

# 理气通便合剂配合电针治疗脾虚气滞型便秘型肠易激综合征临床观察

孙晓

南阳市中心医院, 河南 南阳 473000

**[摘要]** 目的: 观察理气通便合剂配合电针治疗脾虚气滞型便秘型肠易激综合征 (IBS-C) 的临床疗效。方法: 将 66 例脾虚气滞型 IBS-C 患者随机分为实验组和对照组各 33 例, 对照组采用乳果糖口服液治疗, 实验组在对照组用药基础上增加理气通便合剂配合电针治疗, 2 组均连续治疗 4 周。治疗后评估临床疗效及症状积分的变化, 检测 2 组血浆脑肠肽指标及肛肠动力学参数。结果: 实验组总有效率为 90.91%, 高于对照组的 66.67% ( $P < 0.05$ )。治疗后, 2 组腹痛、腹胀、大便频率、大便性状及排便不尽感积分均较治疗前降低 ( $P < 0.05$ ); 实验组 5 项症状积分均低于对照组 ( $P < 0.05$ )。治疗后, 2 组血浆 5-羟色胺 (5-HT)、血清 P 物质 (SP) 及神经肽 Y (NPY) 水平均较治疗前降低 ( $P < 0.05$ ); 实验组的血浆 5-HT、SP 及 NPY 水平均低于对照组 ( $P < 0.05$ )。治疗后, 2 组肛管最大收缩压 (MSP) 及实验组肛管静息压 (ARP) 均较治疗前升高 ( $P < 0.05$ ), 2 组直肠最大耐受容量 (MTV) 均较治疗前降低 ( $P < 0.05$ ); 实验组的 MSP 及 ARP 均高于对照组 ( $P < 0.05$ ), MTV 低于对照组 ( $P < 0.05$ )。结论: 在乳果糖口服液基础上加用理气通便合剂配合电针治疗脾虚气滞型 IBS-C, 可降低患者的血浆脑肠肽指标水平, 有效调节肛肠动力学指标, 改善临床症状, 效果显著。

**[关键词]** 便秘型肠易激综合征 (IBS-C); 脾虚气滞证; 理气通便合剂; 电针; 乳果糖口服液; 脑肠肽; 肛肠动力

**[中图分类号]** R574 **[文献标志码]** A **[文章编号]** 0256-7415 (2018) 02-0123-04

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2018.02.035

## Clinical Observation of Liqi Tongbian Mixture Combined with Electroacupuncture for Constipation-predominant Irritable Bowel Syndrome with Spleen-deficiency and Qi-stagnation Syndrome

SUN Xiao

**Abstract:** Objective: To observe the clinical curative effect of Liqi Tongbian mixture combined with electroacupuncture for constipation-predominant irritable bowel syndrome (IBS-C) with spleen-deficiency and qi-stagnation syndrome. **Methods:** Divided 66 cases of IBS-C patients with spleen-deficiency and qi-stagnation syndrome into the experimental group and the control group, 33 cases in each group. Both groups were given actulose oral solution, while the experimental group additionally received Liqi Tongbian mixture combined with electroacupuncture for treatment. Treatment of both groups continuously lasted for four weeks. After treatment, evaluated clinical curative effect and changes of symptom score, detected brain-gut peptide level in plasma as well as anorectal dynamics parameters. **Results:** The total effective rate was 90.91% in the experimental group, being higher than 66.67% in the control group ( $P < 0.05$ ). After treatment, the scores of abdominal pain, abdominal distension, defecation frequency, defecate character, and a sense of incomplete evacuation in two groups all reduced when compared with those before treatment ( $P < 0.05$ ); the 5 symptom scores in the experimental group were all lower than those in the control group ( $P < 0.05$ ). After treatment, levels of plasma 5-hydroxytryptamine (5-HT), serum substance P (SP), and neuropeptide Y (NPY) in two groups were all lower than those before treatment ( $P < 0.05$ ). Levels of plasma 5-HT, serum SP, and NPY in the experimental group were all lower than those in the control group ( $P < 0.05$ ). After treatment, the anal maximal squeezing pressure (MSP) of two groups and anal canal rest pressure (ARP) of the experimental group were all higher than those before treatment ( $P < 0.05$ ). The maximum tolerable volume (MTV) of rectum in

**[收稿日期]** 2017-08-30

**[作者简介]** 孙晓 (1972-), 女, 副主任医师, 主要从事消化内科临床工作。

two groups were lower than those before treatment ( $P < 0.05$ ). MSP and ARP in the experimental group were both higher than those in the control group, while MTV being lower than that in the control group ( $P < 0.05$ ). **Conclusion:** Based on therapy of lactulose oral solution, the additional application of Liqi Tongbian mixture combined with electroacupuncture for IBS-C with spleen-deficiency and qi-stagnation syndrome can reduce levels of plasma 5-HT, effectively regulate anorectal dynamics index and improve clinical syndromes, which shows significant effect.

