

东垣针法联合匹维溴铵治疗腹泻型肠易激综合征脾胃虚弱型的临床观察

魏晓松¹, 董燕¹, 石志敏¹, 梁健², 郝丽君³, 刘丽⁴

(1. 唐山市中医医院, 河北唐山 063000; 2. 唐山市丰润区人民医院, 河北唐山 063000; 3. 唐山市工人医院, 河北唐山 063000; 4. 唐山弘慈医院, 河北唐山 063000)

摘要:【目的】观察东垣针法联合匹维溴铵治疗腹泻型肠易激综合征脾胃虚弱型的临床疗效。【方法】将76例腹泻型肠易激综合征脾胃虚弱型患者随机分为观察组和对照组。每组各38例, 2组均给予匹维溴铵片口服, 每次50 mg, 每日3次。对照组给予参苓白术颗粒口服, 每次1袋, 每日3次, 观察组给予东垣针法(中脘、天枢、章门、关元、昆仑、胃俞、足三里、内庭、陷谷)治疗, 每日1次, 每周5次, 连续治疗6周。治疗6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症候积分、胃肠道症状评分与肠易激综合征严重程度评测(IRS-SSS)量表评分的变化情况, 以及肠易激综合征生活质量量表(IRS-QOL)评分的情况。比较2组患者治疗前后血清5-羟色胺(5-HT)、结肠黏膜P物质(SP)、血管活性肠肽(VIP)的变化情况。【结果】(1)研究过程中, 观察组脱落1例; 对照组脱落1例、剔除1例。最终观察组37例, 对照组36例纳入疗效统计。(2)治疗后, 2组患者的中医症候积分、胃肠道症状评分、IRS-SSS评分均明显改善($P < 0.05$), 且观察组在改善中医症候积分、胃肠道症状评分、IRS-SSS评分方面均明显优于对照组, 差异均有统计学意义($P < 0.05$)。(3)治疗后, 2组患者的IRS-QOL量表各维度评分均明显改善($P < 0.05$), 且观察组在改善IRS-QOL量表各维度评分方面均明显优于对照组, 差异均有统计学意义($P < 0.05$)。(4)治疗后, 2组患者的血清5-HT、SP、VIP水平均明显改善($P < 0.05$), 且观察组在改善血清5-HT、SP、VIP水平方面均明显优于对照组, 差异均有统计学意义($P < 0.05$)。(5)观察组总有效率为94.59%(35/37), 对照组为72.22%(26/36)。观察组疗效优于对照组, 差异有统计学意义($P < 0.05$)。【结论】东垣针法联合匹维溴铵治疗腹泻型肠易激综合征脾胃虚弱型, 能明显地改善患者的胃肠道症状, 有效调节机体胃肠激素的分泌, 从而提高患者生活质量, 疗效显著。

关键词: 东垣针法; 匹维溴铵; 腹泻型肠易激综合征; 脾胃虚弱型; 胃肠激素; 生活质量

中图分类号: R246.9

文献标志码: A

文章编号: 1007-3213(2022)01-0118-07

DOI: 10.13359/j.cnki.gzxbtcm.2022.01.021

Clinical Observation on *Dongyuan* Acupuncture Therapy Combined with Pinaverium Bromide in the Treatment of Diarrhea-predominant Irritable Bowel Syndrome with Deficiency of Spleen and Stomach Syndrome

WEI Xiao-Song¹, DONG Yan¹, SHI Zhi-Min¹, LIANG Jian²,
HAO Li-Jun³, LIU Li⁴

(1. Tangshan Hospital of Traditional Chinese Medicine, Tangshan 063000 Hebei, China; 2. Tangshan Fengrun People's Hospital, Tangshan 063000 Hebei, China; 3. Tangshan Gongren Hospital, Tangshan 063000 Hebei, China; 4. Hongci Healthcare Group, Tangshan 063000 Hebei, China)

