

本文引用: 赖碧玉, 李 波, 王凌雁, 曾怡慧, 郑若虚, 贾海鹏, 陈 瑶, 王双双, 蒋秀英, 刘 丹, 刘迈兰, 余 畅. 基于“脑肠同调”理论探讨针灸治疗腹泻型肠易激综合症的临床观察[J]. 湖南中医药大学学报, 2025, 45(7): 1290–1296.

基于“脑肠同调”理论探讨针灸治疗腹泻型肠易激综合症的临床观察

赖碧玉¹, 李 波¹, 王凌雁¹, 曾怡慧², 郑若虚¹, 贾海鹏², 陈 瑶³, 王双双¹,
蒋秀英⁴, 刘 丹¹, 刘迈兰^{3*}, 余 畅^{1*}

1.长沙市中医医院(长沙市第八医院), 湖南 长沙 410000; 2.湖南湘雅博爱康复医院有限公司 湖南 长沙 410000;
3.湖南中医药大学, 湖南 长沙 410100; 4.湖南大众传媒职业技术学院, 湖南 长沙 410100

〔摘要〕目的 基于“脑肠同调”理论观察不同针灸方法治疗腹泻型肠易激综合征(IBS-D)的临床疗效。方法 将 140 例患者随机分为 4 组, 最终纳入有效病例 128 例, 分为西药组($n=33$)、针刺组($n=31$)、艾灸组($n=32$)、温针灸组($n=32$)。西药组予单纯西药治疗(马来酸曲布美汀片, 口服, 0.1 g/次, 每天 3 次), 针刺组予单独针刺, 艾灸组予悬灸, 温针灸组予温针灸。以上各组每周连续治疗 5 d, 休息 2 d, 连续治疗 2 周。比较 4 组治疗前后中医证候积分、IBS 病情严重程度调查表(IRS-SSS)、IBS 生活质量评分(IRS-QQL)、汉密尔顿抑郁量表(HAMD)、汉密尔顿焦虑量表(HAMA)及远期疗效评价。结果 与治疗前比较, 治疗后 4 组中医证候总积分及各项积分、IRS-SSS 评分、HAMA 评分、HAMD 评分均降低($P<0.05$), IRS-QQL 评分升高($P<0.05$)。与西药组比较, 艾灸组、温针灸组中医证候总积分及各项积分、IRS-SSS 评分、HAMA 评分、HAMD 评分均降低($P<0.05$), IRS-QQL 评分升高($P<0.05$)。与针刺组比较, 艾灸组、温针灸组中医证候总积分、大便性状及次数、劳累后发作或加重、受凉后发作或加重、神疲倦怠、纳呆均降低($P<0.05$), IRS-SSS 评分降低($P<0.05$), IRS-QQL 评分升高($P<0.05$)。与针刺组、艾灸组比较, 温针灸组 HAMA 评分降低($P<0.05$)。艾灸组、温针灸组临床总有效率高于西药组($P<0.05$), 温针灸组临床总有效率高于针刺组($P<0.05$)。针刺组、艾灸组、温针灸组治疗后的复发率低于西药组($P<0.05$)。结论 基于“脑肠同调”的选穴方案, 针刺、艾灸、温针灸 3 种方法均能改善 IBS-D 患者的胃肠道不适及焦虑抑郁状态, 3 种治疗效果均优于单纯西药治疗, 均未见明显不良反应, 且温针灸在改善焦虑情况上治疗效果最佳, 这可能与温针灸结合针刺疏经调神、艾灸温脾安神的优势有关。

〔关键词〕腹泻型肠易激综合征; 脑肠同调; 温针灸; 针刺; 艾灸; 焦虑抑郁状态

〔中图分类号〕R245

〔文献标志码〕B

〔文章编号〕doi:10.3969/j.issn.1674-070X.2025.07.013

Clinical observation on acupuncture treatment of diarrhea-predominant irritable bowel syndrome based on the theory of "brain-intestine homology regulation"

LAI Biyu¹, LI Bo¹, WANG Lingyan¹, ZENG Yihui², ZHENG Ruoxu¹, JIA Haipeng², CHEN Yao³,
WANG Shuangshuang¹, JIANG Xiuying⁴, LIU Dan¹, LIU Mailan^{3*}, SHE Chang^{1*}

1. Changsha Hospital of Traditional Chinese Medicine (Changsha Eighth Hospital), Changsha, Hunan 410000, China;

〔收稿日期〕2025-02-06

〔基金项目〕湖南省自然科学基金项目(2021JJ70066); 湖南省卫生健康高层次人才重大科研专项(R2023177); 湖南中医药大学校级科研项目(2022XYLH088); 湖南省中医药科研计划项目(B2023108); 湖南省十四五中医药骨干人才项目(2024-4); 湖南省中医药科研计划项目(C2024034); 湖南中医药大学研究生创新课题(2024CX216)。

