

本文引用:毛一之,喻斌.加味痛泻要方配合穴位贴敷治疗腹泻型肠易激综合征临床观察[J].湖南中医药大学学报,2017,37(4):416-419.

加味痛泻要方配合穴位贴敷治疗腹泻型 肠易激综合征临床观察

毛一之,喻斌*

(湖南中医药大学第一附属医院,湖南长沙 410007)

[摘要] **目的** 观察加味痛泻要方配合穴位贴敷治疗腹泻型肠易激综合征(肝郁脾虚证)的临床疗效。**方法** 将90例腹泻型肠易激综合征(肝郁脾虚证)患者随机分为综合治疗组、中药治疗组和西药对照组,综合治疗组予加味痛泻要方口服联合穴位贴敷,中药治疗组以加味痛泻要方口服,西药对照组予马来酸曲美布汀片剂配合双歧杆菌三联活菌胶囊口服。**结果** 治疗后总有效率综合治疗组为93.3%,中药治疗组为80.0%,西药对照组为66.7%,综合治疗组疗效优于中药治疗组及西药对照组($P<0.05$),中药治疗组优于西药对照组($P<0.05$)。3组治疗后中医证候总积分、腹痛VAS评分及单项症状积分均显著低于治疗前($P<0.05$),且综合治疗组各积分低于中药治疗组及西药对照组($P<0.05$),中药治疗组低于西药对照组($P<0.05$)。3组在治疗中未发生不良反应。**结论** 加味痛泻要方配合穴位贴敷治疗腹泻型肠易激综合征,能明显改善临床症状,提高临床疗效,且无不良反应。

[关键词] 肠易激综合征;加味痛泻要方;穴位贴敷;临床疗效

[中图分类号] R256.34;R574.6

[文献标识码] B

[文章编号] doi:10.3969/j.issn.1674-070X.2017.04.020

Clinical Effect of the Modified Tongxie-Yaofang Combined with Acupoint Application in the Treatment of Diarrhea Type Irritable Bowel Syndrome

MAO Yizhi, YU Bin*

(The First Affiliated Hospital of Hunan University of Chinese Medicine, Changsha, Hunan 410007, China)

[Abstract] **Objective** To observe the clinical effect of the modified Tongxie-Yaofang combined with acupoint application in the treatment of irritable bowel syndrome (IBS) (liver depression and spleen deficiency syndrome). **Methods** The 90 cases of IBS patients were randomly divided into comprehensive treatment (CT) group, Chinese medicine treatment (CMT) group and Western medicine treatment (WMT) group. The CT group were treated with the modified Tongxie-Yaofang combined with acupoint application. The CMT group were administrated with the modified Tongxie-Yaofang. The WMT group was given orally with trimebutine maleate tablets combined live combined bifidobacterium and lactobacillus capsules. **Results** The total effective rate of CT group was 93.33%, which was superior to the rate 80.0% of CMT group and 66.67% of WMT group ($P<0.05$), and the CMT group was better than the WMT group ($P<0.05$). After treatment, the TCM syndrome score, epigastric pain VAS score and single symptom score in three groups reduced significantly than before treatment ($P<0.05$). The scores of CT group were lower than the CMT group and WMT group ($P<0.05$), and the CMT group were lower than WMT group ($P<0.05$). No obvious side effects occurred in three groups. **Conclusion** The modified Tongxie-Yaofang combined with acupoint application could significantly improve the clinical symptoms of IBS with liver depression and spleen deficiency syndrome, which is safe, and without obvious side effect.

[Keywords] irritable bowel syndrome; modified Tongxie-Yaofang; acupoint application; clinical efficacy

[收稿日期] 2017-01-19

[作者简介] 毛一之,女,在读硕士研究生,研究方向:中医药治疗消化系统疾病。

[通讯作者] * 喻斌,男,教授,硕士研究生导师,E-mail:yubin410@163.com。

肠易激综合征(IBS)是最常见的胃肠道功能紊乱性疾病,发病者以中青年居多,主要表现为腹痛、腹部不适,伴大便性状或频数改变。目前尚未发现任何能明确导致IBS的结构或生理性病因,且对于发病机制尚未有肯定的解释,可能的机制包括:内脏敏感性升高、反应疼痛的中枢神经系统功能异常、胃肠动力紊乱、肠道菌群失调、心理障碍等^[1-2]。

该病的治疗方法较多,多以经验性用药、改善症状为主,但由于病因不明确,化学药物单靶点作用,往往缺少有针对性的治疗手段而难以取得满意的疗效。根据IBS的临床症状,一般认为可隶属于中医“腹痛”、“泄泻”、“便秘”等范畴。笔者在导师指导下运用加味痛泻要方配合穴位贴敷治疗腹泻型IBS获得较好疗效,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

