

- [2] 吴俊. 宫氏脑针联合多巴丝肼治疗帕金森病临床观察[J]. 中医药临床杂志, 2019, 31(6): 1099-1101.
- [3] 涂雅丹, 宫长祥, 贺振泉. 宫长祥运用宫氏脑针疗法治疗脑性瘫痪的临床经验[J]. 辽宁中医杂志, 2019, 46(6): 1156-1158.
- [4] 宫长祥. 截瘫病例3例报告[J]. 世界最新医学信息文摘, 2016, 16(97): 183-185.
- [5] 陈艳, 胡发云, 吴波. 《中国脑血管疾病分类2015》解读[J]. 中国现代神经疾病杂志, 2017, 17(12): 865-868.
- [6] 高颖. 中医临床诊疗指南释义·脑病分册[M]. 北京: 中国中医药出版社, 2015: 18.
- [7] GLADSTONE D J, DANELLIS C J, BLACK S E. The Fugl-Meyer assessment of motor recovery after stroke: a critical review of its measurement properties [J]. *Neurorehabil Neural Repair*, 2002, 16(3): 232-240.
- [8] BLUM L, KONER B N. Usefulness of the berg balance scale in stroke rehabilitation: a systematic review [J]. *Phys Ther*, 2008, 88(5): 559-566.
- [9] NG S S, HUI C C W. The time up & go test: its reliability and association with lower-limb impairments and locomotor capacities in people with chronic stroke [J]. *Arch Phys Med Rehabil*, 2005, 86(80): 1641-1647.
- [10] 燕铁斌. 临床痉挛指数: 痉挛的综合临床评定[J]. 现代康复, 2000(1): 88-89.
- [11] 马书杰, 吴佳佳, 华续赟, 等. 周围神经损伤及脑功能重塑研究进展[J]. 中国康复, 2019, 34(3): 165-168.
- [12] 唐强, 朱路文. 脑卒中康复新策略——针康法[J]. 中国康复医学杂志, 2015, 30(10): 1071-1073.
- [13] 颜质灿. 慢性疼痛症的颜氏治疗法[M]. 北京: 学苑出版社, 2002: 59-69.
- [14] 马乐园, 赵岩, 乔万庆, 等. 创伤性脑损伤合并骨折中加速骨折愈合过程中相关因子的表达[J]. 中国组织工程研究, 2017, 21(32): 5115-5121.
- [15] 李俊琴, 尹欣雨, 张帅帅, 等. 感觉神经在骨修复中的作用及应用[J]. 生命科学, 2020, 32(3): 227-232.
- [16] 李文洲, 解琪琪, 史卫东, 等. 骨骼内分泌功能研究进展[J]. 生命科学研究, 2018, 22(6): 483-490.
- [17] ZHAO J, LEVY D. The sensory innervation of the calvarial periosteum is nociceptive and contributes to headache-like behavior [J]. *Pain*, 2014, 15(5): 1392-1400.
- [18] KANG H W, LEE S J, KO I K, et al. A 3D bioprinting system to produce human-scale tissue constructs with structural integrity [J]. *Nat Biotechnol*, 2016, 3(4): 312-319.

【责任编辑: 宋威】

## 烧山火复式手法针刺治疗脾胃虚弱证腹泻型肠易激综合症的疗效观察

黄聪敏<sup>1</sup>, 陈奕兆<sup>1</sup>, 唐润东<sup>2</sup>, 柴铁劬<sup>1</sup>

(1. 广州中医药大学针灸康复临床医学院, 广东广州 510006; 2. 广州中医药大学附属宝安中医院, 广东深圳 518133)

**摘要:**【目的】观察烧山火复式手法针刺治疗脾胃虚弱证腹泻型肠易激综合症( IBS-D)的临床疗效。【方法】将80例脾胃虚弱证 IBS-D患者随机分为治疗组和对照组, 每组各40例。治疗组给予烧山火复式手法针刺治疗, 对照组给予单式提插补法针刺治疗。2组患者均隔天治疗1次, 每周治疗3次, 周日休息1d, 总疗程4周, 共治疗12次。治疗4周后, 评价2组患者的临床疗效, 观察2组患者治疗前后中医证候评分、IBS严重程度评分的变化情况, 并评价2组的安全性及不良反应的发生情况。【结果】(1)治疗后, 2组患者的各个中医证候评分及证候总积分均较治疗前明显下降( $P < 0.05$ ), 治疗组患者大便稀溏、畏寒怕冷、精神疲乏证候评分及证候总积分均明显降低, 与对照组比较, 差异有统计学意义( $P < 0.05$ 或 $P < 0.01$ )。(2)治疗后, 2组患者IBS严重程度评分均较治疗前明显下降( $P < 0.05$ ), 且治疗组对IBS严重程度评分的降低作用明显优于对照组, 差异有统计学意义( $P < 0.05$ )。(3)治疗组总有效率为92.5%(37/40), 对照组为75.0%(30/40)。治疗组疗效优于对照组, 差异有统计学意义( $P < 0.05$ )。(4)研究过程中, 未发生严重不良反应以及患者脱落等情况。【结论】烧山火复式手法针刺治疗脾胃