Abstract: **Objective** To observe the clinical efficacy of *Dongyuan* acupuncture therapy combined with Pivirium bromide in treating diarrhea-predominant pattern irritable bowel syndrome with deficiency of spleen and stomach syndrome. **Methods** Seventy-six patients with diarrhea-predominant irritable bowel syndrome with deficiency of spleen and stomach syndrome were randomly divided into the observation group and the control group, with 38 patients in each group. Both groups were given oral use of Piveronium bromide tablets with 50 mg each time and

收稿日期: 2021-05-16

作者简介: 魏晓松(1981-), 女, 主管药师; E-mail: weixiaosong780613@163.com

通讯作者: 石志敏(1978-), 男, 主任中医师; E-mail: shizhimin_0613@163.com

基金项目: 北京中医药大学东直门医院医疗联盟临床研究专项资助项目(编号: 2016YLLM01)

3 times a day. The control group was given oral use of *Shenling Baizhu* Granules with one bag each time and 3 times a day, while the observation group was given *Dongyuan* acupuncture therapy [*Zhongwan* (RN12), *Tianshu* (ST25), *Zhangmen* (LR13), *Guanyuan* (RN4), *Kunlun* (BL60), *Weishu* (BL21), *Zusanli* (ST36), *Neiting* (ST44), *Xiangu* (ST43)] once a day and 5 times a week, lasted for 6 consecutive weeks. After 6 weeks of treatment, the clinical efficacy of patients in the two groups was evaluated, and the changes of traditional Chinese medicine (TCM) syndrome scores, gastrointestinal symptom score, irritable bowel syndrome severity scale (IBS-SSS) and irritable bowel syndrome quality of life scale (IBS-QOL) score were observed before and after treatment. The changes of serum 5-hydroxytryptamine (5-HT), colonic mucosal substance P (SP) and vasoactive intestinal peptide (VIP) in the two groups were compared before and after treatment. **Results** (1) During the study, one case fell off in the observation group, one case fell off and one case was excluded in the control group. Finally, 37 cases in the observation group and 36 cases in the control group were included in the curative effect statistics. (2) After treatment, the TCM syndrome scores, gastrointestinal symptom score and IBS-SSS score of the two groups were significantly improved ($P < 0.05$), and the observation group was significantly superior to the control group in improving TCM syndrome scores, gastrointestinal symptom score and IBS-SSS score ($P < 0.05$), and the differences were statistically significant. (3) After treatment, the scores of all dimensions of IBS-QOL scale in the two groups were significantly improved ($P < 0.05$), and the observation group was significantly superior to the control group in improving the scores of all dimensions of IBS-QOL scale ($P < 0.05$). (4) After treatment, the levels of serum 5-HT, SP and VIP in the two groups were significantly improved ($P < 0.05$), and the observation group was significantly superior to the control group in improving the levels of serum 5-HT, SP and VIP ($P < 0.05$). (5) The total effective rate was 94.59% (35/37) in the observation group and 72.22% (26/36) in the control group. The curative effect of the observation group was superior to that of the control group ($P < 0.05$). **Conclusion** *Dongyuan* acupuncture therapy combined with Pivirium bromide in treating diarrhea-predominant irritable bowel syndrome with deficiency of spleen and stomach syndrome has significant therapeutic effect in improving the gastrointestinal symptoms, effectively regulating the secretion of gastrointestinal hormones, and improving the quality of life of patients.

Keywords: *Dongyuan* acupuncture therapy; Pinaverium bromide; diarrhea-predominant irritable bowel syndrome; deficiency of spleen and stomach syndrome; gastrointestinal hormones; life of quality

腹泻型肠易激综合征 (diarrhea-predominant irritable bowel syndrome) 是多种因素参与导致的一种功能性胃肠疾病, 其发病原因与精神因素、遗传因素、饮食因素及感染密切相关^[1]。研究^[2]表明, 目前腹泻型肠易激综合征的主要发病机制为内脏高敏感和结肠运动障碍, 腹泻型肠易激综合征无器质性病变, 但是长期的腹痛及排便异常严重影响患者的生活质量。现代医学以对症治疗为主, 主要为胃肠道解痉药和抑制肠道蠕动药物。同时, 针对其不同发病机制应用肠道益生菌和抗抑郁药可以协助增强疗效。多种西药长期服用, 不良反应多, 而且总体效果不甚理想^[3]。中医认为, 中气不足是腹泻型肠易激综合征发病的基本病机。研究显示, 在腹泻型肠易激综合征的中医

