

[文章编号] 1007-0893(2023)18-0058-03

DOI: 10.16458/j.cnki.1007-0893.2023.18.017

温针灸结合参苓白术散治疗慢性顽固性腹泻的临床分析

蒋丽华 翁晓婷 马观福生

(北京中医药大学附属厦门医院 厦门市中医院, 福建 厦门 361000)

[摘要] 目的: 分析慢性顽固性腹泻采取温针灸结合参苓白术散的应用效果。方法: 选取2019年6月至2020年6月北京中医药大学附属厦门医院收治的80例慢性顽固性腹泻患者, 根据入院先后顺序对其进行分组, 奇数编号为对照组, 偶数编号为观察组, 各40例。对照组患者采取常规西药治疗, 观察组患者采取温针灸结合参苓白术散治疗, 比较两组患者预后情况。结果: 观察组患者治疗总有效率为97.50%, 高于对照组的77.50%, 差异具有统计学意义($P < 0.05$); 治疗后观察组患者各项中医证候积分均低于对照组, 差异具有统计学意义($P < 0.05$); 治疗后观察组患者血清白细胞介素-6(IL-6)、C反应蛋白(CRP)、肿瘤坏死因子- α (TNF- α)水平均低于对照组, 差异具有统计学意义($P < 0.05$); 观察组患者不良反应发生率低于对照组, 差异具有统计学意义($P < 0.05$)。结论: 对慢性顽固性腹泻患者采取温针灸结合参苓白术散效果理想, 有助于缓解患者症状, 抗炎效果理想, 可促进患者恢复, 而且不良反应发生风险较低, 安全性良好。

[关键词] 慢性顽固性腹泻; 温针灸; 参苓白术散

[中图分类号] R 975 **[文献标识码]** B

慢性顽固性腹泻具有较高的发病风险, 在临床较为常见, 该疾病主要为病程>2个月的腹泻病症, 具有复发性特点, 导致该疾病发病的主要因素为肠道存在感染性病症或非感染性病症, 小肠吸收功能衰退以及运动性腹泻等病症^[1]。对患者症状情况进行分析, 主要为每日排便次数增多、大便稀薄等, 并且病情反复性较强, 具有迁延不愈的特点。目前药物治疗为临床治疗该病的主要手段, 盐酸洛哌丁胺是常用的药物, 效果确切, 但是不良反应发生风险较高^[2]。因此探索一种安全、有效的治疗方法十分重要。随着中医学的发展, 中医疗法得到了临床的广泛应用。基于此, 本研究对温针灸结合参苓白术散的应用效果展开分析。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取2019年6月至2020年6月北京中医药大学附属厦门医院收治的80例慢性顽固性腹泻患者, 根据入院先后顺序对其进行分组, 奇数编号为对照组, 偶数编号为观察组, 各40例。

对照组男性23例, 女性17例; 年龄25~66岁, 平均年龄(45.31±5.02)岁; 病程2~8个月, 平均(5.23±1.05)个月。观察组男性24例, 女性16例; 年龄25~67岁, 平均年龄(45.68±5.24)岁; 病程2~8个月, 平均病程(5.15±1.23)个月。两组患者一般资料比较,

差异均无统计学意义($P > 0.05$), 具有可比性。

1.2 病例选择

1.2.1 纳入标准 (1) 均符合慢性顽固性腹泻诊断标准: 腹泻频率>每日3次, 大便性状发生变化, 病程>2个月; (2) 以腹胀、食欲不振、消化不良等为主要症状; (3) 患者对本研究知情同意。

1.2.2 排除标准 (1) 近期服用其他止泻药、抗胆碱药、促胃动力药者; (2) 合并多脏器功能障碍者, 包括肝、肾、心、肺等; (3) 由于全身器质性病变造成的腹泻者; (4) 合并恶性器质性病变者; (5) 对本研究使用药物存在过敏反应患者。

1.3 方法

两组患者均采用维持酸碱平衡、营养支持等常规治疗措施。

1.3.1 对照组 给予盐酸洛哌丁胺胶囊(西安杨森制药有限公司, 国药准字H10910085), 口服, 每次2mg, 每日3次, 4周为1个疗程, 连续治疗1个疗程。