收稿日期: 2020-09-23

作者简介: 黄聪敏(1995-), 女, 2018级硕士研究生; E-mail: 20187107180@stu.gzucm.edu.cn

通讯作者: 柴铁劬, 男, 教授, 博士研究生导师; E-mail: 1620937629@qq.com

虚弱证腹泻型肠易激综合征, 可有效改善患者的临床症状, 提高患者生活质量, 临床疗效显著。

**关键词:** 烧山火复式手法; 针刺; 脾胃虚弱证; 腹泻型肠易激综合征; 疗效观察

**中图分类号:** R246.9

**文献标志码:** A

**文章编号:** 1007-3213(2021)03-0512-07

**DOI:** 10.13359/j.cnki.gzxbtcm.2021.03.015

## Curative Observation on *Shaoshanhuo* Compound Manipulation in Treating Diarrhea-Predominant Irritable Bowel Syndrome of Spleen and Stomach Deficiency Type

HUANG Cong-Min<sup>1</sup>, CHEN Yi-Zhao<sup>1</sup>, TANG Run-Dong<sup>2</sup>, CHAI Tie-Qu<sup>1</sup>

(1. School of Acupuncture, Massage and Rehabilitation, Guangzhou University of Chinese Medicine, Guangzhou 510006 Guangdong, China; 2. Shenzhen Bao'an District Hospital of Traditional Chinese Medicine Affiliated to Guangzhou University of Chinese Medicine, Shenzhen 518133 Guangdong, China)

**Abstract: Objective** To observe the curative effect of *Shaoshanhuo* compound manipulation for diarrhea-predominant irritable bowel syndrome (IBS-D) of spleen and stomach deficiency type. **Methods** Eighty patients who suffered from spleen and stomach deficiency type of IBS-D were randomly divided into treatment group and control group, 40 cases in each group. The treatment group received *Shaoshanhuo* compound manipulation, and the control group received reinforcing by lifting and thrusting needle, once every other day, 3 times a week, and one day off on Sunday. The total treatment course covered 4 weeks, for 12 treatment times. After 4 weeks of treatment, the clinical efficacy for the two groups of patients was evaluated, and the changes in the traditional Chinese medicine (TCM) syndrome scores and IBS symptom severity scale scores in the two groups were observed before and after treatment, and the safety and adverse reactions in the 2 groups were evaluated. **Results** (1) After treatment, the scores of each TCM symptoms and total symptoms scores for the two groups of patients were significantly lower than those before treatment ( $P < 0.05$ ), the loose stools symptom score, chill symptom score, mental fatigue symptom score and total symptoms scores in the treatment group were reduced, the difference being significant as comparison of the control group ( $P < 0.05$  or  $P < 0.01$ ). (2) After treatment, the IBS-SSS scores of the two groups were significantly lower than those before treatment ( $P < 0.05$ ), and the effect on lowering IBS-SSS scores in the treatment group was superior to that in the control group ( $P < 0.05$ ). (3) The total effective rate was 92.5% (37/40) in the treatment group, and was 75.0% (30/40) in the control group. The curative efficacy of the treatment group was superior to that of the control group ( $P < 0.05$ ). (4) During the trial, no seriously adverse reactions and patients dropping out occurred. **Conclusion** *Shaoshanhuo* compound manipulation is effective for improving the symptoms of the patients with spleen and stomach deficiency type of IBS-D, promoting quality of life.