证型中, 中气不足型是最常见的, 而且通过补益中气法可以明显改善患者腹泻、腹痛的症状^[4]。补益中气的途径可以通过中草药和针刺实现。东垣针法是李东垣将脾胃学说应用于针灸方面的一种特殊针灸方法, 广泛应用于临床各科。本研究采用东垣针法联合匹维溴铵治疗腹泻型肠易激综合征脾胃虚弱型取得了较好的临床疗效, 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10月至2020年8月唐山市中医医院病房及门诊收治的76例明确诊断为腹泻型肠易激综合征脾胃虚弱型的患者为研究对象。按随机

数字表将患者随机分为观察组和对照组,每组各38例。本研究获医院伦理委员会审议通过(批准号:TSZYLL2019005)。

1.2 诊断标准

1.2.1 西医诊断标准

参照罗马IV诊断标准制定^[5]。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并至少具有下列中的2项:①大便次数>3次/d;②便质为稀水便或松散便;③排便后不尽感或排便时急迫感。病程至少6个月,同时需要排除器质性疾病。

1.2.2 中医诊断标准

参照《中药新药临床研究指导原则(试行)》^[6]中有关脾胃虚弱证的诊断标准制定。主症:大便时溏时泻,饮食稍有不慎引发或加重,腹痛,食后腹胀,食欲不振;次症:倦怠乏力,神疲懒言,舌质淡,苔白,脉细。

1.3 纳入标准

①符合上述中西医诊断标准;②年龄在30~60岁之间;③近1周内未使用过其他西药或中成药进行治疗,且未接受针灸治疗者;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患有功能性腹痛、功能性腹泻及功能性腹胀的患者;②患有感染性腹泻、胰性腹泻的患者;③合并有肾功能不全、心功能不全、呼吸衰竭、肝功能衰竭及甲状腺功能亢进的患者;④妊娠或哺乳期妇女;⑤精神类疾病的患者。

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未按研究方案要求服药者;④治疗过程中出现严重不良事件者。

1.6 治疗方法

1.6.1 常规处理

给予匹维溴铵片(法国苏威制药有限公司,批号:H20120127)口服,每次50mg,每日3次。

1.6.2 对照组

在常规处理的基础上,给予参苓白术颗粒(北京汉典制药有限公司,批号:国药准字Z20040146)口服,每次1袋,每日早、午、晚餐前开水冲服。连续治疗6周。

1.6.3 观察组

在常规处理的基础上,给予东垣针法治疗。

选穴:中脘、天枢、章门、关元、昆仑、胃俞、足三里、内庭、陷谷。操作:患者取坐位,医者采用75%酒精对所选腧穴进行常规消毒,采用华佗牌一次性针灸针(苏州医疗用品厂有限公司,规格:0.3mm×13mm、0.3mm×25mm、0.3mm×40mm),直刺中脘20mm、直刺天枢20mm、斜刺(向下)章门10mm、直刺关元10mm、直刺昆仑10mm、斜刺(向下)胃俞10mm、直刺足三里30mm、直刺内庭5mm、直刺陷谷10mm。中脘、天枢、章门、关元、昆仑、胃俞、足三里采用烧山火针法。具体操作:嘱患者自然地鼻吸口呼,在随其呼气时,将针刺入浅层(天部),得气后,重插轻提,反复9次,依次为中层(人部)和深层(地部)。内庭、陷谷采用透天凉针法,具体操作:嘱患者自然地鼻吸口呼,在随其吸气时,将针刺入深层(地部),得气后,轻插重提,反复6次,依次为中层(人部)和浅层(天部)。留针25min,对称腧穴交替进行,非对称腧穴隔日1次,每日1次,每周5次。连续治疗6周。

