

## 参苓白术散加减联合脐灸法治疗脾虚型肠息肉摘除术后伴肠道功能紊乱的临床观察

柯可<sup>1</sup>, 冯群虎<sup>2</sup>

(1. 广州中医药大学, 广东广州 510405; 2. 深圳市宝安区中医院, 广东深圳 518101)

**摘要:**【目的】观察参苓白术散加减联合脐灸法治疗脾虚型肠息肉摘除术后伴肠道功能紊乱患者的临床疗效。【方法】将62例行电子结肠镜检查及结直肠息肉摘除术, 术后伴有肠道功能紊乱, 中医证型为脾虚型的患者随机分为治疗组和对照组, 每组各31例。2组患者均给予调整饮食及营养支持等对症治疗, 在此基础上, 对照组给予酪酸梭菌活菌胶囊口服治疗, 治疗组给予参苓白术散加减方口服联合脐灸法治疗, 疗程为2周。观察2组患者治疗前后中医证候量化积分、生活质量健康调查简表(SF-36)评分的变化情况, 比较2组患者的首次止泻时间及治疗后1个月随访的复发情况, 评价2组患者的临床疗效和安全性。【结果】(1)治疗2周后, 治疗组的总有效率为100.0%(31/31), 对照组为83.9%(26/31); 组间比较(秩和检验), 治疗组的疗效明显优于对照组( $P < 0.01$ )。 (2)治疗后, 2组患者的主要证候积分、次要证候积分及证候总积分均较治疗前明显降低( $P < 0.01$ ), 且治疗组的降低作用均明显优于对照组( $P < 0.01$ )。 (3)治疗后, 2组患者SF-36量表的躯体疼痛、精力、健康变化等维度积分及总分均较治疗前明显提高( $P < 0.05$ 或 $P < 0.01$ ), 且治疗组的提高作用均明显优于对照组( $P < 0.05$ 或 $P < 0.01$ )。 (4)治疗组患者的首次止泻时间为 $(5.04 \pm 0.81)$ d, 明显短于对照组的 $(7.79 \pm 1.35)$ d, 差异有统计学意义( $P < 0.01$ )。 (5)疗程结束1个月后随访, 治疗组的复发率为9.7%(3/31), 明显低于对照组的64.5%(20/31), 差异有统计学意义( $P < 0.05$ )。 (6)研究期间, 2组患者均未出现身体麻木、眩晕、头痛等不良反应或过敏反应情况, 患者的生命体征(体温、脉搏、呼吸、心率、血压)和肝、肾功能等安全性指标均无异常变化。【结论】参苓白术散加减联合脐灸法治疗脾虚型肠息肉摘除术后伴肠道功能紊乱患者疗效显著, 可有效改善症状, 提高生活质量和防治复发。

**关键词:** 参苓白术散; 脐灸法; 肠息肉摘除术后; 肠道功能紊乱; 脾虚型; 生活质量

中图分类号: R269.569; R246.2

文献标志码: A

文章编号: 1007-3213(2021)09-1821-08

DOI: 10.13359/j.cnki.gzxbtcm.2021.09.009

## Clinical Observation of Modified *Shenling Baizhu* Powder Combined with Umbilical Moxibustion in the Treatment of Spleen-deficiency Intestinal Dysfunction Patients after Intestinal Polypectomy

KE Ke<sup>1</sup>, FENG Qun-Hu<sup>2</sup>

(1. Guangzhou University of Chinese Medicine, Guangzhou 510405 Guangdong, China; 2. Shenzhen Bao'an Traditional Chinese Medicine Hospital, Shenzhen 518101 Guangdong, China)

**Abstract: Objective** To observe the clinical effect of modified *Shenling Baizhu* Powder combined with umbilical moxibustion in the treatment of spleen-deficiency intestinal dysfunction patients following intestinal polypectomy. **Methods** Sixty-two patients who underwent electronic colonoscopy and colorectal polypectomy, and were accompanied by bowel dysfunction and differentiated as spleen deficiency type were randomly divided into treatment group and control group, with 31 cases in each group. The patients of two groups were given dietary adjustment and symptomatic treatments such as nutritional support. Additionally, the control group was given oral use of *Clostridium butyricum* live Capsules, while the treatment group was given modified *Shenling Baizhu* Powder combined with umbilical moxibustion treatment, the treatment lasting 2 weeks. The changes of TCM syndrome quantification integral and the 36-item short-form health survey (SF-36) scores in the two groups were observed