〔通信作者〕* 余 畅, 女, 博士, 主任医师, E-mail: 150645969@qq.com; 刘迈兰, 女, 博士, 教授, E-mail: 004175@hnu.edu.cn。

2. Hunan Xiangya Bo'ai Rehabilitation Hospital Co. LTD, Changsha, Hunan 410000, China;

3. Hunan University of Chinese Medicine, Changsha, Hunan 410100, China;

4. Hunan Mass Media Vocational and Technical College, Changsha, Hunan 410100, China

[Abstract] **Objective** To observe the clinical efficacy of different acupuncture methods based on the "brain-intestine homology regulation" theory in treating diarrhea-predominant irritable bowel syndrome (IBS-D). **Methods** A total of 140 patients were randomly divided into four groups, with 128 valid cases eventually included: western medicine group ($n=33$), acupuncture group ($n=31$), moxibustion group ($n=32$), and warm needle moxibustion group ($n=32$). The western medicine group received pure western medicine treatment (Trimebutine Maleate Tablets, oral administration, 0.1 g/time, three times daily). The acupuncture group received acupuncture alone, the moxibustion group received suspended moxibustion, and the warm needle moxibustion group received warming needle moxibustion. All groups received continuous treatment for 5 days per week, with a 2-day break, lasting for 2 weeks. The TCM clinical pattern scores, IBS Severity Scoring System (IBS-SSS), IBS Quality of Life Score (IBS-QOL), Hamilton Depression Scale (HAMD), and Hamilton Anxiety Scale (HAMA) were compared before and after treatment among the four groups. **Results** Compared with those before treatment, the total scores and individual item scores of TCM patterns, IBS-SSS scores, HAMA scores, and HAMD scores decreased ($P<0.05$), while the IBS-QOL scores increased ($P<0.05$) in all four groups after treatment. Compared with the western medicine group, the total scores and individual item scores, IBS-SSS scores, HAMA scores, and HAMD scores were lower ($P<0.05$), and the IBS-QOL scores were higher ($P<0.05$) in the moxibustion and warm needle moxibustion groups. Compared with the acupuncture group, the total scores, stool properties and frequency, occurrence or aggravation after fatigue or cold, mental fatigue, and loss of appetite decreased ($P<0.05$), the IBS-SSS scores were lower ($P<0.05$), while the IBS-QOL scores were higher ($P<0.05$) in the moxibustion and warm needle moxibustion groups. Compared with both the acupuncture and moxibustion groups, the HAMA score was lower ($P<0.05$) in the warm needle moxibustion group. The total clinical effective rates were higher in the moxibustion and warm needle moxibustion groups compared with the western medicine group ($P<0.05$), and the warm needle moxibustion group (93.75%) had a higher clinical total effective rate compared with the acupuncture group ($P<0.05$). The recurrence rates after treatment were lower in the acupuncture, moxibustion, and warm needle moxibustion groups compared with the western medicine group ($P<0.05$). **Conclusion** Based on the acupoint selection scheme of "brain-intestine homology regulation", the three methods of acupuncture, moxibustion, and warm needle moxibustion can all improve gastrointestinal discomfort and anxiety-depression states in IBS-D patients. The therapeutic effects of all three methods are superior to pure western medicine treatment, and no obvious adverse reactions are observed. Warm needle moxibustion demonstrates the best therapeutic effects in improving anxiety, which may be related to its combined advantages of acupuncture in regulating meridians and calming the mind, and moxibustion in warming the spleen and calming the spirit.

[Keywords] diarrhea-predominant irritable bowel syndrome; brain-intestine homology regulation; warm needle moxibustion; acupuncture; moxibustion; anxiety-depression state

肠易激综合征(irritable bowel syndrome, IBS)是临床常见的功能性胃肠疾病,我国以腹泻型肠易激综合征(irritable bowel syndrome with diarrhea, IBS-D)最为常见^[1],其主要表现为腹痛、腹泻。近年来,焦虑、抑郁等精神心理障碍频发。在IBS-D的发病机制中,脑肠互动异常是其中心环节,多种因素作用下,可同时影响患者精神心理及胃肠道症状^[2]。因此,在IBS-D的临床治疗中,多强调“脑肠同调”。在IBS-D的临床治疗中,西医以药物治疗为主,但存在复发率高、产生耐药性及毒副作用等缺点;而中医的