1.7 观察指标

1.7.1 中医证候评分

参照《中药新药临床研究指导原则(试行)》^[6]中有关中医症状分级量化表制定。中医证候包括泄泻、腹痛、食后腹胀,食欲不振,倦怠乏力,神疲懒言,根据无、轻、中、重的情况,分别计为0、2、4、6分。

1.7.2 胃肠道症状评分

采用胃肠道症状积分问卷^[7]进行评定。该问卷包括大便频率、大便形状、排便异常、腹痛、腹胀等症状。症状总评分为症状严重度×症状频率。症状严重度:无,计0分;轻度,计1分;中度,计2分;重度,计3分;极度,计4分。症状频率:无,计0分;小于每月1d,计1分;每月1d,计2分;每月2~3d,计3分;每周1d,计4分;大于每周1d,计5分;每天都有,计6分。

1.7.3 严重程度评估

采用肠易激综合征严重程度评测量表(IBS-SSS)^[8]进行评定。该量表主要包括腹痛程度、14d内发生腹痛的时间、腹痛不适情况、排便满意度、生活质量影响度。分值范围为0分(最轻)~500分(最重)。

1.7.4 生活质量评估

采用肠易激综合征生活质量量表(IBS-QOL)^[9]

进行评定。该量表主要包括8个维度:焦虑不安(DY)、健康忧虑(HW)、躯体意念(BI)、行为障碍(IN)、饮食限制(FA)、社会反应(SR)、异性关系(SX)和人际关系(RL)。分值范围为0分(最差)~100分(最好)。

1.7.5 实验室指标检测

2组患者分别于治疗前后空腹抽取肘静脉血5 mL,离心取血清。采用酶联免疫吸附试验检测患者血清5-羟色胺(5-HT),结肠黏膜P物质(SP)、血管活性肠肽(VIP),检测试剂盒购于上海抚生实业有限公司。

1.8 疗效判定标准

参考《中药新药临床研究指导原则(试行)》^[6]采用尼莫地平法。疗效指数=(治疗前中医证候、胃肠道症状、严重程度总积分-治疗后中医证候、胃肠道症状、严重程度总积分)/治疗前中医证候、胃肠道症状、严重程度总积分×100%。痊愈:90%≤疗效指数≤100%;显效:60%≤疗效指数<90%;有效:30%≤疗效指数<60%;无效: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×100%。

1.9 统计方法

采用SPSS 23.0统计软件进行数据的统计分析。计量资料采用均数±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,组间比较采用卡方检验;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

表1结果显示,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组患者失访情况比较

研究过程中,观察组脱落1例;对照组脱落1例、剔除1例。最终观察组37例,对照组36例纳入疗效统计。

2.3 2组患者治疗前后中医证候积分、胃肠道症状评分、IBS-SSS评分比较

表2结果显示:治疗前,2组患者中医证候积分、胃肠道症状评分、IBS-SSS评分比较,差异均无统计学意义($P > 0.05$)。治疗后,2组患者的中医证候积分、胃肠道症状评分、IBS-SSS评分均明显改善($P < 0.05$),且观察组在改善中医证候积分、胃肠道症状评分、IBS-SSS评分方面均明显优于对照组,差异均有统计学意义($P < 0.05$)。

2.4 2组患者治疗前后IBS-QOL量表评分比较

表3结果显示:治疗前,2组患者IBS-QOL量表评分(包括DY、HW、BI、IN、FA、SR、SX和

表1 2组腹泻型肠易激综合征脾胃虚弱型患者基线资料比较

Table 1 Comparison of baseline data between the two groups of patients with diarrhea-predominant pattern irritable bowel syndrome of deficiency of spleen and stomach syndrome ($\bar{x} \pm s$)

组别	例数/例	性别/例		年龄/岁			病程/个月		
		男	女	最小	最大	平均	最短	最长	平均
观察组	38	18	20	35	54	39.98 ± 3.97	13	22	17.41 ± 1.75
对照组	38	19	19	36	55	40.55 ± 4.07	14	21	18.01 ± 1.82