1.3.2 观察组 (1) 采取温针灸结合参苓白术散治疗。参苓白术散组方: 党参20g, 白术20g, 茯苓20g, 炒神曲10g, 炒麦芽10g, 扁豆10g, 山药10g, 薏苡仁10g, 莲子10g, 木香10g, 炙甘草10g, 陈皮15g, 桔梗5g, 砂仁8g, 大枣4枚。每日1剂, 水煎煮取汁200mL, 分早晚服用, 治疗周期为28d; (2) 温针灸治疗: 主穴选择天枢、足三里、关元, 配穴选择脾俞、

[收稿日期] 2023-07-16

[作者简介] 蒋丽华, 女, 副主任医师, 主要研究方向是体质调理。

神阙、下巨虚、上巨虚、阴陵泉。首先对主穴进行针灸，使用 1.5 ~ 2 寸的 28 号毫针，合理控制进针强度，得气后留针，将艾绒置于针柄上，同皮肤保持合适 2 ~ 3 cm 距离点燃施灸。艾灸燃烧阶段，如果患者难以忍受可以放置硬纸片缓解火力，艾团灸 3 ~ 4 壮。对神阙穴、关元穴治疗过程中艾条温灸时间控制在 30 min。如果患者存在脐周痛、便稀薄，需要增加上巨虚穴及阴陵穴，如果存在腹痛有便意并且便后疼痛缓解，但便为黏液或存在脓血，需要增加下巨虚穴。若患者存在消渴等症，则需要对脾俞穴及神阙穴进行温针灸，时间为 10 min。每日进行 1 次温针灸治疗，28 d 为 1 个疗程。连续治疗 1 个疗程。

1.4 观察指标

(1) 比较两组患者的治疗效果，痊愈（临床症状完全消失，大便频率、形状正常，对患者进行大便常规检查正常）；显效（患者症状明显改善，大便频率减少幅度 > 50%，大便基本成型，大便常规检查改善明显）；有效（患者症状得到一定缓解，大便频率减少幅度 > 30% 但 ≤ 50%，大便基本成型或者为软便，大便常规检查显示有所好转）；无效（患者症状、大便频率及大便常规检查均未得到改善甚至加重）。总有效率 = (痊愈 + 显效 + 有效) / 总例数 × 100%。(2) 比较两组患者中医证候积分^[2]，评估内容涵盖纳呆、腹泻、腹痛、脓血便等，根据患者各项中医症状严重程度进行评分，①腹泻：无症状 0 分；腹泻频率 < 每日 3 次 2 分；腹泻频率为每日 4 ~ 6 次 4 分；腹泻频率 ≥ 每日 7 次 6 分；②腹痛：无症状 0 分；偶有轻微腹痛 2 分；经常发生严重腹痛 4 分；腹痛反复发生，疼痛难忍 6 分；③脓血便：无脓血便 0 分；有少许脓血便 2 分；有较多脓血便 4 分；有大量脓血便 6 分；④纳呆：食欲正常 0 分；食欲较差，进食量有所减少（进食量下降幅度 < 50%）1 分；食欲差，进食量明显减少（进食量下降幅度为 50% ~ 70%）2 分；无食欲（进食量下降幅度 > 70%）3 分。(3) 比较治疗前后两组患者血清白细胞介素 -6 (interleukin-6, IL-6)、C 反应蛋白 (C-reactionprotein, CRP) 与肿瘤坏死因子 -α (tumor necrosis factor-α, TNF-α)，IL-6 采用散射比浊法进行检测，CRP 及 TNF-α 检测方法为酶联免疫吸附法。(4) 比较患者不良反应情况，不良反应总发生率计算方式如下：总发生率 = (胃肠痉挛例数 + 腹胀例数 + 口干例数 + 恶心例数) / 总例数 × 100%。

1.5 统计学方法

采用 SPSS 19.0 软件进行数据处理，计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示，采用 *t* 检验，计数资料用百分比表示，采用 χ^2 检验，*P* < 0.05 为差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者治疗效果比较

观察组患者治疗总有效率为 97.50%，高于对照组的 77.50%，差异具有统计学意义 (*P* < 0.05)，见表 1。

表 1 两组患者治疗效果比较 [n = 40, n (%)]

组别	痊愈	显效	有效	无效	总有效
对照组	11(27.50)	10(25.00)	10(25.00)	9(22.50)	31(77.50)
观察组	17(42.50)	13(32.50)	9(22.50)	1(2.50)	39(97.50) ^a

