

## ·针灸经络·

# 艾灸治疗腹泻型肠易激综合征临床研究

储浩然,黄学勇,李学军,程红亮,丁义侠

(安徽中医学院附属针灸医院,安徽 合肥 230061)

**[摘要]**目的 观察艾灸对腹泻型肠易激综合征的临床疗效。方法 将符合纳入标准的60例患者随机分为2组,治疗组(30例)和对照组(30例)分别采用艾灸和西药洛哌丁胺治疗。观察两组临床疗效、治疗前后症状积分变化。结果 治疗组总体临床疗效显著优于对照组( $P<0.05$ )。治疗后对照组腹痛、腹胀或不适、大便性状、大便次数积分显著降低( $P<0.01$ ),治疗组腹痛、腹胀或不适、大便性状、大便次数、黏液便、胃纳减少、大便不尽感积分均显著降低( $P<0.05$ ,或 $P<0.01$ )。治疗前后胃纳减少、大便不尽感、腹痛、腹胀或不适的积分差值比较,治疗组显著高于对照组( $P<0.05$ ,或 $P<0.01$ )。结论 艾灸对腹泻型肠易激综合征的临床疗效优于西药洛哌丁胺。

**[关键词]**腹泻型肠易激综合征;艾灸;洛哌丁胺

**[中国分类号]**R574.4; R245.81 **[文献标志码]**A **[DOI]**10.3969/j.issn.1000-2219.2011.06.012

肠易激综合征(irritable bowel syndrome, IBS)是常见的消化系统疾病,是一组以腹痛、腹胀、排便习惯和大便性状改变为主要临床表现,持续或间歇发作,但缺乏明显形态学和生化异常改变的综合征。其病因和发病机制尚不清楚。诊断主要是在依靠症状学和排除器质性疾病的基础上做出的。IBS十分常见,欧美通过问卷调查发现,其在自然人群中的发病率约为9%~22%,国内学者在对北京地区的调查中发现,符合Manning标准和罗马标准校正后的IBS人群患病率分别为7.01%和0.82%;在日常胃肠病门诊中,此病占20%~40%<sup>[1]</sup>。目前认为,IBS分为4型,腹泻型、便秘型、混合型和不确定型,其中以腹泻型肠易激综合征(diarrhea predominant irritable bowel syndrome, D-IBS)最常见,约占IBS的35.4%<sup>[1]</sup>。D-IBS是以腹泻、腹痛、腹部不适伴排便习惯和大便性状改变为特点,大多数患者伴有焦虑、抑郁等症状<sup>[2]</sup>。不同类型的IBS治疗会有所区别。笔者自2009年12月到2010年12月,采用艾灸治疗D-IBS取得较好疗效,现报道如下。

## 1 临床资料

自2009年12月至2010年12月,在安徽中医学院附属针灸医院消化内科门诊及住院部共收治IBS患者60例。所有患者均符合IBS罗马Ⅱ诊断标准<sup>[3]</sup>,中医证候诊断标准参照中华中医药学会脾

基金项目:国家中医药管理局重点学科针灸学建设项目(国中医发[2009]30号);安徽省卫生厅2009-2010年度中

医药科研课题(2009ZY27)

作者简介:储浩然(1962-),男,主任医师,硕士研究生导师

胃病分会制定的标准<sup>[4]</sup>。采用随机数字表法将患者随机分为两组。治疗组30例,男23例,女7例,年龄23~61岁,平均(48.3±12.5)岁,病程3个月至4年。对照组30例,男24例,女6例,年龄24~60岁,平均(46.8±13.2)岁,病程3个月至5年。两组病例性别、年龄、病程比较,差异无统计学意义( $P>0.05$ )。

## 2 方法

### 2.1 治疗方法

2.1.1 西药对照组,根据中国中西医结合学会消化系统疾病专业委员会制定的IBS诊治规范<sup>[5]</sup>中推荐的腹泻型IBS用药洛哌丁胺(西安杨森制药厂,批号091208762),每次2mg,每日2次,连续服用15d。