收稿日期: 2020-12-29

作者简介: 柯可(1997-), 女, 在读硕士研究生; E-mail: 1002344362@qq.com

通讯作者: 冯群虎(1964-), 男, 主任医师, 硕士研究生导师; E-mail: defqh2004@aliyun.com

before and after treatment. The time for firstly stopping diarrhea and the recurrence rate during one month follow-up after treatment were compared between the two groups, and the clinical effect and safety of the two groups were evaluated. **Results** (1) After 2 weeks of treatment, the total effective rate of the treatment group was 100.0% (31/31), and that of the control group was 83.9% (26/31). The intergroup comparison by rank sum test showed that the efficacy of the treatment group was significantly superior to that of the control group ( $P < 0.01$ ). (2) After treatment, the scores of primary syndromes, secondary syndromes and overall scores of the syndromes in the two groups were significantly lower than those before treatment ( $P < 0.01$ ), and the effect on decreasing the syndrome scores in the treatment group was significantly superior to that in the control group ( $P < 0.01$ ). (3) After treatment, the scores of bodily pain (BP), vitality (VT), health status and other dimensions of SF-36 and total scores of SF-36 in the two groups were significantly higher than those before treatment ( $P < 0.05$  or  $P < 0.01$ ), and the effects on increasing the scores in the treatment group were significantly stronger than those in the control group ( $P < 0.05$  or  $P < 0.01$ ). (4) The time for firstly stopping diarrhea in the treatment group was ( $5.04 \pm 0.81$ ) d, which was significantly shorter than ( $7.79 \pm 1.35$ ) d in the control group, the difference being statistically significant ( $P < 0.01$ ). (5) The results of follow-up one month after the treatment showed that the recurrence rate in the treatment group was 9.7% (3/31), which was significantly lower than that in the control group (64.5%, 20/31), and the difference was statistically significant ( $P < 0.05$ ). (6) During the trial, no adverse reactions or allergic reactions such as numbness, dizziness, and headache occurred in the two groups, or no abnormal changes in patients' vital signs (body temperature, pulse, respiration, heart rate, blood pressure) and safety indicators such as liver and renal function were found. **Conclusion** Modified *Shenling Baizhu* Powder combined with umbilical moxibustion has significant effect on intestinal dysfunction patients of spleen deficiency type following intestinal polypectomy, which can effectively relieve the symptoms, improve the quality of life, and prevent and treat the recurrence.

**Keywords:** *Shenling Baizhu* Powder; umbilical moxibustion; after intestinal polypectomy; intestinal dysfunction; spleen deficiency type; quality of life

肠息肉(intestinal polyp)是一种从结直肠黏膜表面突出到肠腔内的异常生长组织。根据 Morson 的组织学分类,息肉可分为腺瘤型、错构瘤型、炎症型和增生型4类。腺瘤性肠息肉是肠息肉最常见的病理类型,被认为是癌前病变,腺瘤息肉发展为癌变大约需要5~15年。结直肠息肉的临床表现多为腹泻、腹胀或大便习惯改变、血便甚至肠梗阻、肠套叠等。根据不同患者的状态、息肉的形态学特征表现等,常采取内镜下冷/热活检钳、冷/热圈套术、内镜下黏膜切除术(endoscopic mucosal resection, EMR)、内镜黏膜下剥离术(endoscopic submucosal dissection, ESD)等合适的手术方式治疗<sup>[1]</sup>。随着肠镜在临床上的应用,肠息肉的检出率逐年升高。我国结直肠癌发病率虽然低于欧美国家,但因饮食、环境、精神情绪等因素的影响,在近20年来呈升高趋势,因此肠镜的重要性日益凸显。近年来,肠息肉切除术后肠道功能的恢复

及预防其复发已成为行业的研究热点。研究表明,参苓白术散具有调节肠道菌群平衡、改善肠道微生态环境、修复肠黏膜屏障等多重作用<sup>[2]</sup>,脐灸法则可通过穴位定向透药达到调节机体代谢、提高免疫和改善循环的功效<sup>[3-4]</sup>。基于此,本研究在参照《太平惠民和剂局方》<sup>[5]</sup>的基础上,结合冯群虎教授的临床经验,对参苓白术散方进行加减化裁,并联合脐灸法治疗脾虚型结直肠息肉摘除术后肠功能紊乱患者,取得良好的疗效,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9月至2020年3月在深圳市宝安区中医院肛肠科就诊并行电子结肠镜检查及结直肠息肉摘除术,术后伴有肠功能紊乱,中医证型为脾虚型的患者,共62例。患者术前因肠息肉伴有肠道症状,术后症状仍未消

失。活检病理结果表现为增生性息肉和(或)腺瘤性息肉。采用随机数字表进行随机分组,将患者分为治疗组和对照组,每组各31例。病程最长2.7年,最短9.6个月。均为首次行电子结肠镜检查者。本研究设计方案及内容在实施前经宝安区中医院医学伦理委员会的审核批准,并且所有患者均签署了知情同意书,期间均有权要求退出。

## 1.2 病例选择标准

1.2.1 诊断标准 西医诊断标准:参照2016年出版的《罗马IV:功能性胃肠病》中有关功能性胃肠病(主要包括功能性腹泻、功能性腹胀)的诊断标准,肠道症状出现超过6个月<sup>[6]</sup>。中医诊断标准:参照《中药新药临床研究指导原则(试行)》<sup>[7]</sup>对脾虚型泄泻的中医诊断标准。主症:大便溏稀,或完谷不化,遇饮食、精神、气候等诱因即发或加重,舌质淡。次症:神疲懒言,倦怠乏力,面色萎黄,食后腹胀,食欲不振,舌胖或伴齿痕,苔薄白,脉细弱。实验室常规检查:参照人民卫生出版社出版的第九版《内科学》<sup>[8]</sup>。