**Keywords:** *Shaoshanhuo* compound manipulation; acupuncture; spleen and stomach deficiency syndrome; diarrhea-predominant irritable bowel syndrome (IBS-D); curative observation

肠易激综合征(irritable bowel syndrome, IBS)是功能性肠病之一,以腹痛、腹部不适、排便习惯改变为主要临床表现<sup>[1]</sup>,辅助检查多无器质性病变及生化指标异常<sup>[2]</sup>。临床上,可根据排便习惯的改变将IBS分为:便秘型(IBS-C)、腹泻型(IBS-D)及混合型(IBS-M)。其中,IBS-D是我国常见的分

型,约占IBS的23.3%~65.0%<sup>[3]</sup>。西医治疗IBS-D主要以止痛、止泻等对症治疗为主,如口服阿片类受体激动剂、解痉药、5-羟色胺3(5-HT<sub>3</sub>)受体拮抗剂等<sup>[4]</sup>。但由于本病迁延难愈的特点,停药后症状易反复发作,长此以往给患者精神及生活带来巨大的负担<sup>[5]</sup>。中医根据不同的辨证分型进行论

治, 针对脾胃虚弱证 IBS-D 主要以健脾益胃、补气温中为治疗原则<sup>[6-8]</sup>。针刺治疗该病的疗效已为临床所证实<sup>[9]</sup>, 但复式针刺手法治疗该病的研究较少, 故本研究采用烧山火复式手法针刺治疗脾胃虚弱证 IBS-D, 并与单式提插补法针刺相比较, 现将研究结果报道如下。

## 1 对象与方法

### 1.1 研究对象及分组

选取 2019 年 1 月至 2020 年 6 月广东省深圳市宝安区中医院针灸科门诊及脾胃病科门诊收治的 80 例明确诊断为脾胃虚弱证 IBS-D 的患者为研究对象。按随机数字表将患者随机分为治疗组和对照组, 每组各 40 例。本研究获医院伦理委员会审议通过。

### 1.2 诊断标准

西医诊断标准参照罗马 IV<sup>[10]</sup>中 IBS-D 的诊断标准拟定, 中医辨证标准参照《肠易激综合征中西医结合诊疗共识意见(2017 年)》<sup>[11]</sup>中脾胃虚弱证 IBS-D 的诊断标准拟定。

### 1.3 纳入标准

①符合上述中西医诊断标准; ②年龄在 25 至 55 岁之间; ③近 1 个月内未接受过 IBS-D 的其他相关治疗; ④自愿参加本研究并签署知情同意书的患者。

### 1.4 排除标准

①不符合上述诊断标准及纳入标准的患者; ②针刺腧穴皮肤有破损或瘢痕的患者; ③患有胃肠道器质性病变的患者; ④患有恶性肿瘤的患者; ⑤患有严重精神类疾病的患者; ⑥妊娠或哺乳期妇女; ⑦不能配合进行疗效评价的患者。

### 1.5 剔除标准

①不符合纳入标准而误入者; ②研究资料不齐全而影响疗效判定者; ③未按研究方案要求进行针刺治疗者; ④治疗后出现与针刺相关的不良反应者; ⑤擅自中断治疗或接受其他治疗者。

### 1.6 治疗方法

#### 1.6.1 治疗组

给予烧山火复式手法针刺治疗。取穴参照“十二五”规划教材《针灸治疗学》<sup>[12]</sup>中“泄泻”的取穴制定: 天枢(双侧)、中脘、关元、上巨虚(双

侧)、足三里(双侧)。采用一次性使用无菌针灸针(贵州安迪药械有限公司生产, 规格为 0.30 mm × 40 mm)。针刺手法参照“十二五”规划教材《刺法灸法学》<sup>[13]</sup>制定, 具体操作如下: (1)嘱患者取仰卧位, 术者站立于其身侧。术者泵取免洗消毒液清洁双手后, 取一次性无菌棉签蘸取 75% 酒精对穴区皮肤沿自内而外方向进行消毒。嘱患者自然呼吸, 待其呼气时, 医者重用押手指切进针。(2)将所刺腧穴按深度分为浅、中、深共 3 层(天、人、地三部)。(3)将针刺入浅层(天部), 得气后行提插补法—重插轻提, 重复 9 次。(4)再将针刺入中层(人部), 得气后重插轻提 9 次。(5)再将针刺入深层(地部), 得气后重插轻提 9 次。(6)随后将针退至浅层(天部), 此为一度。以患者针下产生温热感为度, 一般不超过三度。(7)留针 30 min 后, 于患者吸气时快速出针, 疾按针孔。