90例均为湖南中医药大学第一附属医院2016年5月至2016年12月的住院患者,按随机数字表法随机分为3组:综合治疗组30例,其中男14例,女16例,平均年龄(46.60±7.52)岁,平均病程(9.60±5.36)年;中药治疗组30例,其中男15例,女15例,平均年龄(45.20±8.67)岁,平均病程(7.94±5.88)年;西药对照组30例,其中男16例,女14例,平均年龄(44.00±7.92)岁,平均病程(8.30±6.02)年。3组临床资料比较,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 参照罗马Ⅲ诊断标准(参照美国胃肠病学2006年洛杉矶年会公布标准)和中华医学会消化病学分会《肠易激综合征诊治共识意见》^[3]:诊断前症状出现至少6个月,最近3个月内每个月至少有3d出现反复发作的腹痛或不适症状,合并以下2条或多条:(1)排便后症状缓解;(2)发作时伴有排便频率改变:每日排便 >3 次;(3)发作时伴有大便性状(外观)改变:稀便(糊状便)或水样便 $\geq 25\%$ 。

1.2.2 中医证候诊断标准 中医肝郁脾虚辨证标准参照《中药新药临床研究指导原则》^[4]。主症:(1)泄泻;(2)腹痛,每因情志不畅而发或加重,泻后痛缓。次症:(1)胸胁胀闷;(2)嗝气;(3)食欲不振;(4)舌质淡红,舌苔薄白,脉弦。

1.3 纳入标准

(1)符合罗马Ⅲ腹泻型IBS诊断标准;(2)中医

辨证属肝郁脾虚证;(3)年龄18~65岁;(4)近2周内未用过治疗腹泻型IBS的药物;(5)知情同意并签署知情同意书。

1.4 排除标准

(1)患有其他消化系统器质性病变者;(2)妊娠或哺乳期妇女;(3)合并有心血管、脑血管、肝肾或造血系统等严重原发性疾病及精神病患者;(4)依从性差,不愿意配合治疗或不愿意参加试验者。

1.5 治疗方法

1.5.1 西药对照组 给予马来酸曲美布汀(天津田边制药有限公司生产,0.1g/片),每次0.1g,每天3次;联合双歧杆菌三联活菌(上海信谊药厂有限公司生产,210mg/粒,含活菌数分别不低于 1.0×10^7 CFU),每次0.42g,每天3次。疗程为4周。

1.5.2 中药治疗组 给予加味痛泻要方治疗。处方组成:炒白术10g,白芍20g,陈皮10g,防风10g,茯苓15g,醋柴胡10g,枳壳10g,香附10g,白扁豆10g,砂仁6g,木香6g,炙甘草6g。每日1剂,水煎服,由湖南中医药大学第一附属医院煎药房煎煮后用无菌真空袋分装为150mL袋,早晚饭后30min各服1袋。疗程为4周。

1.5.3 综合治疗组 在中药治疗组的基础上,配合穴位敷贴治疗,依据脏腑辨证的原则选取穴位:主穴:关元(前正中线上,当脐中下3寸)、中脘(前正中线上,当脐中上4寸)、神阙(肚脐中央),配穴:脾俞(第11胸椎棘突下,旁开1.5寸)、胃俞(第12胸椎棘突下,旁开1.5寸)、肝俞(第9胸椎棘突下,旁开1.5寸);选取莱菔子1粒(购自湖南中医药大学药房,由制剂室统一制作)制成圆形敷料固定在上述穴位,按压以“得气”,每次贴30min,2次/d,可适当辅助按压,以加强刺激,每次按压以取穴处感到热胀和微痛为度。疗程为4周。

1.6 观察指标

治疗前及治疗后记录症状评分,包括腹痛腹胀、大便性状、大便频数、胸胁胀闷、嗝气、食欲不振。比较分析3组临床疗效、治疗前后中医证候积分变化。

1.6.1 腹痛 采用视觉模拟评分法(VAS)^[5]评价:0分:无痛;1~3分:有轻微的疼痛,能忍受;4~6分:患者疼痛并影响睡眠,尚能忍受;7~10分:患者有渐强烈的疼痛,疼痛难忍,影响食欲,影响睡眠。

1.6.2 中医证候计分 参照2004年中西医结合学

会消化系统疾病专业委员会制定的《胃肠疾病中医证候评分表》^[9]。主症根据病情的无、轻、中、重分别计0、2、4、6分,次症根据病情的无、轻、中、重分别计0、1、2、3分,舌、脉象仅做参考,不参与评分。

