

针药结合治疗慢性肠炎脾胃虚弱证的临床分析

李 敏

湘潭市第三人民医院 湖南湘潭 411100

[摘 要] **目的** 研究针药结合治疗慢性肠炎脾胃虚弱证的临床效果。**方法** 选取我院 2016 年 5 月到 2016 年 12 月期间收治的慢性肠炎脾胃虚寒证患者共 90 例, 将其随机均分为对照组和试验组。其中对照组采用口服肠炎丸进行治疗, 用药标准为 9g/次, 3 次/d; 试验组采用口服协定处方肠炎丸进行治疗, 用药标准为 9g/次, 3 次/d。两组治疗时间均设定为 1 个疗程 28d。**结果** 经一个疗程的治疗后, 对照组患者中治疗痊愈 15 例 (33.33%), 基本好转 17 例 (37.78%), 治疗无效 13 例 (28.89%), 治疗总有效率为 71.11%; 试验组患者中治疗痊愈 28 例 (62.22%), 基本好转 11 例 (24.44%), 治疗无效 6 例 (13.33%), 治疗总有效率为 86.67%, 试验组治疗有效率明显高于对照组, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)。**结论** 针药结合治疗慢性肠炎脾胃虚弱证具有显著疗效, 有很高临床推广价值。

[关键词] 针药结合治疗; 慢性肠炎; 脾胃虚弱; 效果

[中图分类号] R259

[文献标识码] A

[文章编号] 1674-9561 (2017) 08-137-02

慢性肠炎是一种慢性肠道疾病, 患者患病后一般会表现出大便时溏时泻、迁延反复、纳呆食少切时候不舒, 稍进油腻食物则会导致大便次数明显增多, 患者面色萎黄、神疲倦怠、舌淡苔白, 脉细弱。同时患者患病后会出现长期慢性腹痛和腹泻, 并且腹痛会反复发作, 大便经常带有黏液^[1]。慢性肠炎病程一般较长, 通常在 3 个月以上。在慢性肠炎的临床治疗中, 使用西医方式进行治疗经常不能取得较好的效果, 所以其临床治疗一般采用中医方式。中医认为, 慢性肠炎属于泄泻和濡泄的范畴, 其主要包含寒热夹杂、脾胃虚弱、肝气乘脾和脾肾阳虚等多种证型^[2]。本研究针对慢性肠炎脾胃虚弱证的临床症状, 研究针药结合治疗慢性肠炎脾胃虚弱证的临床效果, 报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取我院 2016 年 5 月到 2016 年 12 月期间收治的慢性肠炎脾胃虚寒证患者共 90 例, 将其随机均分为对照组和试验组。所有患者都满足慢性肠炎脾胃虚弱证的临床诊断标准, 均存在间歇性腹痛、腹泻症状, 遇冷或进食油腻食物时腹痛和腹泻症状明显加重, 在身体劳累和情绪波动时症状会更加严重, 并且会伴随大便次数增加的症状, 患者每日排便次数一般在 3 次以上, 排除患者患有其它消化道器质性病变。中医辨证标准为: 根据相关中医研究标准, 患者存在脉沉细无力、苔薄白和舌质淡的临床表现, 并且有腹痛腹泻、喜温怕冷、少气懒言和神疲乏力等症状, 症状缓解后会因为饮食不慎而被再次诱发。所有患者均存在 3 个月以上腹痛腹泻症状, 反复发作次数在 3 次以上, 并且经久不愈。

其中对照组患者中男性患者 25 例, 女性患者 20 例, 年龄在 23 ~ 64 岁, 平均年龄 (34.86 ± 2.51) 岁, 病程在 4 ~ 7 个月; 试验组患者中男性患者 22 例, 女性患者 23 例, 年龄在 25 ~ 68 岁, 平均年龄 (35.62 ± 2.67) 岁, 病程在 4 ~ 8 个月。两组患者在性别、年龄、病程等基本资料上无显著差异 ($P > 0.05$), 具有可比性。