#### 1.6.2 对照组

给予单式提插补法针刺治疗。取穴同治疗组, 以同样方法消毒后, 指切进针, 得气后小幅度上下提插, 重插轻提 9 次。留针 30 min 后快速出针。

#### 1.6.3 疗程

2 组患者均隔天治疗 1 次, 每周治疗 3 次, 周日休息 1 d, 总疗程 4 周, 共治疗 12 次。

### 1.7 观察指标

观察 2 组患者治疗前后中医证候评分和 IBS 严重程度评分的变化情况。

#### 1.7.1 中医证候评分

参照《胃肠疾病中医证候评分表》<sup>[14]</sup>选取以下 5 个与脾胃虚弱证相关的中医症状: 胃脘痞满、纳差、大便稀溏、畏寒怕冷、精神疲乏, 并进行评分。每个中医症状分别根据其严重程度分为无、轻、中、重 4 个等级, 给予 0、3、5、7 分作为评价。

#### 1.7.2 IBS 严重程度评分

IBS 严重程度评分<sup>[15]</sup>是通过对比治疗前后的腹痛程度、天数、腹胀情况、排便满意度以及症状对生活的干扰程度 5 个项目的变化情况来了解患者的病情变化。每个项目分别给予 0 ~ 100 分的评分, 总积分为 500 分。总积分 < 75 分为正常, 76 分 < 总积分 < 175 分为轻度 IBS, 176 分 < 总积分 < 300 分为中度 IBS, 总积分 > 300 分为重度 IBS。

### 1.8 疗效判定标准

参照《中药新药临床研究指导原则》<sup>[16]</sup>中泄泻

病的疗效评价标准,将临床疗效分为4个等级:痊愈、显效、有效、无效。疗效指数=(治疗前积分-治疗后积分)/治疗前积分 $\times$ 100%。痊愈:症状及体征消失,疗效指数 $\geq$ 95%;显效:症状及体征明显改善,70% $\leq$ 疗效指数 $<$ 95%;有效:症状及体征有所缓解,30% $\leq$ 疗效指数 $<$ 70%;无效:症状及体征无变化或较前加重,疗效指数 $<$ 30%。总有效率=(痊愈例数+显效例数+有效例数)/总病例数 $\times$ 100%。

### 1.9 安全性评价

观察2组患者治疗期间不良反应的发生情况,并给予必要的处理。

### 1.10 统计方法

采用SPSS 22.0统计软件进行数据的统计分析。计量资料采用均数 $\pm$ 标准差( $\bar{x} \pm s$ )表示,组内比较采用配对 $t$ 检验,组间比较采用两独立样本 $t$ 检验;计数资料采用率或构成比表示,组间比较采用 $\chi^2$ 检验;等级资料组间比较采用Ridit分析。以 $P < 0.05$ 表示差异有统计学意义。

## 2 结果

### 2.1 2组患者基线资料比较

治疗组40例患者中,男17例,女23例;年龄29~53岁,平均年龄(41.03 $\pm$ 4.69)岁;病程16个月~9年,平均病程(5.38 $\pm$ 2.02)年。对照组40例患者中,男15例,女25例;年龄31~50岁,平均年龄(40.15 $\pm$ 4.76)岁;病程19个月~10年,平均病程(5.21 $\pm$ 1.94)年。2组患者的性别、年龄、病程等一般情况比较,差异均无统计学意义( $P > 0.05$ ),表明2组患者的基线特征基本一致,具有可比性。

### 2.2 2组患者治疗前后中医证候评分比较

表1结果显示:治疗前,2组患者胃脘痞满、纳差、大便稀溏、畏寒怕冷、精神疲乏5个中医证候评分及证候总积分比较,差异均无统计学意义( $P > 0.05$ )。治疗后,2组患者的各个中医证候评分及证候总积分均较治疗前明显下降( $P < 0.05$ ),治疗组患者大便稀溏、畏寒怕冷、精神疲乏证候评分及证候总积分均明显降低,与对照组比较,差异有统计学意义( $P < 0.05$ 或 $P < 0.01$ )。

表1 2组肠易激综合征患者治疗前后中医证候评分比较

Table 1 Comparison of TCM symptom scores for the two groups of patients with spleen and stomach deficiency type of IBS-D before and after treatment