表2 2组腹泻型肠易激综合征脾胃虚弱型患者治疗前后中医证候积分、胃肠道症状评分、IBS-SSS评分比较

Table 2 Comparison of TCM syndrome scores, gastrointestinal symptom score and IBS-SSS score between the two groups of patients with diarrhea-predominant pattern irritable bowel syndrome of deficiency of spleen and stomach syndrome before and after treatment ($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	例数/例	时间	中医证候积分	胃肠道症状评分	IBS-SSS评分
观察组	37	治疗前	23.35 ± 3.41	21.45 ± 2.85	304.54 ± 36.88
	37	治疗后	6.12 ± 0.62 ^{①②}	5.58 ± 0.75 ^{①②}	122.15 ± 14.16 ^{①②}
对照组	36	治疗前	23.75 ± 3.65	21.25 ± 2.55	302.87 ± 35.45
	36	治疗后	15.85 ± 1.68 ^①	14.14 ± 1.52 ^①	212.81 ± 22.87 ^①

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组腹泻型肠易激综合征脾胃虚弱型患者治疗前后IBS-QOL量表各维度评分比较

Table 3 Comparison of IBS-QOL score between the two groups of patients with diarrhea-predominant pattern irritable bowel syndrome of deficiency of spleen and stomach syndrome before and after treatment ($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	例数/例	时间	DY	IN	BI	HW	FA	SR	SX	RL
观察组	37	治疗前	59.25 ± 6.78	61.45 ± 7.12	56.57 ± 6.15	57.58 ± 6.15	60.78 ± 7.89	61.39 ± 7.86	68.25 ± 8.15	66.89 ± 7.96
	37	治疗后	83.57 ± 9.22 ^{①②}	85.13 ± 9.25 ^{①②}	84.25 ± 9.21 ^{①②}	83.53 ± 9.79 ^{①②}	85.89 ± 9.96 ^{①②}	84.18 ± 9.47 ^{①②}	90.09 ± 10.87 ^{①②}	88.45 ± 9.25 ^{①②}
对照组	36	治疗前	60.09 ± 6.98	60.85 ± 7.08	57.01 ± 6.28	58.02 ± 6.33	61.16 ± 8.02	61.92 ± 7.95	68.69 ± 8.49	67.36 ± 8.26
	36	治疗后	69.86 ± 7.55 ^①	68.89 ± 8.32 ^①	67.76 ± 7.31 ^①	68.58 ± 8.13 ^①	71.14 ± 8.96 ^①	72.18 ± 8.63 ^①	78.76 ± 9.26 ^①	77.79 ± 8.85 ^①

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

RL维度)比较, 差异均无统计学意义($P > 0.05$)。治疗后, 2组患者的IBS-QOL量表各维度评分均明显改善($P < 0.05$), 且观察组在改善IBS-QOL量表各维度评分方面均明显优于对照组, 差异均有统计学意义($P < 0.05$)。

2.5 2组患者治疗前后血清5-HT、SP、VIP水平比较

表4结果显示: 治疗前, 2组患者血清5-HT、SP、VIP水平比较, 差异均无统计学意义($P >$

0.05)。治疗后, 2组患者的血清5-HT、SP、VIP水平均明显改善($P < 0.05$), 且观察组在改善血清5-HT、SP、VIP水平方面均明显优于对照组, 差异均有统计学意义($P < 0.05$)。

2.6 2组患者临床疗效比较

表5结果显示: 观察组总有效率为94.59%(35/37), 对照组为72.22%(26/36)。观察组疗效优于对照组, 差异有统计学意义($P < 0.05$)。

表4 2组腹泻型肠易激综合征脾胃虚弱型患者治疗前后血清5-HT、SP、VIP水平比较

Table 4 Comparison of serum 5-HT, SP and VIP levels between the two groups of patients with diarrhea-predominant pattern irritable bowel syndrome of deficiency of spleen and stomach syndrome before and after treatment ($\bar{x} \pm s$)