1.2.2 纳入标准 ①符合上述中西医诊断标准;②首次行电子结肠镜检查并行肠息肉摘除术后2个月内,切除方式为电凝电切手术治疗,息肉送检后病理结果为增生性息肉和(或)腺瘤性息肉;③自愿参加本研究并签署知情同意书的患者。

1.2.3 排除标准 ①感染因素所致的腹泻患者;②炎症性肠病(IBD)等肠道器质性疾病患者;③存在其他危险因素如肠道手术后、胆囊切除术后、肿瘤、近期服用抗生素史、贫血和低白蛋白血症、抑郁症的患者;④既往有特定腹泻病原体病史及乳糖不耐的患者;⑤过敏体质及对此次试验所用药物过敏的患者;⑥合并有全身重要脏器严重疾病的患者;⑦拒绝签署知情同意书的患者。

1.2.4 剔除、终止标准 (1)剔除标准:①不符合上述纳入标准而被错误纳入者;②依从性差,未遵医嘱、自行停药或更改用药方法者;③中途退出本次研究者。(2)终止标准:治疗过程中出现不良反应而影响安全性判定者。

## 1.3 治疗方案

1.3.1 对症治疗 2组患者均给予调整饮食及营养支持等对症治疗。

1.3.2 对照组 给予酪酸梭菌活菌胶囊口服治疗。用法:酪酸梭菌活菌胶囊(生产厂家:青岛东海

药业有限公司;批准文号:国药准字S20040084;规格:420 mg/粒),口服,每次3粒,每天2次,分别于早、晚餐后温开水送服。疗程为2周。

1.3.3 治疗组 给予参苓白术散加减方口服联合脐灸法治疗。①中药治疗。参照《太平惠民和剂局方》<sup>[5]</sup>,结合冯群虎教授临床治疗经验,在参苓白术散原方基础上加减化裁,具体方药组成如下:党参10 g,茯苓15 g,麸炒白术15 g,炒白扁豆10 g,山药10 g,麸炒薏苡仁10 g,桔梗5 g,桂枝10 g,乌梅10 g,炒神曲10 g,炙甘草10 g。腹胀者加木香、白芍,食后腹胀加炒山楂、鸡内金;腹痛者加延胡索、香附;恶心、呕吐者加姜半夏;反酸暖气者加蒲公英、煅牡蛎;畏寒者加干姜、肉豆蔻。所有中药均由宝安区中医院中药房提供,并由深圳市康美智慧药房统一煎制。每日1剂,煎取400 mL,分2次于早、晚餐0.5 h后温服,每次200 mL。②脐灸法治疗。患者取仰卧体位,暴露脐周,下肢略屈曲,使腹部肌肤放松。对脐周进行常规消毒,将提前制作的面圈(温水调面粉制作,长12 cm、粗2 cm)罩住肚脐四周,保证密闭性良好。取适量粗盐填平脐孔,放置艾炷(底部直径2 cm,高3 cm)并点燃,同时用红外线灯照射,以燃至艾炷剩2/5、患者感灼痛为度。每天上午9:00~11:00施灸,每日1次,每次5壮。③注意事项:治疗期间宜清淡饮食、高蛋白饮食,忌生冷、油腻、辛辣食物;灸前不宜过饥过饱,灸时防止脐部受风、受凉,灸后封脐,灸后不宜大量饮水,2 h后可少量饮用温水;如施灸时出现不良反应,应立即停灸,进行针对性治疗;如化火化热,可用雀啄法施于涌泉穴引火下行<sup>[9]</sup>。疗程为2周。

## 1.4 观察指标

### 1.4.1 疗效性指标

1.4.1.1 中医证候量化积分 观察2组患者治疗前后中医证候量化分级表的主要证候积分、次要证候积分及证候总积分的变化情况。主要证候包括大便次数和大便性状,次要证候包括食欲、腹痛情况、精神状况、腹胀情况及舌象、脉象。其中舌象和脉象仅做记录,不纳入评分。

1.4.1.2 首次止泻时间 观察2组患者的平均首次止泻时间。止泻标准为连续2次大便成形或24 h内未出现腹泻<sup>[10]</sup>。

1.4.1.3 生活质量评估 观察2组患者治疗前后生活质量健康调查简表(SF-36)评分的变化情况。该量表由美国波士顿研究所制定,1991年被翻译成中文版,分别从生理机能、生理职能、躯体疼痛、一般健康状况、精力、社会功能、情感职能、精神健康及健康变化共9个维度评估被调查者的生活质量<sup>[11]</sup>。各维度得分范围为0~100分,得分越高代表生活质量越高<sup>[12]</sup>。本研究主要观察躯体疼痛、精力、健康变化3个维度积分及总分的变化情况。

1.4.2 安全性指标 观察2组患者治疗期间出现身体麻木、眩晕、头痛等不良反应或过敏反应情况,以及生命体征(体温、脉搏、呼吸、心率、血压等)和肝、肾功能等安全性指标的变化情况,如有因指标异常而出现样本可疑脱落,需立即对该样本进行针对性治疗。