整体调节、辨证施治在IBS-D的治疗中具有独到优势,针灸作为一种中医外治法,也被广泛运用于胃肠病治疗,可同时调节IBS-D患者身心状态,疗效可靠^[3]。通过文献研究及梳理发现,针灸基于“脑肠同调”治疗IBS-D,临床疗效明显^[4]。但不同针灸疗法对IBS-D治疗效果的横向对比较少,探求最优方案是本研究的核心目标。因此,基于前期研究及文献分析,本研究基于“脑肠同调”选穴采用不同针灸疗法,探索针灸对IBS-D患者身心症状调节的疗效差异。

1 资料与方法

1.1 临床资料

选取长沙市中医医院(长沙市第八医院)2023年2月至2024年6月纳入的140例IBS-D患者,按随机数字表法分为西药组、针刺组、艾灸组、温针灸组,各35例,最终纳入有效病例128例,西药组33例、针刺组31例、艾灸组32例、温针灸组32例。西药组:男性14名,女性19名,年龄(36.94 ± 9.80)岁,病程(21.42 ± 10.69)个月;针刺组:男性14名,女性17名,年龄(40.19 ± 7.33)岁,病程(21.45 ± 9.12)个月;艾灸组:男性15名,女性17名,年龄(39.72 ± 7.42)岁,病程(24.03 ± 7.44)个月;温针灸组:男性16名,女性16名,年龄(38.88 ± 9.69)岁,病程(23.63 ± 7.89)个月。4组在性别、年龄、病程上差异无统计学意义($P > 0.05$)。本研究通过长沙市中医医院(长沙市第八医院)伦理委员会批准(伦理委员会批准编号:2023004)。

1.2 诊断标准

1.2.1 西医诊断标准 西医诊断标准参照《2020年中国肠易激综合征专家共识意见》^[2]和罗马IV标准^[5]。IBS典型的临床表现为反复发作的腹痛,最近3个月内每周至少发作1天,伴有以下2项或2项以上(诊断前症状出现至少6个月,近3个月持续存在)即可诊断。(1)与排便有关;(2)发作时伴有排便频率改变;(3)发作时伴有粪便性状(外观)改变。IBS-D患者同时满足至少25%的排便为水样或糊样便,且块状便的排便小于25%。

1.2.2 中医诊断标准 根据《肠易激综合征中医诊疗共识意见(2017)》^[6]中医诊断为泄泻,辨为脾虚湿盛证。主症:大便溏泻,腹痛隐隐;次症:劳累或受凉后发作或加重,神疲倦怠,纳呆;舌脉:舌淡,边可有齿痕,苔白腻,脉虚弱。

1.3 病例选择标准

1.3.1 纳入标准 (1)符合上述中西医诊断标准;(2)入组前2周末使用相关治疗药物;(3)年龄18~65岁;(4)签署知情同意书,参与患者病例资料完整。

1.3.2 排除标准 (1)合并器质性疾病、全身性疾病、恶性肿瘤和食物中毒腹泻者;(2)伴有寄生虫感染、病毒性胃肠炎者;(3)哺乳期或妊娠期妇女;

(4)伴有免疫系统、造血系统原发疾病,同时合并心、肝、肾等重要疾病者;(5)晕针者;(6)无法通过表达感受来判定疗效者。

1.3.3 脱落标准 (1)在观察过程中因转院及转科,不能完成疗程者;(2)发生严重不良事件或并发症,不能继续接受临床研究而中止者;(3)由于主观和客观原因,未按规定治疗,无法判断疗效者;(4)资料不全,无法对疗效和安全性判断者。

1.4 治疗方法

1.4.1 西药组 采用单纯西药治疗,马来酸曲布美汀片($0.1 \text{ g} \times 20$ 片,天津田边制药有限公司,国药准字:H20030290),口服, 0.1 g/次 ,3次/d。

1.4.2 针刺组 选穴:双侧足三里、双侧天枢、双侧三阴交、百会、四神聪。患者仰卧位,充分暴露针刺部位,局部皮肤常规消毒后进针(苏州针灸用品有限公司,规格: $0.25 \text{ mm} \times 40 \text{ mm}$,批号:20071),百会平刺 $0.5 \sim 0.8$ 寸,四神聪平刺 $0.5 \sim 0.8$ 寸,天枢直刺 $1 \sim 1.5$ 寸,足三里直刺 $1 \sim 1.5$ 寸,三阴交直刺 $1 \sim 1.5$ 寸,均采用平补平泻手法,得气后留针30 min,每隔10 min进行一次手法刺激,1次/d。