1.2 方法

1.2.1 对照组: 对照组采用口服肠炎丸的方式进行治疗, 9g/次, 3 次/d, 以 28d 为 1 个疗程, 患者经 1 个疗程治疗后对其治疗效果进行评定。

1.2.2 试验组: 试验组采用口服协定处方肠炎丸结合针药的治疗方式, 其中药物组成为: 12g 桔梗、12g 莲子肉、15g 砂仁、15g 茯苓、30g 炒车前子、15g 炒白术、30g 薏苡仁、30g 补骨脂、30g 山药、15g 扁豆和 15g 党参。所有药物经研磨后加水制成药丸, 药丸大小与绿豆为准, 患者服药标准与对照组相同。在患者治疗期间叮嘱患者禁烟酒、禁食辛辣和油腻食物、勿食生冷。针刺选取的穴位为足三里、内关穴、天枢穴、气海、

下脘、中脘和上脘, 行补法治疗, 针刺频率为 1 次/2d, 以 28d 为 1 个疗程, 患者经 1 个疗程治疗后对患者治疗效果进行评定。

1.3 观察指标

根据中医相关疗效判定标准, 患者经治疗后临床症状基本消失, 大便恢复正常, 临床检验指标恢复正常, 则判定为治疗痊愈; 患者临床症状得到明显改善, 并且大便次数明显减少, 则判定为治疗好转; 患者临床症状无明显缓解, 则判定为治疗无效。

1.4 统计学处理

采用 SPSS22.0 统计学软件对两组患者数据进行处理, 其中计数资料采用 χ^2 检验, 计量资料用 t 检验, 以 $P < 0.05$ 为两组数据差异具有统计学意义。

2 结果

经一个疗程的治疗后, 对照组患者中治疗痊愈 15 例 (33.33%), 基本好转 17 例 (37.78%), 治疗无效 13 例 (28.89%), 治疗总有效率为 71.11%; 试验组患者中治疗痊愈 28 例 (62.22%), 基本好转 11 例 (24.44%), 治疗无效 6 例 (13.33%), 治疗总有效率为 86.67%, 试验组治疗有效率明显高于对照组, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$), 详见表 1。

表 1: 两组患者治疗效果对比 n (%)

组别	治疗痊愈	治疗好转	治疗无效	总有效率
对照组 (n=45)	15 (33.33%)	17 (37.78%)	13 (28.89%)	71.11%
试验组 (n=45)	28 (62.22%)	11 (24.44%)	6 (13.33%)	86.67%

3 讨论

肠炎一般可由细菌、真菌、病毒和寄生虫等多种因素引起, 患病时主要表现为小肠和结肠出现炎症。临床上肠炎的主要症状为腹痛腹泻、稀水便或黏液脓血便。部分患者在患病后会有发热及里急后重感, 所以又将肠炎称为感染性腹泻。根据肠炎的病程长短, 将其划分为急性和慢性两大类。其中慢性肠炎病程一般在 2 个月以上, 常见类型有细菌性痢疾、慢性阿米巴痢疾、血吸虫病、非特异性溃疡性结肠炎和局限性肠炎等^[3]。随着社会经济的快速发展, 环境的破坏程度越来越重, 加上现代人的生活规律欠缺, 导致慢性肠炎的发病率呈现逐渐上升的趋势, 严重影响人们的正常生活和工作^[4]。

本研究中对慢性肠炎脾胃虚弱证治疗中针药结合的治疗效果进行分析, 经一个疗程的治疗后, 对照组患者中治疗痊愈 15 例 (33.33%), 基本好转 17 例 (37.78%), 治疗无效 13 例 (28.89%), 治疗总有效率为 71.11%; 试验组患者中治疗痊愈 28 例 (62.22%), 基本好转 11 例 (24.44%), 治疗无效 6 例 (13.33%), 治疗总有效率为 86.67%, 试验组治疗有效率明显高于对照组, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)。