## 1.5 疗效评定标准

1.5.1 疗效判定标准 参照《中药新药临床研究指导原则(试行)》<sup>[7]</sup>。采用尼莫地平法计算:即证候积分减少率=[(治疗前积分-治疗后积分)/治疗前积分]×100%。治愈:大便频次及性状正常,症状和体征消失或基本消失,证候积分较治疗前减少95%以上;显效:大便频次未明显减少但便质成形,或大便偏稀但每日1次,证候积分较治疗前减少70%以上;有效:大便频次及性状较治疗前改善,证候积分较治疗前减少35%以上;无效:疗效未达到有效标准或症状较前加重。总有效率=(治愈例数+显效例数+有效例数)/总病例数×100%。

1.5.2 复发情况判定标准 疗程结束1个月后随访,观察2组患者的复发情况。复发指数=(治疗前证候积分-随访时证候积分)/治疗前证候积分×100%。其中,复发指数≤50%为复发,>50%为

未复发<sup>[13]</sup>。

1.6 统计方法 采用SPSS 17.0统计软件进行数据的统计分析。计量资料用均数±标准差( $\bar{x} \pm s$ )表示,组内治疗前后比较采用配对 $t$ 检验,组间比较采用两独立样本 $t$ 检验。计数资料用率或构成比表示,组间比较采用卡方检验;等级资料组间比较采用秩和检验。均采用双侧检验,以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

## 2 结果

2.1 2组患者脱落情况和基线资料比较 治疗期间,2组患者均未出现不良反应及脱落现象,均能完成全部疗程治疗。治疗组31例患者中,男17例,女14例;年龄33~61岁,平均(42.26±9.26)岁;病程0.4~2.8年,平均(1.65±0.82)年。对照组31例患者中,男14例,女17例;年龄33~61岁,平均(44.39±8.20)岁;病程0.5~2.8年,平均(1.50±0.73)年。2组患者的性别、年龄、病程等基线资料比较,差异均无统计学意义( $P > 0.05$ ),具有可比性。

2.2 2组患者治疗前后中医证候量化积分比较 表1结果显示:治疗前,2组患者的主要证候积分、次要证候积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组患者的主要证候积分、次要证候积分及证候总积分均较治疗前明显降低( $P < 0.01$ ),且治疗组的降低作用均明显优于对照组,差异均有统计学意义( $P < 0.01$ )。表明2种治疗方案均能改善患者症状,但口服加味参苓白术散联合脐灸法在改善结直肠息肉摘除术后伴腹泻、腹痛、腹胀等肠道功能紊乱及全身症状方面效果更优。

2.3 2组患者首次止泻时间比较 表2结果显示:治疗组患者首次止泻时间为(5.04±0.81)d,明显

表1 2组肠息肉摘除术后伴肠道功能紊乱患者治疗前后中医证候量化积分比较

Table 1 Comparison of TCM syndrome quantification scores between the two groups of patients with

		intestinal dysfunction following intestinal polypectomy				( $\bar{x} \pm s$ , 分)
组别	例数(例)	时间	主要证候积分	次要证候积分	证候总积分	
对照组	31	治疗前	4.77±0.99	3.94±1.46	8.71±2.00	
	31	治疗后	1.68±0.91 <sup>①</sup>	2.81±1.08 <sup>①</sup>	4.48±1.15 <sup>①</sup>	
治疗组	31	治疗前	4.97±1.02	4.26±1.65	9.23±2.01	
	31	治疗后	0.97±1.02 <sup>①②</sup>	1.48±1.41 <sup>①②</sup>	2.45±1.95 <sup>①②</sup>	

① $P < 0.01$ , 与治疗前比较; ② $P < 0.01$ , 与对照组治疗后比较

表2 2组肠息肉摘除术后伴肠道功能紊乱患者  
首次止泻时间比较

Table 2 Comparison of time for firstly stopping diarrhea  
between the two groups of patients with intestinal  
dysfunction following intestinal polypectomy ( $\bar{x} \pm s$ )

组别	例数(例)	首次止泻时间(d)
对照组	31	7.79 ± 1.35
治疗组	31	5.04 ± 0.81 <sup>①</sup>

① $P < 0.01$ , 与对照组比较

短于对照组的(7.79 ± 1.35)d, 差异有统计学意义( $P < 0.01$ ), 表明口服加味参苓白术散联合脐灸法在缩短腹泻时间、改善肠息肉术后伴脾虚型泄泻

症状方面效果更好。

#### 2.4 2组患者SF-36量表部分维度积分比较

表3结果显示: 治疗前, 2组患者SF-36量表躯体疼痛、精力、健康变化等维度积分及总分比较, 差异均无统计学意义( $P > 0.05$ )。治疗后, 2组患者SF-36量表的躯体疼痛、精力、健康变化等维度积分及总分均较治疗前明显提高( $P < 0.05$  或  $P < 0.01$ ), 且治疗组的提高作用均明显优于对照组, 差异均有统计学意义( $P < 0.05$  或  $P < 0.01$ )。表明2种治疗方案均能改善患者的生活质量, 但口服加味参苓白术散联合脐灸法在改善患者生活质量方面效果更好。