2.1.2 艾灸治疗组,辨证取穴施灸。  
①肝郁脾虚型:选穴,肝俞、脾俞、胃俞、足三里、上巨虚。  
②脾胃虚弱型:选穴,脾俞、胃俞、中脘、天枢、足三里。  
③脾肾阳虚型:选穴,脾俞、肾俞、大肠俞、太溪、足三里。  
穴位定位,依据国家技术监督局发布的《经穴部位》<sup>[6]</sup>。

方法,根据不同的辨证分型,采用相应的穴位,先以灸架或灸盒放至在相应穴位部位,腰背部的腧穴以灸盒灸,其余部位的腧穴采用灸架灸,先灸腰背部,后灸其他部位。艾灸30min左右,以局部皮肤潮红为度。每天1次,连续治疗15次。具体操作方法根据GB/T21709.1-2008《针灸技术操作规范第1部分·艾灸》<sup>[7]</sup>的规定执行。

2.2 指标观察 两组治疗前均对腹痛、腹胀或不适、大便性状、大便次数、黏液便、胃纳减少、大便不

尽感进行评分,1个疗程后再次评分以判定治疗效果。疗程中禁用对消化道功能有影响的其他药物,对每个患者给予相同的饮食指导和心理支持。治疗过程中不予任何其他药物。

**2.3 疗效标准** 参照中华中医药学会脾胃病分会组织编写的《中医消化病诊疗指南》<sup>[4]</sup>制定的IBS疗效评定标准制定。治疗前后对两组患者腹痛、腹胀或腹部不适、胃纳减少、大便不尽感、大便性状、大便次数、黏液便进行评分,按症状及体征正常、轻、中、重分别计分。无症状(正常)计0分,轻(症状轻微,可以忍受,不影响工作、生活)计2分,中(症状较重,已影响工作、生活,尚可忍受)计4分,重(症状严重,影响工作、生活,不能忍受)计6分。再采用尼莫地平法计算疗效指数(therapeutic index, TI)。

$$TI = \frac{\text{治疗前症状积分} - \text{治疗后症状积分}}{\text{治疗前症状积分}} \times 100\%.$$

临床痊愈,临床症状、体征消失或基本消失, TI≥95%,显效,症状、体征明显改善, TI≥70%,且<95%,有效,症状、体征均减轻, TI≥30%,且<70%,无效,症状、体征无明显好转,甚至加重, TI<30%。

**2.4 统计学方法** 采用SPSS 17.0统计软件进行数据处理。连续型变量用“均数±标准差( $\bar{x} \pm s$ )”表示。同组患者治疗前后症状积分比较采用配对t检验。

表2 两组治疗前后主要症状积分比较(分,  $\bar{x} \pm s$ )

组别		差异来源	腹痛	腹胀或不适	大便性状	大便次数	黏液便	胃纳减少	大便不尽感
对照 (n=30)	疗前	5.25±1.72	4.52±1.48	3.04±1.35	3.46±1.32	2.19±1.42	3.09±1.27	3.17±1.68	
	疗后	2.98±1.13**	2.81±0.94**	1.81±0.56**	2.57±0.84**	1.98±0.62	2.67±0.85	2.97±0.73	
	差值	2.22±0.68	1.75±0.57	1.26±0.42	0.95±0.32	0.27±0.12	0.45±0.19	0.36±0.21	
治疗 (n=30)	疗前	5.18±1.59	4.45±1.35	3.18±1.27	3.24±1.25	2.34±1.21	3.27±1.30	3.02±1.35	
	疗后	2.13±0.82**	1.87±0.79**	2.07±0.56**	2.31±0.95**	1.81±0.48*	2.63±0.92*	1.89±0.72**	
	差值	3.09±0.94**	2.56±0.88**	1.12±0.41	0.98±0.37	0.45±0.13*	0.72±0.43*	1.17±0.32**	