(下转第 139 页)

表 2: 治疗 4 周后两组症状及体征总积分比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	治疗前	治疗 4 周后	统计量	P 值
A 组	30	17.78±2.89	3.42±4.76	-4.87	0.00
B 组	29	18.25±2.95	6.36±4.83	-4.81	0.00
统计量		0.56	-2.84		
P 值		0.61	0.11		

3.6 两组 VAS 评分比较

两组治疗后 4 周, 两组治疗前、后比较, 均有统计学意义 ($P < 0.05$); 两组治疗前和治疗后组间比较, 均无统计学意义 ($P > 0.05$)。见表 3

表 3: 两组 VAS 评分统计 ($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	治疗前	治疗后	组内 P 值
A 组	30	6.16±1.33	3.24±2.64	0.00
B 组	29	5.97±1.26	3.36±2.74	0.00
组间 P 值		0.14	0.21	

3.7 药物安全性与不良事件分析

两组均无明显不良反应和毒副反应发生。

4 讨论

中医关于本病的论述主要见于“骨痹”“项强”“项筋急”和“颈肩痛”等条目之下^[8]。本病乃是本虚标实之证, 多由虚实夹杂合而为病。同时劳损、外伤等亦是本病发病的重要因素。

项痹通方中黄芪补气健脾, 益卫固表; 桂枝发汗解表, 温通经脉, 助阳化气; 葛根甘辛性凉, 轻扬升散, 三药为君。威灵仙、秦艽辛散温通, 祛风湿, 通络止痛之功效; 桑枝祛风湿, 善达四肢经络, 通利关节; 延胡索辛散温通, 为活血行气止痛之良药; 姜黄辛散温通, 苦泄, 活血行气通经止痛, 亦可外散风寒湿邪, 内行气血, 通经止痛, 尤长于行肢臂而除痹痛; 白芍可敛阴和营, 与温经通阳的桂枝等合用, 调和营卫。鸡血藤具有行血补血, 舒筋活络之效。干姜辛热燥烈, 长于

温中散寒、健运脾阳。诸药配伍, 共奏滋肝补肾、活血化痰、行气通络止痛之效。

从临床总有效率可以看出, 治疗 4 周后, A 组总有效率为 93.33%, B 组总有效率为 89.66%, 两者疗效相似。治疗 4 周后两组中医症状、体征总积分及 VAS 评分均较治疗前明显降低, 且治疗后无明显差异, 说明项痹通方和根痛平颗粒均能有效改善患者临床症状、体征, 且疗效相近。但项痹通方的效果要优于根痛平颗粒。

综上所述, 项痹通方在改善患者的临床症状和体征, 缓解局部疼痛和压痛具有明显的、确切的效果, 总有效率在 4 周的治疗后达到了 90% 以上, 并且未引起明显的不良反应和毒副作用, 说明本方在治疗神经根型颈椎病时, 安全性可靠。因此项痹通方作为治疗神经根型颈椎病的经验方, 值得在临床上推广。

【参考文献】

- [1] 潘之清. 实用脊椎病学 [M]. 济南: 山东科技出版社, 1998, 294-316.
- [2] 王文斌, 薛远亮, 张俊忠. 神经根型颈椎病的中医药治疗近况 [J]. 甘肃中医学院学报, 2011, 28(1):68-70.
- [3] 赵定麟. 第三届颈椎病专题座谈会纪要 [J]. 中华外科杂志, 2008, 46(23):1796-1799.
- [4] 国家中医药管理局. 中医病证诊断疗效标准 [S]. 南京: 南京大学出版社, 1994, 198-199.
- [5] 郑筱萸. 中药新药临床研究指导原则 [M]. 试用版. 北京: 中国医药科技出版社, 2002.
- [6] 姜宏, 施杞. 颈椎病疗效的研讨 [J]. 中国中医骨伤科, 1996, 4(4):48-50.
- [7] 陈凯, 朱干, 江泽平. TNF- α 、IL-6 在颈椎固定牵引器治疗神经根型颈椎病疗效评价中的价值 [J]. 海南医学院学报, 2014, 20(1):106-109.
- [8] 李振辉, 张俐. 神经根型颈椎病保守治疗机理的研究概况 [J]. 中国中医骨伤科杂志, 2015, 23(02):73-75.