注：与对照组比较，^a*P* < 0.05。

2.2 两组患者治疗前后中医证候积分比较

治疗前两组患者各项中医证候积分比较，差异无统计学意义 (*P* > 0.05)；治疗后观察组患者各项中医证候积分均低于对照组，差异具有统计学意义 (*P* < 0.05)，见表 2。

表 2 两组患者治疗前后中医证候积分比较

(n = 40, $\bar{x} \pm s$, 分)

组别	时间	腹泻	腹痛	脓血便	纳呆
对照组	治疗前	3.77 ± 0.20	3.60 ± 0.24	3.53 ± 0.59	1.54 ± 0.20
	治疗后	1.98 ± 0.35	2.01 ± 0.32	1.93 ± 0.34	0.97 ± 0.22
观察组	治疗前	3.79 ± 0.24	3.58 ± 0.25	3.56 ± 0.62	1.55 ± 0.21
	治疗后	1.77 ± 0.37 ^b	1.86 ± 0.33 ^b	1.68 ± 0.35 ^b	0.75 ± 0.19 ^b

注：与对照组治疗后比较，^b*P* < 0.05。

2.3 两组患者治疗前后血清炎症因子水平比较

治疗前两组患者血清 IL-6、CRP、TNF-α 水平比较，差异无统计学意义 (*P* > 0.05)；治疗后观察组患者血清 IL-6、CRP、TNF-α 水平均低于对照组，差异具有统计学意义 (*P* < 0.05)，见表 3。

表 3 两组患者治疗前后血清炎症因子水平比较 (n = 40, $\bar{x} \pm s$)

组别	时间	IL-6/ng · L ⁻¹	CRP/μg · mL ⁻¹	TNF-α/pg · L ⁻¹
对照组	治疗前	0.58 ± 0.12	6.14 ± 0.98	1.66 ± 0.22
	治疗后	0.45 ± 0.13	4.39 ± 0.95	0.94 ± 0.20
观察组	治疗前	0.57 ± 0.10	6.11 ± 1.03	1.65 ± 0.23
	治疗后	0.38 ± 0.11 ^c	3.64 ± 0.78 ^c	0.75 ± 0.21 ^c

注：IL-6 — 白细胞介素 -6；CRP — C 反应蛋白；TNF-α — 肿瘤坏死因子 -α。

与对照组治疗后比较，^c*P* < 0.05。

2.4 两组患者不良反应发生率比较

观察组患者不良反应发生率低于对照组，差异具有统计学意义 (*P* < 0.05)，见表 4。

表 4 两组患者不良反应发生率比较 [n = 40, n (%)]

组别	胃肠痉挛	腹胀	口干	恶心	总发生
对照组	3(7.50)	2(5.00)	2(5.00)	2(5.00)	9(22.50)
观察组	0(0.00)	1(2.50)	1(2.50)	0(0.00)	2(5.00) ^d

注：与对照组比较，^d*P* < 0.05。

3 讨论

慢性顽固性腹泻在临床较为常见,该疾病治疗难度较大,具有较高的复发风险,迁延不愈,对患者的恢复造成严重阻碍。导致该疾病发病的主要因素为患者肠道黏膜生物学屏障受损及肠道免疫功能衰退,最终出现肠道功能紊乱,继而诱发腹泻症状。目前临床对该疾病的主要治疗方法为止泻药物治疗,盐酸洛哌丁胺是应用较为广泛的西医止泻药物,能够通过抑制胃肠蠕动达到止泻的治疗效果,有助于改善患者腹泻症状,但是患者停药后复发风险较大,并且该药物具有一定的不良反应发生风险,对患者依从性造成影响^[3]。因此探索一种更为安全、有效的治疗方法十分重要。