组别	例数/例	时间	5-HT/(nmol·L ⁻¹)	SP/(pg·L ⁻¹)	VIP/(pg·mL ⁻¹)
观察组	37	治疗前	36.54 ± 3.88	99.93 ± 10.05	49.15 ± 6.36
	37	治疗后	17.14 ± 1.92 ^{①②}	41.16 ± 5.15 ^{①②}	31.40 ± 4.05 ^{①②}
对照组	36	治疗前	37.02 ± 4.03	98.52 ± 9.95	48.98 ± 6.29
	36	治疗后	31.34 ± 0.56 ^①	86.16 ± 9.11 ^①	43.49 ± 5.69 ^①

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5 2组腹泻型肠易激综合征患者临床疗效比较

Table 5 Comparison of clinical efficacy between the two groups of patients with diarrhea-predominant pattern irritable bowel syndrome of deficiency of spleen and stomach syndrome [例(%)]

组别	例数/例	痊愈	显效	有效	无效	总有效
观察组	37	15(40.54)	10(27.03)	10(27.03)	2(5.41)	35(94.59) ^①
对照组	36	6(16.67)	9(25.00)	11(30.56)	10(27.78)	26(72.22)

① $P < 0.05$, 与对照组比较

3 讨论

腹泻型肠易激综合征是功能性胃肠病的一种, 临床表现除了胃肠道症状之外, 还兼有胸闷、气短、心悸、失眠、烦躁等肠道外症状^[9]。腹泻型肠易激综合征临床症状多, 而且无器质性病变, 因此, 对于其临床疗效的评价多以胃肠道症

状评分、生活质量评分和中医证候评分为主。脾胃虚弱型是腹泻型肠易激综合征最常见的中医证型。研究^[11]显示, 在腹泻型肠易激综合征的中医证型分布中, 脾胃虚弱型分布比例最多, 而且脾胃虚弱型更容易影响患者的生活质量。腹泻型肠易激综合征属于中医“泄泻”“腹痛”的范畴。泄

泻、腹痛的发生均与脾胃升降功能失常密切相关。而脾胃虚弱是导致脾胃升降功能失常的基本病机。其他湿阻、气滞、血瘀等病机均是由脾胃虚弱发展而来。因此,中气不足是腹泻型肠易激综合征的核心病机,治疗以补中气为主。基于腹泻型肠易激综合征基本中医病机的认识,笔者提出了补肾不如补脾,补后天而养先天的治疗原则。采用李东垣针法以补中气治其本,化降湿浊以治其标。

本研究以东垣针法联合匹维溴铵治疗为观察组,以参苓白术颗粒联合匹维溴铵治疗为对照组,治疗6周后,观察组临床总有效率为94.59%(35/37),对照组为72.22%(26/36)。观察组疗效优于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$)。本研究结果显示,观察组在改善患者胃肠道症状、中医症状、生活质量及血清5-HT、SP、VIP水平方面均明显优于对照组。匹维溴铵在改善腹痛、腹泻症状方面具有一定的疗效,研究显示,匹维溴铵片在改善腹泻型肠易激综合征腹痛方面疗效肯定,同时,有助于缓解患者的腹泻症状^[12]。但是,匹维溴铵片不能兼顾腹泻型肠易激综合征的所有发病机制,且在改善肠道外症状及生活质量方面疗效差强人意。现代研究显示,参苓白术颗粒在改善腹泻型肠易激综合征患者的临床症状及生活质量方面均有一定的疗效。参苓白术颗粒可以改善腹泻型肠易激综合征患者的腹痛、腹泻症状^[13]。由于肠易激综合征是心身疾病,单纯口服中草药并不能协调周身经气运行,因此,整体疗效不理想。