**Keywords:** Constipation-predominant irritable bowel syndrome (IBS-C); Spleen-deficiency and qistagnation syndrome; Liqi Tongbian mixture; Electroacupuncture; Lactulose oral solution; Brain-gut peptide; Anorectal motility

肠易激综合征(IBS)是一种以腹部不适或腹痛为主要临床表现的肠道功能紊乱综合征。便秘型 IBS (IBS-C)以排便时间延长及大便坚硬为主要特点,发病机制尚不明确,多数患者并无组织结构及代谢方面的异常表现。中医学将 IBS-C 归为便秘范畴,与肝、脾、胃、大肠等脏器功能失调有一定联系,主要病机为肝气不调致大肠传导失司。理气通便合剂方选白芍、柴胡、枳实、莱菔子、黄芪、白术等中药,具有理气疏肝、润肠通便的功效。本研究针对本院收治的 IBS-C 患者采用理气通便合剂结合电针进行综合治疗,观察其治疗效果及对患者血清脑肠肽水平的影响,结果报道如下。

## 1 临床资料

**1.1 一般资料** 选取 2015 年 1 月—2016 年 12 月本院治疗的 66 例 IBS-C 患者,按照 1:1 的比例随机分为实验组和对照组,每组 33 例。实验组男 12 例,女 21 例;年龄 28~64 岁,平均(44.45±10.54)岁;病程 2~8 年,平均(6.52±2.68)年。对照组男 14 例,女 19 例;年龄 29~65 岁,平均(44.58±10.63)岁;病程 1~8 年,平均(6.47±2.36)年。2 组一般资料比较,差异均无统计学意义( $P > 0.05$ ),具有可比性。

**1.2 诊断标准** 参照《肠易激综合征与罗马 III 诊断标准》<sup>[1]</sup>诊断为 IBS-C:近 3 月有反复发作腹部不适或腹痛,排便后症状缓解或发作时伴有大便外观改变等,电子结肠镜检查显示有肠蠕动亢进及痉挛现象。

**1.3 辨证标准** 参照《肠易激综合征中医诊疗共识意见》<sup>[2]</sup>中脾虚气滞证的辨证标准。主症:①排便时间延长,排便时间间隔在 3 天及以上;②腹痛;③大便干结,排出不畅。次症:①腹胀;②神疲,肢体倦乏;③食少纳呆;④暖气呃逆;⑤易发口疳。舌脉:舌质淡、苔白或厚,脉沉细弱。具备 2 项及以上主症,加 2 项及以上次症,即可辨证为脾虚气滞型 IBS-C。

**1.4 纳入标准** 符合上述诊断标准和辨证标准者;年龄 25~65 岁,病程 >1 年;无肠道黏膜异常及器质性病变者;经本院医学伦理委员会审批,患者签署知情同意书。

**1.5 排除标准** 不符合上述诊断标准和辨证标准者;合并息肉及炎症性肠道器质性病变者;药物性便秘、习惯性便秘及器质性病变引起的便秘;合并重要脏器及造血系统等严重原发疾病者;对受试药物过敏者;妊娠或哺乳期妇女;治疗前 1 月服用影响胃肠动力药物者。

