评分 ≥ 75 分;4)自愿加入本研究并签署知情同意书。

1.4 排除标准 1)其他类型(便秘型、混合型和不定型)IBS 患者;2)合并消化道器质性疾病、甲亢、甲减、糖尿病或胆囊切除术而导致腹泻者;3)近 4 周内使用过药物治疗的 IBS 患者;4)妊娠妇女及育龄期妇女,哺乳期妇女;5)有精神病或精神病家族史;6)正在参加其他临床试验的受试者。

1.5 剔除与脱落标准 已入组病例但符合以下之一者,应予剔除:1)误诊、误纳;2)符合排除标准;3)无任何检测记录者。经知情同意、并筛选合格进入随机化试验的受试者,因故未完成本方案所规定的疗程及观察周期,或因过敏,或治疗过程中安全性检查指标出现异常,或其他不良反应、治疗无效而退出试验的病例,均作为脱落病例。

1.6 治疗方法 所有 30 例患者均采用神阙穴隔姜隔药灸治疗。具体如下:患者平卧,洗净肚脐,将药泥(按党参:荜茇:肉桂:丁香 = 1.5:1:1:1 比例配置,取 7~8 g/次,加入少许黄酒和成泥丸状,所有药物均为配方颗粒,由北京康仁康药业提供)放置于神阙穴,上覆约 0.5 cm 厚度的生姜片,取直径 2 cm 高 4 cm 艾柱(江苏康美制药有限公司生产,国药准字 Z32020253,规格:25 g $\times$ 10 支/盒)放置于生姜片上以不起泡为原则进行艾灸,1 次/d,疗程为 1 个月。

1.7 观察指标 于治疗前后分别进行粪便涂片(球/杆比)及 IBS-SSS 量表测评,观察血尿便常规、心电图、肝功能(ALT、AST)、肾功能(BUN、Cr)。

1.8 疗效判定标准 IBS-SSS 综合量表由 5 个方面组成评价体系,包括腹痛程度、腹痛频率、腹胀程度、排便满意度及对生活的影响,通过折算每个条目的评分范围是 0~100 分,IBS-SSS 量表总分为 500 分,并且根据不同分值可划分为以下 4 个病情程度分期:1)IBS-SSS 分值 < 75 分:缓解期;2)75 $\leq$ IBS-SSS

分值 < 175 分:轻度;3)174 $\leq$ IBS-SSS 分值 < 300 分:中度;4)IBS-SSS ≥ 300 分:重度。参照《中药新药临床研究指导原则》的疗效评定标准,采用尼莫地平法计算。疗效指数 = (治疗前积分 - 治疗后积分)/治疗前积分 $\times 100\%$ 。1)临床痊愈:症状、体征消失或基本消失,积分减少 $\geq 95\%$;2)显效:症状、体征明显改善,积分减少 $\geq 70\%$,但 $< 95\%$;3)有效:症状、体征均有好转,积分减少 $\geq 30\%$,但 $< 70\%$;4)无效:症状、体征均无明显好转,甚或加重,积分减少 $< 30\%$ 。

1.9 统计学方法 采用 SPSS 22.0 统计软件进行统计分析,计数资料采用 χ^2 检验,计量资料组间采用用配对样本 t 检验,采用双侧检验,以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 治疗前后 IBS-SSS 积分比较 结果显示:30 例患者治疗前 IBS-SSS 积分为 (352.17 ± 92.50) 分,其中重度 21 例,中度 8 例,轻度 1 例;治疗后 IBS-SSS 积分为 (70.83 ± 59.42) 分,其中重度 0 例,中度 3 例,轻度 27 例;经统计学分析,治疗后 IBS-SSS 积分明显下降,差异有统计学意义($P < 0.001$, $t = 20.570$)。其中痊愈 5 例(16.7%)、显效 19 例(63.3%)、有效 6 例(20%)、无效 0 例,总有效率达 100%。