1.4.3 艾灸组 选穴同针刺组。患者仰卧位,充分暴露局部穴位采用艾灸盒辅助悬灸,将艾条的一端点燃,放入艾灸盒中,初始艾灸距离下端皮肤约3 cm,过程中根据患者感受,以有温热感无灼痛感为度,随时调整灸盒中艾条距离皮肤的距离。双侧天枢采用双孔艾灸盒平放;双侧三阴交、足三里穴采用单孔艾灸盒,垂直于穴位放置后采用松紧带固定;百会及四神聪采用单孔艾灸盒放置,使用松紧带将艾灸盒固定于头顶,注意避免头发烧灼。根据预实验结果,一壮20 mm艾炷燃尽约15 min,及时更换壮数,每个穴位灸2壮,艾灸30 min,1次/d。

1.4.4 温针灸组 选穴同针刺组。患者取仰卧位,充分暴露针刺部位,局部皮肤常规消毒后进针,采用平补平泻手法,得气后留针;针对双侧天枢、足三里、三阴交,将长2 cm的自制小艾条点燃后放入灸笼中,插在留针针柄上;针对百会、四神聪平刺后,将艾灸盒固定放置在针身上,使用松紧带将艾灸盒固定于头顶。治疗30 min,1次/d。

1.4.5 疗程 4组均连续治疗5 d后,休息2 d,干预2周。

1.5 观察指标

观察患者治疗前后中医证候积分、IBS 严重程度评分量表(IBS symptom severity scale, IBS-SSS)、IBS 生活质量量表(IBS quality of life scale, IBS-QQL)、汉密尔顿抑郁量表(hamilton depression scale, HAMD)、汉密尔顿焦虑量表(hamilton anxiety scale, HAMA) 评分及远期疗效评价, 具体细则如下。

1.5.1 中医证候评分 参考《中药新药临床研究指导原则》^[7]及《肠易激综合征中医诊疗专家共识意见(2017) 》^[6]。主症为腹痛、腹部不适、大便形状及次数, 按无、轻度、中度、重度程度分别计 0、2、4、6 分; 次症为劳累后或受凉加重、神疲倦怠、纳呆, 按无、轻度、中度、重度程度分别计为 0、1、2、3 分。分值越高, 提示症状越重。

1.5.2 IBS-SSS 评分 包括腹痛程度、腹痛在 14 d 内发作的时间、腹痛不适情况、排便满意度、生活质量影响度等, 各部分评分范围为 0~100 分, 分数越高, 提示病情越重^[8]。

1.5.3 IBS-QQL 评分 包括烦躁不安、冲突行为、身体角色、健康忧虑、饮食限制、社会反应、异性概念、人际关系 8 个维度, 共有 34 个条目, 得分越高, 提示生活质量越好^[8]。

1.5.4 HAMA 评分 包括 14 个条目, 所有条目采用 5 级(无、轻度、中度、重度、很重) 评分法, 对应 0~4 分。焦虑程度与总得分呈正相关^[9]。

1.5.5 HAMD 评分 包括 24 个条目, 大部分条目采用 5 级(无、轻度、中度、重度、很重) 评分法, 对应 0~4 分; 少数项目采用 3 级评分法, 即无(0 分)、可疑或轻微(1 分)、有明显症状(2 分)。抑郁程度与总得分呈正相关^[9]。

1.5.6 临床疗效 参考《中药新药临床研究指导原则(2017) 》^[7]采用尼莫地平法, 以中医证候积分为疗效依据。疗效指数=(治疗前评分- 治疗后评分)/ 治疗前评分×100%。痊愈: 疗效指数≥95%, 临床症状基本消失; 显效: 70%≤疗效指数<95%, 临床症状显著改善; 有效: 30%≤疗效指数<70%, 临床症状有所好转; 无效: 疗效指数<30%, 临床症状未见明显改善。

1.5.7 远期疗效评价 治疗结束 1 个月后, 对 4 组治疗有效者进行随访, 记录中医证候积分, 统计结果复发情况, 计算复发率。复发率=(复发例数/ 随访例数) ×100%。

1.6 统计学分析

采用 SPSS 26.0 软件统计分析数据。计数资料使用 χ^2 检验进行统计分析。计量资料则以“ $\bar{x}\pm s$ ”表示, 符合正态分布且方差齐性采用单因素方差分析比较组间差异, 两两比较选择 LSD 检验, 方差不齐时采用 Games-Howell 分析比较组间差异, 两两比较采用 Dunnett's T 检验。不符合正态分布则运用非参数检验。以 $P<0.05$ 表示差异有统计学意义。