注:与治疗前相比, \* P<0.05, \*\* P<0.01;与对照组比较, # P<0.05, ## P<0.01。

#### 4 讨论

IBS的发病机制目前尚未明确,一般认为其是个体特异性、多病因的异质性疾病<sup>[8]</sup>,其与胃肠动力异常、胃肠激素、心理因素、内脏感觉敏感性增高和脑-肠相互作用、肠道感染和肠道微生态因素、食物不耐受及遗传和家庭环境因素有关。主要治疗药物包括解痉药、止泻药、导泻药、胃肠动力调节药、调节内脏感觉的药物、抗抑郁、焦虑药物和调整肠道菌群的药物。虽然西药治疗有一些疗效但是普遍存在不同程度的不良反应,特别是大部分解痉止痛药对消化道蠕动的抑制,使其应用受到限制。

中医学没有IBS这一病名,根据临床证候,D-IBS可归属于泄泻、痛泻、腹痛等病证范畴。由于脾胃素虚,复因忧思恼怒,精神紧张,致肝气郁结,横逆

犯脾,运化失常而成泄泻。《景岳全书·杂证谟·诸泄泻论治》云:“凡遇怒气便作泄泻者,必先以怒时饮食,致伤脾胃,故但有所犯,即随触而发,此肝脾二脏之病也。盖以肝木克土,脾气受伤而然。”该病与肝、脾、肾关系密切,多因肝郁、脾虚、肾阳虚、气机升降失常所致。肝脾不和是其发病的基础,脾胃升降失衡是其病机本质<sup>[9-10]</sup>。故治疗上以疏肝健脾、升阳止泻为主。《医学入门·针灸·灸法》说:“虚者灸之,使火气以助元阳也,实者灸之,使实邪随火气而发散也,寒者灸之,使其气之复温也,热者灸之,引郁热之气外发,火就燥之义也。”艾灸具有“温热”、“温通”与“温补”三重功效,通过疏通经络、温补脾胃,从而达到调补止泻之作用。艾灸治疗上分别取足阳明胃经及手阳明大肠经的下合穴足三里和上巨虚,以取“合

治内腑”之意，天枢与中脘分别为大肠和胃之募穴，有调升降、和胃气、理中焦、消胀满之功。且足三里与中脘、上巨虚与天枢，“合募”相配以调和气机，和胃整肠，以助传导功能恢复正常。另外足太阳膀胱经第一侧线上的背俞穴是人体脏腑精气输出于背腰部的重要穴位，具有调节脏腑阴阳平衡的功能。太溪穴为肾经原穴，为十二经之根本，补之可培元补肾，与肾俞伍用，共奏温肾健脾止泻之功。现代研究认为IBS患者存在不同程度的内脏感觉过敏<sup>[11]</sup>，针灸治疗对中枢神经系统有调节作用。朱青艳<sup>[12]</sup>研究电针上巨虚对急性束缚应激大鼠结肠功能的调节作用及中枢机制，观察电针上巨虚对伤害性结肠扩张诱发蓝斑神经细胞放电反应的影响，结果发现针刺上巨虚能抑制伤害性结肠扩张激活的蓝斑神经细胞的放电反应( $P<0.01$ )，提示降低蓝斑应激神经细胞的活化程度，可能是电针上巨虚调节应激大鼠结肠功能的中枢机制之一。安广青等<sup>[13]</sup>观察针灸治疗IBS的疗效，针灸组取天枢穴，行温和灸，每次每穴各灸20 min，针刺上巨虚穴，行平补平泻手法。与口服培菲康胶囊的药物组对照，结果提示针灸组总体疗效优于药物组( $P<0.05$ )，且避免了培菲康胶囊的不良反应。王静等<sup>[14]</sup>用中药配合艾灸治疗D-IBS在临幊上取得较好疗效，并认为艾灸的药性作用和热作用只有作用于经络腧穴，才能起到全身治疗作用。经穴是灸法作用的内因，而艾灸产生的药性和温热效应是灸法作用的外因。内、外因素的有机结合才能共同发挥灸法防治疾病的综合作用。

总之，艾灸对IBS的治疗着眼于中医整体观，其最大优点在于，可以避免服食药物导致的不良反应，特别是大部分解痉止痛药对消化道蠕动的抑制，避免因胃肠疾病对药物吸收所造成的影响，减少消化道的负担，操作简单，费用低廉。因此，艾灸治疗IBS具有广泛的应用前景，今后应进一步探究艾灸治疗IBS的作用机制。