表3 2组肠息肉摘除术后伴肠道功能紊乱患者治疗前后SF-36量表部分维度积分比较

Table 3 Comparison of partial dimension scores of SF-36 scales between the two groups of patients with  
intestinal dysfunction following intestinal polypectomy ( $\bar{x} \pm s$ , 分)

组别	例数(例)	时间	躯体疼痛	精力	健康变化	总分
对照组	31	治疗前	68.84 ± 11.28	70.61 ± 8.49	50.81 ± 16.44	678.68 ± 41.93
	31	治疗后	72.39 ± 10.14 <sup>①</sup>	74.42 ± 6.56 <sup>①</sup>	57.26 ± 11.54 <sup>①</sup>	713.48 ± 38.62 <sup>①</sup>
治疗组	31	治疗前	66.81 ± 14.11	69.29 ± 8.80	49.19 ± 13.67	659.69 ± 48.11
	31	治疗后	78.32 ± 9.83 <sup>②③</sup>	79.10 ± 8.47 <sup>②③</sup>	67.74 ± 11.54 <sup>②④</sup>	751.48 ± 33.28 <sup>②③</sup>

① $P < 0.05$ , ② $P < 0.01$ , 与治疗前比较; ③ $P < 0.05$ , ④ $P < 0.01$ , 与对照组治疗后比较

2.5 2组患者临床疗效比较 表4结果显示: 治疗2周后, 治疗组的总有效率为100.0%(31/31), 对照组为83.9(26/31); 组间比较(秩和检验), 治疗组的疗效明显优于对照组, 差异有统计学意义( $P < 0.01$ )。表明口服加味参苓白术散联合脐灸法治疗脾虚型肠息肉摘除术后伴肠道功能紊乱患者的疗效优于口服酪酸梭菌活菌胶囊。

表4 2组肠息肉摘除术后伴肠道功能紊乱患者  
临床疗效比较

Table 4 Comparison of clinical effect between the two  
groups of patients with intestinal dysfunction  
following intestinal polypectomy [例(%)]

组别	例数(例)	治愈	显效	有效	无效	总有效
对照组	31	0(0.0)	4(12.9)	22(71.0)	5(16.1)	26(83.9)
治疗组	31	6(19.4)	12(38.7)	13(41.9)	0(0.0)	31(100.0) <sup>①</sup>

① $P < 0.01$ , 与对照组比较

2.6 2组患者复发率比较 表5结果显示: 疗程结束1个月后随访, 治疗组的复发率为9.7%(3/31), 明显低于对照组的64.5%(20/31), 差异有统计学

意义( $P < 0.05$ )。结合既往研究成果<sup>[14]</sup>, 表明口服加味参苓白术散联合脐灸法在降低结肠息肉术后复发率, 减轻炎症反应, 提高肠道免疫力方面明显优于口服酪酸梭菌活菌胶囊。

表5 2组肠息肉摘除术后伴肠道功能紊乱患者复发率比较

Table 5 Comparison of the recurrence rate between the  
two groups of intestinal dysfunction following  
intestinal polypectomy

组别	例数(例)	复发例数(例)	复发率(%)
对照组	31	20	64.5
治疗组	31	3	9.7 <sup>①</sup>

① $P < 0.05$ , 与对照组比较

2.7 安全性评价 研究期间, 2组患者均未出现身体麻木、眩晕、头痛等不良反应或过敏反应情况, 患者的生命体征(体温、脉搏、呼吸、心率、血压)和肝、肾功能等安全性指标均无异常变化。

## 3 讨论

3.1 肠息肉与肠道微生态 肠息肉作为一种常见

的消化系统疾病,从分子生物学角度,其发生机制是多种基因变异导致 $\beta$ -catenin在肠干细胞中过度积聚,致使肠干细胞在肠道黏膜过度克隆增殖<sup>[15]</sup>,其生长为良性,但根据其不典型增生的等级,被认为与发展结直肠癌的高风险有关<sup>[16]</sup>。肠息肉的病因及发展因素包括肥胖、烟酒史、高脂血症、尿酸异常及应用质子泵抑制剂等。肠干细胞作为肠黏膜的核心细胞,与肠道微生态呈现出了密不可分的联系。肠道微生态作为宿主体内肠道菌群所处的一种系统性状态,也是人体生态系统中最主要、最复杂的一种。肠道微生物量占人体总微生物量的78%,是肠道维持正常形态和免疫成熟所必需的条件。根据肠道菌群与宿主的关系,前者可分为有益性菌群、有害性菌群及中间性菌群,有益性菌群如类杆菌属、优杆菌属、双歧杆菌属等数量最多,在宿主体内发挥着黏膜屏障功能、参与营养物质代谢等功能。其中黏膜屏障功能主要有3种,包括通过占位性保护效应、营养竞争、产生有机酸和抑菌物质<sup>[17]</sup>等机制构建生物屏障,促进肠上皮化生与成熟,促进肠黏膜修复以及促进黏蛋白合成与分泌以维持机械屏障,通过启动固有免疫和适应性免疫、维持黏膜免疫耐受的完整性以维持免疫屏障<sup>[18]</sup>。