李东垣将脾胃学说融汇于针灸治疗当中,形成了独特的东垣针法,主要包括腹募治内伤(从阴引阳)、同精导气法、导气同精法、背俞治外感(从阳引阴)^[14]。东垣针法所选腧穴为中脘、天枢、章门、关元、昆仑、胃俞、足三里、内庭、陷谷。中脘穴位于任脉,胃经募穴,八会穴之腑会,手太阳、少阳、足阳明、任脉之会,具有枢纽作用,具有升阳祛湿、理气止痛的功效。研究显示,针刺中脘穴可以改善腹泻型肠易激综合征患者的腹泻、腹痛症状,同时,可以改善患者的生活质量^[15]。天枢位于足阳明胃经,大肠之募穴,具有升清降浊,改善大肠传导功能的作用。研究显示,天枢穴可以改善大肠运动的双向调节,能够改善肠易激综合征患者的脑肠肽^[16]。章门位于足

厥阴肝经,脾经募穴,八会穴之脏会,具有降浊固土的作用。关元位于任脉,足三阴、任脉之会。小肠募穴。具有培元固本、补益下焦之功。研究显示,在治疗腹泻型肠易激综合征的腧穴选择中,章门、关元穴使用频次及频率较高,而且是配伍腧穴^[17]。现代研究显示,在治疗腹泻型肠易激综合征的针刺选穴上,多配伍昆仑穴,这样可以通过补肾而健脾,改善腹痛腹泻症状^[18]。现代研究显示,足三里与胃俞,一上一下,针刺二穴可以恢复脾胃升降之功能,从而恢复大肠的传导及小肠的泌别清浊功能^[19]。现代研究显示,刺激内庭、陷谷可以改善肠易激综合征的腹痛状态,提高患者的痛阈值^[20]。

本研究重点观察了反映腹泻型肠易激综合征的重要指标血清5-HT、SP、VIP。研究提示,通过测定血清5-HT的含量,可以有效地评价肠易激综合征治疗方案的有效性。同时,通过补气祛湿方法可以明显降低肠易激患者血清中5-HT的水平^[21]。现代研究显示,血清中高浓度的SP、VIP,不但可以导致腹泻型肠易激症状腹泻、腹痛症状加重,而且可以加重患者的焦虑、抑郁症状,通过补气祛湿可以明显降低血清SP、VIP水平^[22]。本研究结果显示,治疗6周后,2组患者的血清5-HT、SP、VIP水平均明显改善($P < 0.05$),且观察组在改善血清5-HT、SP、VIP水平方面均明显优于对照组,差异均有统计学意义($P < 0.05$)。

综上所述,东垣针法联合匹维溴铵治疗腹泻型肠易激综合征脾胃虚弱型可以明显地改善腹泻型肠易激综合征患者的胃肠道症状、提高患者的生活质量,临床疗效显著,值得在临床进一步推广应用。

参考文献:

- [1] 冯文林,伍海涛,洪睦铿,等.中国国内肠易激综合征流行病学调查研究的现状[J].浙江中医药大学学报,2017,41(8):685-688.
- [2] 许东,王承党,李晓青,等.腹泻型肠易激综合征合并心理异常对肠道症状的影响[J].中华消化杂志,2018,38(9):603-608.
- [3] 余玮,金奕.中西医结合治疗腹泻型肠易激综合征研究进展[J].现代中医药,2017,37(2):89-92.
- [4] 丁佳媛,刘绍能.腹泻型肠易激综合征的中医诊治概况[J].环球中医药,2018,11(12):2042-2047.
- [5] WHITEHEAD W E, PALSSON O S, SIMRÉN M. Irritable bowel