慢性顽固性腹泻在中医学中属于“泄泻”范畴,其根源在于脾虚,因为脾主运化,如果脾虚无法运化水谷精微物质,则会导致湿浊内生,湿浊困于脾胃,引发脾胃运化功能失衡、升降失常,导致泄泻迁延不愈^[4]。气机的升降与肝主疏泄存在一定的关系,因此患者情志不佳也会导致气机阻滞、肝气不畅,因为郁结的存在导致脾运化失司导致功能失调泄泻^[5-6]。参苓白术散为治疗该疾病的有效药方,通过其中的四君子汤达到补气健脾的功效,实现标本兼顾,使患者的脾胃运化功能得到有效恢复,有效改善患者腹泻症状。方中党参可益肺健脾,能够改善脾胃及肺功能,白术具有调理脾胃的功效,可抑制胃酸分泌,茯苓健脾效果理想,炒神曲可强胃消痞,增进食欲,炒麦芽可理气疏肝、健脾行气,扁豆可化湿健脾,山药能够益精滋肾、益胃健脾,薏苡仁能够除痹舒筋,健脾利湿,莲子可涩精固肾、止泻补脾,木香可止痛行气、疏通肝气,陈皮能够化痰燥湿、健脾理气,桔梗可排脓祛痰,砂仁能够止泻温脾、开胃化湿,大枣生津益气,补益脾胃,炙甘草可止痛缓急、止咳润肺,还可调和诸药。现代药理学研究显示,使用参苓白术散能够有效改善患者胃肠功能,改善肠管收缩情况,使肠黏膜吸收水与氯离子的能力得到强化,进而改善血液流变学情况^[7]。

温针灸也被称作温针,主要为通过针柄灸与烧针灸,实现艾灸同针刺的有效融合,属于温热刺激疗法的一种,对患者皮下针刺,毫针柄燃起艾绒,热量通过针体传至患者体内,达到治疗的目的。足三里是足阳明胃经穴位,对该位置进行针灸具有补中益气的功效,有助于改善患者胃肠蠕动情况,强化其食欲,促进消化。除此之外,

对足三里穴进行温针灸还具有驱邪散寒、止痛消炎、健脾补胃的功效。天枢穴是足阳明胃经带脉的交汇位置,也是升清降浊的主要位置,对该处温针灸具有调节气机的功效;对关元穴进行温针灸具有温肾壮阳的功效;对阴陵泉穴进行温针灸具有利水湿、止泄泻的功效;上巨虚为大肠下合穴,下巨虚为小肠下合穴,对其针灸具有调理胃肠气机的功效^[8]。

根据本研究结果可知,观察组患者具有更高的治疗有效率,治疗后观察组中医证候积分及各项炎症因子指标水平均明显低于对照组,另外观察组具有更低的不良反应发生率,差异均具有统计学意义($P < 0.05$)。表明对患者实施温针灸联合参苓白术散效果确切,并且具有良好的安全性。两种方法结合能够充分发挥针刺、灸法以及中医药的作用,达到健脾化湿、止痛止泻、通络温经、消炎、抗感染的功效。另外在治疗过程中需要嘱咐患者保持合理的饮食,加强对患者病情的观察。

综上所述,对慢性顽固性腹泻患者采取温针灸结合参苓白术散效果理想,有助于缓解患者症状,促进患者恢复,并且不良反应发生风险较低,安全性良好。

[参考文献]

- [1] 陈启仪,田宏亮,杨波,等.菌群移植联合肠内营养治疗顽固性腹泻伴重度营养不良71例疗效分析[J].中国实用外科杂志,2019,39(11):1199-1202,1215.
- [2] 袁高明,付贵龙,刘忠泽,等.雷火灸配合盐酸洛哌丁胺胶囊治疗腹泻型肠易激综合征临床观察[J].按摩与康复医学,2017,8(6):53-54.
- [3] 聂静涛.合募配穴法与盐酸洛哌丁胺治疗功能性腹泻的临床疗效对比和安全性分析[J].现代中西医结合杂志,2017,26(2):192-194.
- [4] 杨军伟.针灸结合中药治疗慢性顽固性腹泻的疗效观察[J].健康管理,2020,(23):154.
- [5] 吕中媛.温针灸结合参苓白术散治疗慢性顽固性腹泻的临床观察[J].中国中医药现代远程教育,2019,17(6):42-43.
- [6] 柳鹏飞,张伟,田耀洲.中医外治法治疗腹泻型肠易激综合征研究进展[J].江西中医药,2020,51(1):78-80.
- [7] 丁宁,彭天书,熊之焰.参苓白术散合穴位贴敷治疗腹泻型肠易激综合征36例临床观察[J].湖南中医杂志,2020,36(2):4-6.
- [8] 汤永龙,阙彬福,曾源.温针灸结合右归丸治疗腹泻型肠易激综合征疗效观察[J].实用中医药杂志,2020,36(6):723-724.