肠道微生物群产生的短链脂肪酸(SCFAs)是结肠细胞的能量来源,在肠上皮细胞的生长和分化中起着关键作用<sup>[19]</sup>。近年来,越来越多的研究发现菌群失调(主要表现为有益菌减少、致病菌增多)与肠息肉、肠癌等密切相关,其中以腺瘤性息肉发生最为明显<sup>[20]</sup>。如便秘时革兰氏阴性厌氧菌在粪便中属优势菌群,慢性腹泻时则革兰氏阳性杆菌属优势菌群<sup>[18]</sup>。笔者在临床中观察到一些肠息肉患者经过内镜下肠息肉摘除术治疗后,仍表现出不同程度的肠道功能紊乱,如腹泻、腹部隐痛、腹胀等,究其缘由,考虑可能是肠息肉患者肠道微生物的改变导致生物学屏障受损、营养物质代谢能力减弱,致病菌的定植及抗原物质激活加速肠道蠕动;另外,腹泻型肠息肉患者病程普遍较长,更加重了菌群紊乱<sup>[21]</sup>。因此,内环境失衡作为一种逐渐演变的过程,纠正其紊乱也并非去除器质性病因所能迅速实现,术后仍需要一段时间的内环境调整以调节免疫、修复屏障。另外,肠镜检查所需的肠道准备和术后禁食在一定程度上加重了脾胃虚弱程度。祖国医学认为,静脉输液药

性属寒,术前及术后输液则使水湿之邪直接侵入人体,正虚受邪,易酿脾虚湿滞之患。在本研究中,治疗后,2组患者的主要证候积分、次要证候积分及证候总积分均较治疗前明显降低( $P < 0.01$ ),且治疗组的降低作用均明显优于对照组,差异均有统计学意义( $P < 0.01$ )。表明与对照组药物相比,口服参苓白术散加减方联合灸灸法不仅使腹泻得到迅速纠正,对食欲、腹痛、腹胀、精神状况等次要症状也有明显改善。

另外,近年来微生物-肠-脑轴(microbiome-gut-brain axis, MGBA)学说的提出和发展也证实了肠道菌群及其代谢产物不仅与神经系统相互影响而发挥作用,也可以影响人们的情绪、行为<sup>[18]</sup>,而人们的情绪、精神状态也会对肠道微生态产生反向的负性调节作用。本研究结果表明,治疗后,治疗组患者SF-36量表中躯体疼痛、精力及健康变化等维度积分及总分均较对照组明显升高,差异均有统计学意义( $P < 0.05$ 或 $P < 0.01$ ),表明与对照组药物相比,口服参苓白术散加减方联合灸灸法可有效改善患者生活质量。

肠息肉在祖国医学中至今未有明确病名,常被归为“肠覃”“肠癖”“泄泻”“癥积”等范畴。《灵枢·水胀第五十七》早有记载:“肠覃何如?岐伯曰:寒气客于肠外,与卫气相搏,气不得荣,因有所系,癖而内著,恶气乃起,息肉乃生”<sup>[22]</sup>。明·王肯堂在《证治准绳·肠覃》中曰:“夫肠者,大肠也,覃者,延也……”可见本病病位在肠,本脏为脾,涉及肝与肾,病因为先天禀赋不足、后天饮食不节及情志内伤等,病性为本虚标实,本虚以脾虚为主,标实为湿阻、气郁、血瘀,其本质为痰、瘀、浊互结的病产物。魏品康教授认为,痰既是肠覃的病产物,又是其致病因素,可将息肉出现、发展至癌变的过程视作痰邪从量变到质变的累积过程<sup>[23]</sup>。

**3.2 参苓白术散加减方的药理作用机制** 参苓白术散已被证实具有改善外科术后腹泻型肠道功能紊乱、调节肠道免疫等作用<sup>[2]</sup>。其中,党参能够调控小肠上皮细胞的增殖、修复消化道黏膜<sup>[24]</sup>,配伍茯苓则可以调节菌群数量;白术中的多种活性成分可以抗菌消炎、双向调节胃肠道动力<sup>[25]</sup>,扁豆、薏苡仁具有明显的抗炎、镇痛、抑菌作用,且白术、薏苡仁经炮制后健脾止泻力更强<sup>[2]</sup>;桔梗性上浮,可宣肺散表、升清降浊,现代药理表明其抗

炎强度与阿司匹林相似,可增强抗炎和免疫功效,可双向调节肠道动力<sup>[26]</sup>;乌梅“入肠则固涩”,并可抑肝木,以防脾虚肝旺;桂枝性温,助阳化气,既可健脾益气,又可温阳,防治气虚日久伤及脾肾之阳,现代药理表明其主要成分可抗炎、抗焦虑、镇痛、缓解胃肠道痉挛,改善腹痛症状<sup>[27]</sup>;炒神曲作为一种酵母制品,可显著改善肠道微生态失衡;炙甘草可改善胃肠蠕动过快而导致的腹泻。全方共奏健脾益气、渗湿止泻之功效。本研究结果显示,治疗2周后,治疗组的总有效率为100.0%(31/31),对照组为83.9(26/31);组间比较(秩和检验),治疗组的疗效明显优于对照组,差异有统计学意义( $P < 0.01$ )。表明口服参苓白术散加减联合脐灸法对肠息肉术后脾虚型患者有良好疗效。

