

· 临床经验 ·

# 穴位注射联合黄芪汤治疗便秘型肠易激综合征 45 例

时昭红 张晟 石拓 石亮 冯云霞

**【摘要】 目的** 观察穴位注射联合黄芪汤治疗肺脾气虚证便秘型肠易激综合征的临床疗效。**方法** 将 89 例患者随机分为 2 组,治疗组给予黄芪汤加减水煎口服,并联合参麦注射液穴位注射治疗,对照组给予枸橼酸莫沙必利分散片口服治疗。4 周后观察总体疗效及各种临床症状的变化。**结果** 治疗组总有效率 56.56%,对照组总有效率 72.73%,2 组比较差异有统计学意义( $P<0.05$ );2 组患者治疗前后症状总积分差异有统计学意义( $P<0.05$ ),治疗组在排便困难、排便不尽感、疲倦乏力及神疲懒言四个症状方面的改善与对照组比较差异有统计学意义( $P<0.05$ );在 Bristol 粪便评分、腹痛和腹胀三个方面与治疗前比较有统计学差异( $P<0.05$ )。**结论** 两种治疗方法均能明显改善便秘型肠易激综合征肺脾气虚证患者的临床症状,治疗组的疗效优于对照组,黄芪汤联合穴位注射治疗肺脾气虚证便秘型肠易激综合征值得临床应用。

**【关键词】** 便秘型肠易激综合征; 肺脾气虚证; 黄芪汤; 穴位注射; 莫沙必利; 临床研究

**【中图分类号】** R574.4 **【文献标识码】** A doi:10.3969/j.issn.1674-1749.2012.11.021

肠易激综合征(irritable bowel syndrome, IBS)是消化系统常见的一种功能性胃肠病,便秘型肠易激综合征( IBS-C)是 IBS 的常见亚型之一。虽然 IBS-C 的发病率高,病程缠绵,但是它的病因目前尚不十分清楚,多认为它是一个由多种因素所致的生理心理性疾病<sup>[1]</sup>。中医认为 IBS-C 的发病与肝脾肺的关系最为密切。肝郁是本病的发病诱因,脾虚是根本原因。肺与大肠相表里,肺气虚可导致气机升降失常,影响脾对水湿的运化输布,大肠传导功能迟缓,大便秘结难行,发为本病。本研究运用黄芪汤加减结合中医水针疗法,从补益脾肺之气入手治疗 IBS-C 肺脾气虚证取得了良好的疗效,现将结果报告如下。

## 1 对象与方法

### 1.1 对象

将武汉市中西医结合医院消化内科门诊及脾胃外治中心就诊的,符合条件的 89 例患者根据信封法随机分为治疗组 45 例,对照组 44 例。治疗组 45 例中男 23 例,女 22 例,年龄为 18~68 岁,平均年龄(46.40±4.68)岁;病程最短者 8 个月,最长者 12 年,平均病程 44.76 月;对照组 44 例中男 21 例,女 23 例,年龄为 19~69 岁,平均年龄(47.16±5.42)岁,病程最短者 6 个月,最长者 11 年,平均病程 46.64 月。2 组患者在性别、年龄、病程长短上比较无显著差异( $P>0.05$ ),具有可比性。

作者单位:430002 武汉市中西医结合医院消化内科(时昭红、石拓、石亮),中心实验室(冯云霞);湖北中医药大学[张晟(硕士研究生)]

作者简介:时昭红(1967-),女,博士,主任医师。研究方向:中西医结合防治消化系统疾病。E-mail:zhaohshi@126.com

### 1.2 诊断标准

IBS-C 的诊断和分型参照 2006 年 IBS 罗马 III 诊断标准<sup>[2]</sup>并排除器质性病变。便秘病肺脾气虚证的中医诊断标准参照中华中医药学会脾胃病分会 2009 年深圳《慢性便秘中医诊疗共识意见》<sup>[3]</sup>:便秘病肺脾气虚证:大便不干结,虽有便意,但粪便排出困难,费力苦挣后汗出气短,便后疲劳,倦怠懒言,舌质淡苔薄白,脉弱。