**1.6 剔除标准** 不能按治疗方案完成整个治疗者;治疗期间服用影响结果判断的药物者。

## 2 治疗方法

**2.1 对照组** 乳果糖口服液(莱阳市江波制药有限责任公司,国药准字 H20074010),口服,每天 3 次,每次 15 mL,连续治疗 4 周。

**2.2 实验组** 在对照组用药基础上加用理气通便合剂内服和电针治疗。理气通便合剂处方:生白术、炙黄芪各 30 g,柴胡、白芍、生首乌、槟榔、枳实、莱菔子、藿香各 12 g,加水煎煮至 500 mL 左右,分早晚 2 次服用;针刺选取百会、天枢、足三里、太冲、三阴交、上巨虚、印堂,用 1.5 寸毫针,进针深度为 0.5~1.5 cm,头针易浅,15°角平刺。以穴位局部有酸胀感为佳,捻转得气后,接 Hans-200A 电针治疗仪,电流强度为 2 mA,连续波,密波 100 Hz,疏波 2 Hz。留针 30 min,每天 1 次,治疗 6 次休息 1 天为 1 疗程,连续治疗 4 疗程。

## 3 观察指标与统计学方法

**3.1 观察指标** ①治疗前后检测患者的血浆脑肠肽水平:采集空腹静脉血 4 mL,离心,将上清分装,-80℃冻存,采用 ELISA 法检测血浆 5-羟色胺(5-HT)、血清 P 物质(SP)及神经肽 Y(NPY)水平。②治疗前后对患者腹痛、腹胀、大便频率、大便性状、排便不尽感

等主要症状进行临床症状评分, 各项症状分为无、轻、中、重4级, 分别记为0、1、2、3分。③治疗前后对2组患者进行肛肠动力学检测及比较, 采用ZGJ-D2型智能双导肛肠压力检测仪检测, 包括肛管静息压(ARP)、肛管最大收缩压(MSP)、直肠最大耐受容量(MTV)等。

**3.2 统计学方法** 采用SPSS22.0统计学软件分析数据。计量资料以 $(\bar{x} \pm s)$ 表示, 组内治疗前后比较采用配对 $t$ 检验, 组间比较采用独立 $t$ 检验; 计数资料以率(%)表示, 采用 $\chi^2$ 检验。

**4 疗效标准与治疗结果**

**4.1 疗效标准** 参照《中药新药临床研究指导原则(试行)》<sup>[3]</sup>拟定。痊愈: 症状体征基本消失, 肠道功能恢复正常, 症状积分减少>95%; 显效: 症状体征明显改善, 症状积分减少70%~95%; 有效: 症状体征好转, 症状积分减少30%~69%; 无效: 症状体征未有明显改善或病情加重, 症状积分减少<30%。

**4.2 2组临床疗效比较** 见表1。实验组总有效率为90.91%, 高于对照组的66.67%, 差异有统计学意义( $P < 0.05$ )。

**表1 2组临床疗效比较** 例(%)

组别	n	痊愈	显效	有效	无效	总有效
实验组	33	4(12.12)	20(60.61)	6(18.18)	3(9.09)	30(90.91) <sup>①</sup>
对照组	33	3(9.09)	13(39.39)	6(18.18)	11(33.33)	22(66.67)

与对照组比较, ① $P < 0.05$

**4.3 2组治疗前后症状积分比较** 见表2。治疗前, 2组腹痛、腹胀、大便频率、大便性状及排便不尽感积分比较, 差异均无统计学意义( $P > 0.05$ ); 治疗后, 2组腹痛、腹胀、大便频率、大便性状及排便不尽感积分均较治疗前降低( $P < 0.05$ ); 实验组5项症状积分均低于对照组( $P < 0.05$ )。

**表2 2组治疗前后症状积分比较**( $\bar{x} \pm s, n=33$ ) 分

组别	时间	腹痛	腹胀	大便频率	大便性状	排便不尽感
实验组	治疗前	2.56±0.69	1.94±0.67	2.86±0.77	2.73±0.57	2.96±0.48
	治疗后	0.78±0.64 <sup>①②</sup>	1.05±0.73 <sup>①②</sup>	1.04±0.37 <sup>①②</sup>	1.23±0.57 <sup>①②</sup>	0.59±0.44 <sup>①②</sup>
对照组	治疗前	2.54±0.67	1.86±0.64	2.95±0.76	2.75±0.66	2.93±0.54
	治疗后	1.23±0.75 <sup>①</sup>	1.48±0.68 <sup>①</sup>	1.18±0.65 <sup>①</sup>	1.74±0.56 <sup>①</sup>	1.27±0.48 <sup>①</sup>

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

0.05

**4.4 2组治疗前后血浆脑肠肽水平比较** 见表3。治

疗前, 2组5-HT、SP及NPY水平比较, 差异均无统计学意义( $P > 0.05$ )。治疗后, 2组血浆5-HT、SP及NPY水平均较治疗前降低( $P < 0.05$ ); 实验组的血浆5-HT、SP及NPY水平均低于对照组( $P < 0.05$ )。