(上接第 136 页)

据临床辨证辨病, 方用黄芪, 熟地益气补血填精益髓, 救本培元; 配伍归尾、川芎、桃仁、赤芍, 行瘀活血, 疏肝祛风; 地龙更擅活血通络; 白芷号称植物麝香, 善通诸窍; 菖蒲芳香开窍醒神, 化湿豁痰辟秽; 白芷、菖蒲引药上行, 直入脑窍, 破其巢穴; 胆南星, 夏枯草, 山慈姑等化痰解毒, 软坚散结; 刺五加祛风强筋。现代研究表明补阳还五汤对脑缺血再灌注损伤具有明显保护作用, 其机制可能与抑制炎症因子的分泌表达及减轻脑组织的炎症反应有关^[7]。以上药物组方有扩张血管, 利尿降压, 清除炎症水肿, 并有很好的抗癌及抑制肿瘤细胞生长的作用, 更加有效地缓解了并发临床症状^[8]。临床发现补阳还五汤加味联合放疗治疗结直肠癌脑转移在改善临床症状, 缓解颅内肿瘤病灶等方面优于单纯全脑放射治疗, 且能提高患者生存质量及依从性。

【参考文献】

- [1] 崔越巍, 魏孝礼, 白玉贤. 晚期结直肠癌三线及三线以上治疗

的研究进展 [J]. 中国肿瘤, 2016, 25(7): 542-545

- [2] 欧丹, 胡超苏. 初诊脑转移癌全脑放射治疗现状与进展 [J]. 中国神经肿瘤杂志, 2010, 08(3): 169-176
- [3] 李博, 白日星, 李有国等. 结直肠癌脑转移的临床特点和预后 [J]. 实用肿瘤杂志, 2017, 32(5): 416-420
- [4] 王雅坤, 王晰, 程沈琳. 结直肠癌脑转移的临床特征及诊断治疗 [J]. 中国肿瘤临床, 2016, 21: 962-966
- [5] 任骅, 金晶. 放疗在结直肠癌肝转移的作用 [J]. 肝癌电子杂志, 2014, 1(3): 29-31
- [6] 许云, 杨宇飞. 结直肠癌中医药研究进展与思考 [J]. 世界中医药, 2014, 9(7): 828-832
- [7] 吴常青, 汪春彦, 邵旭, 董六一. 补阳还五汤有效部位对大鼠局灶性脑缺血再灌注损伤的保护作用及机制 [J]. 中草药, 2011, 01: 114-117
- [8] 刘斌, 费洪新, 朴成玉等. 补阳还五汤与神经组织关系的研究进展 [J]. 中医药信息, 2014, 31(5): 136-140

(上接第 137 页)

说明针药结合治疗慢性肠炎脾胃虚弱证的临床效果显著, 具有很高的临床推广价值。

【参考文献】

- [1] 常虹, 吴煥波. 针药结合治疗慢性肠炎脾胃虚弱证 42 例 [J]. 中医研究, 2014, 09:66-67.

[2] 金玟锡. 针药并用治疗慢性胃炎的临床观察 [D]. 北京中医药大学, 2012.

[3] 胡斌. 中西医结合治疗慢性结肠炎脾胃虚弱证临床分析 [J]. 新中医, 2016, 05:77-79.

[4] 马珊. 温针灸治疗慢性泄泻 (脾胃虚弱证) 的临床观察 [D]. 湖南中医药大学, 2015.