- syndrome: what do the new Rome IV diagnostic guidelines mean for patient management? [J]. *Expert Rev Gastroenterol Hepatol*, 2017, 11(4): 281-283.
- [6] 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.
- [7] ADAM B, LIEBREGTS T, SAADAT-GILANI K, et al. Validation of the gastrointestinal symptom score for the assessment of symptoms in patients with functional dyspepsia [J]. *Aliment Pharmacol Ther*, 2005, 22(4): 357-363.
- [8] 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.
- [9] DTTTC, IRVINE E J, WHITEHEAD W E, et al. Design of treatment trials for functional gastrointestinal disorders [J]. *Gastroenterology*, 2006, 130(5): 1538-1551.
- [10] 林永良, 阮伟清, 林英卓, 等. IBS-D 患者精神心理状况、肠道屏障功能及内脏敏感性分析[J]. *现代消化及介入治疗*, 2018, 23(3): 289-292.
- [11] 叶颖, 邱志洁, 伊春锦, 等. 不同中医证候腹泻型肠易激综合征患者生存质量水平分析[J]. *中医药临床杂志*, 2016, 28(8): 1161-1164.
- [12] 陈建平, 陈科. 逍遥散联合匹维溴铵片治疗腹泻型肠易激综合征临床观察[J]. *河北中医*, 2016, 38(2): 239-242.
- [13] 赵玉洁, 曹志群. 参苓白术散联合匹维溴铵片治疗腹泻型肠易激综合征的临床疗效及安全性评价[J]. *世界中医药*, 2019, 14(5): 1278-1281.
- [14] 张永臣, 贾红玲, 韩涛, 等. 金元医家李东垣及其“东垣法”[J]. *山东中医药大学学报*, 2016, 40(3): 269-273.
- [15] 苏志维, 付莉, 郑华斌, 等. 基于数据挖掘探析古代针灸对肠道运动的双向调节作用[J]. *中华中医药杂志*, 2015, 30(6): 2202-2206.
- [16] 冷金成, 张微, 李思宇, 等. 针刺治疗功能性肠病双向调节作用与脑肠互动[J]. *辽宁中医杂志*, 2015, 42(5): 1142-1145.
- [17] 刘若实, 张杨. 针灸治疗肠易激综合征常用腧穴规律研究[J]. *河北中医*, 2015, 37(10): 1560-1562.
- [18] 刘丽, 石志敏, 郝丽君. 隔药灸《神应经》腹痛十五穴治疗腹泻型肠易激综合征临床观察[J]. *广州中医药大学学报*, 2020, 37(3): 474-479.
- [19] 赵天易, 李柠岑, 赵悦, 等. 针灸治疗常见胃肠道疾病的腧穴配伍规律研究概述[J]. *河北中医*, 2020, 42(2): 302-306.
- [20] 张赛, 杨丽娟, 贾思涵, 等. 肠易激综合征穴位疼痛阈值检测[J]. *中国针灸*, 2016, 36(8): 835-839.
- [21] 王思玉, 彭美哲, 李享, 等. 健脾安肠汤联合匹维溴铵治疗肠易激综合征的临床疗效及对血清 5-HT、CGRP、SP、VIP 水平的影响[J]. *现代生物医学进展*, 2019, 19(13): 2476-2480.
- [22] 李聪. 针刺配合雷火灸治疗脾虚泄泻型肠易激综合征临床疗效观察[J]. *中医药学报*, 2020, 48(3): 56-60.

【责任编辑：宋威】

针灸治疗近部选穴的思路探讨

李静

(广州中医药大学, 广东广州 510006)

摘要: 近部选穴是针灸治疗疾病时最基本的取穴方法。该文阐述了近部穴位治疗作用机制的现代研究, 总结了近部取穴的运用特点。近部选穴在应对痹症、五官科疾病、局限性皮疹或是其他发病具有局灶性特征的疾病时, 方法简易直观。但是临床上还存在着大量疾病, 其症状表现不具有上述局灶性的特点, 而相关疾病的近部穴位依然被高频地应用于针灸治疗。总结这类临床背景的近部用穴, 其共同点是基于西医的病理解剖位置, 即西医诊断所提示的信息。该文意在近部取穴的应用进行适当的补充, 以拓宽传统的近部取穴方法。

关键词: 近部选穴; 针灸治疗; 取穴方法; 思路探讨

中图分类号: R246.9

文献标志码: A

文章编号: 1007-3213(2022)01-0124-05

DOI: 10.13359/j.cnki.gzxbtcm.2022.01.022

收稿日期: 2021-07-16

作者简介: 李静(1971-), 女, 博士, 副教授; E-mail: lij@gzucm.edu.cn