组别	例数(例)	时间	胃脘痞满	纳差	大便稀溏	畏寒怕冷	精神疲乏	总积分
对照组	40	治疗前	3.80 $\pm$ 1.54	4.90 $\pm$ 1.35	4.00 $\pm$ 1.28	4.85 $\pm$ 1.31	4.25 $\pm$ 1.08	21.80 $\pm$ 3.35
	40	治疗后	1.95 $\pm$ 1.69 <sup>①</sup>	2.23 $\pm$ 1.89 <sup>①</sup>	1.70 $\pm$ 1.59 <sup>①</sup>	2.08 $\pm$ 1.49 <sup>①</sup>	1.85 $\pm$ 1.79 <sup>①</sup>	9.80 $\pm$ 5.75 <sup>①</sup>
治疗组	40	治疗前	3.85 $\pm$ 1.48	4.75 $\pm$ 1.63	4.20 $\pm$ 1.18	4.75 $\pm$ 1.30	4.10 $\pm$ 1.19	21.65 $\pm$ 3.89
	40	治疗后	1.83 $\pm$ 1.65 <sup>①</sup>	2.08 $\pm$ 1.73 <sup>①</sup>	0.98 $\pm$ 1.42 <sup>②③</sup>	1.13 $\pm$ 1.47 <sup>③</sup>	1.05 $\pm$ 1.45 <sup>②</sup>	7.05 $\pm$ 4.45 <sup>②③</sup>

① $P < 0.05$ ,与同组治疗前比较;② $P < 0.05$ ,③ $P < 0.01$ ,与对照组治疗后比较

### 2.3 2组患者治疗前后IBS严重程度评分比较

表2结果显示:治疗前,2组患者IBS严重程度评分比较,差异无统计学意义( $P > 0.05$ )。治疗后,2组患者IBS严重程度评分均较治疗前明显下降( $P < 0.05$ ),且治疗组对IBS严重程度评分的降低作用明显优于对照组,差异有统计学意义( $P < 0.05$ )。

### 2.4 2组患者临床疗效比较

表3结果显示:治疗组总有效率为92.5%(37/40),对照组为75.0%(30/40)。治疗组疗效优于对照组,差异有统计学意义( $P < 0.05$ )。

表2 2组肠易激综合征患者治疗前后IBS严重程度评分比较

Table 2 Comparison of IBS symptom severity scale scores for the two groups of patients with spleen and stomach deficiency type of IBS-D before and after treatment

组别	例数(例)	治疗前	治疗后
对照组	40	260.25 $\pm$ 58.55	140.25 $\pm$ 79.53 <sup>①</sup>
治疗组	40	274.25 $\pm$ 52.86	107.50 $\pm$ 60.29 <sup>②</sup>

① $P < 0.05$ ,与同组治疗前比较;② $P < 0.05$ ,与对照组治疗后比较

表3 2组肠易激综合征患者临床疗效比较

Table 3 Comparison of the clinical efficacy for the two groups of patients with spleen and stomach deficiency type of IBS-D before and after treatment [例(%)]

组别	例数 (例)	痊愈	显效	有效	无效	总有效
对照组	40	1(2.5)	11(27.5)	18(45.0)	10(25.0)	30(75.0)
治疗组	40	3(7.5)	18(45.0)	16(40.0)	3(7.5)	37(92.5) <sup>①</sup>

① $P < 0.05$ , 与对照组比较

## 2.5 安全性评价

本研究共纳入80例患者。研究过程中,未发生严重不良反应以及患者脱落等情况。治疗组有1例患者天枢穴处出现皮下瘀斑,考虑烧山火复式手法刺激量较大,出针后未长时间按压针孔所致,给予热敷3d的对症处理后瘀斑完全消退,并未影响后续的治疗。对照组未出现不良反应情况。

## 3 讨论

《素问·太阴阳明论》曰:“饮食不节,起居不时者,阴受之。……阴受之则入五脏,……入五脏则嗔满闭塞,下为飧泄,久为肠澼。”随着生活水平不断上升及物质文化的不断丰富,诸多不良生活习惯随之而来,如进食不规律、熬夜、酗酒等,饮食不节,起居无常往往容易导致胃肠功能紊乱,长此以往腹泻型肠易激综合征发病率逐年上升<sup>[7]</sup>。