2 结果

2.1 4 组患者中医证候积分比较

治疗前, 4 组中医证候各项积分及总分差异均无统计学意义($P>0.05$)。与治疗前比较, 治疗后 4 组中医证候总积分及各项积分均降低($P<0.05$)。与西药组比较, 针刺组总积分、大便秘结及次数、劳累后发作或加重、神疲倦怠、纳呆积分均降低($P<0.05$), 艾灸组、温针灸组总积分及各项积分均降低($P<0.05$); 与针刺组比较, 艾灸组、温针灸组总积分、大便秘结及次数、劳累后发作或加重、受凉后发作或加重、神疲倦怠、纳呆积分均降低($P<0.05$)。详见表 1。

表 1 4 组患者中医临床证候总积分及各项积分比较($\bar{x}\pm s$, 分)

Table 1 Comparison of the total scores and individual item scores of TCM clinical patterns among the four groups of patients ($\bar{x}\pm s$, points)

组别	n	时间	腹痛/腹部不适	大便秘结及次数	劳累后发作或加重	受凉后发作或加重	神疲倦怠	纳呆	总积分
西药组	33	治疗前	3.27±1.09	4.12±1.11	1.87±0.59	2.03±0.58	1.69±0.68	1.57±0.70	14.58±3.27
		治疗后	1.27±0.57*	3.33±1.29*	1.36±0.60*	1.30±0.52*	1.33±0.59*	1.09±0.72*	10.30±3.75*
针刺组	31	治疗前	2.70±1.32	4.12±1.25	1.83±0.82	2.16±0.68	1.96±0.54	1.58±0.56	14.38±3.53
		治疗后	1.09±1.01*	2.51±1.36*●	0.87±0.76*●	1.19±0.79*	0.87±0.56*●	0.74±0.57*●	7.29±3.73*●
艾灸组	32	治疗前	3.18±1.51	4.00±1.60	1.56±0.71	2.25±0.56	1.96±0.78	1.65±0.74	14.62±4.98
		治疗后	0.56±0.51*●	1.62±1.28*●▲	0.37±0.29*●▲	0.81±0.73*●▲	0.56±0.56*●▲	0.40±0.39*●▲	4.34±3.25*●▲
温针灸组	32	治疗前	2.81±1.42	4.25±1.50	1.84±0.57	2.25±0.56	1.96±0.78	1.84±0.67	14.96±4.38
		治疗后	0.56±0.51*●	1.18±1.12*●▲	0.25±0.23*●▲	0.50±0.46*●▲	0.53±0.46*●▲	0.43±0.40*●▲	3.46±3.44*●▲

注: 与治疗前比较, * $P<0.05$; 与西药组比较, ● $P<0.05$; 与针刺组比较, ▲ $P<0.05$ 。

2.2 4 组患者 IBS-SSS 评分比较

治疗前,4 组 IBS-SSS 评分差异均无统计学意义($P>0.05$)。与治疗前比较,治疗后各组 IBS-SSS 评分降低($P<0.05$)。与西药组比较,针刺组、艾灸组、温针灸组 IBS-SSS 评分降低($P<0.05$);与针刺组比较,艾灸组、温针灸组 IBS-SSS 评分降低($P<0.05$)。详见表 2。

表 2 4 组患者 IBS-SSS 评分比较($\bar{x}\pm s$,分)
Table 2 Comparison of IBS-SSS scores among the four groups of patients ($\bar{x}\pm s$, points)

组别	<i>n</i>	治疗前	治疗后
西药组	33	283.03±52.23	206.66±50.16*
针刺组	31	269.67±60.85	176.90±49.08*●
艾灸组	32	280.62±73.52	150.62±45.43*●▲
温针灸组	32	278.12±73.32	134.37±40.39*●▲

注:与治疗前比较,* $P<0.05$;与西药组比较,● $P<0.05$;与针刺组比较,▲ $P<0.05$ 。

2.3 4 组患者 IBS-QQL 评分比较

治疗前,4 组 IBS-QQL 评分差异均无统计学意义($P>0.05$)。与治疗前比较,治疗后各组 IBS-QQL 评分升高($P<0.05$)。与西药组比较,针刺组、艾灸组、温针灸组 IBS-QQL 评分升高($P<0.05$);与针刺组比较,艾灸组、温针灸组 IBS-QQL 评分升高($P<0.05$)。详见表 3。

表 3 4 组患者 IBS-QQL 评分比较($\bar{x}\pm s$,分)
Table 3 Comparison of IBS-QQL scores among the four groups of patients ($\bar{x}\pm s$, points)