1.7 疗效标准

参照《中药新药临床研究指导原则》^[14]相关标准拟定。(1)临床痊愈:大便次数、量及性状恢复正常,伴随症状及体征消失;(2)显效:大便次数每日2~3次,近似成形;或便溏而每日仅1次;伴随症状及体征总积分较治疗前减少70%以上;(3)有效:大便的次数和质有好转,伴随症状及体征总积分较治疗前减少35%以上;(4)无效:达不到上述标准或恶化者。

1.8 统计学方法

采用SPSS 21.0统计软件分析。计数资料以率或构成比表示,采用 χ^2 检验或秩和检验;计量资料以“ $\bar{x}\pm s$ ”表示,满足正态分布和方差齐性,采用 t 检验,不满足正态性分布及方差齐性者采用 t' 检验。 $P<0.05$ 表示差异有统计学意义。

2 结果

2.1 3组临床疗效比较

治疗后,综合治疗组与中药治疗组、西药对照组疗效比较,差异有统计学意义($P<0.05$)。中药治疗组与西药对照组疗效比较,差异有统计学意义($P<0.05$)。见表1。

表1 3组治疗后临床疗效比较 (例)

组别	n	治愈	显效	有效	无效	总有效率(%)
综合治疗组	30	15	9	4	2	93.3*#
中药治疗组	30	11	7	7	5	83.3#
西药对照组	30	8	6	6	10	66.7

注:与中药治疗组比较,* $P<0.05$;与西药对照组比较,# $P<0.05$ 。

2.2 3组治疗前后中医证候总积分比较

治疗前3组中医证候总积分比较差异无统计学

意义($P>0.05$),具有可比性;治疗后,3组中医证候总积分均明显低于治疗前($P<0.05$);治疗后两组组间比较,综合治疗组低于中药治疗组及西药对照组($P<0.05$),中药治疗组低于西药组($P<0.05$)。见表2。

表2 3组治疗前后中医证候总积分比较 (分, $\bar{x}\pm s$)

组别	例数	治疗前	治疗后
综合治疗组	30	13.35±6.34	3.3±3.46*#△
中药治疗组	30	14.23±5.88	6.1±4.34*#△
西药对照组	30	14.82±6.52	9.1±4.52△

注:与中药治疗组比较,* $P<0.05$;与西药对照组比较,# $P<0.05$;与治疗前比较,△ $P<0.05$ 。

2.3 3组治疗前后腹痛VAS评分比较

治疗前3组腹痛VAS积分比较差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性;治疗后,三组腹痛VAS积分均明显低于治疗前($P<0.05$);治疗后两组组间比较,综合治疗组低于中药治疗组及西药对照组($P<0.05$),中药治疗组低于西药组($P<0.05$)。见表3。

表3 3组治疗前后腹痛VAS积分比较 (分, $\bar{x}\pm s$)

组别	例数	治疗前	治疗后
综合治疗组	30	5.25±1.56	1.43±0.97*#△
中药治疗组	30	5.98±1.21	2.28±1.26*#△
西药对照组	30	5.66±1.68	3.13±1.44△

注:与中药治疗组比较,* $P<0.05$;与西药对照组比较,# $P<0.05$;与治疗前比较,△ $P<0.05$ 。

2.4 3组治疗前后单项症状积分比较

3组治疗前单项症状积分比较,差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。治疗后,3组中医单项症状积分均低于治疗前($P<0.05$)。治疗后两组组间比较,综合治疗组各单项症状积分低于中药治疗组及西药对照组($P<0.05$);中药治疗组各单项症状积分低于西药对照组($P<0.05$)。见表4。

表4 3组治疗前后单项症状积分比较 (分, $n=30,\bar{x}\pm s$)

症状	综合治疗组		中药治疗组		西药对照组	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
腹痛	4.46±1.26	1.48±0.98*#△	4.32±1.21	2.28±1.16*#△	4.66±1.57	3.17±1.53△
大便次数	4.21±1.62	0.92±1.15*#△	4.65±1.88	1.75±1.43*#△	4.54±1.69	2.64±1.56△
大便性质	4.31±1.42	0.86±1.22*#△	4.22±1.55	1.82±1.38*#△	4.53±1.52	2.96±1.59△
胸胁胀闷	1.21±0.82	0.05±0.28*#△	1.32±0.68	0.31±0.43*#△	1.42±0.62	0.61±0.46△
暖气	1.12±0.71	0.06±0.31*#△	1.21±0.68	0.34±0.42*#△	1.34±0.64	0.66±0.48△
食欲不振	1.14±0.93	0.11±0.32*#△	1.28±0.82	0.34±0.52*#△	1.26±0.74	0.69±0.65△