#### 参考文献：

- [1] 陈红兵.丽珠肠乐联合洛哌丁胺治疗腹泻型肠易激综合症疗效观察[J].社区医学杂志,2008,6(9):16-17.
- [2] 曾勋枝.马来酸曲美布汀联合思密达治疗腹泻型肠易激综合征30例[J].亚太传统医药,2008,4(9):85-86.
- [3] Drossman DA, Corazziari E, Talley J, et al. Diagnostic criteria for functional gastrointestinal disorders [M]// Rome II: The functional gastrointestinal disorders: Diagnosis, pathophysiology, and treatment: A multinational consensus. 2nd ed. USA: Degnon Associates, 2000:659.
- [4] 李乾构,周学文,单兆伟,等.中医消化病诊疗指南[M].北京:中国中医药出版社,2006:90-94.
- [5] 中国中西医结合学会消化系统疾病专业委员会.肠易激综合征中西医结合诊治方案,草案[J].中国中西医结合杂志,2005,25(3):282-284.
- [6] 国家技术监督局,国家质量监督检验检疫总局.GB12346-90 经穴部位[S].北京:中国标准出版社,1990:2-11.
- [7] 国家技术监督局,国家质量监督检验检疫总局.GB/T21709.1-2008 针灸技术操作规范:第1部分:艾灸 [M].北京:中国标准出版社,2008:2-3.
- [8] 严蕙蕙,杜勤.肠易激综合征的治疗进展[J].胃肠病学,2007,12(7):442-445.
- [9] 余大强,乐伟芬,周冰,等.中医辨证治疗肠易激综合征(腹泻型)疗效观察[J].中国中医药信息杂志,2005,12(6):78-79.
- [10] 贾改民.调肝慰肠汤治疗腹泻型肠易激综合征的临床研究[J].医药产业资讯,2005,2(7):73.
- [11] 安彩萍,杨璇.针灸治疗肠易激综合征机制研究进展[J].上海针灸杂志,2010,29(7):474-477.
- [12] 朱青艳.电针上巨虚对急性束缚应激大鼠结肠功能的调节作用及中枢机制研究[D].武汉:湖北中医药大学,2008:48-49.
- [13] 安广青,李娜,翟国华,等.针灸治疗肠易激综合征疗效评价[J].上海针灸杂志,2010,29(6):354-356.
- [14] 王静,何德平,邝宇香.中药配合艾灸治疗腹泻型肠易激综合征30例[J].新中医,2009,41(3):82.

(收稿日期:2011-10-28)

## Moxibustion for Diarrhea-type Irritable Bowel Syndrome: A Clinical Study

CHU Hao-ran, HUANG Xue-yong, LI Xue-jun, CHENG Hong-liang, DING Yi-xia  
(Acupuncture and Moxibustion Hospital Affiliated to Anhui College of Traditional Chinese Medicine, Anhui Hefei 230061, China)

**[Abstract]** Objective To observe the clinical effects of moxibustion in the treatment of diarrhea-type irritable bowel syndrome (D-IBS). Methods A total of 60 patients, according to the inclusion standard, were randomly divided into two groups. Thirty patients in the treatment group and other 30 patients in the control were treated with moxibustion and western medicine loperamide, respectively. The clinical efficacy and the changes of scores of symptoms before and after treatment were observed and compared between the two groups. Results The overall clinical efficacy in the treatment group was significantly better than in the

# 腰腹按摩促进脑性瘫痪儿童康复临床研究

张鸿雁,王 现

(北京按摩医院儿童康复科,北京 100035)

**[摘要]**目的 观察腰腹按摩在脑性瘫痪患儿康复治疗中的效果。方法 将48例脑性瘫痪儿童随机分为对照组和治疗组,每组各24例。其中对照组采用综合治疗,即Bobath法、针灸治疗、穴位注射、物理治疗;治疗组在对照组综合治疗的基础上加以腰腹部按摩。3个月为1个疗程,观察两组患儿肌张力、肌力、坐位平衡反应及消化系统情况。结果 治疗组肌力下降、坐位平衡反应异常以及消化系统症状(食欲不振及便秘)的总有效率显著高于对照组( $P<0.05$ ,或 $P<0.01$ )。结论 腰腹按摩不仅能改善脑性瘫痪儿童腰腹部肌力、运动协调及平衡能力,同时可明显增强脑性瘫痪患儿的脏腑功能。