组别	<i>n</i>	治疗前	治疗后
西药组	33	427.56±78.55	547.59±64.13*
针刺组	31	428.27±85.78	581.50±71.73*●
艾灸组	32	426.87±92.36	623.04±64.55*●▲
温针灸组	32	427.75±94.82	652.17±51.32*●▲

注:与治疗前比较,* $P<0.05$;与西药组比较,● $P<0.05$;与针刺组比较,▲ $P<0.05$ 。

2.4 4 组患者 HAMA、HAMD 评分比较

治疗前,4 组 HAMA、HAMD 评分差异均无统计学意义($P>0.05$)。与治疗前比较,治疗后各组 HAMA、HAMD 评分均降低($P<0.05$)。与西药组比较,针刺组、艾灸组、温针灸组 HAMA、HAMD 评分均降低($P<0.05$);与针刺组、艾灸组比较,温针灸组 HAMA 评分降低($P<0.05$)。详见表 4。

表 4 4 组患者 HAMA、HAMD 评分比较($\bar{x}\pm s$,分)
Table 4 Comparison of HAMA and HAMD scores among the four groups of patients ($\bar{x}\pm s$, points)

组别	<i>n</i>	HAMA 评分		HAMD 评分	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
西药组	33	18.42±4.92	12.78±4.66*	19.27±6.05	14.24±5.76*
针刺组	31	17.35±6.68	10.67±3.84*●	17.58±6.18	9.87±3.69*●
艾灸组	32	18.21±7.91	8.84±3.29*●	18.18±6.36	8.71±3.60*●
温针灸组	32	18.06±7.01	6.50±2.40*●▲	17.84±6.64	7.84±3.19*●

注:与治疗前比较,* $P<0.05$;与西药组比较,● $P<0.05$;与针刺组比较,▲ $P<0.05$;与艾灸组比较,* $P<0.05$ 。

2.5 4 组患者临床疗效比较

艾灸组(87.50%)、温针灸组(93.75%)临床总有效率高于西药组(63.64%)($P<0.05$),温针灸组(93.75%)临床总有效率高于针刺组(74.19%)($P<0.05$)。详见表 5。

2.6 远期疗效评价

针刺组、艾灸组、温针灸组治疗后的复发率低于西药组($P<0.05$)。详见表 6。

3 讨论

中医学将 IBS-D 归属于“腹痛”“泄泻”等范畴,当病情反复发作、迁延不愈时,则伴随出现焦虑、抑郁、失眠等精神心理症状,与中医学中“郁症”相关^[10]。IBS-D 的核心发病机制是脑肠互动异常^[2],与中医学中“形神合一”理论高度契合。中医学认为,情志失调

表 5 4 组患者临床疗效比较

Table 5 Comparison of clinical efficacy among the four groups of patients

组别	<i>n</i>	临床痊愈[例(%)]	显效[例(%)]	有效[例(%)]	无效[例(%)]	总有效率/%
西药组	33	0(0.00)	1(3.03)	20(60.61)	12(36.36)	63.64
针刺组	31	1(3.22)	6(19.36)	16(51.61)	8(25.81)	74.19
艾灸组	32	6(18.75)	10(31.25)	12(37.50)	4(12.50)	87.50●
温针灸组	32	11(34.38)	11(34.37)	8(25.00)	2(6.25)	93.75●▲

注:与西药组比较,● $P<0.05$;与针刺组比较,▲ $P<0.05$ 。

表 6 4 组患者复发率比较

Table 6 Comparison of the recurrence rate among the four groups of patients

组别	纳入随访例数/例	复发/例	未复发/例	复发率/%
西药组	21	13	8	61.90
针刺组	23	5	18	21.73 [●]
艾灸组	28	4	24	14.28 [●]
温针灸组	30	2	28	6.66 [●]

注:与西药组比较,● $P<0.05$ 。

(肝郁)导致气机升降失常,脾失健运而生湿浊,最终形成肝郁脾虚、湿滞肠腑的核心病机^[11-12]。现代研究证实,脑-肠轴通过“神经-内分泌-免疫”网络调控胃肠动力、内脏敏感性和肠道菌群,而焦虑、抑郁等情志障碍可通过下丘脑-垂体-肾上腺轴激活加剧肠道炎症反应,形成肠病致郁症、郁症加重肠病的恶性循环^[13-14]。一项系统研究 IBS-D 患者焦虑或抑郁患病率的结果显示,39.1%的 IBS-D 患者存在焦虑状态,28.8%的 IBS-D 患者存在抑郁症状,且与健康人相比,患有 IBS-D 患者的焦虑或抑郁症的患病率高出 3 倍^[15]。有关 IBS-D 伴焦虑身心共病患者肠道菌群分析显示,肠道菌群与焦虑评分呈显著相关,为中医学“调神与调肠并重”的治疗策略提供了生物学依据^[16]。因此,在 IBS-D 的临床治疗中,多强调“脑肠同调”,强调从整体多靶点、多途径配合以取得最佳的临床疗效^[17-18]。