**表3 2组治疗前后血浆脑肠肽水平比较**( $\bar{x} \pm s, n=33$ )

组别	时间	5-HT(ng/mL)	SP(ng/mL)	NPY(pg/mL)
实验组	治疗前	146.46±38.34	102.37±12.53	168.27±15.25
	治疗后	111.07±25.43 <sup>①②</sup>	53.67±10.26 <sup>①②</sup>	142.38±12.03 <sup>①②</sup>
对照组	治疗前	146.24±38.18	99.83±13.62	165.63±16.37
	治疗后	128.68±27.34 <sup>①</sup>	78.55±12.23 <sup>①</sup>	159.35±15.37 <sup>①</sup>

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

**4.5 2组治疗前后肛肠动力学指标比较** 见表4。治疗前, 2组ARP、MSP及MTV比较, 差异均无统计学意义( $P > 0.05$ )。治疗后, 2组MSP及实验组ARP均较治疗前升高( $P < 0.05$ ), 2组MTV均较治疗前降低( $P < 0.05$ ); 实验组的MSP及ARP均高于对照组( $P < 0.05$ ), MTV低于对照组( $P < 0.05$ )。

**表4 2组治疗前后肛肠动力学指标比较**( $\bar{x} \pm s, n=33$ )

组别	时间	ARP(mmHg)	MSP(mmHg)	MTV(mL)
实验组	治疗前	61.84±10.43	105.45±31.57	183.83±25.72
	治疗后	75.44±12.62 <sup>①②</sup>	189.75±33.43 <sup>①②</sup>	148.76±22.54 <sup>①②</sup>
对照组	治疗前	62.54±10.77	102.14±22.45	172.45±25.47
	治疗后	66.54±13.34	139.76±30.53 <sup>①</sup>	162.48±21.71 <sup>①</sup>

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

**5 讨论**

IBS-C是慢性肠功能紊乱性疾病, 其致病机制复杂, 西医主要进行对症治疗, 但病情易反复发作, 不仅给患者带来较大的精神压力, 也降低了其生活质量。IBS-C的发病与脏腑功能失调相关, 大便的排泄与大肠的传导密不可分, 同时肝的疏泄条达也与大肠的传导息息相关<sup>[4]</sup>。《丹溪心法》曰: “郁者, 结聚而不得发越也, 当升者不得升, 当降者不得降, 当变化者不得变化也, 此为传化失常”。加之患者情志不畅, 也可引起肝气郁滞, 肝之疏泄受阻, 则致大肠传导失司, 糟粕蓄而不去。樊春华等<sup>[5]</sup>认为, IBS-C为脾胃气虚, 中气下陷, 运转无力所致。陈春华<sup>[6]</sup>认为, IBS-C多劳倦内伤, 中气不足, 属虚秘。因此, 脾虚为IBS-C发病之本, 气机郁滞、邪滞肠胃为其标, 故应标本兼治, 宜以养阴补血、补气健脾、理气通便



为其治法。

理气通便合剂是以枳术丸为基础发展而来,具有健脾理气之功,方中生白术治疗便秘效果显著,为该方主药。炙黄芪是健脾补气要药,脾健则气血旺盛,胃肠蠕动有力;白芍养肝敛阴、和胃止痛,助柴胡疏肝;生首乌甘苦而寒,清热养阴;藿香宣通上焦、中焦,同时配以槟榔、莱菔子泻脾气之壅滞,调中焦之运动。诸药合用,咸寒苦甘同用,苦以降通,辛以散结,共奏理气疏肝,润肠通便之功。同时本研究结合电针治疗,针刺可通过刺激外周感受器,穴位选取以调神健脾为主,可起到宁心安神、疏肝健脾之功。“百会又名巅上、五会,属督脉,位居头之巅顶,为百脉交汇之处。肝为刚脏,其气易逆易亢,针刺百会穴可以平肝潜阳、疏肝理气。《针灸大成》曰:“太冲,主大便难,便血,小便淋”,太冲为肝经原穴,针刺太冲具有疏肝解郁、平肝潜阳之功效。印堂亦属督脉,有活络疏风、镇静安神的作用,同时配合天枢、足三里、三阴交、上巨虚,共奏疏肝健脾、宁心安神、理气通腑之功。本研究结果显示,治疗后实验组总有效率为90.91%,高于对照组的66.67% ( $P < 0.05$ );实验组腹痛、腹胀、大便频率、大便性状及排便不尽感积分均低于对照组 ( $P < 0.05$ )。表明理气通便合剂联合电针治疗脾虚气滞型 IBS-C 效果显著。