**[关键词]**脑性瘫痪;腰腹按摩;Bobath法;针灸;穴位注射;物理疗法

**[中国分类号]**R244.1; R748 **[文献标志码]**A **[DOI]**10.3969.j.issn.1000-2219.2011.06.013

脑性瘫痪是指自受孕开始至婴儿期非进行性脑损伤和发育缺陷所导致的综合征,主要表现为运动障碍及姿势异常<sup>[1]</sup>。坐位姿势的形成是婴幼儿运动能力发展过程中一个非常重要的阶段,其可影响脊柱的形态,并可影响进食和吞咽功能、手眼协调能力、眼球的运动方式(与阅读和书写功能有关)<sup>[2]</sup>。脑性瘫痪儿童由于肌张力和肌力的异常、病理反射的出现、原始反射的持续存在,直接影响患儿坐位的稳定,跪立位、立位的平衡能力,表现为坐位弓背、脊柱弯曲、脊柱侧弯反射存在等,部分患儿伴有食欲不佳、便秘等症状。目前国内治疗小儿脑性瘫痪以综合治疗为主。笔者于2008—2010年,采用腰腹按摩促进脑性瘫痪患儿的康复,取得满意疗效,现报告如下。

## 1 临床资料

1.1 诊断标准 参照中华医学会儿科学分会神经学组2004年全国小儿脑性瘫痪专题研讨会讨论通过的《小儿脑性瘫痪的定义、诊断条件及分型》<sup>[3]</sup>。

1.2 纳入病例标准 ①符合小儿脑性瘫痪的诊断标准;②年龄6个月至6岁;③不合并严重癫痫、智

力低下及行为异常;④伴有腰腹部肌张力异常、肌力差;⑤伴有食欲不振、纳差、便秘症状。

1.3 排除病例标准 ①除外其他原因造成的中枢性瘫痪;②消化系统器质性病变;③中断治疗者。

1.4 一般资料 48例均为2008—2010年在北京按摩医院儿童康复科治疗的脑性瘫痪患儿,被随机分为治疗组与对照组。治疗组24例,其中男16例,女8例,年龄在6~12个月4例,1~3岁13例,3~6岁7例;痉挛型19例,不随意运动型5例。对照组24例,其中男14例,女10例,6~12个月4例,1~3岁13例,3~6岁7例;痉挛型18例,不随意运动型6例。

## 2 方法

### 2.1 治疗方法

2.1.1 对照组,采用Bobath法<sup>[4]</sup>、针灸治疗、物理疗法、按摩治疗。

1)Bobath法,以抑制异常姿势反射和异常运动模式,促进正常运动发育为治疗原则。每日1次,每次30 min,3个月为1个疗程。

2)针灸治疗:①头针取穴四神聪、百会、运动区、平衡区,留针20 min;②体针取穴华佗夹脊穴、肝俞、脾俞、肾俞、环跳、委中,根据患儿年龄及体质点

作者简介:张鸿雁(1972-),女,主治医师

control group ( $P<0.05$ ). After treatment, the scores of abdominal pain, abdominal distension or discomfort, stool properties, and stool frequency were significantly decreased in the control group ( $P<0.05$ ), while the scores of all symptoms, including abdominal pain, abdominal distension or comfort, stool properties, defecation frequency, lack of appetite, and a sense of endless defecation, were significantly decreased in the treatment group ( $P<0.05$ , or  $P<0.01$ ). The differences in scores of symptoms (including lack of appetite, a sense of endless defecation, abdominal pain, and abdominal distension or discomfort) between pretreatment and posttreatment in the treatment group were significantly higher than those in the control group ( $P<0.05$ , or  $P<0.01$ ). Conclusion The clinical efficacy of moxibustion is superior to that of loperamide in treating D-IBS.

**[Key words]** diarrhea-type irritable bowel syndrome; moxibustion therapy; loperamide