注:与中药治疗组比较,* $P<0.05$;与西药对照组比较,# $P<0.05$;与治疗前比较,△ $P<0.05$ 。

2.5 不良反应

3组在治疗中均未发生不良反应。

3 讨论

加味痛泻要方是导师喻斌教授在古方痛泻要方^[7]的基础上加味而成,由炒白术、白芍、陈皮、防风、茯苓、醋柴胡、枳壳、香附、白扁豆、砂仁、木香、炙甘草等组成。方中炒白术甘苦而性温,健脾燥湿以补脾土,醋柴胡苦辛以升散,条达肝气而疏肝解郁,共为君药;白芍酸寒,柔肝以抑制肝气过旺,还可缓急止痛,陈皮理气燥湿,醒脾和胃,共为臣药;防风辛能散肝郁,香能舒脾气,又为脾经引经之药,能胜湿以助止泻之功;茯苓、白扁豆补脾而不膩,除湿而不燥,为健脾化湿良药,白术、茯苓又有四君子之意;枳壳、砂仁辛散温通,行气调中,醒脾和胃;木香、醋香附辛散,微苦能降,微甘能和,疏肝解郁,调气止痛,香附用醋制过后,止痛之力更强,以上共为佐药;炙甘草和中调药且能健脾调中,为使药。诸药同用,肝脾同治、调运中焦、疏中寓补,散收兼使,刚柔相济,收涩而不留邪,补脾渗湿而止泻,柔肝理气而止痛,使脾健肝柔,痛泄自止,共奏疏肝理气、健脾止泻、调畅气机之功。本病的病机在于脾虚肝旺而乘之,多由于情志不畅,肝气郁滞,或饮食不节、起居不慎,脾胃之生理机能被破坏^[8];“湿胜则濡泻”,脾可运化水湿,肝的功能太过,不能疏泄,会抑制脾的运化;或脾需本身就不足以运化时,便不能将水谷中的水液转化为津液,若流于肠间,则出现大便溏甚至腹泻^[9]。痛泻要方虽为泄泻立方,但法为抑木扶土,健脾柔肝,调畅气机,使升降出入有序,肝脾调和,肠道传导正常,起到调节肠道功能之用。

穴位贴敷是中医外治的重要组成部分,在临床中得到广泛应用^[10-11]。取关元、中脘、神阙、脾俞、胃俞、肝俞等穴,以莱菔子增强刺激穴位作用,调节十

二经络及相应脏腑器官的功能,可疏肝行气,和胃止痛。诸穴配合标本兼治,使肝郁之气得舒,而脾土得运,则脾健而泻可止,病得愈。

综上所述,针对腹泻型IBS肝郁脾虚证的病因病机,内外治法相结合起到多手段、多靶点、多环节的治疗作用。其疗效优于单一中药或西药内服治疗,患者易于接受且无不良反应,值得临床推广使用。

参考文献:

- [1] 兰翔,税杰,肖兴会,等.痛泻要方抑木组方缓解IBS-D高敏中医机理探讨及研究进展[J].实用中西医结合临床,2016,16(10):86-89.
- [2] Wang P, Chen FX, Du C, et al. Increased production of BDNF in colonic epithelial cells induced by fecal supernatants from diarrheic IBS patients[J]. Sci Rep, 2015, 22(5): 10121.
- [3] 中华医学会消化病学分会胃肠功能性疾病协作组,中华医学会消化病学分会胃肠动力组,中国肠易激综合征专家共识意见[J].中华消化杂志,2016,36(5):299-312.
- [4] 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,2010:139-143.
- [5] Huskisson EC, Jone J, Scott PJ. Application of visual analogue scale to the measurement of functional capacity[J]. Rheumatology and Rehabilitation, 1976, 15: 185.
- [6] 危北海,陈治水,张万岱.胃肠疾病中医证候评分表[J].世界华人消化杂志,2004,12(11):2701-2703.
- [7] 邓中甲.方剂学[M].北京:中国中医药出版社,2010:87-88.
- [8] 黄柳向,李珍,李玲.痛泻安脾汤联合马来酸曲美布汀片对腹泻型肠易激综合征肝郁脾虚证患者血清5-HT和CGRP的影响[J].中国实验方剂学杂志,2016,22(5):188-191.
- [9] 周丽,纪立金,梁海凌,等.试论“脾主运化”的机制内涵[J].湖南中医药大学学报,2015,35(4):24-26.
- [10] 王哲,裘秀月.肠易激综合征的耳穴贴压治疗现状[J].浙江中医杂志,2016,51(12):926-927.
- [11] 纪慧萍,查安生.腹泻型肠易激综合征中医药研究概况[J].2016,28(11):1511-1513.

(本文编辑 马薇)