IBS-D 是针灸的优势病种。现代医学证实,针刺可通过激活下丘脑-垂体-肾上腺轴,降低促炎因子白细胞介素-6、肿瘤坏死因子- α 水平,同时下调 5-羟色胺、脑肠肽的表达,从而改善肠道动力异常与内脏高敏感^[19-21]。而针所不宜、灸之所宜,施术工具及方法的不同,疗效也有所差异。艾灸的温热效应能刺激相应腧穴调节炎症相关信号通路,影响 5-羟色胺受体、调节血管活性肠肽和表面活性蛋白质等神经递质,进而调节肠道菌群,从而改善 IBS-D 症状^[22]。因此,本研究选取针刺、艾灸两大基础针灸方法,对比两者差异,同时将针刺、艾灸单一疗法与温针灸这一联合方法进行对比,为临床 IBS-D 最佳治疗方案的选题提供依据。

在本次研究结果中发现,治疗后西药组、针刺组、艾灸组、温针灸组中医证候积分、IBS-SSS、HAMA、

HAMD 等评分较治疗前均降低,IBS-QQL 评分升高,提示单纯西药、单纯针刺、单纯艾灸以及温针灸皆可缓解 IBS-D 患者的胃肠道症状,改善焦虑抑郁状态,提高生活质量。对比西药组,针刺、艾灸、温针灸在改善胃肠道症状及焦虑抑郁状态两方面效果更佳,这可能与穴位特异性有关。基于脑肠同调选穴,其中百会穴作为督脉与足太阳膀胱经交会穴,兼具通督调神与升阳举陷双重功效,而配合经外奇穴四神聪,可进一步调神健脑^[23]。另外,选取足阳明胃经上的足三里、天枢调理脾胃止泻,同时经足阳明胃经络循行联系脑络,配合三阴交同调脾胃气血,滋养脑神功能^[13,24],穴位配合同调脑肠,同时改善患者胃肠道及精神心理症状^[25-27]。

温针灸在改善 IBS-D 焦虑状态方面优于单一针刺或艾灸,且在整体趋势上,对 IBS-D 各症状尤其是焦虑症状的改善趋向更佳,其机制可能与以下因素相关。(1)协同效应:针刺通过机械刺激,快速调节肠道运动;艾灸则通过热效应促进局部血液循环,增强迷走神经张力,两者结合形成“速效+长效”的治疗模式^[27]。(2)病机针对性:IBS-D 患者多存在脾虚湿盛,艾灸的温补特性可升提脾阳,减少腹泻频次(艾灸组较针刺组排便次数降低),而针刺侧重疏肝理气,对焦虑情绪改善更显著^[28]。

综上所述,基于“脑肠同调”方案进行干预治疗 IBS-D,针刺、艾灸、温针灸均能对 IBS-D 患者起到身心调节的作用。尽管本研究验证了脑肠同调方案的有效性,但仍有许多方面需要进一步完善和探索,在疗效评价标准化方面,目前 IBS-QQL 量表主观性较强,未来可结合肠道菌群、fMRI 脑功能成像等进一步研究针灸对脑肠肽受体的调控路径,以及表观遗传学修饰(如 DNA 甲基化)在疗效维持中的作用。

参考文献

[1] 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.

[2] 李彦楠,杨丽旋,赵钟辉,等. 《2020 年中国肠易激综合征专家共识意见》解读[J]. 中国临床医生杂志, 2021, 49(10): 1151-1155.

[3] 申江红. 针刺治疗腹泻型肠易激综合征有效性与安全性研究[D]. 北京: 中国中医科学院, 2022.