### 1.3 治疗方法

治疗组采用中药黄芪汤加减联合参麦注射液穴位注射治疗。

黄芪汤处方:炙黄芪 25 g、麻子仁 10 g、白蜜 10 g、陈皮 10 g、生白术 15 g、枳实 10 g、莱菔子 10 g、甘草 8 g。兼有肝郁气滞者加广木香 10 g、乌药 10 g、佛手 10 g;兼有脾肾阳虚者加肉苁蓉 15 g、怀牛膝 15 g、升麻 10 g;兼有肠道热结者加生地 15 g、厚朴 10 g、枳实剂量加大为 15 g;兼有津亏血少者加当归 15 g、熟地黄 15 g。上方水煎服,每天 1 剂,每天 3 次,每次 200 ml。

在服药的同时采用参麦注射液(云南个旧生物药业有限公司,批号:080504)穴位注射治疗。选穴:足三里(双侧)、肺俞(双侧)、气海。操作方法:选 2.5 ml 注射器抽取参麦注射液 2.5 ml,排尽空气后,让患者取舒适体位,在穴位局部用酒精消毒后,操作者右手持注射器对准穴位迅速刺入皮下,再缓慢将针推进,当患者有酸胀感后(如无酸胀感可轻幅度提插调整进针方向,直至有酸胀感出现),如回抽无回血,则将药液缓慢推入,每个穴位注射 0.5 ml 后,迅速拔出注射器,用干棉球按压数分钟。注射频率:前一周隔天注射 1 次,后三周每周注射 2 次。

对照组给予枸橼酸莫沙必利分散片(成都大西南制药有限公司,批号 080207)口服,每次 5 mg,每天 3 次,饭前服用。

2 组均以 2 周为一个疗程,2 个疗程后观察每组患者总体疗效及治疗前后各临床症状变化。治疗期间患者停用其他所有与治疗本病有关的药物,建议患者多食水果及含纤维量多的蔬菜,避免过食生冷、油腻食物,避免劳累。

#### 1.4 观察指标和方法

症状总积分及单项症状积分参照中西医结合消化专业委员会胃肠动力协作组评分标准及国家中医药管理局《中药新药临床研究指导原则》<sup>[5]</sup>。

总体疗效评定标准<sup>[6]</sup>痊愈:大便次数为每天 1 次或恢复到发病前次数,无腹痛、腹胀及其它症状;显效:大便次数及粪便质地接近正常,腹痛、腹胀等主要不适基本消失,对生活和工作无影响;有效:大便次数增加或便质干结有所改善,腹痛、腹胀等主要症状有改善;无效:便秘、腹痛及腹胀等主要症状无改善,甚至有加重。

观察患者有无异常症状、体征出现,有无药物过敏和不耐受,检查各项常规和生化指标改变。

#### 1.5 统计学处理

采用 SPSS 17.0 统计软件进行数据处理,以  $\alpha = 0.05$  确立检验水准,计量资料运用  $t$  检验;计数资料运用  $\chi^2$  检验。

## 2 结果

### 2.1 症状总积分变化比较

经过治疗,2 组积分均有改善( $P < 0.05$ ),但治疗组改善程度优于对照组( $P < 0.05$ )。见表 1。

表 1 肠易激综合症患者症状总积分比较( $\bar{x} \pm s$ ,分)

组别	治疗前	治疗后	差值
治疗组	30.16±4.81	12.64±3.25 <sup>a</sup>	17.52±4.11 <sup>b</sup>
对照组	30.03±4.76	16.38±3.64 <sup>a</sup>	13.65±3.92

注:与本组治疗前比较,<sup>a</sup> $P < 0.05$ ;与对照组差值比较,<sup>b</sup> $P < 0.05$

### 2.2 单项症状疗效评价

2 组治疗前各症状积分经过  $t$  检验无显著性差异,2 组治疗后症状积分均有下降,7 个症状均有改善( $P < 0.05$ ),治疗组在排便困难、排便不尽感、疲倦乏力及神疲懒言 4 个症状方面的改善与对照组比较有统计学意义( $P < 0.05$ )。见表 2。

### 2.3 治疗后 2 组患者临床综合疗效比较

治疗组与对照组的有效率分别为 95.56% 和 72.73%,

经  $\chi^2$  检验,2 组疗效比较差异有统计学意义( $P < 0.05$ )。见表 3。

表 3 2 组肠易激综合症患者患者治疗后总疗效比较

组别	例数	痊愈	显效	有效	无效	总有效率(%)
治疗组	45	15	20	8	2	95.56%
对照组	44	9	14	9	12	72.73%

### 2.4 不良反应

治疗组有 2 例患者在治疗两周后出现足三里穴周围瘀斑情况,可能为穴位注射时刺到组织内的小静脉出血所致,经过解释沟通后采用针刺足三里下三寸的上巨虚穴位继续治疗,其余患者在治疗期间未出现对药物过敏及不耐受情况。经检查,各项常规和生化指标正常。