本研究选取脾胃虚弱证IBS-D患者作为观察对象。由于患者长期饮食不节,嗜食肥甘厚腻,或素体本虚,劳倦内伤,导致脾胃升降失司,脾气不升,胃气不降,清浊不分,则水谷混杂而下,大便稀溏;过食生冷,伤及脾阳,温煦失职,则寒从中生,畏寒怕冷;胃不能腐熟水谷,脾不能运化精微,则积谷成滞,阻碍气机,气滞于中焦,见胃脘痞满;胃主受纳,脾主运化,脾胃虚弱,则纳运失调,见食少纳差;脾主升清,脾虚则升阳无力,则精神疲乏。故针刺治疗脾胃虚弱证IBS-D当以补虚为原则。

脾胃虚弱证IBS-D病位在脾、胃,并与小肠、大肠相关,病性属虚,若失治误治,可进一步发展成虚寒证。烧山火复式手法“除寒之有准”,于临床上广泛应用于虚证、寒证的治疗,其疗效确切<sup>[18-20]</sup>。

烧山火复式手法不同于单式提插补法,具有更深层次的内涵。《金针赋》中首次详述其操作手法:“先浅后深,凡九阳而三进三退,慢提紧按,热至紧闭插针。”其操作过程融合呼吸、提插、徐疾、开阖补法在内,可谓针刺补法中集大成者。烧山火复式手法重视调神,正如《素问·宝命全形论》曰:“凡刺之真,必先治神。”施术者先通过引导患者呼吸使神内敛,后重用押手,可进一步使其神集中于患处。在此基础上,行补法更能激发穴位经气。《难经·七十八难》言:“得气,因推而纳之,是谓补。”烧山火复式手法分三部由浅入深,逐层得气后以九阳数行提插补法,循序渐进,步步深入,引阳入阴,直至产生针下热感<sup>[21]</sup>。《素问·针解篇》道:“刺虚则实之者,针下热也,气实乃热也。”针下热至则气由虚转实,阳气徐至。“经气已至,慎守勿失。”针下产生温热感后,留针守气,使气至病所,经气周流全身不息。《素问·刺志论》中言“入虚者,左手闭针空也。”出针时结合开阖补法疾闭针孔,使经气勿泄,则正气存内,虚证自除。

对于治疗脾胃虚弱证IBS-D,烧山火复式手法可发挥健脾益胃、温运中焦之效。施行烧山火复式手法时,施术者先引导患者行腹式呼吸,将自然清气输送至中焦脾胃,同时进行意念导引,嘱患者于呼吸间感受胃肠活动变化,再随呼气进针行补法。后分天、人、地三部,各部均以得气为前提行提插补法。针下得气,则可将气聚于针下<sup>[22]</sup>,使所刺腧穴产生经气感应,在此基础上行提插补法,则气可携经穴之功传至中焦,使中焦土气得温。烧山火复式手法分三部分别行补法,可从不同维度引导阳气入体,手法刺激强,得气效果明显。中焦阳气充盈则针下热生。中焦得运则气机逐步调顺,升清降浊机能得以恢复,脾气可升,胃气可降,清浊能分,大便能调。脾气足则脾运有权,气行则满除,故腹胀可消。胃气充则可腐熟水谷,故积消胀除、胃纳增。脾胃气盛则气血生化有源,清阳之气可上升脑窍,使人神清气爽。中焦脾土得温,则脾阳振奋,可散寒除湿,四肢躯体得以温煦。现代医学研究<sup>[23]</sup>指出,虚即正气不足,为脏腑生理功能弱的表现,与交感神经功能息息相关。对于消化器官而言,交感神经的调节对其有双向作用。烧山火复式手法可通

通过对交感神经的刺激,使机体自觉温度上升,达到“针下热”之象,且可通过干预交感神经系统调节胃肠平滑肌的紧张程度及胃肠蠕动频率,进而修复胃肠道功能,从而达到“补虚”的效果。