2.2 治疗前后粪便涂片杆菌比例比较 30 例患者治疗前粪便涂片中杆菌比例为 $(55.67 \pm 17.56)\%$,治疗后杆菌比例为 $(78.0 \pm 10.64)\%$,结果显示治疗后患者粪便涂片中杆菌比例升高,差异有统计学意义($P < 0.001$, $t = -6.968$)。

2.3 安全性结局 本研究于治疗前、治疗后对患者进行肝肾功、心电图、血尿便常规等安全性指标检测,结果显示:各结局点,2 组患者安全性指标均未见异常,所有患者均未出现任何与本病无关的不良反应,均未见不良事件。

3 讨论

中医学多将本病归属于“腹痛”“泄泻”“便秘”等范畴,认为发病机制与肝、脾、肾关系密切,常因情志不调、饮食不节、劳倦过度、寒冷刺激等因素诱发或加重。《医方考》载“泻责之脾,痛责之肝,肝责之实,脾责之虚,肝实脾虚,故令痛泻”。认为肝失疏泄,则脾运化受制,气机郁结不畅,功能紊乱而出现脘腹痞满,不思饮食,泄泻等症。其次脾虚也是致病另一重要因素,朱丹溪在《格致余论》中记载“脾是坤静之德,而有乾健之运,故能使心肺之阳降,肾肝之阴升,而成天地交泰,是为无病之人”。因此脾虚

也是致病的另一重要因素,即脾对各脏之间气机的协调运动起着重要的枢转作用。由各种原因导致的脾虚不能运化,致水湿内生,湿邪不化,困遏中土,脾气愈虚,导致便秘、腹泻、腹痛,脾虚亦可影响大小肠的功能,致肠腑传导失司,通降不利而出现多种肠道病症,如腹痛、腹胀、泄泻、便秘等。Meta 分析^[8]亦显示,本病常见证型以肝郁脾虚型及脾肾阳虚型多见。近年来,中医外治法逐渐开展,其中艾灸方法治疗腹泻型 IBS 的报道较多,均有较好的临床疗效。研究发现,隔物灸是治疗腹泻型 IBS 最常用的一种灸法,尤以隔姜灸。张云波等^[9]采用神阙穴隔姜灸治疗腹泻型 IBS,结果显示治疗效明显优于对照组 ($P < 0.01$),并阐述了神阙穴治疗腹泻型 IBS 的机制,认为神阙穴是奇经八脉之一任脉上的一个重要穴位,其与十二经脉相通,也与十二脏腑和全身相连。“经脉所通,主治所及”,其具有理肠止泻、健脾和胃、调理阴阳等作用。现代医学认为,肚脐具有皮肤菲薄、敏感度高、含有大量微血管、渗透力强、吸收力快等特点,药物分子较易通过脐部皮肤的角质层,进入细胞间质,迅速弥散入血液而通达全身发挥作用。

因此,本研究采用神阙穴隔姜隔药灸治疗腹泻型 IBS,我们结合临床腹泻型 IBS 为阳虚型或虚寒型多见,因此,组方配伍生姜辛、温,入肺、脾、胃经,温经散寒化湿;党参甘、平,入脾、肺经,补中益气;荜茇辛、大温,入胃、大肠经,温中散寒、止痛;丁香辛、温,入脾、胃、肺、肾经,温中壮阳;肉桂辛、甘、大热,入肝、肾、脾经,温脾胃、暖肾、通脉止痛;共奏温中止痛、温阳化湿功效。结果显示:神阙穴隔姜隔药灸可有效改善腹泻型 IBS 患者的临床症状,并可明显改善患者 IBS-SSS 积分,提高患者粪便涂片中杆菌比例。

近年来,越来越多的研究报道显示 IBS 患者多存在肠道菌群失调,肠道菌群失调与 IBS 的发生关系密切^[10-12]。随着对 IBS 病理生理学机制的不断探索,肠道菌群失调作为 IBS 发病机制之一便逐渐得到了重视,其相应治疗也不断开展中。而本研究结