有研究表明,IBS-C 发病机制中脑-肠互动起关键作用,肠道活动通过神经递质与中枢神经联系在一起。因此,患者的心理、精神变化均能使肠道运动功能发生改变<sup>[7-8]</sup>。5-HT 是临床应用较多的脑肠肽指标,肠腔内压力增高后,5-HT 大量释放,可引起一系列肠道神经反射,增加肠道分泌量,增强肠道推进运动,导致患者出现腹痛、腹胀、腹部不适等症状<sup>[9]</sup>。SP 能够增加胃肠蠕动,促进消化道平滑肌收缩,刺激肠黏膜分泌水和电解质。NPY 是神经肽类物质,能引起血管收缩,通过抑制肠道平滑肌收缩和体液的分泌,进而抑制胃肠道运动。MSP 是评价肛门外括约肌收缩功能的重要指标,ARP 可在静息状态下阻挡气体和粪便的排出,是评价肛门自制力的指标,MTV 是评价肛门自行控制排便能力的指标<sup>[10]</sup>。本研究结果显示,实验组患者血浆 5-HT、SP、NPY 水

平均较对照组下降更明显 ( $P < 0.05$ );与治疗前比较,治疗后 2 组 MSP 及实验组 ARP 明显升高 ( $P < 0.05$ ),实验组的 2 项指标均高于对照组 ( $P < 0.05$ );2 组 MTV 均降低 ( $P < 0.05$ ),实验组 MTV 低于对照组 ( $P < 0.05$ )。表明理气通便合剂联合电针治疗脾虚气滞型 IBS-C,可改善患者肠道动力紊乱现象,增加肠道微循环血流,减轻肠道黏膜的炎症反应,促进临床症状的缓解,且能够明显改善患者的结肠动力,提高结肠的运动和感觉功能。

综上所述,在乳果糖口服液基础上加用理气通便合剂配合电针治疗脾虚气滞型 IBS-C,可降低患者的血浆脑肠肽指标水平,有效调节肛肠动力学指标,改善临床症状,效果显著。

#### [参考文献]

- [1] 刘新光. 肠易激综合征与罗马 III 诊断标准[J]. 胃肠病学, 2006, 11(12): 736-738.
- [2] 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[J]. 中华中医药杂志, 2010, 25(7): 1062-1065.
- [3] 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.
- [4] 杨倩, 刘建平, 白海燕, 等. 麻枳降浊方治疗便秘型肠易激综合征的临床研究[J]. 河北中医药学报, 2015, 30(4): 13-15.
- [5] 樊春华, 陈文剑, 卢燕霞. 中药穴位贴敷联合耳穴贴压治疗便秘型肠易激综合征的临床观察[J]. 中国中西医结合消化杂志, 2015, 23(4): 257-259.
- [6] 陈春华. 从肝论治隔药灸治疗便秘型肠易激综合征疗效观察[J]. 上海针灸杂志, 2016, 35(4): 402-404.
- [7] 姜庆宇, 李华南, 张玮, 等. 腹部推拿对便秘型肠易激综合征患者组织中脑肠肽 CGRP、SP、VIP、CCK 的影响[J]. 辽宁中医药大学学报, 2014, 16(12): 70-72.
- [8] 张玮, 李华南, 海兴华, 等. 腹部推拿对便秘型肠易激综合征血浆脑肠肽含量干预作用的临床研究[J]. 四川中医, 2015, 33(11): 164-166.
- [9] 吴皓萌, 徐志伟, 敖海清, 等. 基于中医四诊和脑肠肽的腹泻型肠易激综合征中医证候判别研究[J]. 中国中西医结合杂志, 2015, 35(10): 1200-1204.
- [10] 杜刚毅. 解郁通便汤对便秘型肠易激综合征肛肠动力学的影响[J]. 实用中西医结合临床, 2009, 9(3): 35-36.

(责任编辑: 吴凌, 刘迪成)