**3.3 脐灸法的机制探讨** 脐灸疗法作为一种中医外治法,其主要原理是将神阙穴作为透药穴位,利用粗盐、面团令脐部成为一个密闭空间,热力、粗盐以及汗液蒸发的水蒸气三者相结合,脐内外形成药物浓度差,促使药物成分向内渗透<sup>[28]</sup>。神阙穴为任脉穴位,主治腹痛、久泻、肠鸣、脱肛,乃先天之根蒂。任、督、冲脉有“一源三岐”之说,因此取神阙穴可调整脏腑阴阳,治疗五脏六腑相关疾病。从解剖学角度来说,脐部皮肤薄弱、血管及神经丰富、敏感性高、药物渗透吸收效果好。隔盐灸最早载于《肘后救急方》中,用以治疗霍乱,艾叶“生温熟热”,具“纯阳之性”,盐入肾经,也可活血、补血,共奏固本培元、健脾益气、行气活血之效。通过局部温热刺激促进毛细血管扩张,加快局部血运及淋巴循环,提高组织代谢及免疫能力;还能降低神经系统的兴奋性,发挥镇痛作用。隔盐脐灸疗法结合了药物经皮吸收与经络穴位效应的双重治疗效果<sup>[29]</sup>,且具有成本低廉、操作方便、适应人群广、安全性高等优势。

综上所述,参苓白术散加减口服联合脐灸法可有效改善脾虚型肠息肉摘除术后伴肠道功能紊乱患者的临床症状,提高患者的生活质量,并可有效防治疾病的复发,值得临床进一步推广应用。

#### 参考文献:

[1] 陈梦楠,李士新,张双双,等.大肠息肉的危险因素与治疗研究进展[J].临床医学进展,2019,9(1):57-60.

- [2] 辜沅,舒青龙.基于肠道微生态的参苓白术散药理研究进展[J].时珍国医国药,2018,29(3):674-676.
- [3] 习永霞,王莹.电针配合脐灸治疗妇科腹部术后胃肠功能紊乱疗效观察[J].上海针灸杂志,2015,34(11):1076-1079.
- [4] 解伟华,张琦,孙木婷,等.隔药灸脐联合补中益气汤治疗肛肠术后并发症的临床观察[J].安徽医药,2015,19(8):1577-1580.
- [5] 太平惠民和剂局.太平惠民和剂局方[M].北京:人民卫生出版社,2017.
- [6] DOUGLAS A D. Functional gastrointestinal disorders: history, pathophysiology, clinical features, and Rome IV[J]. Gastroenterology, 2016, S0016-5085(16)00223-7.
- [7] 郑筱萸.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,2002.
- [8] 葛均波,徐永健,王辰.内科学[M].9版.北京:人民卫生出版社,2019.
- [9] 李旭豪,薛玺情,马欣,等.从灸法浅谈影响脐灸临床疗效的因素[J].中国针灸,2020,40(4):395-396.
- [10] 席倩倩.健脾助运汤治疗小儿腹泻(脾虚型)的临床疗效观察[D].太原:山西中医药大学,2020.
- [11] 曹玉锦.穴位埋线治疗脾虚湿盛腹泄型肠易激综合征的临床研究[D].广州:广州中医药大学,2019.
- [12] 张彬彬.加味五苓散治疗脾虚湿盛型功能性腹泻的临床观察[D].济南:山东中医药大学,2018.
- [13] 赵贞,林征.功能性胃肠病病人生活质量测量工具的研究进展[J].护理研究,2011,25(7):575-577.
- [14] 关露春,龙再菊.参苓白术散加减防治结肠息肉术后再发的临床观察[J].中国中西医结合消化杂志,2015,23(9):650-651.
- [15] 姚蓝,宋家武.肠息肉发生的细胞和分子生物学研究进展[J].世界华人消化杂志,2006(30):2958-2961.
- [16] MANGIFESTA M, MANCABELLI L, MILANI C, et al. Mucosal microbiota of intestinal polyps reveals putative biomarkers of colorectal cancer[J]. Sci Rep, 2018, 8(1): 13974.
- [17] KAMADA N, SEO S U, CHEN G Y, et al. Role of the gut microbiota in immunity and inflammatory disease [J]. Nat Rev Immunol, 2013, 13(5): 321-335.
- [18] 武庆斌,郑跃杰,黄永坤.儿童肠道菌群与临床[M].北京:科学出版社,2019:23-71,139.
- [19] O'KEEFE S J D. Nutrition and colonic health: the critical role of the microbiota[J]. Curr Opin Gastroenterol, 2008, 24(1): 51-58.
- [20] 龚裕洁,孙敬平.结直肠息肉与肠道菌群变化关系[J].临床消化病杂志,2020,32(1):52-55.
- [21] 郭思嘉,姜东京,李振岚,等.肠道菌群与常见胃肠道疾病关系及中药与微生态制剂治疗方法的研究进展[J].中草药,2018,49(18):4424-4431.
- [22] 田代华,刘更生整理.灵枢经[M].北京:人民卫生出版社,2005:114.
- [23] 修丽娟.魏品康教授从痰论治多发性结肠息肉[J].中国中西医结合消化杂志,2008,16(6):386-387.