## 3 讨论

便秘型 IBS 主要症状为腹痛、腹部不适伴排便困难或费力,排便不畅,大便干结、量少,呈羊粪样或细杆状。属中医学“腹痛”、“便秘”、“气秘”、“肠结”、“脾约”等范畴,它的发生与肝、脾、肺等脏腑均关系密切,目前临床研究以肝郁气滞、脾气虚弱证为多,治疗上多从疏肝解郁、健脾益胃方面入手,补益脾肺之气者不多。然而该病程长,短则 6 个月,长达十余年甚至数十年,脾虚日久,母病及子,肺脾气虚,此时若单纯调补脾胃则作用有限。本研究重点从肺脾两脏着手,重在补益脾肺之气,肺脾本虚之气充沛,肺的治理调节功能及脾的运化功能恢复正常,大肠腑气得通,达到治愈或缓解便秘型 IBS 肺脾气虚证的目的。

本研究选取的便秘经方黄芪汤出自清代著名医家尤在泾的《金匱翼》一书,是国家中医药管理局重点专科协作组《便秘病(便秘型肠易激综合征)中医临床路径》中选用为治疗便秘型肠易激综合征肺脾气虚证的基本方。方中炙黄芪为君,与白术配伍有补脾益肺之效;火麻仁润肠通便为臣,实验研究<sup>[7]</sup>表明它能够润滑肠道,在肠道中遇碱性肠液后能产生脂肪酸,刺激肠壁,促进肠蠕动,从而达到通便的作用。蜂蜜性甘平,补中缓急,润燥解毒,研究表明<sup>[8]</sup>蜂蜜增强小鼠小肠推进运动,增加小鼠粪便粒数及粪便重量,缩短小鼠首粒黑便排出时间,佐以枳实破气消痞、行气止痛,莱菔子行气除胀消痞通便,尤其对 IBS-C 患者腹痛、腹部不适的症状具有明显的缓解作用;使以甘草健脾益气,缓急止痛,调和诸药。

表 2 肠易激综合症患者治疗前后单项症状评价对比( $\bar{x} \pm s$ ,分)

组别	Bristol 粪便	排便困难	腹痛	腹胀	排便不尽感	疲倦乏力	神疲懒言
治疗组( $n=45$ )							
治疗前	4.88±2.09	4.80±2.16	4.48±2.18	4.08±1.96	4.24±2.11	3.76±1.56	3.92±1.78
治疗后	2.48±1.76 <sup>a</sup>	1.84±2.15 <sup>ab</sup>	2.16±1.99 <sup>a</sup>	1.84±1.99 <sup>a</sup>	1.28±1.51 <sup>ab</sup>	1.44±1.47 <sup>ab</sup>	1.60±1.63 <sup>ab</sup>
对照组( $n=44$ )							
治疗前	4.56±2.12	4.72±1.99	4.56±2.12	4.16±1.91	4.48±2.18	3.84±1.82	3.76±1.85
治疗后	2.64±1.71 <sup>a</sup>	2.32±1.89 <sup>a</sup>	2.40±1.91 <sup>a</sup>	1.92±1.87 <sup>a</sup>	1.92±1.96 <sup>a</sup>	2.64±1.80 <sup>a</sup>	2.56±1.87 <sup>a</sup>

注:与本组治疗前比较,<sup>a</sup> $P < 0.05$ ;与对照组比较,<sup>b</sup> $P < 0.05$

穴位注射是在中医经络理论的指导下,结合现代医学的操作方法和药物药理作用而形成的一种治疗方法。它的作用主要有几个方面:首先针刺和药物直接作用于经络穴位产生疗效;其次药物在穴位上存留的时间较长,可起到增强和延长穴位的治疗功能,并使之沿着经络循行直达相应的脏腑,充分发挥穴位和药物的双重作用;再次药物刺激机体,可激发人体的抗病能力,提高人体的免疫能力<sup>[9]</sup>。足三里主消化功能低下、上腹胀痛、肠鸣、便秘或腹泻,是全身保健及强壮要穴。肺俞补益肺气的同时,使肺气肃降功能恢复正常,肠道腑气通畅,大便得以排解。气海在补气时还能行气,能对腹痛、腹泻、便秘等消化科常见病症有很好的治疗作用<sup>[10]</sup>。