本研究选取天枢、中脘、关元、足三里、上巨虚为治疗穴位。天枢为大肠之募穴,处于人体上下、天地、阴阳之气枢转交合之处,为人体一身气机之枢纽。《素问·阴阳应象大论》道:“清气在下,则生飧泄。”于天枢施行烧山火复式手法,可调整一身之气,气机顺畅则清阳得升,浊气得降,泄泻可除。正如《玉龙歌》所言“脾泻之症别无他,天枢二穴刺休差。”中脘为胃之募穴,是胃腑之气结聚之处,且为腑会,故亦为六腑之气会聚之处。于中脘施行烧山火复式手法,可疏调胃腑之气,使胃主受纳腐熟水谷的生理功能得以修复,同时,使六腑气机升降得调。关有封藏之意,元为元气,关元即人体元气封藏之处<sup>[24]</sup>,若气不足,则封藏无力,日久气陷而致泄泻。同时,关元为小肠募穴,即小肠之气结聚之处。若脾胃虚弱,气血推动无力,易致小肠分清泌浊功能失调,出现水谷混杂,精微与糟粕难分而生泄泻。《景岳全书·泄泻》言“水谷分则泻自止”,于关元行烧山火复式手法,可提补元气,有助于分别清浊,可达利小便以实大便之效。上巨虚为大肠之下合穴,是大肠腑气下合于足阳明胃经之处。大肠主津,若脾胃虚弱,运化无力,气血不能营养大肠,则致大肠传导失常,无力摄津,进而水谷杂下而生泄泻。于上巨虚施行烧山火复式手法,可补大肠之气,使其津液运化正常,泄泻乃愈。足三里为胃之下合穴,亦为足阳明胃经之合穴。足阳明胃经为多气多血之经,足三里为其合穴,是经气深入之处,且聚胃腑下合之气于此,故于足三里行烧山火复式手法,可强胃之气,使胃纳增,胀满得除。

本研究结果显示,治疗4周后,治疗组的总有效率为92.5%(37/40),对照组为75%(30/40),治疗组的疗效明显优于对照组,差异有统计学意义( $P<0.05$ )。同时,2组患者治疗后的各个中医证候评分、中医证候总积分及IBS严重程度评分均较治疗前明显下降( $P<0.05$ ),治疗组对大便稀溏、畏寒怕冷、精神疲乏证候评分、中医证候总积分和IBS严重程度评分的降低作用均优于对照组,差

异有统计学意义( $P<0.05$ 或 $P<0.01$ )。结果表明,烧山火复式手法针刺治疗脾胃虚弱证IBS-D患者疗效确切,可显著改善患者的肠道功能障碍情况,其疗效优于单式提插补法。

综上所述,烧山火复式手法针刺主要通过从天、人、地三部分别施行补法,于施术过程中逐层深入,最终使针下产生热感,引阳入里,从而达到补气生阳、健脾益胃、温运中焦、调整脏腑阴阳的效果。对比于针刺单式提插补法,烧山火复式手法对于脾胃虚弱证IBS-D畏寒怕冷证候的改善效果更为显著。但本研究由于针刺手法的特殊性,难以完成同质化、标准化操作,给临床的应用与推广造成一定的困难,有待日后进一步的研究。

#### 参考文献:

- [1] LACY B E, MEARIN F, CHANG L, et al. Bowel Disorders[J]. *Gastroenterology*, 2016, 150(6): 1393-1407.
- [2] 王曦辰.加味异功散治疗腹泻型肠易激综合征(脾胃虚弱型)临床疗效观察[D].武汉:湖北中医药大学,2019.
- [3] 朱佳杰,刘珊,赵鹏程,等.肠易激综合征的流行病学研究进展[J].*国际消化病杂志*,2017,37(5):271-273.
- [4] 胡玥,吕宾.肠易激综合征的治疗进展[J].*中国实用内科杂志*,2020,40(2):105-110.
- [5] 凌萌智.匹维溴铵治疗腹泻型肠易激综合征疗效观察[J].*现代中西医结合杂志*,2015,24(2):167-169.
- [6] 丁文,黄小英,宣云岗.补中益气丸治疗腹泻型肠易激综合征脾胃虚弱证疗效及对血浆NLRP3炎症小体的影响[J].*浙江中西医结合杂志*,2018,28(6):469-471.
- [7] 周素芳,徐思娅,杨景林,等.参苓固肠颗粒联合金双歧治疗腹泻型肠易激综合征脾胃虚弱的临床疗效观察[J].*中国微生态学杂志*,2016,28(7):795-798.
- [8] 张庆东,袁泉良.培土止泻汤联合马来酸曲美布汀治疗脾胃虚弱证腹泻型肠易激综合征[J].*中国实验方剂学杂志*,2016,22(6):181-184.
- [9] 邹维,毛靓瑶,刘敏,等.温针灸治疗脾胃虚弱证腹泻型肠易激综合征临床研究[J].*陕西中医*,2019,40(12):1786-1788.
- [10] DROSSMAN D A. Functional gastrointestinal disorders: history, pathophysiology, clinical features and Rome IV[J]. *Gastroenterology*, 2016, 19(2): 223-227. DOI: 10.1053/j.gastro.2016.02.032.
- [11] 李军祥,陈詒,唐旭东,等.肠易激综合征中西医结合诊疗共识意见(2017年)[J].*中国中西医结合消化杂志*,2018,26(3):227-232.
- [12] 高树中,杨骏.针灸治疗学[M].北京:中国中医药出版社,2012:81.
- [13] 东贵荣,马铁明.刺灸灸法[M].北京:中国中医药出版