[4] 陈茜,周愉,董艳娇,等. 针刺调神法治疗腹泻型肠易激综

- 合征的 Meta 分析[J]. 世界中医药, 2020, 15(14): 2085–2090, 2096.
- [5] 方秀才. 罗马Ⅳ功能性肠病诊断标准的修改对我国的影响[J]. 胃肠病学和肝病杂志, 2017, 26(5): 481–483.
- [6] 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.
- [7] 郑筱萸. 中药新药临床研究指导原则(试行)[M]. 北京: 中国医药科技出版社, 2002: 139–143.
- [8] 曹月红, 谢 地, 宋 莹. 功能性胃肠病相关评定量表研究进展[J]. 长春中医药大学学报, 2015, 31(1): 210–213.
- [9] 张明园, 何燕玲. 精神科评定量表手册[M]. 长沙: 湖南科学技术出版社, 2015: 20–25.
- [10] 张文静, 曹霞霞. 中医药治疗腹泻型肠易激综合征的临床研究进展[J]. 中国民间疗法, 2021, 29(21): 122–125.
- [11] 潘雨烟, 毛心勇, 刘 倩, 等. 基于“脑肠同调”治疗腹泻型肠易激综合征[J]. 中医杂志, 2021, 62(13): 1130–1133, 1143.
- [12] 孙 慧, 毕宇峰, 纪昌春, 等. 腹泻型肠易激综合征脑-肠互动及针灸干预[J]. 辽宁中医药大学学报, 2022, 24(8): 49–52.
- [13] 梁世杰, 裴丽霞, 吴晓亮, 等. 基于脑肠互动理论针刺治疗肠易激综合征探讨[J]. 江苏中医药, 2017, 49(7): 53–54, 56.
- [14] 杨正宁, 田 琳, 柯 晓, 等. 基于脑肠互动学说探讨中医药治疗肠易激综合征的机制[J]. 实用中医内科杂志, 2021, 35(10): 8–11.
- [15] ZAMANI M, ALIZADEH-TABARI S, ZAMANI V. Systematic review with meta-analysis: The prevalence of anxiety and depression in patients with irritable bowel syndrome[J]. *Alimentary Pharmacology & Therapeutics*, 2019, 50(2): 132–143.
- [16] 李嘉辉, 林 强, 赵海涛, 等. 腹泻型肠易激综合征伴焦虑身心共病患者肠道菌群分析[J]. 山西医科大学学报, 2024, 55(11): 1456–1464.
- [17] DROSSMAN D A, HASLER W L. Rome Ⅳ-functional GI disorders: Disorders of gut-brain interaction[J]. *Gastroenterology*, 2016, 150(6): 1257–1261.
- [18] GWEE K A, GONLACHANVIT S, GHOSHAL U C, et al. Second Asian consensus on irritable bowel syndrome[J]. *Journal of Neurogastroenterology and Motility*, 2019, 25(3): 343–362.
- [19] 朱 洲, 杨孝芳, 喻华梅, 等. 针刺对腹泻型肠易激综合征大鼠脑肠肽及相关炎症因子表达的影响[J]. 针刺研究, 2023, 48(11): 1142–1150.
- [20] 布立影, 吕冬梅. 健脾疏肝针刺对腹泻型肠易激综合征患者脑肠肽及焦虑抑郁的影响[J]. 现代中西医结合杂志, 2020, 29(10): 1074–1077.
- [21] 占道伟, 孙建华, 钱立锋. 针刺治疗腹泻型肠易激综合征及其对脑-肠肽水平变化的影响[J]. 中国现代医生, 2023, 61(5): 15–19.
- [22] 杨灿灿, 孙建华. 艾灸治疗腹泻型肠易激综合征研究进展[J]. 中国中医药图书情报杂志, 2024, 48(2): 244–248.
- [23] 魏秀娟, 靳红燕, 严晓红. 健脾调神温针灸治疗腹泻型肠易激综合征临床研究[J]. 陕西中医, 2023, 44(2): 245–249, 254.
- [24] 潘玫竹, 时静怡, 孙月敏, 等. 基于脑肠互动探析针灸足三里治疗腹泻型肠易激综合征[J]. 辽宁中医药大学学报, 2023, 25(6): 56–60.
- [25] 何元琴, 杨改琴. 基于脑肠轴理论探讨针刺治疗功能性消化不良的研究思路[J]. 上海针灸杂志, 2021, 40(2): 243–249.
- [26] 刘继鹏, 杨可桢, 徐 萌, 等. 刘清国运用火针从神论治抑郁症临证经验[J]. 山东中医杂志, 2024, 43(3): 299–302, 321.
- [27] 辛晓琦, 王喜臣. 温针灸治疗腹泻型肠易激综合征研究进展[J]. 中国中医药图书情报杂志, 2025, 49(2): 245–249.
- [28] 李 柏, 苗 莹, 单 旭, 等. 温针灸治疗腹泻型肠易激综合征临床疗效的 Meta 分析[J]. 中医临床研究, 2024, 16(11): 124–131.

(本文编辑 田梦妍)