本研究采用中药黄芪汤加减联合参麦注射液穴位注射,与枸橼酸莫沙必利分散片对照来治疗 IBS-C 肺脾气虚证,治疗组与对照组的有效率分别为 95.56% 和 72.73%,差异显著,同时从大便性状、排便困难程度、腹痛及腹胀程度、排便不尽感、疲倦程度、懒言程度等七个方面,比较治疗后患者临床症状的改善程度,结果表明黄芪汤加减联合穴位注射与西药莫沙必利对照在治疗 IBS-C 上具有一定的优势,值得进一步研究及推广。

#### 参 考 文 献

[1] 彭丽华,杨云生. 肠易激综合症的发病机制//李延青,杨云

生,陈建. 肠易激综合征[M]. 北京:中国医药科技出版社,2005:44-46.

[2] Longstreth GF, Thompson WC, Chey WD, et al. Functional bowel disorder[J]. Gastroenterology, 2006, 21(130):1480-1491.

[3] 中华中医药学会脾胃病分会. 慢性便秘中医诊疗共识意见(2009,深圳)[J]. 中国中西医结合消化杂志, 2010, 18(2):136-139.

[4] 中华中医药学会脾胃病分会. 肠易激综合征中医诊疗共识意见(2009,深圳)[J]. 中华中医药杂志(原中国医药学报), 2010, 25(7):1062-1065.

[5] 郑筱萸. 中药新药临床研究指南原则[M]. 北京:中国医药科技出版社, 2002:127.

[6] 中华医学会消化病学分会. 肠易激综合征共同意见[J]. 中华消化杂志, 2003, 7(23):427.

[7] 贺海波,石孟琼. 火麻仁的化学成分和药理活性研究进展[J]. 中国民族民间医药, 2010, 15(2):56-57.

[8] 潘虹,刘红霞,郭莉. 蜂蜜对小鼠润肠通便作用的研究[J]. 滨州医学院学报, 2010, 33(4):277-278.

[9] 周俊亮,潘奔前,刘友章. 穴位按摩改善气虚体质的临床研究[J]. 中医药临床杂志, 2008, 20(2):130-131.

[10] 吴胜智. 穴位埋线法治疗肠易激综合征 42 例临床观察[J]. 中国中医药科技, 2008, 5(15):3.

(收稿日期:2012-10-10)

(本文编辑:刘群)

## · 信息之窗 ·

### 本刊《中医病案析评》栏目征稿

《环球中医药》杂志开辟《中医病案析评》栏目。中医医籍医案是中医学术传承的宝库,中医住院病历的书写也对中医师分析病案提出了较高的要求,希望通过本栏目,广大读者将临床中遇到的典型病案或疑难病案整理刊发,交流辨证体会、临床心得,提高学术水平,共同成长。

#### 写作格式与要求

文题可以用中医辨证、中医诊断命名,也可以用主要症状、体征、西医诊断命名,也可以用中医证名和西医病名混合命名。无需英文文题。

本栏目文章结构分为“病历摘要”和“分析与讨论”两部分。“病历摘要”用准确简洁语言交代清楚患者主诉、病史、中医西医诊断、中医辨证、治法、用药、复诊情况等。“分析与讨论”部分要求逻辑性强、说理清楚、体现良好的中医辨证素养与临床思维模式,展示出对临床工作的实际借鉴意义。

讨论开始部分请明确指出本病案分析讨论的要点和重点。请作者给出诊断和辨证的结论或意见,所分析的病案应有西医诊断结果和确证证据。请总结相关疾病的国内外研究作简要评述。文后列出主要参考文献。

总字数控制在 5000 字以下。需中文摘要及关键词。

作者在文题下署名,拥有本文著作权,论文性质等同于本刊论著,文献标识码为 A。

文章形式建议由作者系统归纳,形成思路清晰、条理清楚、科学性强的临床论文;也可以采用依次发言形式或师生问答形式。

本栏目论文目的在于共同学习,请勿文过饰非,修改原始处方和病例。引用中医典籍中基础理论不宜过多。