- 社, 2012: 44-45.
- [14] 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): 187-189.
- [15] FRANCIS C Y, MORRIS J, WHORWELL P J. The irritable bowel severity scoring system; a simple method of monitoring irritable bowel syndrome and its progress[J]. Aliment Pharmacol Ther, 1997, 11(2): 395-402.
- [16] 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, 2002: 139-142.
- [17] 李海龙, 任维, 李彦敏, 等. 肠易激综合征相关致病因素及发病机制研究进展[J]. 医学与哲学(B), 2017, 38(2): 73-76.
- [18] 赫书宏, 李崖雪, 毕秋颖, 等. 烧山火手法治疗寒湿型慢性腰肌劳损的临床观察[J]. 中医药信息, 2019, 36(5): 102-106.
- [19] 李彩艳. 烧山火针法治疗脾肾阳虚型癌因性疲乏的临床研究[D]. 昆明: 云南中医药大学, 2019.
- [20] 张焕军. 膀胱经穴烧山火手法治疗肝肾亏虚型腰椎间盘突出症的临床疗效评价[D]. 杭州: 浙江中医药大学, 2015.
- [21] 唐润东. 烧山火针刺手法治疗中风后气虚型便秘的临床疗效研究[D]. 广州: 广州中医药大学, 2017.
- [22] 宋婷婷, 王军. 从“气至而有效”谈提高针刺疗效的关键因素[J]. 中国针灸, 2019, 39(2): 197-200.
- [23] 周传龙, 包洁, 邵晓梅, 等. “烧山火”针法临床应用机制探析[J]. 山西中医学院学报, 2015, 16(5): 35-36, 39.
- [24] 柴铁劬. 针灸穴名解[M]. 北京: 科学技术文献出版社, 2009: 31.

【责任编辑: 宋威】

## 电针肺经原络穴治疗大肠癌术后肠梗阻的临床观察

龙莹, 张子敬, 黄展明, 陈佳芸, 谢晓华  
(广州中医药大学第一附属医院, 广东广州 510405)

**摘要:**【目的】观察电针肺经原络穴治疗大肠癌术后肠梗阻的临床疗效。【方法】将60例大肠癌术后患者随机分为治疗组和对照组, 每组各30例。对照组给予常规基础治疗, 治疗组在对照组治疗的基础上, 给予电针肺经原穴太渊、络穴列缺治疗。观察2组患者术后肠鸣音恢复时间、首次排气时间、首次排便时间、恢复流质饮食时间以及术后住院时间, 观察患者不良反应如腹胀腹痛、恶心呕吐、肺部感染等的发生情况, 并评价其安全性。【结果】(1)治疗组患者的肠鸣音恢复时间、首次排气时间、首次排便时间、恢复流质饮食时间和术后住院时间均明显缩短, 与对照组比较, 差异有统计学意义( $P < 0.05$ )。(2)治疗过程中, 治疗组发生腹胀腹痛1例、恶心呕吐2例, 无肺部感染发生, 不良反应总发生率为10.00%(3/30); 对照组腹胀腹痛8例、恶心呕吐4例, 肺部感染2例, 不良反应总发生率为46.60%(14/30)。治疗组腹胀腹痛、恶心呕吐以及肺部感染的发生率明显减少, 与对照组比较, 差异有统计学意义( $P < 0.01$ )。【结论】电针肺经原络穴治疗大肠癌术后肠梗阻操作安全、简便, 能明显地减少术后肠梗阻的发生率、减少患者术后的住院时间, 无严重不良反应。

**关键词:** 电针; 太渊穴; 列缺穴; 肠梗阻; 大肠癌术后; 临床观察

中图分类号: R246.9

文献标志码: A

文章编号: 1007-3213(2021)03-0518-06

DOI: 10.13359/j.cnki.gzxbtcm.2021.03.016

收稿日期: 2020-09-23

作者简介: 龙莹(1994-), 女, 硕士, 医师; E-mail: 315975992@qq.com

通讯作者: 谢晓华, 男, 硕士, 主任医师; E-mail: xiexh268@163.com