果显示隔姜隔药灸可明显提高患者肠道有益菌—杆菌的比例,隔姜灸与肠道菌群相关性如何,其是否通过调节肠道菌群的变化而改善肠道功能呢?值得进一步探索。因此,今后可扩大样本量进一步明确隔姜隔药灸的疗效,并可对肠道有益菌如双歧杆菌等进行测定以明确以作用机制,为今后该疗法的推广应用提供客观依据。

参考文献

- [1] Keszthelyi D, Troost FJ, Masclee AA. Irritable bowel syndrome: methods, mechanisms, and pathophysiology. Methods to assess visceral hypersensitivity in irritable bowel syndrome[J]. Am J Physiol Gastrointest Liver Physiol, 2012, 303(2): G141-154.
- [2] 孙菁,袁耀宗. 肠易激综合征: 罗马Ⅲ标准与我国共识意见解读[J]. 医学与哲学, 2008, 29(12): 12-14.
- [3] 许斌,袁耀宗. 肠易激综合征的药物治疗[J]. 世界临床药物, 2009, 30(8): 465-470.
- [4] Hungin AP, Whorwell PJ, Tack J, et al. The prevalence, patterns and impact of irritable bowel syndrome: an international survey of 40,000 subjects[J]. Aliment Pharmacol Ther, 2003, 17(5): 643-650.
- [5] Schnrich S, Dembski R, Resch, et al. Analyzing the content of outcome measures in clinical trials on irritable bowel syndrome using the international classification of functioning, disability and health as reference[J]. Rehabilitation (Stuttg), 2006, 45(3): 172-180.
- [6] Drossman DA. The functional gastrointestinal disorders and the Rome III process[J]. Gastroenterology, 2006, 130(5): 1377-1390.
- [7] 国家食品药品监督管理局. 中药新药临床研究指导原则(试行)[S]. 北京: 中国医药科技出版社, 2003: 124-172.
- [8] 赵健,严季澜,李柳骥. 中医治疗肠易激综合征用药规律分析[J]. 中医学报, 2015, 30(4): 586-589.
- [9] 张云波,颜春艳,谢胜. 神阙穴隔姜灸治疗腹泻型肠易激综合征 30 例[J]. 江西中医药, 2007, 38(8): 69-70.
- [10] Kassinen A, Krogius-Kurikka L, Mäkiuokko H, et al. The fecal microbiota of irritable bowel syndrome patients differs significantly from that of healthy subjects[J]. Gastroenterology, 2007, 133(1): 24-33.
- [11] Tana C, Umesaki Y, Imaoka A, et al. Altered profiles of intestinal microbiota and organic acids may be the origin of symptoms in irritable bowel syndrome[J]. Neurogastroenterol Motil, 2010, 22(5): 512-519, e114-115.
- [12] Dai C, Zheng CQ, Jiang M, et al. Probiotics and irritable bowel syndrome[J]. World J Gastroenterol, 2013, 19(36): 5973-5980.

(2016-11-24 收稿 责任编辑:王明)

(上接第 1140 页)

- [12] Keefe EB, Zeuzem S, Koff RS, et al. Report of an international workshop: Roadmap for management of patients receiving oral therapy for chronic hepatitis B[J]. Clin Gastroenterol Hepatol, 2007, 5(8): 890-897.

- [13] 朱金照,王艳丽,吕勇,等. 肝硬化大鼠小肠 Cajal 间质细胞超微

结构及平滑肌细胞线粒体膜电位的变化[J]. 中华实验和临床感染病杂志(电子版), 2010, 4(3): 278-282.

- [14] 中华医学会传染病与寄生虫病学分会,肝病学会. 病毒性肝炎的诊断标准[J]. 中西医结合肝病杂志, 2001, 11(1): 56-59.

(2017-03-21 收稿 责任编辑:王明)