- [24] 陈克克. 中药党参的研究概况[J]. 西安文理学院学报(自然科学版), 2008(2): 33-39.
- [25] 梁中焕. 硫酸化修饰对白术多糖理化性质及生物活性影响的研究[D]. 长春: 东北师范大学, 2008.
- [26] 田静, 张佳丽, 魏绍斌. 桔梗冬瓜仁对药对大便的双向调节作用[J]. 云南中医中药杂志, 2014, 35(4): 87-88.
- [27] 冯大伟. 柴胡桂枝干姜汤治疗寒热错杂型腹泻型肠易激综合征的临床观察[D]. 哈尔滨: 黑龙江中医药大学, 2020.
- [28] 徐改萍, 暴银素, 董新刚, 等. 隔药脐灸疗法研究进展[J]. 河南医学研究, 2018, 27(3): 436-437.
- [29] 贺葵邦, 王英姿. 促进中药透皮吸收的方法与技术研究进展[J]. 中华中医药杂志, 2011, 26(9): 1905-1907.

【责任编辑: 陈建宏】

## 升阳益胃汤加减方治疗慢性阻塞性肺疾病合并白色念珠菌感染的临床研究

田津, 莫晓燕, 吴光炯

(贵州中医药大学第二附属医院, 贵州贵阳 550002)

**摘要:**【目的】观察升阳益胃汤加减方对慢性阻塞性肺疾病(COPD)合并白色念珠菌感染的治疗作用。【方法】将40例COPD合并白色念珠菌感染, 中医证型为痰浊阻肺并肺脾气虚证的患者随机分为试验组和对照组, 每组各20例。对照组给予西医常规治疗(包括吸氧、平喘、化痰等基础治疗和氟康唑静脉滴注治疗), 试验组在对照组治疗基础上配合升阳益胃汤加减方治疗, 疗程为3周。观察2组患者治疗前后中医证候积分、血常规[白细胞计数(WBC)和中性粒细胞百分数(NEUT)]、血气分析[动脉血中二氧化碳分压(PaCO<sub>2</sub>)和氧分压(PaO<sub>2</sub>)]、肺功能指标[用力肺活量(FVC)和1秒用力呼气容积(FEV<sub>1</sub>)]的变化情况, 评价2组患者的中医证候疗效、中医舌象和脉象改善疗效、胸部CT改善疗效、痰真菌培养转阴疗效及安全性。【结果】(1)治疗3周后, 试验组的中医证候疗效、中医舌象和脉象改善疗效、胸部CT改善疗效、痰真菌培养转阴疗效的总有效率(或转阴率)分别为100.0%(20/20)、100.0%(20/20)、100.0%(20/20)、85.0%(17/20)和90.0%(18/20), 对照组分别为100.0%(20/20)、50.0%(10/20)、45.0%(9/20)、50.0%(10/20)和55.0%(11/20); 组间比较(秩和检验或 $\chi^2$ 检验), 试验组的中医证候疗效、中医舌象和脉象改善疗效、胸部CT改善疗效、痰真菌培养转阴疗效均优于对照组( $P < 0.05$ 或 $P < 0.01$ )。(2)治疗后, 2组患者的各项中医证候积分均较治疗前明显改善( $P < 0.05$ ), 且治疗组对咳嗽、咯痰、干湿啰音、食少纳呆、倦怠乏力、饭后腹胀、大便异常等中医证候积分的改善作用均明显优于对照组( $P < 0.05$ 或 $P < 0.01$ )。(3)治疗后, 2组患者的WBC、NEUT水平均较治疗前改善( $P < 0.05$ ), 但治疗后组间比较, 差异均无统计学意义( $P > 0.05$ )。(4)治疗后, 2组患者动脉血中PaCO<sub>2</sub>水平均较治疗前降低, PaO<sub>2</sub>水平均较治疗前升高( $P < 0.05$ ), 且试验组对PaCO<sub>2</sub>水平的降低作用和对PaO<sub>2</sub>水平的升高作用均明显优于对照组( $P < 0.01$ )。(5)治疗后, 2组患者的FVC和FEV<sub>1</sub>等肺功能指标均较治疗前改善( $P < 0.05$ ), 且试验组对FVC和FEV<sub>1</sub>等肺功能指标的改善作用均明显优于对照组( $P < 0.01$ )。(6)研究过程中, 2组患者均无明显不良反应发生, 患者的肝肾功能也均无异常变化。【结论】升阳益胃汤加减方联合氟康唑治疗COPD合并白色念珠菌感染患者疗效确切, 其疗效优于单纯西药治疗。

**关键词:** 升阳益胃汤加减方; 慢性阻塞性肺疾病; 白色念珠菌感染; 痰浊阻肺; 肺脾气虚

中图分类号: R259.63

文献标志码: A

文章编号: 1007-3213(2021)09-1828-08

DOI: 10.13359/j.cnki.gzxbtcm.2021.09.010

收稿日期: 2021-01-12

作者简介: 田津(1974-), 女, 副主任医师; E-mail: 995022819@qq.com

基金项目: 贵州省中医药管理局科研课题(编号: QZYY-2014-004)